

Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности

Оригинальная статья

Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г.
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Резюме. Цель: выявление клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивного поведения в юношеском возрасте в траектории пограничного расстройства личности с определением их взаимосвязи, дальнейшей динамики и прогноза.

Материал и методы. Клинико-психопатологически (61 пациент), катamnестически (55 пациентов), ретроспективно и психометрически амбулаторно и в психиатрическом стационаре обследовано 116 больных мужского и женского пола с аутоагрессивным поведением (АП) при ПРЛ в юности. Пациенты с АП были разделены на три группы: 1—с несуицидальными самоповреждениями (НССП); 2—с суицидальными попытками (СП); 3—с НССП вместе с СП.

Результаты. Установлены корреляции между оригинальной типологией ПРЛ и АП: в клинической группе преобладание импульсивного (64%) и демонстративного (24%) варианта при ПРЛ I типа («аффективный шторм»), аддиктивного (44,4%) при II типе («аддиктивная адреналиномания») — и деперсонализационного — (51,9%) и самоистязающего — (11,1%) при III типе («когнитивные искажения и нарушения самоидентификации»). В катamnестической группе отмечена трансформация основных вариантов аутоагрессивного поведения в сторону аддиктивного (56,4%).

Заключение и выводы. Формирование аутоагрессивного поведения в юности и в траектории ПРЛ обусловлено взаимодействием возрастного фактора с основными личностными чертами ПРЛ — импульсивность, аффективная нестабильность, нарушение идентификации, алекситимия и ведущими психопатологическими синдромами. Подтверждена высокая сопряженность НССП с суицидальной активностью и выявлен высокий суицидальный риск для ПРЛ не только в юношеском возрасте, но и по его миновании. Полученные данные будут способствовать дальнейшему изучению аутоагрессивного поведения при различных типах личностной патологии и созданию новых моделей терапевтического и социо-реабилитационной помощи этого сложного контингента больных.

Ключевые слова: юношеский возраст, пограничное расстройство личности, аутоагрессия, несуицидальные самоповреждения, НССП, суицидальная попытка.

Информация об авторах

Кулешов Алексей Андреевич — e-mail: kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2288-202X>

Крылова Елена Сергеевна — e-mail: krylovaes@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6644-5454>

Бебуришвили Анастасия Андреевна — e-mail: beburishvili@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Каледа Василий Глебович — e-mail: kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Как цитировать: Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2022; 56:4:77-84. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-77-84>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Dynamics of autoaggressive behavior in youth in the trajectory of borderline personality disorder

Research article

Kuleshov A.A., Krylova E.S., Beburishvili A.A., Kaleda V.G.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Summary. Objective: to determinate the clinical and psychopathological characteristics of autoaggressive behavior (AB) in youth in the trajectory of borderline personality disorder (BPD) with determinate relationship between each other, further dynamics and prognosis.

Material and methods. Clinical-psychopathological (61 patients), follow-up (55 patients), retrospectively and psychometric methods, 116 patients males and females with autoaggressive behavior (AB) in youth in the trajectory of BPD were clinically observed in outpatiently and psychiatric hospital. Patients with AB were divided into three equal groups: 1 — Non-suicidal self injurance (NSSI); 2- suicidal attempts (SA); 3- NSSI with SA.

Results. Correlations have been established between the original typology of BPD and AB: in the clinical group — impulsivity (64%) and demonstrative (24%) AB of BPD type I (“affective storm”), addictive (44.4%) in type II (“addictive adrenalin addiction”) — depersonalization (51,9%) and self-torturing (11,1%) in type III (“cognitive distortions and disorders of self-identification”). In the follow-up group was noted transformation of main variants AB towards addictive behavior (56,4%).

Conclusion and findings. The formation of auto-aggressive behavior in adolescence and in the trajectory of BPD is due to the interaction of the age factor with the main personality traits of BPD — impulsivity, affective instability, impaired identification, alexithymia and leading psychopathological syndromes. A high association of NSSI with suicidal activity was confirmed, and high suicidal risk for BPD was revealed not only in adolescence, but also after it has passed. The data obtained will contribute to the future study of autoaggressive behavior in personality disorder and for the creation of new therapeutic and social models of patients.

Keywords: youth, adolescence; borderline personality disorder; nonsuicidal self-injury; NSSI; suicidal attempts.

Information about authors

Alexey A. Kuleshov* — e-mail: kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2288-202X>
Elena S. Krylova — e-mail: krylovaes@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6644-5454>
Anastasiya A. Beburishvili — e-mail: beburishvili@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>
Vasilij G. Kaleda — e-mail: kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

To cite this article: Kuleshov AA, Krylova ES, Beburishvili AA, Kaleda VG. Dynamics of autoaggressive behavior in youth in the trajectory of borderline personality disorder. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:4:77-84. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-77-84>. (In Russ.)

Conflict of interest: There is no conflict of interests.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) — это единственный тип личностной патологии, у которого самоповреждающее поведение включено в современные диагностические классификации [МКБ-10, 11, DSM-V], в связи с чем оно занимает особую позицию. Общая распространенность аутоагрессивного поведения среди пациентов с ПРЛ в юношеском возрасте обнаруживается по данным исследователей в диапазоне от 58% до 95% среди госпитализированных пациентов в отделения неотложной помощи в связи с суицидальными попытками [10,12,21]. При этом характерно преобладание не-суицидальных самоповреждений (НССП) в юношеском возрасте (75-85%) по сравнению с суицидальными попытками (10-44%) [13,24]. В катамнестических наблюдениях, напротив, отмечено повышение суицидальной активности для пациентов, у которых в юности обнаруживались НССП, где частота завершённых суицидов достигала 10% [25]. Результаты исследований определяли НССП

как важный предиктор суицидальной активности в будущем [11].

Структура пограничной личности характеризуется отсутствием четкого представления о собственном «Я», а явлениям импульсивности, сопряженным с эмоциональной дисрегуляцией и аффективной нестабильностью [9,26], отводится ключевая роль как в общей психопатологии ПРЛ [16], так и в манифестации не-суицидальных самоповреждений (НССП) и суицидальных попыток [12,21,19]. В совокупности данные характеристики ПРЛ приводят к нарушению социального функционирования, что лишь усугубляет аутоагрессивное поведение [19]. Кроме того в исследованиях обнаружены нейробиологические и генетические факторы, обуславливающие нарушение болевой чувствительности, которая оказывает влияние на эмоциональные расстройства при ПРЛ, где нанесение инструментального самоповреждения сопровождается субъективным ощущением улучшения собственного самочувствия и

используется больными как патологический механизм регулирования собственных эмоций [23, 22, 14]. Как правило, первые эпизоды аутоагрессивного поведения в виде НССП начинаются в подростковом периоде (13-14 лет), достигая своего максимума в юности одновременно с манифестацией основных психопатологических состояний при ПРЛ — аффективных, невротических, аддитивных, постепенно становясь клинически соразмерным с проявлениями данной личностной аномалии во взрослом возрасте [6, 28].

Таким образом, накопленный к настоящему времени исследовательский материал о механизмах развития аутоагрессии при ПРЛ подтверждает значимость данной проблемы и определяет высокую актуальность вектора настоящего исследования.

Цель исследования: выявление клинко-психопатологических особенностей аутоагрессивного поведения в юношеском возрасте в траектории пограничного расстройства личности с определением их взаимосвязи, дальнейшей динамики и прогноза.

Материал и методы

Данное исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (дир. — проф. Т.П. Ключник) в отделе юношеской психиатрии (рук.-д.м.н. проф. В.Г. Каледа).

Критерии включения:

1. Юношеский возраст (16-25 лет).
2. Диагноз пограничное расстройство личности (F60.31) в соответствии с критериями МКБ-10 — эмоционально неустойчивое расстройство личности (пограничный тип).
3. Аутоагрессивное поведение, представленное несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками.
4. Информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения:

1. Наличие у больных признаков расстройств шизофренического спектра.
2. Наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

В исследование было включено 116 пациентов, которые составили 2 группы — клиническую (61 пациент: 37 мужчин, 24 женщины), находившиеся на стационарном лечении или амбулаторном наблюдении в клинических отделениях ФГБНУ НЦПЗ в 2019-2022 гг., в связи с аффективными, невротическими, аддитивными расстройствами и аутоагрессивным поведением при ПРЛ. И катamnестическую (55 пациентов: 30 мужчин, 25 женщины), проходившие стационарное или амбулаторное лечение в клинике в 2006-2010 гг. с аутоагрессивным поведением при ПРЛ, со средней длительностью катamnеза 10 лет. Аутоагрессивное поведение было представлено самоповреждениями без намерения лишить себя жизни с широким диапазоном повреждений, начиная от незна-

чительных расчесов до систематически наносимых порезов/ожогов (39 пациентов в клинической группе и 27 — в катamnестической группе). К суициду мы относили любое умышленное действие по лишению себя жизни, которое не/или приводило к смертельному исходу — суицидальная попытка (СП) или самоубийство/завершенный суицид (6 пациентов клиническая группа, 8 пациентов катamnестическая группа). У части пациентов одновременно встречались как несуицидальные, так и суицидальные действия (НССП+СП) (16 пациентов клиническая группа, 20 пациентов катamnестическая группа). Средний возраст больных с аутоагрессивным поведением при ПРЛ составил $18 \pm 2,3$ лет.

Настоящее исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ протокол №605 от 27.12.2019. Основными методами были избраны клинко-психопатологический, катamnестический, метод ретроспективного анализа аутоагрессивного поведения и психометрический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики использовалась шкала Гамильтона (HAM-D-17 — Hamilton Rating Scale for Depression). Выраженность эмоциональных расстройств оценивалась при помощи Торонтской Алекситимической шкалы [4], где результаты распределяются в интервале 26-130 баллов, наличие алекситимии определяется 74 баллом и выше, при интервале 62-74 следует относить к группе риска. Для оценки выраженности необдуманных поступков, аддитивного поведения и общей импульсивности использовалась шкала импульсивности Баррата [20]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Для определения статистической значимости различий использовали критерий Пирсона χ^2 , t-критерий Стьюдента. Критическим уровнем статистической значимости принято значение $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения

В результате проведенного исследования установлено, что отдельные проявления аутоагрессии были отмечены в раннем подростковом возрасте, чаще в виде первых эпизодов НССП демонстративно-шантажного характера. С началом юности усиливались личностные аномалии, свойственные ПРЛ: импульсивность, эмоциональная дисрегуляция. Нарушение идентификации собственного «Я» здесь приводило к трудностям различения собственных и/или эмоций окружающих, к общему снижению чувствительности, в том числе, болевой. Одновременно усиливалась повышенная уязвимость к действиям факторов внешней среды, формировался нестабильный фон настроения с явлениями негативной аф-

фективности [27,18] и «аффективной напряженности», для снятия которых пациенты начинали прибегать к несуицидальным самоповреждающим действиям. Суицидальная попытка чаще совершалась на высоте психопатологического состояния или на фоне субъективно значимой для больного ситуации, нередко оказывалась неожиданной для окружающих. Следует отметить, что были выявлены случаи, когда больные в процессе нанесения НССП импульсивно или под действием алкоголя/ПАВ совершали суицидальные попытки, либо повреждение вызвало серьезные соматические повреждения, требующие оказания неотложной помощи. Впоследствии пациенты затруднялись объяснить свои поступки.

Нередко именно аутоагрессивное поведение приводило к обращениям за профессиональной медицинской помощью и являлось одним из явных признаков наличия психического неблагополучия, характеризующее выраженность психопатологической структуры расстройства [5]. Как было установлено, их динамика в структуре ПРЛ в юношеском возрасте отличалась полиморфизмом и клинической неоднородностью. На основе разработанной клинической типологии [3] было выделено основные три типа психопатологических расстройств при ПРЛ в юности, сопряженные с различными видами аутоагрессивного поведения (Табл.1):

I тип с явлениями «аффективного шторма» [15], где в клинической структуре преобладали аффективные расстройства с одномоментным существованием различных видов аффектов, наличием выраженных несистематизированных высокоамплитудных аффективных колебаний с поведенческими расстройствами и самоповреждающим поведением. Суицидальные попытки в данном случае являлись продолжением несуицидальных самоповреждений.

II тип с доминированием «аддиктивной адреналиномании» в виде полиморфных расстройств влечения, с формированием соответствующего зависимого образа жизни и возникновением аддиктивных депрессий [17]. НССП обладали выраженной аффективной заряженностью, с фиксацией на объекте влечения. Здесь чаще всего можно было отметить стремление к многократному нанесению себе татуировок и пирсинга [8]. Такие НССП могли наноситься впервые под влиянием значимого для больного события или ситуации, соответствовали мировоззрению и образу жизни больных.

III тип с «явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации» с диссоциативными и обсессивно-компульсивными расстройствами. Диссоциативная симптоматика включала в себя деперсонализационный синдром, который в совокупности с когнитивными искажениями на фоне депрессивного аффекта приводил к НССП и формированию антивитальных размышлений с оправданием правомочности самоубийства.

В результате оценки аутоагрессивного поведения в клинической группе были выявлены

следующие закономерности (Табл.1): отчетливое увеличение встречаемости НССП при I типе (68,0% — 17 пациентов) и II типе (88,9% — 8 пациентов), ($p=0,026$, $\chi^2= 11,021$; $p=0,0281$, $\chi^2= 11,252$). НССП в совокупности с суицидальными попытками были характерны для III типа (33,3% — 9 больных). Изолированная суицидальная активность отмечалась в большей степени у типологической разновидности с когнитивной диссоциацией (14,8% — 4 пациента) и не выявлялась при II типе ($p=0,031$, $\chi^2= 10,640$). Распределение вариантов аутоагрессивной активности в катamnестической группе было сопоставимо с данными клинической группы, однако в этой группе обнаружено — преобладание НССП, ассоциированных с суицидальной активностью (36,4% — 20 пациентов). Изолированная суицидальная активность у пациентов катamnестической группы достигала 14,5% (8 пациентов), где у 3,6% (2 пациента) были обнаружены завершённые суицидальные попытки. При типологическом распределении обнаруживалось преобладание НССП с суицидальными попытками и появление суицидальной активности у II типа ПРЛ (52,2% — 12 пациентов, 17,4% — 4 пациента) ($p=0,019$, $\chi^2= 11,776$).

Для оценки механизмов аутоагрессивного поведения при ПРЛ проведен психопатологический анализ взаимосвязи выделенных типов патологической динамики ПРЛ с различными вариантами аутоагрессивного поведения [2,1] (Табл.2).

В клинической группе — для разновидности динамики I типа ПРЛ были свойственны импульсивные (64% — 16 пациентов) и демонстративные варианты аутоагрессивного поведения (24% — 6 пациентов) ($p=0,007$, $\chi^2= 14,263$). Для II типа предпочтительным был аддиктивный (44,4% — 4 пациента), при этом отмечалась достаточно высокая встречаемость импульсивного и демонстративного варианта возникновения аутоагрессивных поступков (22,2% — 2 пациента), (33,3% — 3 пациента), ($p=0,006$, $\chi^2=29,429$). В третьей типологической разновидности преобладал деперсонализационный (51,9% — 14 пациентов) и обнаруживались самоистязующие аутоагрессивные действия (11,1% — 3 пациента), ($p=0,014$, $\chi^2= 12,425$).

Для катamnестической группы после завершения юношеского возраста аддиктивный вариант был преобладающим для всех типов ПРЛ в структуре аутоагрессивного поведения (56,4% — 31 пациент). Полученные результаты отражают возрастную тенденцию к видоизменению возникновения аутоагрессивных расстройств, с уменьшением представленности импульсивного, деперсонализационного и демонстративного вариантов. При этом сохранялись типологические различия: при I типе ПРЛ у 46,2% пациентов — импульсивный вариант аутоагрессивной активности ($p=0,001$, $\chi^2= 19,358$). Для II типа доминирующим оставался аддиктивный (69,6%) ($p=0,009$, $\chi^2= 17,885$). У III типа определялась наиболее полиморфная клиническая картина, представленная аддиктивными (42,1%) и деперсонализационными аутоагрессивными поступками (26,3%) с относи-

Таблица №1. Характеристика аутоагрессивного поведения в клинической и катamnестической группах Table № 1. Characteristics of autoaggressive behavior in clinical and follow-up groups								
Виды аутоагрессивного поведения	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Все больные	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Клиническая группа								
Всего	25	100	9	100	27	100	61	100
НССП	17	68,0	8	88,9	14	51,9	39	63,9
НССП+СП	6	24,0	1	11,1	9	33,3	16	26,2
СП	2	8,0	0	0,0	4	14,8	6	9,8
p	0,026		0,0281		0,031			
χ ²	11,021		11,252		10,640			
Катamnестическая группа								
Всего	13	100	23	100	19	100	55	100
НССП	9	69,2	7	30,4	11	57,9	27	49,1
НССП+СП	3	23,1	12	52,2	5	26,3	20	36,4
СП	1	7,7	4	17,4	3	15,8	8	14,5
p	0,001		0,019		0,010			
χ ²	20,392		11,776		13,338			

Таблица № 2. Особенности аутоагрессивного поведения при различных типах ПРЛ Table №2. Features of autoaggressive behavior in different types of BPD								
Варианты аутоагрессивного поведения	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Все больные	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Клиническая группа								
Всего	25	100	9	100	27	100	61	100
Импульсивный	16	64	2	22,2	6	22,2	24	39,3
Демонстративный	6	24	3	33,3	2	7,4	11	18
Деперсонализационный	3	12	0	0	14	51,9	17	27,9
Самоистязающий	0	0	0	0	3	11,1	3	4,9
Аддитивный	0	0	4	44,4	2	7	6	9,8
p	0,007		0,006		0,014			
χ ²	14,263		29,429		12,425			
Катamnестическая группа								
Всего	13	100	23	100	19	100	55	100
Импульсивный	6	46,2	2	8,7	2	10,5	10	18,2
Демонстративный	0	0	1	4,3	3	15,8	4	7,3
Деперсонализационный	0	0	3	13	5	26,3	8	14,5
Самоистязающий	0	0	1	4,3	1	5,3	2	3,6
Аддитивный	7	53,8	16	69,6	8	42,1	31	56,4
p	0,001		0,009		0,018			
χ ²	19,358		17,885		11,812			

тельно равномерной представленностью импульсивного и демонстративного аутоагрессивного поведения ($p=0,018$, $\chi^2= 11,812$).

Дополнительное использование психометрических методов позволило подтвердить и объяснить высокую частоту аутоагрессивного поведения. Обнаружено, что у пациентов с импульсивными и демонстративными самоповреждениями наблюдались высокие значения по шкале импульсивности Баррата ($85\pm 2,3$), для пациентов с деперсонализационным, аддиктивным и самоистязующим вариантами определились высокие баллы по шкале Алекситимии TAS ($81\pm 3,5$), где наиболее высокий уровень алекситимии наблюдался у пациентов с деперсонализационными самоповреждениями. В катанестической группе уровень импульсивности постепенно снижался BIS-11 (69 ± 2), что сопоставимо со снижением количества самоповреждений импульсивного типа. Отмечено незначительное снижение уровня алекситимии в катанестической группе, с сохранением высоких баллов по шкале TAS ($79\pm 1,5$) у пациентов с аддиктивными самоповреждениями.

Заключение

Проведенное исследование аутоагрессивного поведения в юности определило, что формирование данного поведенческого феномена при ПРЛ осуществляется при взаимодействии трёх факторов: возрастного фактора в качестве патопластического и патогенетического механизма; ведущих патологических личностных черт конструк-

та ПРЛ — импульсивность, аффективная нестабильность, нарушение самоидентификации, явления алекситимии; психопатологических синдромов в траектории данного личностного расстройства. Установленные корреляции между оригинальной типологией ПРЛ и аутоагрессивным поведением дополнительно подтвердили их правомочность: в клинической группе — преобладание импульсивного и демонстративного варианта при I типе («аффективный шторм»), аддиктивного при II типе («аддиктивная адрениномания») — и деперсонализационного и самоистязующего при III типе («когнитивные искажения и нарушения самоидентификации»). В катанестической группе отмечена трансформация основных вариантов аутоагрессивного поведения в сторону аддиктивного. Выявлены закономерности динамики аутоагрессивного поведения в юношеском возрасте и по его минованию с уменьшением частоты несуицидальных самоповреждений и увеличением суицидальной активности в целом. Подтверждена высокая сопряженность НССП с суицидальной активностью и выявлен высокий суицидальный риск для ПРЛ не только в юношеском возрасте, но и по его минованию. Полученные данные будут способствовать дальнейшему изучению аутоагрессивного поведения при различных типах личностной патологии и созданию новых терапевтических моделей терапевтического и социореабилитационной помощи этого сложного контингента больных.

Литература/References

3. Калёда В.Г., Бебуришвили А.А., Крылова Е.С., Кулешов А.А. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2020;120(12):30-36. Kaleda VG, Beburishvili AA, Krylova ES, Kuleshov AA. Suicidal behavior in patients with mental disorders in youth. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(12):30-36. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012012130>
4. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Калёда В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019;01(34):48-57. Krylova ES, Beburishvili AA, Kaleda VG. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suicidologiya*. 2019;01(34):48-57. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suicidurus.18-10-01\(34\)-48-57](https://doi.org/10.32878/suicidurus.18-10-01(34)-48-57)
5. Кулешов А.А. Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2022;20(2):32-41. Kuleshov AA. Clinical and psychopathological features of borderline personality disorder in youth. *Psichiatriya*. 2022;20(2):32-41 (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41>
6. Bagby M, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 1986;45(4):207-215. <https://doi.org/10.1159/000287950>
7. Biskin RS. The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(7):303-308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
8. Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Callahan S, Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46(9):847-849. <https://doi.org/10.1177%2F070674370104600909>
9. Dixon-Gordon KL, Waite EE, Ammerman BA, Haliczzer LA, Boudreau ED, Rathlev N, Cohen AL. Learning from gain and loss: Links to suicide risk. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;147:126-134. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.016>
10. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(5):259-268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
11. Fossati A, Gratz KL, Maffei C, Borroni S. Impulsivity dimensions, emotion dysregulation, and bor-

- derline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Borderline Personality Disorders Emotional Dysregulation*. 2014;1(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-5>
12. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*. 2017;11(3):157-163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
 13. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Shulze UME, Brunner R, Koelch M, Plener PL. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*. 2015;228(3):454-461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019>
 14. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018;9:199-210. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s156565>
 15. Hawton K, Bergen H, Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N. Impact of the recent recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191:132-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.001>
 16. Kaess M, Hooley JM, Klimes-Dougan B, Koenig J, Plener PL, Reichl C, Robinson K, Schmahl C, Sicorello M, Schreiner MW, Cullen KR. Advancing a temporal framework for understanding the biology of nonsuicidal self-injury: An expert review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021;130:228-239. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.022>
 17. Kernberg OF. The Management of Affect Storms in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2003;51(2):517-545. <https://doi.org/10.1177/00030651030510021101>
 18. Links PS, Hesgrave R, Van Reekum R. Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 1999;13(1):1-9. <https://doi.org/10.1521/jpedi.1999.13.1.1>
 19. Loas G, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Verrier A, Stephan P, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Corcos M, Flament M, Jeammet P. Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry Research*. 2005;137(1-2):103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.06.022>
 20. Mason CK, Mullins-Sweatt SN. Catastrophizing, negative affectivity, and borderline personality disorder. *Personal Mental Health*. 2021;15(4):283-292. <https://doi.org/10.1002/pmh.1520>
 21. Mendez I, Sintes A, Pascual JC, Punti J, Briñes-Buixassa L, Lara A Nicolaou S, Schmidt C, Romero S, Fernandez M, Carmona I Farres C, Soler J, Santamarina-Perez P, Vega D. Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2022;302:204-213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.065>
 22. Patton JH, Stanford M, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*. December, 1995; 51: 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51)
 23. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2021;37:139-144. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2020.12.007>
 24. Reitz S, Kluetsch R, Niedtfeld I, Knorz T, Lis T, Paret C, Kirsch P, Meyer-Lindenberg A, Treede RD, Baumgartner U, Bohus M, Schmahl C. Incision and stress regulation in borderline personality disorder: Neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 2015;207(2):165-172. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153379>
 25. Schmahl C, Baumgärtner U. Pain in borderline personality disorder. *Pain in Psychiatric Disorders*. 2015;30:166-175. <https://doi.org/10.1159/000435940>
 26. Stead VE, Boylan K, Schmidt LA. Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2019;6(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0100-9>
 27. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019;80(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436>
 28. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Report*. 2019;21(7). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
 29. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychology Bulletin*. 1984;96(3):465. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
 30. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Journal Current Opinion Psychology*. 2021;37:94-97. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2020.09.010>

Сведения об авторах

Кулешов Алексей Андреевич — аспирант ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Каширское шоссе, 34. E-mail: kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Крылова Елена Сергеевна — к.м.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва. E-mail: krylovaes@gmail.com

Бебуришвили Анастасия Андреевна — к.м.н. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: beburishvili@gmail.com

Каледа Василий Глебович — д.м.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: Kaleda-VG@yandex.ru

Поступила 28.07.2022

Received 28.07.2022

Принята в печать 27.08.2022

Accepted 27.08.2022

Дата публикации 12.12.2022

Date of publication 12.12.2022