

Клинические особенности пограничного личностного расстройства у подростков

Е.В. Корень ✉, Т.А. Куприянова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель. Установление особенностей основных и коморбидных проявлений пограничного личностного расстройства (ПЛР) в подростковом возрасте.

Дизайн. Открытое когортное исследование.

Материалы и методы. Проведена пилотная клиническая оценка сплошной когорты подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в 2021–2022 годах, состояние которых соответствовало критериям ПЛР по Международной классификации болезней 11-го пересмотра. В исследование вошли 74 подростка в возрасте 11–17 лет, из которых 72 — женского пола. Средний возраст — 16,6 года.

Результаты. У всех 74 обследованных наблюдались коморбидные расстройства, комплексная коморбидность — у 31 (41,9%) больного. Буллинг в анамнезе был у 47 (63,5%) человек. Тревожные и постстрессовые расстройства предшествовали клинической манифестации симптомов ПЛР в 64 (86,5%) случаях. Самоповреждающее поведение и суицидальные попытки отмечались у 58 (78,4%) пациентов, проблемы самоидентификации, в т. ч. в отношении гендерных предпочтений, — у 56 (75,7%), трудности в межличностных отношениях — у 64 (86,5%), диссоциативные симптомы — у 41 (55,4%). Диссоциативное расстройство идентичности (идентификация себя как «мы», «множественные личности», «сущности») имело место в 12 (16,2%) случаях. Клинически значимые проявления различных нарушений пищевого поведения были у 16 (21,6%) пациентов. За период пребывания в отделении стационара существенное улучшение зафиксировано у 65 (87,8%) подростков. Наибольшие трудности возникли при ведении больных с массивной диссоциативной симптоматикой, стойкой «гендерной дисфорией» и тенденцией к использованию патологических психологических защитных механизмов.

Заключение. По полученным предварительным данным, презентация симптоматики и коморбидных расстройств, а также краткосрочный ответ на терапию у подростков отличаются от таковых у взрослых пациентов с ПЛР, что свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности дименсионального подхода для поиска и оптимизации ранних терапевтических вмешательств у подростков с ПЛР.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, подростки, коморбидность, психические расстройства, Международная классификация болезней 11-го пересмотра.

Для цитирования: Корень Е.В., Куприянова Т.А. Клинические особенности пограничного личностного расстройства у подростков. Доктор.Ру. 2024;23(7):43–47. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-43-47

Clinical Features of Borderline Personality Disorder in Adolescents

E.V. Koren ✉, T.A. Kupriyanova

Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of the Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Aim. Identification of the features of primary and comorbid signs of borderline personality disorder (BPD) in teenagers.

Design. Open-label cohort study.

Materials and methods. A pilot clinical evaluation was performed for a full cohort of teenagers admitted to psychiatric in-patient clinic in 2021–2022, the condition of which corresponded to the International Classification of Diseases, revision 11, BPD criteria. The study included 74 teenagers aged 11–17 years old, of which 72 were females. The mean age was 16.6 years old.

Results. All 74 patients had comorbid disorders; complex comorbidities were observed in 31 (41.9%) patients. Forty-seven (63.5%) patients had a history of bullying. Anxiety and post-stress disorders preceded clinical manifestations of the BPD symptoms in 64 (86.5%) cases. Self-harm and attempted suicide were recorded in 58 (78.4%) patients; problems with self-identification, including gender preferences, were observed in 56 (75.7%) patients, problems with interpersonal relationships — in 64 (86.5%) patients, and dissociative symptoms — in 41 (55.4%) patients. Multiple personality disorder identification as “we”, “multiple personalities”) was observed in 12 (16.2%) cases. Clinically significant signs of various eating disorders were diagnosed in 16 (21.6%) patients. After being treated in an in-patient clinic, 65 (87.8%) teenagers demonstrated significant improvement. Most challenging was the management of patients with substantial dissociative symptoms, persistent “gender identity disorder” and trends to use abnormal psychological defence mechanisms.

Conclusion. Interim data show that manifestation of symptoms and comorbidities, as well as a short-term response to therapy in teenagers differ from those in adults with BPD, favouring BPD with adolescent onset as a relatively separate sub-type and justifying a dimensional approach for the search and optimisation of early therapeutic interventions in teenagers with BPD.

Keywords: borderline personality disorder, teenagers, comorbidity, psychiatric disorders, International Classification of Diseases, revision 11 (ICD-11).

For citation: Koren E.V., Kupriyanova T.A. Clinical features of borderline personality disorder in adolescents. Doctor.Ru. 2024;23(7):43–47. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-43-47

✉ Корень Евгений Владимирович / Koren, E.V. — E-mail: evkoren@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Пограничное личностное расстройство (ПЛР) является ярким примером новой реальности в психиатрии, вступающей в конфронтацию с классическими канонами и традициями клинической практики.

Крайне показательно представленное во многих современных руководствах и в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) клинически неструктурированное, разноплановое определение ПЛР как «первазивного паттерна нестабильности в межличностных отношениях, образе себя, аффектах и повышенной импульсивности», где под первазивностью понимается относительная устойчивость набора определенных дезадаптивных личностных черт (traits)¹.

На наш взгляд, это отражение длящегося последние десятилетия процесса размыwania клинического подхода в современных классификациях с преобладанием при описании психопатологических расстройств семантически психологизированного контекста номенклатуры понятий.

Вместе с тем операциональное обращение к трудно переводимому на русский язык понятию нарушения так называемого «селфа» (self) с неопределенными клиническими границами и содержанием как стержневого расстройству при ПЛР явно отсылает нас к ранее доминировавшим психологически ориентированным подходам [1].

В настоящее время ПЛР относится к числу психических расстройств, вызывающих наибольший клинический и теоретический интерес. ПЛР считается наиболее частым в клинической практике личностным расстройством и на порядок опережает ряд других по частоте диагностирования [2], а публикаций по ПЛР за последние несколько десятилетий стало значительно больше, чем посвященных остальным категорияльно диагностируемым личностным расстройствам [3].

В Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5) и МКБ-11 ПЛР рассматривается как устойчивый набор дезадаптивных личностных черт, определяющих специфический тип патохарактерологического личностного реагирования. Примечательно, что, несмотря на всю революционность предложенных изменений, связанных с отказом от категориального подхода к диагностике личностных расстройств, разработчики МКБ-11 сохранили «пограничный паттерн» как дополнительный спецификатор, пойдя на нарушение стройной системы из пяти доменов личностных черт [4].

Следует также отметить неоднозначность предложенной характеристики ПЛР при использовании диагностических указаний, согласно которым уже 5 из 9 операциональных признаков, нужных для достижения диагностического порога, способны давать в совокупности 256 вариантов клинически значимых комбинаций, причем у некоторых из них может быть лишь один общий симптом [5]. В качестве диагностического критерия парадоксальным образом допускается возможность формирования в структуре «пограничного» патохарактерологического реагирования преходящих нарушений психического регистра и диссоциативных симптомов².

Стоит отметить и нетривиальное разделение симптоматики ПЛР на так называемые острые симптомы, например самоповреждающее поведение, впервые выделенное в DSM-5 и МКБ-11 в качестве диагностического критерия применительно именно к ПЛР, и описательные клинические признаки, отражающие аномально выраженные личностные черты.

Кроме того, представленная в МКБ-11 модель личностных расстройств явно определяет их лишь относительную устойчивость в зрелом возрасте. Этим фактически дезавуируется использование общепризнанных критериев диагностики личностного расстройства П.Б. Ганнушкина, что кураторы разработки МКБ-11 из Всемирной организации здравоохранения объясняют большим вниманием к «клинической применимости» классификации и индивидуализации терапевтических подходов к больным с аномальным личностным функционированием [6].

В подростковой клинической практике проблема ПЛР имеет свою специфику. Наряду с широким распространением в последние годы таких клинко-социальных феноменов, как самоповреждающее поведение, расстройства пищевого поведения, недовольство внешностью, проблемы гендерной идентичности, наличие разного рода «сущностей», стремление иметь психиатрический диагноз и др., фиксируется резко возросшее за последние несколько лет число обращений за помощью детей и подростков с различными психическими расстройствами, у которых, помимо основных клинических проявлений, выявляется констелляция клинических признаков, в той или иной степени соответствующая критериям ПЛР. Это коррелирует с наблюдаемым нами значительным увеличением частоты госпитализаций подростков с симптомами ПЛР.

Существующую тенденцию подтверждает целый ряд обширных эпидемиологических исследований на основе клинических реестров и национальных баз данных, которые фиксируют стабильный прирост числа случаев данного расстройства, требующих терапевтического вмешательства [7–9].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ПЛР признается клинической реальностью и рассматривается в разделе «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» как пограничный тип (под шифром F60.31) эмоционально неустойчивого расстройства личности [10]. Согласно существующим в России правилам, отнесение ПЛР к разделу, касающемуся взрослых людей, формально препятствует постановке диагноза в детском и подростковом возрасте, что затрудняет его своевременную диагностику и проведение соответствующих терапевтических вмешательств.

Исчерпывающее объяснение отчетливого роста числа подростков с симптомами ПЛР отсутствует. Помимо признания, вопреки постулатам МКБ-10 и сложившейся отечественной практике пользования международной классификацией, самой возможности релевантной диагностики ПЛР в подростковом возрасте, вероятно, требуется пересмотр роли социальных факторов в формировании новой психопатологии. Большинство профессионалов в области психического здоровья детей и подростков сходятся во мнении, что ПЛР способно возникнуть в подростковом возрасте (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012) [11].

Обсуждавшийся несколько десятилетий вопрос о возможности появления ПЛР у подростков формально был решен к моменту принятия версии DSM-IV-TR в 2000 году, благодаря накоплению научных данных, показавших, что симптомы ПЛР могут быть надежно идентифицированы у подростков [12]. В данной классификации впервые четко определено, что при диагностике данного расстройства в пубертатном возрасте возможно использовать те же категориальные ранговые критерии, что у взрослых больных [13].

¹ World Health Organization. ICD-11 guidelines. URL: <https://gcp.network/en/> (дата обращения — 04.10.2024).

² Там же.

Согласно проведенным исследованиям, диагноз ПЛР может быть достоверно определен уже начиная с 11 лет [14], а наибольшая распространенность симптоматики фиксируется к 14 годам [15], хотя и существует культуральный порог в интерпретации симптомов ПЛР в разных странах, определяемый индивидуальными и коллективными профессиональными предпочтениями специалистов в разных странах и культуральной спецификой репрезентации симптомов самими пациентами [11].

Произошедшая смена парадигмы свидетельствует о преодолении негативных стереотипов (reluctance) клиницистов в отношении возможности диагностики ПЛР в данной возрастной группе [16]. Подобные стереотипы связаны с субъективным диагностическим «замещением» на коморбидную или ошибочно диагностируемую (как правило, аффективную) патологию и с объективными трудностями дифференциации от утрированных вариантов нормального развития и постстрессовых расстройств. Высказывалась даже «пограничная» точка зрения о наличии ПЛР-черт как имманентной характеристики подросткового возраста [17] и о «нормативном» усилении неадаптивных личностных черт в пубертате [18].

По некоторым оценкам, устойчивый паттерн пограничного личностного реагирования у подростков встречается чаще, чем во взрослом возрасте [19]. Многие данные говорят о наличии клинических особенностей проявления ПЛР у подростков: о колебаниях степени выраженности и характерной клинической симптоматике со склонностью к более частой презентации острых симптомов ПЛР, таких как повторные самоповреждения и суицидальное поведение, вкюпе со вспышками гнева и эмоциональной нестабильностью [10, 18]; о доминировании тех или иных диагностических критериев ПЛР на разных этапах развития [20], а также о существовании симптомов, почти исключительно ассоциированных с подростковым возрастом, таких как чувство пустоты, флуктуации в самовосприятии и зависимость от специфических взаимоотношений для поддержания чувства идентичности [21].

Сообщения об этом заслуживают особого внимания, поскольку оправдывают клинические предположения о возможности рассмотрения симптомов ПЛР у подростков как своего рода эпифеномена или даже наводят на мысль о правомерности выделения в ряде случаев относительного самостоятельного подросткового подтипа ПЛР, который требует дальнейшего изучения.

На практике до настоящего времени некоторые специалисты в сфере охраны психического здоровья детей и подростков продолжают сопротивляться возможности постановки данного диагноза. Ситуация усугубляется значительным ростом частоты обращений за помощью подростков с симптомами ПЛР с начала эпидемии COVID-19, причем многие из них нуждаются в стационарном лечении.

Крайне актуальными остаются вопросы коморбидности ПЛР у подростков, что создает существенные трудности для раннего распознавания, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации таких больных.

Цель исследования: установление особенностей основных и коморбидных проявлений ПЛР в подростковом возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинически обследованы 74 подростка (из них 72 — девочки) в возрасте от 11 до 17 лет, госпитализированные в детское отделение Московского НИИ психиатрии в 2021–

2022 годах, состояние которых соответствовало диагностическим требованиям к постановке диагноза ПЛР по МКБ-11. Средний возраст пациентов — 16,6 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время от первого появления симптомов до обращения за помощью и установления диагноза ПЛР — 2,8 года. У всех 74 обследованных наблюдались коморбидные расстройства, комплексная коморбидность — у 31 (41,9%) больного. Буллинг в анамнезе был у 47 (63,5%) человек. Тревожные и постстрессовые расстройства предшествовали клинической манифестации симптомов ПЛР в 64 (86,5%) случаях.

Самоповреждающее поведение и суицидальные попытки отмечались у 58 (78,4%) пациентов.

Проблемы самоидентификации, в т. ч. в отношении гендерных предпочтений, наблюдались у 56 (75,7%) подростков, трудности в межличностных отношениях, включающие страх быть покинутым, — у 64 (86,5%).

Диссоциативные симптомы определялись у 41 (55,4%) больного, из них у 23 (31,1%) — симптомы, ассоциируемые со слуховыми обманами восприятия, в т. ч. жалобы на «голоса». Диссоциативное расстройство идентичности (идентификация себя как «мы», «множественные личности», «сущности») имело место в 12 (16,2%) случаях.

Клинически значимые проявления различных нарушений пищевого поведения отмечены в 16 (21,6%) наблюдениях.

При оценке краткосрочной терапевтической динамики (за период пребывания в отделении стационара) существенное улучшение зафиксировано у 65 (87,8%) подростков: прекратились самоповреждения, стабилизировался аффективный фон, купировались тревожные проявления, удалось сформировать у больных позитивные в терапевтическом отношении установки.

По клиническому впечатлению, наибольшие трудности возникли при ведении больных с массивной диссоциативной симптоматикой, стойкой «гендерной дисфорией» и тенденцией к использованию патологических психологических защитных механизмов по типу обесценивания, отрицания и проективной идентификации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Как представляется, клиническая оценка сплошной когорты госпитализированных за 2 года подростков, несомненно, повышает научную ценность полученных результатов.

Обращает на себя внимание абсолютное преобладание пациентов женского пола, что, с одной стороны, соответствует существующей тенденции [22], а с другой — предположительно ассоциируется с дополнительным присутствием истерических черт и диссоциативных симптомов. Доминирование жалоб на «тяжелую депрессию», «апатию» и самодиагностируемую «биполярочку», возможно, отражает культуральную специфику презентации симптомов пациентами.

Несмотря на обилие стереотипно повторяемых больными жалоб на «депрессию», анализ структуры состояния указывает на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения, часто усиливающихся при попытках более детально расспросить их о переживаниях, при отсутствии признаков витализации депрессии в виде особо тягостных телесных ощущений, а также других характерных для депрессии нейровегетативных симптомов — колебаний суточного ритма, изменений массы, ранних пробуждений и т. д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике.

Есть основания полагать, что описываемые пациентами депрессивные симптомы, которые ранее специалисты достаточно часто ошибочно интерпретировали как клинически выраженную депрессию, имеют отношение к симптоматике самого ПЛР, например по типу «циклотимического диатеза», либо речь может идти об их коморбидном сочетании [23].

Очевидным представляется также наличие специфического, отличного от биполярного, паттерна аффективной нестабильности [24] при отсутствии достаточных клинических оснований для диагностики биполярного аффективного расстройства, несмотря на настойчивые, иногда даже категоричные заявления подростков о наличии у них «биполярного расстройства», что лишний раз подтверждает значение достоверных анамнестических данных и необходимость следования формальным диагностическим критериям в верификации диагноза данного расстройства [24].

Достаточно длительный период между возникновением симптомов и установлением диагноза ПЛР отражает трудности распознавания на ранних этапах формирования и заострения патологических черт и сопряженную с этим характерную историю ошибочно установленных диагнозов вплоть до шизофрении в случаях сочетания с «голосами» и «сущностями» диссоциативного характера или наличия преходящих идей отношения. Закономерно неверные диагнозы приводят к неуспешным попыткам лечения, что может указывать на неготовность соответствующих служб психиатрической помощи детям и подросткам к массовому появлению больных с симптомами ПЛР. При этом, согласно дименсиональному подходу, следует учитывать, что у многих подростков имеются субпороговые нарушения, также требующие вмешательства в силу их выраженного негативного влияния на социальное функционирование [4].

Выявленная значительная распространенность самоповреждающего поведения считается визитной карточкой ПЛР у подростков [10] и может быть объяснена тем, что обследованные больные — это те, кто уже находился на стационарном лечении, хотя, по современным данным, самоповреждения встречаются лишь у 50% пациентов и не рассматриваются в качестве патогномоничного для ПЛР симптома [25].

На практике одним из прототипических предикторов риска формирования ПЛР у подростков может оказаться зафиксированная нами высокая частота случаев буллинга в анамнезе, что подтверждено и в литературе [26].

Важной находкой является сочетание во всех случаях симптомов ПЛР с другими психическими расстройствами, как предшествующими, так и сосуществующими. Возникает вопрос о формировании ПЛР у подростков как следствия «поломки» из-за раннего психотравмирующего опыта или усиления с началом пубертата имеющейся уязвимости, связанной с негативной аффективностью и наличием невротических черт. По данным литературы, предпочтительным по-прежнему считается рассмотрение механизмов формирования ПЛР у подростков в рамках модели «стресс — диатез» [27].

Высокий процент больных, у которых удалось добиться выраженного клинического улучшения, указывает на принципиальную курабельность ПЛР, начавшегося в подростковом возрасте. Это радикально расходится с преобладающими воззрениями в отношении терапевтических возможностей стабилизации ПЛР у взрослых [28].

С эвристических позиций, одним из объяснений может служить более значимая стрессогенная роль в декомпенсации состояния у подростков внешних адверсивных факторов, связанных с гиперчувствительностью в отношениях со сверстниками и членами семьи, реализуемой по типу проспективного взаимодействия устойчивой, преимущественно невротически обусловленной предрасположенности (prone) к данному типу реагирования на ситуационные стрессоры [29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Серьезные клинические проблемы у подростков с ПЛР требуют повышенного внимания специалистов в сфере психического здоровья. Выявленный клинический профиль симптоматики и коморбидных расстройств, а также ответ на терапию отличаются от таковых у взрослых пациентов с ПЛР, что свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности дименсионального подхода для поиска и оптимизации ранних терапевтических вмешательств у подростков с ПЛР.

Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Корень Е.В. — сбор материала, обработка, написание текста, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Куприянова Т.А. — сбор материала, обработка, написание текста, утверждение рукописи для публикации.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Koren, E.V. — material collection, writing and processing of the text, review of critically important material, approval of the manuscript for publication; Kupriyana, T.A. — material collection, writing and processing of the text, approval of the manuscript for publication.

Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Финансирование / Funding source

Исследование проведено в соответствии с государственным заданием «Разработка медицинского изделия в виде специального программного обеспечения, предназначенного для помощи в принятии решений по скринингу, комплексной дифференцированной диагностике и лечению социально-стрессовых расстройств в разные возрастные периоды» (регистрационный номер 124020800060-1).

The study was made in line with the state assignment "Development of a medical product in the form of a special software designed to assist in making decisions on screening, comprehensive differential diagnostics and treatment of social stress disorders in different age groups" (registration number 124020800060-1).

Этическое утверждение и информированное согласие / Ethics approval and consent for publication

Исследование одобрено локальным этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, протокол № 42 от 11.12.2023 г.

The study was approved by the local ethics committee of the Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, minutes No. 42 dated 11.12.2023

Об авторах / About the authors

Корень Евгений Владимирович / Koren, E.V. — к. м. н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. eLIBRARY.RU SPIN: 5631-5298. E-mail: evkoren@yandex.ru
 Куприянова Татьяна Анатольевна / Kurpiyanova, T.A. — к. м. н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. eLIBRARY.RU SPIN: 5785-4748. E-mail: anna_gorbunova@list.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Kernberg O. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1976;24: 795–829.
- Torgersen J. Epidemiology. In: Oldham J., Skodol A.E., Bender D.S. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005: 129–41.
- Blashfield R.K., Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am. J. Psychiatry.* 2000;157(3):472–3. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.3.472
- Bach B., First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorder. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):351. DOI: 10.1186/s12888-018-1908-3
- Skodol A.E., Stout R.L., McGlashan T.H., Grilo C.M. et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress. Anxiety.* 1999;10(4):175–82.
- Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., Hyman S.E. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
- Bernstein D., Cohen P., Velez C., Schwab-Stone M. et al. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community based survey of adolescents. *Am. J. Psychiatry.* 1993;150(8): 1237–43.
- Cailhol L., Pelletier É., Rochette L., Laporte L. et al. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001–2012. *Can. J. Psychiatry.* 2017;62(5):336–42. DOI: 10.1177/0706743717700818
- Ørtes Clemmensen L., Olrik Wallenstein Jensen S., Zanarini M.C., Skadhede S. et al. Changes in treated incidence of borderline personality disorder in Denmark: 1970–2009. *Can. J. Psychiatry.* 2013;58(9):522–8. DOI: 10.1177/070674371305800907
- Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am. J. Psychiatry.* 2002;159(12):2042–7. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.12.2042
- Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder. In: Rey J.M., ed. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Chapter H 4: 18.
- Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin. Psychol. Rev.* 2008;28(6):969–81. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004;72(1):126–31. DOI: 10.1037/0022-006X.72.1.126
- Zanarini M.C., Horwood J., Wolke D., Waylen A. et al. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J. Pers. Disord.* 2011;25(5):607–19. DOI: 10.1521/pedi.2011.25.5.607
- Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S. et al. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can. J. Psychiatry.* 2001;46(9):847–9. DOI: 10.1177/070674370104600909
- Sharp C., Fonagy P. Practitioner review: borderline personality disorder in adolescence — recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2015;56(12):1266–88. DOI: 10.1111/jcpp.12449
- Iliffe S., Williams G., Fernandez V., Vila M. et al. Treading a fine line: is diagnosing depression in young people just medicalising moodiness? *Br. J. Gen. Pract.* 2009;59(560):156–7. DOI: 10.3399/bjgp09X407081
- Sharp C., Vanwoerden S., Wall K. Adolescence as a sensitive period for the development of personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2018;41(4):669–83. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.004
- Chanen A.M., McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br. J. Psychiatry Suppl.* 2013;54:S24–9. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.119180
- Kaess M., von Ceumern-Lindenstjerna I.A., Parzer P., Chanen A. et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2013;46(1):55–62. DOI: 10.1159/000338715
- Hopwood C.J., Newman D.A., Donnellan M.B., Markowitz J.C. et al. The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 2009;118(4):806–15. DOI: 10.1037/a0016954
- Haltigan J.D., Vaillancourt T. Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: antecedent and interactive risk factors. *Can. J. Psychiatry.* 2016;61(3):166–75. DOI: 10.1177/0706743715625953
- Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A. et al. The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry.* 2002;51(12):936–50. DOI: 10.1016/S0006-3223(02)01324-0
- Ruggero C.J., Zimmerman M., Chelminski I., Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2010;44(6):405–8. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2009.09.011
- Zimmerman M., Lena Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior. *Psychol. Med.* 2022;29:1–8. DOI: 10.1017/S0033291722002197
- Wolke D., Schreier A., Zanarini M.C., Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2012;53(8): 846–55. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02542.x
- Belsky D.W., Caspi A., Arseneault L., Bleidorn W. et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev. Psychopathol.* 2012;24(1): 251–65. DOI: 10.1017/S0954579411000812
- Bo S., Vilmar J.W., Jensen S.L., Jørgensen M.S. et al. What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Curr. Opin. Psychology.* 2021;37:7–12. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.06.008
- Widiger T.A., Oltmanns J.R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry.* 2017;16(2):144–5. DOI: 10.1002/wps.20411

Поступила / Received: 10.07.2023

Принята к публикации / Accepted: 04.10.2023