

Пограничное расстройство личности

Н. Н. Петрова¹, доктор мед. наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института СПбГУ;

И. А. Числова¹, студент 6 курса Медицинского института СПбГУ;

П. Ю. Завитаев^{1, 2}, кандидат мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Медицинского института СПбГУ; заведующий дневным стационаром Психиатрической больницы № 1 имени П. П. Кащенко.

¹ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199106, г. Санкт-Петербург, В.О., 21 линия, д. 8а);

²СПБ ГБУЗ Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко (190008, г. Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12).

Обзор посвящен рассмотрению различных аспектов пограничного расстройства личности (ПРЛ) и раскрывает актуальность проблемы, описывает течение и факторы риска ПРЛ, его клинические характеристики и современные диагностические критерии. В статье анализируются вопросы коморбидности ПРЛ. Отдельное внимание уделено возрастным аспектам диагностики расстройства. Приводятся подходы к оказанию психиатрической помощи таким пациентам.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, актуальность, диагностика, клинические характеристики, коморбидность, терапия.

Borderline personality disorder

N.N. Petrova¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University Medical Institute;

I.A. Chislova¹, 6th year student of the St. Petersburg State University Medical Institute;

P.Y. Zavitaev^{1, 2}, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the St. Petersburg State University Medical Institute; head of the day hospital of the P. P. Kashchenko Psychiatric Hospital No. 1.

¹FGBOU HPE "St. Petersburg State University" (199106, St. Petersburg, V.O., 21 line, 8a);

²SPB GBUZ Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko (190008, St. Petersburg, Kanonerskaya str., 12).

The review is devoted to the consideration of various aspects of borderline personality disorder (BPD) and reveals the relevance of the problem, describes the course and risk factors of BPD, its clinical characteristics and modern diagnostic criteria. The article analyzes the issues of PDP comorbidity. Special attention is paid to age-related aspects of the disorder diagnosis. Approaches to psychiatric care of such patients are given.

Keywords: borderline personality disorder, relevance, diagnosis, clinical characteristics, comorbidity, therapy.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) затрагивает около 1 % людей в общей популяции, 10–12 % амбулаторных и 20–22 % стационарных пациентов [1]. ПРЛ характеризуется значительной нестабильностью в регуляции эмоций, самовосприятии, межличностных отношениях и контроле импульсов. Оно включает в себя страх быть покинутым, неконтролируемый гнев, повторяющееся суицидальное и самоповреждающее поведение, а также эпизоды диссоциации. Пациенты с ПРЛ испытывают сильную и постоянную ненависть к себе, чувство безнадежности, пустоты и «отсутствия идентичности». Данное заболевание представляет собой динамическую составляющую личности пациента, претерпевающую трансформации вместе с ним. Расстройство характеризуется волнообразным течением, чередованием фаз декомпенсации и ремиссии. Декомпенсации чаще всего проявляются в виде депрессивного, тревожно-депрессивного, тревожного или диссоциативного синдромов. Помимо этого, для пациентов характерно употребление психоактивных веществ (ПАВ), расстройства пищевого поведения и другие сопутствующие расстройства лично-

сти [2]. ПРЛ отличается высокой стигматизацией как в обществе, так и среди медицинского персонала [3], оно причиняет страдание пациентам и их близким, сопровождается частым обращением за медицинской помощью [4, 5] и значительным риском смертности [6]. Все эти симптомы оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов и требуют серьезного подхода к диагностике и лечению.

Пациенты с ПРЛ часто имеют сопутствующие психические расстройства, которые могут маскировать расстройство личности, усложнять раннюю диагностику, затруднять постановку точного диагноза и влиять на эффективность лечения [7]. Расстройства настроения часто коморбидны ПРЛ. Так, распространенность депрессии находится в диапазоне от 32 % до 83 % [8]. Доля биполярного расстройства II типа и дистимии у этих пациентов составила 12 % и 29,6 %, соответственно [9, 10]. Постановка диагноза ПРЛ также затрудняется сложной дифференциальной диагностикой: симптоматический перекрест наблюдается с биполярным аффективным расстройством (БАР), рекуррентной депрессией, посттравматическим

стрессовым расстройством, осложненным посттравматическим стрессовым расстройством, синдромом дефицита внимания и гиперактивности [11].

Актуальность ПРЛ обусловлена высоким риском суицидального поведения: частота суицидальных попыток составляет 60–70 % [12]. Коморбидность с депрессивными расстройствами существенно повышает риск суицида [13]. Согласно результатам одного из исследований, количество попыток самоубийств в группе пациентов с ПРЛ и рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) составило 90 % [14]. Риск суицида при ПРЛ значительно повышается при сочетании симптомов хронического чувства пустоты и самоповреждающего поведения [15].

РАЗВИТИЕ ПРЛ

Основной теорией, объясняющей возникновение ПРЛ, считается психобиосоциальная, которая включает роль генетических, психологических макро- и микросоциальных факторов [16]. По некоторым данным, вероятность развития ПРЛ при наличии данного заболевания у биологических родственников возрастает в 5 раз [17].

Наибольшее значение в формировании ПРЛ придаётся психосоциальным факторам. Развитие ПРЛ связывают с травматическими событиями в детском возрасте. Детский травматический опыт у пациентов с ПРЛ в анамнезе присутствует в 14 раз чаще, чем в популяции [18]. Особое значение имеют эмоциональное и физическое насилие над ребёнком, пренебрежение его чувствами, потребностями и желаниями [19], нетерпимость к демонстрации личных переживаний, подкрепление экстремального выражения эмоций при одновременном утверждении, что такие эмоции не обоснованы [20].

Дети с предрасположенностью к развитию ПРЛ эмоционально уязвимы, то есть чувствительны к эмоциональным раздражителям, часто испытывают интенсивные эмоции, которые не покидают их продолжительное время, отличаются повышенной импульсивностью, совершают поступки, которые доставляют им неприятности. Некоторые дети идут по пути отторжения эмоций, со временем разучиваются их понимать, игнорируют свои желания и потребности. С другими людьми они могут использовать социальные маски, подстраиваться под их поведение и желания. Эти механизмы защиты приводят к проблемам с самоидентификацией, самоконтролем, сложностям в межличностных отношениях, самоповреждениям. Ещё одним негативным эффектом данного компенсаторного механизма является низкая самооценка. Было проведено сравнение осознанной и неосознанной самооценки у лиц с ПРЛ и здоровых людей, по результатам оба вида

самооценки были значительно ниже по сравнению с контрольной группой [21].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЛ

ПРЛ характеризуется нарушением идентичности (нестабильная самооценка, чувство пустоты), целеполагания (трудности в продолжении действий, которые не принесут удовлетворения немедленно, нестабильность целей и планов), эмпатии (гиперчувствительность, трудности с распознаванием эмоций, склонность к негативному восприятию) и близости (вовлечение в нестабильные отношения, которые приводят к эмоциональным кризисам, избегание уединения). Типичны конфликтность, враждебность, раздражительность, расторможенность (импульсивность, готовность к риску), негативная аффективность (лабильность, тревожность, депрессивность) [22–23].

В ходе исследований было установлено, что пациенты с ПРЛ демонстрируют более высокий уровень самоуничтожения по сравнению с пациентами, страдающими депрессией без ПРЛ. Часто присутствуют гнев и дисфория. Кроме того, было выявлено, что психологические конструкты страха пустоты, отвержения и одиночества тесно связаны с пограничными расстройствами [24]. Термин «пустота» не имеет четкого теоретического и эмпирического определения, пациенты с ПРЛ могут испытывать затруднения при описании чувства пустоты [25–26], что создает значительные трудности на пути к концептуализации этого феномена. Хроническое чувство пустоты является одним из самых специфических симптомов ПРЛ, хотя встречается и при депрессии, нарциссическом расстройстве личности и расстройствах шизофренического спектра [25]. Подобно таким понятиям, как печаль или радость, пустота является субъективным описанием эмоционального состояния, которое проявляется по-разному у разных людей, что затрудняет его универсальное определение, поэтому пациенты с ПРЛ могут испытывать затруднения при описании собственного переживания чувства пустоты [26], что создает значительные трудности на пути к концептуализации хронического чувства пустоты. В литературе можно найти различные попытки пациентов описать свои переживания: чувство разобщенности с самим собой и другими [25], ощущение «отсутствия смысла, цели или сути» [27], внутренней пустоты или вакуума, одиночества [28], неопределенности [29], внутренней пустоты [30], оцепенения [31], онемения (апатии) или отчуждения [32]. Пациенты с ПРЛ также часто сообщали о связи хронического чувства пустоты с диссоциацией [33]. В ходе нескольких качественных и количествен-

ных исследований было установлено, что пустота связана с искаженным представлением о себе и отсутствием идентичности [34–36]. На сегодняшний день ни в одной известной работе не предложено функционального описания пустоты, которое указывало бы на её цель или связанные с ней побуждения. Однако, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что она, скорее всего, мотивирует не на поиск участия, а на бегство или самоустранение, вплоть до суицидальных мыслей и поведения [37–38]. Симптом хронического чувства пустоты значительно снижает продолжительность ремиссии у пациентов с ПРЛ. Это может быть связано с депрессивными переживаниями, вызванными этим чувством, или снижением социального и профессионального функционирования [39]. Чувство опустошенности ассоциируется с импульсивностью, членовредительством, суицидальными наклонностями и нарушением психосоциальных функций. Применяются неадаптивные импульсивные стратегии совладания с ощущением пустоты, поскольку оно кажется невыносимым [40]. При сочетании хронического чувства пустоты и самоповреждающего поведения риск суицида значительно повышается [15]. Терапия, направленная на установление связи с самим собой и другими людьми, укрепление идентичности, целеустремленности, а также профессиональной деятельности и взаимоотношений, улучшение отношений в личной жизни и большая вовлеченность в профессиональную сферу могут способствовать уменьшению интенсивности чувства пустоты [39, 40].

Самоповреждения встречаются у 4 % людей в общей популяции и у 21 % людей с психическими расстройствами [41]. Самоповреждение — важная область оценки пациентов, обследуемых на наличие депрессии, поскольку оно связано с более низким уровнем функционирования, большей тяжестью депрессивных симптомов и более высоким уровнем эмоциональной дисрегуляции [42]. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) — это преднамеренное нанесение себе телесных повреждений без попытки совершить суицид [43]. К причинам НССП относят повышение ощущения непреодолимого внутреннего конфликта, снижение самооценки и самообвинения. К ним приводят сложность в контроле своих чувств и эмоций, чувство отчужденности, ощущение изоляции, трудности в межличностных отношениях, эмоциональное насилие и эмоциональное пренебрежение, все это порождает ощущение никчемности и беспомощности, чувство вины, приносит существенные душевные страдания, а непреодолимое желание избавиться от боли может привести к самоповреждающему поведению [19, 42, 44–45]. DSM-5 выделяет следующие диагностические критерии НССП: за прошедший год индивид 5 раз предна-

мерно наносил себе телесные повреждения, не предпринимая попытки совершить суицид. Индивид совершает действия, наносящие вред самому себе, по одной или нескольким из следующих причин: причиняет себе увечья, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутренний конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния. Самоповреждающему акту должны предшествовать (и/или): негативные мысли или чувства, конфликты с другими людьми, обеспокоенность поведением, которое трудно контролировать, повторяющиеся мысли о самоповреждающем поведении. Совершенное действие не соответствует принятым в обществе нормам. Самоповреждающее поведение или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом и не может быть причиной другого заболевания [46]. В МКБ отсутствуют подобные критерии. Для эффективного и своевременного оказания медицинской помощи при НССП предлагается выделить наиболее значимые методы — это социальная адаптация человека, психотерапия, направленная на когнитивно-эмоциональное развитие, работа над уровнем эмоциональной зрелости, дисфункциональным поведением с учетом личностных особенностей пациента и социальной ситуации [47].

ПРЛ связано с весьма высоким риском суицидального поведения, чему способствуют такие его особенности, как расстройство идентичности, чувство пустоты и, самое главное, импульсивность без учёта последствий и самоконтроля. По некоторым оценкам, частота суицидальных попыток у пациентов с ПРЛ составляет 60–70 % [13]. Факторы, способствующие возникновению таких рисков, включают повышенный уровень импульсивности, агрессии и враждебности у лиц, страдающих пограничным расстройством личности (ПРЛ), по сравнению с пациентами, у которых диагностируется только депрессия [48]. Нарушение идентичности, хроническое чувство пустоты, стремление уйти от одиночества, тревожность чаще всего коррелируют с суицидальными мыслями [49–51]. К дополнительным факторам риска суицидального поведения относятся пожилой возраст, предыдущие попытки самоубийства и диссоциальность [52]. При этом при исследовании характеристик попыток суицида в группах с депрессивным расстройством, ПРЛ и коморбидной группе различий обнаружено не было. Суицидальные попытки лиц с ПРЛ не следует считать ни более, ни менее серьезными, чем у лиц с другими психическими заболеваниями. Эти данные свидетельствуют лишь о важности данной проблемы и актуальности ее дальнейшего изучения.

ДИАГНОСТИКА ПРЛ

ПРЛ нередко является диагнозом исключения. В литературе традиционно описываются тяжёлые клинические случаи ПРЛ, в то время как в популяции преобладают случаи с так называемым «высоко функциональным» расстройством личности [53]. Эти факторы, а также инструменты скрининга могут приводить к недостаточной диагностике ПРЛ, ошибочной терапии и нерешённой проблеме пациента [7].

В МКБ-11 диагностическая концептуализация ПРЛ претерпела существенные изменения. Недавние исследования способствовали дифференциации психических расстройств, которые сочетаются и пересекаются с ПРЛ. Требуется уточнение диагностических критериев ПРЛ у мужчин, подростков и пожилых людей. В международных рекомендациях подчеркивается важность разработки комплексных моделей помощи, позволяющих применять научно обоснованные психологические методы лечения, направленные на выздоровление, а не только на симптоматическую ремиссию [54].

Диагностическая категория ПРЛ трансформировалась в расстройство личности с квалификатором «пограничного типа», которое можно классифицировать как «легкое», «умеренное» или «тяжелое» в зависимости от выраженности проявлений и влияния на социальное и профессиональное функционирование человека. В DSM-5 ПРЛ определяется как отдельная диагностическая категория несмотря на то, что его клинические особенности совпадают с другими психическими расстройствами [11].

В МКБ-11 специалисты при диагностике расстройств личности ориентируются на пятифакторную модель черт личности [55]. Расстройство личности характеризуется наличием проблем самофункционирования, то есть функционирования собственного «Я» (личностной идентичности, самовосприятия, самоотношения, саморегуляции) и/или нарушениями межличностного функционирования (способности к установлению и поддержанию близких и взаимно удовлетворяющих отношений, понимания точки зрения другого человека, разрешения конфликтов), которые сохраняются на протяжении длительного периода времени (не менее двух лет). Нарушения проявляются в негибких или плохо регулируемых когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернах. Они наблюдаются в различных личных и социальных ситуациях и не ограничиваются конкретными отношениями или социальными ролями. Поведенческие паттерны, указывающие на нарушения, не являются характерными для определённого возрастного этапа и не могут быть объяснены социальными или культурными факторами, включая влияние социально-политических

конфликтов. Такие проблемы связаны с выраженным дистрессом и существенными нарушениями в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования [55].

В классификации DSM-5 используются 9 критериев диагностики: страх быть покинутым, нестабильность отношений и образа «Я», импульсивность, селфхарм, эмоциональная нестабильность, чувство пустоты, неуместный гнев, диссоциация. Диагноз ставится на основании 5 признаков [46].

Депрессивный эпизод в МКБ-11 диагностируется при наличии пяти симптомов из аффективного (подавленное настроение, снижение удовольствия от занятий), когнитивно-поведенческого (снижение концентрации, идеи вины, никчемности, беспросветность, суицидальные мысли или попытки), нейровегетативного (нарушение сна, изменение аппетита, веса, психомоторное возбуждение или заторможенность, утомляемость) кластеров, которые сохраняются практически постоянно на протяжении двух и более недель. Данные симптомы не должны быть вызваны тяжелой утратой или другим заболеванием, а также должны приводить к существенным нарушениям функционирования [55]. В DSM-5 предлагается 9 критериев, из которых должны быть выявлены пять: подавленное настроение большую часть времени, снижение интереса и удовольствия от занятий, изменение веса, сна, психомоторное возбуждение или заторможенность, утомляемость, чувство вины, снижение когнитивной функции, мысли о смерти или попытка самоубийства [46].

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЛ

ПРЛ чаще всего проявляется в подростковом возрасте, и его симптомы обычно ослабевают с течением времени, так что взрослые могут уже не соответствовать критериям диагностики [56–58]. Большинство клинических исследований репрезентативны для женщин в возрасте от 18 до 64 лет, что отражает большую вероятность того, что им будет поставлен диагноз ПРЛ [59]. Считается, что симптоматика ПРЛ на фоне жизненного опыта и лучшей адаптации ослабевает после 30 лет, таким образом, распространённость заболевания снижается с возрастом [60]. С другой стороны, есть предположение, что пожилые люди не адаптируются, их симптомы не ослабевают, а динамически видоизменяются со временем в зависимости от внешних факторов [61], и те методики и диагностические критерии ПРЛ, которые применяются у молодых людей, для пожилых людей покажут меньшую чувствительность [64].

Возможно, что ПРЛ в пожилом возрасте имеет иную клиническую картину: например, нарушение

ние идентичности, импульсивность отходят на второй план, а депрессивная симптоматика, чувство пустоты, соматические жалобы актуализируются, эмоциональная дисрегуляция, сложности в межличностных взаимоотношениях, гнев сохраняются на протяжении всей жизни [62–65].

КОМОРБИДНОСТЬ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЛ

Пациенты с ПРЛ часто обращаются за обследованием и лечением с одним или несколькими сопутствующими психическими расстройствами, которые могут изначально маскировать, скрывать основную психопатологическую структуру — расстройство личности, усложнять раннюю диагностику, постановку точного диагноза и влиять на результаты лечения, приводя к необоснованной полипрагмазии и неадекватной психотерапии ПРЛ [66]. Например, высокий уровень депрессии и тревоги является неотъемлемым компонентом ПРЛ, но не поддается такому же лечению, как у пациентов без ПРЛ [67].

Расстройства настроения являются наиболее распространенным коморбидным состоянием у пациентов с ПРЛ. Распространенность депрессивного синдрома находится в диапазоне от 32 % до 83 % [8]. Коморбидность тревожных расстройств варьирует от 0 до 88 % [68]. Доля биполярного расстройства II типа и дистимии у этих пациентов составила 12 % и 29,6 %, соответственно [9–10]. Было опубликовано несколько исследований, оценивающих распространенность расстройств оси I у пациентов с ПРЛ. Согласно этим работам, пациенты с ПРЛ часто соответствуют критериям для многих расстройств оси I, особенно для РДР и дистимии [69–71]. При этом наличие ПРЛ отрицательно влияет на прогноз сопутствующих психических расстройств, особенно депрессивных [72]. Сопутствующее расстройство личности существенно отсрочивает наступление ремиссии РДР и уменьшает период до наступления рецидива [73–74].

Существуют различные концепции понимания коморбидности ПРЛ и депрессивных расстройств. Можно предположить, что ПРЛ является первичным, а депрессия — вторичной, воспринимать ПРЛ как атипичную депрессию, считать, что эти два расстройства истинно коморбидны (как два независимых заболевания) или же рассматривать эти расстройства как имеющие общую предрасположенность [75–77]. Современная модель предполагает, что ПРЛ является базовой патологией, которая провоцирует периодические депрессивные состояния за счет личностных особенностей, таких как повышенная чувствительность, неумение выстраивать межличностные отношения и отсутствие идентичности [78]. Наиболее убедительным

доказательством того, что ПРЛ является доминирующим диагнозом, является то, что эффективное лечение ПРЛ приводит к ремиссии депрессии [66, 78].

Большинство пациентов с ПРЛ на каком-то этапе болезни соответствуют критериям депрессии, что расценивается как декомпенсация. Именно в этом состоянии пациенты чаще оказываются в поле зрения психиатров [77, 79]. При этом внимание врачей обычно заостряется на периодах «подъема» или «спада» и не учитывает паттерны функционирования пациента, его импульсивность и реактивность настроения, что ведет к трудностям дифференциальной диагностики [61].

Депрессивные симптомы в рамках ПРЛ имеют свои особенности. Обычно они вызваны межличностными проблемами (например, чувством отверженности) и проявляются в виде реактивной депрессии или являются способом выразить эмоции (гнев, разочарование, ненависть, беспомощность, фрустрацию) при отсутствии навыка выражать свои эмоции более адаптивными способами. Пациент с таким вариантом депрессии слабо реагирует на традиционную фармакотерапию РДР, но его состояние значительно улучшается после разрешения кризисной ситуации. Кроме того, перепады настроения, связанные с ПРЛ, не сопровождаются многими вегетативными симптомами, наблюдаемыми при РДР [80]. Социальная изоляция может вызвать фрустрацию и послужить триггером или усилителем аффективных расстройств [81]. Остается неясным, является ли депрессия при ПРЛ рекуррентной или возникает вследствие проблем импульсивности и межличностных отношений. В случае, когда наблюдается значительная вариабельность депрессивного состояния пациента и сопутствующих симптомов в зависимости от конкретных обстоятельств или в ответ на межличностный конфликт, врачу необходимо исключить связь депрессии с расстройством личности [80–81].

При анализе субъективных симптомов у пациентов с депрессией, страдающих ПРЛ, можно отметить, что пациенты с РДР и ПРЛ, по сравнению с пациентами с РДР без ПРЛ, склонны чрезмерно преувеличивать свои симптомы депрессии. Кроме того, по сравнению с пациентами с другими расстройствами личности, пациенты с ПРЛ описывают большую тяжесть депрессии [82]. Их субъективное ощущение страдания и тяжести депрессии оценивается сильнее, чем объективная оценка тяжести депрессии клиницистами [83].

Сравнительный анализ пациентов с депрессией показал, что пациенты с расстройством личности имели более ранний возраст начала заболевания, более выраженные депрессивные эпизоды, большую вероятность появления атипичных симптомов, а также более высокую распространенность сопутствующих тревожных расстройств,

зависимостей от ПАВ и количества предыдущих попыток самоубийства, чем пациенты с РДР [24].

Дифференциальная диагностика важна для разграничения ПРЛ и расстройств биполярного спектра. БАР 2 типа в своей структуре имеет симптомы гипомании: повышенное настроение с излишней эмоциональностью, раздражительность, высокую физическую активность, снижение времени сна, особенности межличностной коммуникации, склонность к рискованным поступкам, повышение сексуальной активности, нестабильность целей и планов.

Описанные выше симптомы характерны как для ПРЛ, так и для БАР. Оба расстройства характеризуются выраженной аффективной нестабильностью и импульсивным поведением. Есть мнение, что для дифференциальной диагностики первостепенное значение имеет постоянство симптоматики. При БАР она проявляется в виде эпизодов (фаз), значительно отличающихся от обычного поведения человека, в то время как для пациента с ПРЛ данные признаки являются способом функционирования [61]. БАР характеризуется спонтанными возникновением эпизодов гипомании, продолжительных по времени с заметным изменением поведения, причем все эти симптомы усугубляются с возрастом и корректируются нормотимиками [11]. ПРЛ, в свою очередь, отличается реагированием на конкретные жизненные трудности [84], характер изменения настроения обычно от эуимии к гневу, а не от депрессии к приподнятому настроению [85]. Отдельным критерием дифференциальной диагностики стоит выделить травматические события в детском возрасте в анамнезе и эпизоды самоповреждения. Высокой диагностической ценностью также обладают «страх быть покинутым» и «нарушение идентичности» [86]. При этом концепт БАР со «сверхбыстрой цикличностью» практически неотличим от аффективной нестабильности при ПРЛ. Таким образом, дифференциальная диагностика БАР и ПРЛ требует оценки текущей аффективной симптоматики по отношению к стабильным чертам личности пациента, доступным из анамнестических данных [53].

ЛЕЧЕНИЕ

Проблемой терапии ПРЛ является низкий комплаенс пациентов, связанный со стигматизацией, низкой осведомленностью врачей в вопросах ПРЛ, личностными особенностями пациентов [87]. Тем не менее, пациенты, получившие эффективное лечение, имеют благоприятный прогноз, и большинство из них адаптируются, их качество жизни повышается, а количество суицидальных мыслей уменьшается [88]. Однако даже после достижения клинической ремиссии молодые люди с диагно-

зом ПРЛ сталкиваются со значительными долгосрочными социальными, образовательными, трудовыми и экономическими барьерами [89–91].

Основные факторы, препятствующие успешному лечению со стороны пациента — это прекращение фармакотерапии, психотерапии и несоблюдение предписанного режима. Связано это с тем, что основные симптомы заболевания, такие как трудности в продолжении действий, которые не принесут удовлетворения немедленно, нестабильность целей и планов, снижают мотивацию пациента к лечению.

Назначение режима полипрагмазии, то есть использование нескольких фармакологических групп препаратов для воздействия на различные симптомы ПРЛ, будет проигрышной стратегией, так как побочные эффекты, сложная схема приема еще больше снизят комплаенс. Рекомендации по фармакотерапии ПРЛ не имеют консенсуса. Наиболее часто назначаемыми препаратами были антипсихотики, стабилизаторы настроения и антидепрессанты [92]. В результате крупных рандомизированных исследований не было получено достоверных данных об эффективности медикаментозной терапии [93]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина также не имеют убедительных доказательств своей эффективности [94–95].

Психотерапия, направленная на симптомы ПРЛ, в том числе импульсивность, может стабилизировать ремиссию, сократить потребность в поддерживающей психофармакотерапии [96]. Существует четыре основных метода лечения ПРЛ, которые показали свою эффективность:

- диалектическая поведенческая терапия,
- терапия, основанная на ментализации,
- психотерапия, ориентированная на перенос,
- психофармакотерапия в комплексе с психодинамической психотерапией [97].

Основным препятствием на пути эффективного лечения ПРЛ является ограничение доступа к дорогостоящим психологическим услугам, требующим хорошо подготовленных терапевтов [98].

В целом, в лечении ПРЛ важно применять поэтапный подход, основанный на оценке тяжести клинической ситуации, комплексную психофармако- и психотерапевтическое лечение в совокупности с реабилитационными мероприятиями.

Литература

1. Ellison W. D., Rosenstein L. K., Morgan T. A., Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Dec; 41(4): 561-573. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30447724.
2. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb; 37: 94-97. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.09.010. Epub 2020 Sep 22. PMID: 33091693.

3. Thomas N., Gurvich C., Kulkarni J. Borderline personality disorder, trauma, and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019 Sep 9; 15: 2601-2612. DOI: 10.2147/NDT.S198804. PMID: 31564884; PMCID: PMC6743631.
4. Keuroghlian A. S., Frankenburg F. R., Zanarini M. C. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013; 47: 1499-1506.
5. Doering S. Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med.* 2019; 81: 584-594.
6. Jacobi F., Grafiadeli R., Volkmann H., Schneider I. [Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality] *Der Nervenarzt.* 2021; 92: 660-669.
7. Петрова Н. Н., Чарная Д. И., Хоменко А. Е. и соавт. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2022; 122(12): 111-116.
8. Grant B. F., Chou S. P., Goldstein R. B. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-5 borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(4): 533-45.
9. McGlashan T. H., Grilo C. M., Skodol A. E. et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(4): 256-64.
10. Biskin R. S., Paris J. Comorbidities in borderline personality disorder. *Psychiatric Times* 2013. Available at: <http://www.psychiatristimes.com/borderline-personality/comorbidities-borderline-personality-disorder>. Accessed March 20, 2018.
11. Хасанова А. К., Мосолов С. Н. Пограничное расстройство личности: клиника, классификация и дифференциальная диагностика. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2023; 5: 4-17.
12. Black D. W., Blum N., Pfohl B., Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004 Jun; 18(3): 226-39. DOI: 10.1521/pedi.18.3.226.35445.
13. Söderholm J. J., Socada J. L., Rosenström T., et al. Borderline Personality Disorder with Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients: A Comparative Study. *Front Psychiatry.* 2020 Apr 17; 11: 290. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00290.
14. Zeng R., Cohen L. J., Tanis T., et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* 2015 Mar 30; 226(1): 361-7. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.020.
15. Grilo C. M., Udo T. Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts Among US Adults. *JAMA Netw Open.* 2021 May 3; 4(5): e219389. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.9389. PMID: 33974054; PMCID: PMC8114135.
16. Gaebel W., Zielasek J. Schizophrenia in 2020: trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015. 69: 661-673. DOI: 10.1111/pcn.12322
17. Galderisi S., Kaiser S., Bitter I., et al. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2021. 64: 21. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.13
18. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A., et al. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020 Jan; 141(1): 6-20. DOI: 10.1111/acps.13118. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31630389.
19. Esmaeilian N., Dehghani M., Koster E., Hoorelbeke K. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2019 May; 26(3): 388-398. DOI: 10.1002/cpp.2360. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30771229.
20. Goldbach R. E., Neukel C., Panizza A., et al. Differentiating between intrapsychic symptoms and behavioral expressions of borderline personality disorder in relation to childhood emotional maltreatment and emotion dysregulation: an exploratory investigation. *Eur J Psychotraumatol.* 2023; 14(2): 2263317. DOI: 10.1080/20008066.2023.2263317. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846822; PMCID: PMC10583625.
21. Winter D., Steeb L., Herbert C., et al. Lower self-positivity and its association with self-esteem in women with borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2018 Oct; 109: 84-93. DOI: 10.1016/j.brat.2018.07.008. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30165335.
22. Huprich S. K., Nelson S. M., Meehan K. B., et al. Introduction of the DSM-5 levels of Personality Functioning Questionnaire. *Personal Disord.* 2018 Nov; 9(6): 553-563. DOI: 10.1037/per0000264. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29215901.
23. Morey L. C., Berghuis H., Bender D. S., et al. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess.* 2011 Jul; 93(4): 347-53. DOI: 10.1080/00223891.2011.577853. PMID: 22804673.
24. Galione J., Zimmerman M. A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *J Pers Disord* 2010; 24: 763-72.
25. Miller C. E., Townsend M. L., Day N. J., Grenyer B. F. Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLoS One.* 2020 Jul; 15(7): e0233970.
26. Rebok F., Teti G. L., Fantini A. P., et al. Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatr Q.* 2015 Mar; 86(1): 49-60.
27. Widiger T. A., Mangle S., Corbitt E. M., et al. Personality Disorder Interview-IV: A structured interview for the assessment of personality disorders. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1995.
28. Lamprell M. From emptiness to loss: A journey from the intrapersonal to the interpersonal. *Br J Psychother.* 1994; 10(3): 331-43.
29. Singer M. The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States: II. the Struggle for a Sense of Self and the Potential for Suicide. *Int Rev Psychoanal.* 1977; 4: 471-9. 0306-2643
30. Kernberg O. F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. United States of America: Yale University; 1984. -396.
31. LaFarge L. Emptiness as defense in severe regressive states. *J Am Psychoanal Assoc.* 1989; 37(4): 965-95. <https://doi.org/10.1177/0003065189037004050003-0651>
32. Fuchs T. Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2007; 40(6): 379-87.
33. Hudson C. C., Ferguson I., Fan K., et al. A general inductive approach to characterize transdiagnostic experiences of emptiness. *J Clin Psychol.* 2024 Apr 5. DOI: 10.1002/jclp.23689. Epub ahead of print. PMID: 38579178.

34. Caligor E., Kernberg O. F., Clarkin J. F., Yeomans F. E. Psychodynamic therapy for personality pathology: treating self and interpersonal functioning: American Psychiatric Pub; 2018.
35. Linehan M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. xvii, 558. (Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder).
36. Ntshingila N., Poggenpoel M., Myburgh C., Temane A. Experiences of women living with borderline personality disorder. Health SA Gesondheid. 2016; 21(1): 110–9.
37. Harford T. C., Chen C. M., Kerridge B. T., Grant B. F. Borderline personality disorder and violence toward self and others: A national study. J Pers Disord. 2018; 32: 1–18. 0885-579X
38. D'Agostino A., Pepi R., Rossi M., et al. The Feeling of Emptiness: A Review of a Complex Subjective Experience. Harvard Review of Psychiatry. 2020; 28(5): 287-295. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000269
39. Miller C. E., Townsend M. L., Day N. J., Grenyer B. F. Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. PLoS One. 2020 Jul 1; 15(7): e0233970. DOI: 10.1371/journal.pone.0233970. PMID: 32609777; PMCID: PMC7329066.
40. Miller C. E., Townsend M. L., Grenyer B. F. Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder: a qualitative study. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2021 Aug 9; 8(1): 24. DOI: 10.1186/s40479-021-00164-8. PMID: 34365966; PMCID: PMC8351135.
41. Zielinski M. J., Veilleux J. C., Winer S. E., Nadorff M. R. A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. Compr Psychiatry. 2016; 73: 187–195. DOI: 10.1016/j.comppsych.2016.11.013
42. Shao C., Wang X., Ma Q., et al. Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. Ann Palliat Med. 2021 Sep; 10(9): 9607-9613. DOI: 10.21037/apm-21-1951. PMID: 34628886.
43. Walsh B. W. Treating self-injury. 2014. ISBN 9781462518876. 413p.
44. Польская Н. А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте. Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2010; 1: 92-97.
45. Чуева Е. Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков. Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2017; 1(29): 71-77.
46. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013; 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
47. Польская Н. А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2017; 51.
48. Brodsky B. S., Groves S. A., Oquendo M. A., et al. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. Suicide Life Threat Behav. 2006 Jun; 36(3): 313-22. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.313.
49. Sekowski M., Gambin M., Sumlin E., Sharp C. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. Psychiatry Res. 2022 Jun; 312: 114558. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114558. Epub 2022 Apr 17. PMID: 35483136.
50. Gifuni A. J., Spodenkiewicz M., Laurent G., et al. Symptoms characteristics of personality disorders associated with suicidal ideation and behaviors in a clinical sample of adolescents with a depressive disorder. Front Psychiatry. 2023 Dec 11; 14: 1269744. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1269744. PMID: 38146283; PMCID: PMC10749562.
51. Yen S., Peters J. R., Nishar S., et al. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. JAMA Psychiatry. 2021 Feb 1; 78(2): 187-194. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3598. PMID: 33206138; PMCID: PMC7675214.
52. Soloff P. H., Lis J. A., Kelly T., et al. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1994 Sep; 151(9): 1316-23. DOI: 10.1176/ajp.151.9.1316
53. Усов Г. М., Чумаков Е. М., Чарная Д. И. и соавт. Коморбидность биполярного аффективного расстройства 2 типа и пограничного расстройства личности. Социальная и клиническая психиатрия. 2021; 4: 48-56.
54. Rao S., Heidari P., Broadbear J. H. Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. Curr Opin Psychiatry. 2020 Sep; 33(5): 441-446. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000625. PMID: 32639358.
55. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга». – 2021. – 432. – DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4
56. Winsper C., Lereya S. T., Marwaha S., et al. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016 Mar; 44: 13-24. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.12.001. Epub 2015 Dec 9. PMID: 26709502.
57. Chanen A., Sharp C., Hoffman P. Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. World Psychiatry. 2017 Jun; 16(2): 215-216. DOI: 10.1002/wps.20429. PMID: 28498598; PMCID: PMC5428197.
58. Sharp, C., Current trends in BPD research as indicative of a broader sea-change in psychiatric nosology. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2016. 7(4): p. 334.
59. Biskin R. S. The lifetime course of borderline personality disorder. Can J Psychiatry 2015; 60: 303–308.
60. Paris J. The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. Annual Review of Clinical Psychology. 2009; 5: 277–290
61. Петрова Н. Н., Чарная Д. И., Чумаков Е. М. ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: К ВОПРОСУ О ДИАГНОЗЕ. Доктор. Ру. 2022; 8: 66-71.
62. Arens, E. A., et al., Borderline personality disorder in four different age groups: a crosssectional study of community residents in Germany. Journal of personality disorders, 2013. 27(2): 196-207.
63. Oltmanns T. F., Rodrigues M. M., Weinstein Y., Gleason M. E. Prevalence of Personality Disorders at Midlife in a Community Sample: Disorders and Symptoms Reflected in Interview, Self, and Informant Reports. J Psychopathol Behav Assess. 2014 Jun 1; 36(2): 177-188. DOI: 10.1007/s10862-013-9389-7. PMID: 24954973; PMCID: PMC4061059.
64. Beatson J., Broadbear J. H., Sivakumaran H. et al. Missed diagnosis: The emerging crisis of borderline personality disorder in older people. Aust N Z J Psychiatry. 2016 Dec; 50(12): 1139-1145. DOI: 10.1177/0004867416640100. Epub 2016 Apr 7. PMID: 27056175.

65. Martino F., Gammino L., Sanza M., et al. Impulsiveness and Emotional Dysregulation as Stable Features in Borderline Personality Disorder Outpatients Over Time. *J Nerv Ment Dis.* 2020 Sep; 208(9): 715-720. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001204. PMID: 32639411.
66. Shah R., Zanarini M. C. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Dec; 41(4): 583-593. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.009. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30447726.
67. Paris J. Treatment of Borderline Personality Disorder Second Edition. A Guide to Evidence-Based Practice. New York: Guilford Press; 2020. -316.
68. Paris J. Why psychiatrists are reluctant to diagnose: Borderline personality disorder. *Psychiatry.* 2007; 4: 35-9.
69. Shea M. T., Stout R. L., Yen S., et al. Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *Journal of Abnormal Psychology.* 2004; 113: 499-508
70. Sher K. J., Trull T. J. Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2002; 4: 25-29.
71. Duică L., Antonescu E., Totan M., et al. Borderline Personality Disorder "Discouraged Type": A Case Report. *Medicina (Kaunas).* 2022 Jan 21; 58(2): 162. DOI: 10.3390/medicina58020162. PMID: 35208485; PMCID: PMC8874928.
72. Skodol A. E., Grilo C. M., Keyes K. M., et al. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry.* 2011; 168(3): 257-64
73. Gunderson J. G., Stout R. L., Shea M. T., et al. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(8): 829-34.
74. Grilo C., Stout R., Markowitz J., et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1629-35.
75. Koenigsberg H. W., Anwunah I., New A. S., et al. Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depress Anxiety* 1999; 10: 158-167
76. Akiskal H. S. The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 192-198
77. Gunderson J. G., Phillips K. A. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 967-975
78. Gunderson J. G., Morey L. C., Stout R. L., et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1049-1056.
79. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Khera G. S., et al. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 144-50.
80. Beatson J., Rao S., Watson C. Borderline personality disorder: towards effective treatment. Melbourne: Australia n Postgraduate Medicine. 2010; 87-124.
81. Seidl E., Padberg F., Bauriedl-Schmidt C., et al. Response to ostracism in patients with chronic depression, episodic depression and borderline personality disorder a study using Cyberball. *J Affect Disord.* 2020 Jan 1; 260: 254-262. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.021. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31513969.
82. Silk K. R. The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord* 2010; 24: 25-37.
83. Stanley B., Wilson S. T. Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2006; 20: 307-18.
84. Russell J., Moskowitz D., Sookman D., et al. Affective instability in patients with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 578-88
85. Bayes A, Graham R. K., Parker G. B., McCraw S. Is 'subthreshold' bipolar II disorder more difficult to differentiate from borderline personality disorder than formal bipolar II disorder? *Psychiatry Res.* 2018 Jun; 264: 416-420. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.04.018. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29689499
86. Bayes A. J., Parker G. B. Differentiating borderline personality disorder (BPD) from bipolar disorder: diagnostic efficiency of DSM BPD criteria. *Acta Psychiatr Scand.* 2020 Feb; 141(2): 142-148. DOI: 10.1111/acps.13133. Epub 2019 Dec 13. PMID: 31758547
87. Gunderson J. G., Stout R. L., McGlashan T. H., et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(8): 827-37.
88. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Reich D. B., et al. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand.* 2014; 130(3): 205-13.
89. Biskin R. S., et al., Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2011; 20(3): 168.
90. Winograd G., Cohen P., Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2008; 49(9): 933-941.
91. Hastrup L. H., Kongerslev M. T., Simonsen E. Low Vocational Outcome Among People Diagnosed with Borderline Personality Disorder During First Admission to Mental Health Services in Denmark: A Nationwide 9-Year Register-Based Study. *J Pers Disord.* 2019 Jun; 33(3): 326-340. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_344. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29505387.
92. Rao S., Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry.* 2019 Dec; 27(6): 573-577. DOI: 10.1177/1039856219878643. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31573324.
93. Stoffers-Winterling J. M., Storebo O. J., Pereira Ribeiro J., et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Nov 14; 11(11): CD012956. DOI: 10.1002/14651858.CD012956.pub2. PMID: 36375174; PMCID: PMC9662763.
94. Riffer F., Farkas M., Streibl L., et al. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019 Sep; 23(3): 178-188. DOI: 10.1080/13651501.2019.1576904. Epub 2019 May 29. PMID: 31140337.
95. Lieb K., Völm B., Rücker G., et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010 Jan; 196(1): 4-12. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.062984. PMID: 20044651.
96. Broadbear J., Rao S. 2015. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Reduces the Need for Prescription Medication. *European Psychiatry.* 2015; 30(S1), 1-1. DOI: 10.1016/S0924-9338(15)31181-0
97. Choi-Kain L. W., Albert E. B., Gunderson J. G. Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harv Rev Psychiatry.* 2016 Sep-Oct; 24(5): 342-56. DOI: 10.1097/HRP.000000000000113. PMID: 27603742.
98. Cristea I., Gentili C., Cotet C., et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74: 319-28.