

время, одинокие пациенты показывают более успешную адаптацию по сравнению с теми, кто имеет семью, что может быть связано с различиями в восприятии и поддержке.

2. У пациентов, находящихся на гемодиализе более трех лет, наблюдается тенденция к обесцениванию жизненных ценностей, несмотря на наличие нормальных показателей тревоги и депрессии. Они могут испытывать утроеванное негативное отношение к жизни и мысли о бессмысленности существования.

3. Пациенты после трансплантации почки сталкиваются с уникальными психологическими вызовами, связанными со страхом отторжения трансплантата и необходимостью постоянного контроля состояния здоровья.

4. Результаты исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к психологической поддержке пациентов с ХБП на всех этапах их лечения, учитывающего их индивидуальные потребности и эмоциональные состояния.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Елисеев, М.С. Хроническая болезнь почек: роль гиперурикемии и возможности урат-снижающей терапии / М.С. Елисеев // Современная ревматология. – 2018. – № 12(1). – С. 60–65.
2. Обухова, К.С. Аффективные расстройства у пациентов, страдающих хронической болезнью почек: обзор исследований / К.С. Обухова // Вестник Уральского государственного медицинского университета №1 - 2021. - С. 89-92.
3. Гаврилова, В.Е. Семейный статус пациентов с хронической болезнью почек как фактор психологической адаптации к программному гемодиализу / В.Е. Гаврилова // Вестник Уральского государственного медицинского университета - 2021. - № 1. - С. 41-43.
4. Баранская, Л.Т. Предикторы вторичной алекситимии у пациентов, находящихся на гемодиализе / Л.Т. Баранская, Л.А. Емельянова, Е.В. Дроженкова // Уральский медицинский журнал. - 2017. - №08 - С. 43-50.
5. Корсева, Е.Е. Проблема психосоматических расстройств у пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию методом гемодиализа / Е.Е. Корсева, А.Н. Шишкин, Ю.Ю. Асанина // Вестник Санкт-Петербургского университета №1 - 2012. - С. 23-28.
6. Баранская, Л.Т. Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом / Л.Т. Баранская, С.В. Захаров // Уральский медицинский журнал - 2020. - №08 - С. 71-77.
7. Баранецкая, В.Н. Особенности аффективной сферы больных хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки и / В.Н. Баранецкая // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология» - 2015. - Т. 8, № 1. - С. 63-70.

## **Сведения об авторах**

Е.К. Соловьева\* – студент  
Е.П. Мальцева – студент  
А.М. Макарова – студент  
В.А. Красулина – студент

## **Information about the authors**

Е.К. Solovieva\* – Student  
Е.Р. Maltseva – Student  
А.М. Makarova – Student  
V.A. Krasulina – Student

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
lissasoloveva.08@mail.ru

УДК: 616.89 – 008.434

## **СЛУЧАЙ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

Мальцева Мария Александровна<sup>1,2</sup>, Пензина Ирина Игоревна<sup>2</sup>, Баранская Людмила Тимофеевна<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» Екатеринбург, Россия

## **Аннотация**

**Введение.** Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является одним из наиболее распространенных диагнозов в европейской и американской психиатрии. ПРЛ диагностируется у 2.3 - 5.9% населения. Согласно исследованиям Гарвардской медицинской школы, около 20% амбулаторных и стационарных пациентов психиатрической клиники страдают пограничным личностным расстройством. ПРЛ является клинически

гетерогенным, суицидоопасным и дезадаптирующим расстройством. В синописе отечественной психиатрии МКБ-10 отсутствуют четкие критерии пограничного расстройства личности, что существенно затрудняет дифференциальную диагностику и приводит к нераспознаванию данного расстройства личности в клинической практике. **Цель исследования** – выявить системообразующие диагностические черты ПРЛ у пациента психиатрической клиники с неясным диагнозом. **Материал и методы.** В статье представлен анализ сложного для диагностики клинического случая пациента – юноши 20 лет, госпитализированного в клинику с депрессивным синдромом, стойкими суицидальными мыслями. В обследовании пациента использованы анамнестические сведения, данные соматического и неврологического обследования, анализ особенностей психопатологической симптоматики и динамического клинического наблюдения, данные экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) с применением опросниковых методик. **Результаты.** Проведен дифференциальный диагноз с шизотипическим, шизоидным расстройством, депрессивным эпизодом в составе рекуррентной депрессии, предоставлен вариант лечения коморбидного пациента с ПРЛ со стойкими суицидальными мыслями, депрессивным синдромом. **Выводы.** Применение критериев пограничного расстройства личности (ПРЛ), представленных в DSM-V, предложенные профессором Дж. Гандерсоном (Гарвардская медицинская школа), значительно упрощают и конкретизируют постановку диагноза.

**Ключевые слова:** пограничное расстройство личности, критерии ПРЛ, эмоционально-неустойчивое расстройство, DSM V, МКБ-10.

## A CASE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN A PSYCHIATRIC PATIENT

Maltseva Maria Aleksandrovna<sup>1,2</sup>, Penzina Irina Igorevna<sup>2</sup>, Baranskaya Liudmila Timofeevna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology Ural State Medical University

<sup>2</sup>Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Borderline personality disorder (BPD) is one of the most common diagnoses in European and American psychiatry. BPD diagnosed in 2.3-5.9% of the population. According to research from Harvard Medical School, about 20% of outpatients and inpatients in a psychiatric clinic suffer from borderline personality disorder. BPD is a clinically heterogeneous, suicidal and maladaptive disorder. In the synopsis of Russian psychiatry ICD-10, there are no clear criteria for borderline personality disorder, which significantly complicates the differential diagnosis and leads to non-recognition of this personality disorder in clinical practice. **The aim of the study** is to identify the system-forming diagnostic features of BPD in a psychiatric patient with an unclear diagnosis. **Material and methods.** The article presents an analysis of a difficult to diagnose clinical case of a 20-year-old young man hospitalized in a clinic with a depressive syndrome and persistent suicidal thoughts. In the examination of the patient, anamnestic information, data of somatic and neurological examination, analysis of the features of psychopathological symptoms and dynamic clinical observation, data of experimental psychological study (EPI) using questionnaire methods. **Results.** A differential diagnosis with schizotypal, schizoid disorder, and depressive episode as part of recurrent depression carried out, and a treatment option provided for a comorbid patient with BPD with persistent suicidal thoughts, depressive syndrome. **Conclusions.** Application of the criteria for borderline personality disorder (BPD) presented in the DSM-V, proposed by Professor J. Gunderson (Harvard Medical School), greatly simplifies and concretizes the diagnosis.

**Keywords:** borderline personality disorder, BPD criteria, emotionally unstable disorder, DSM V, ICD-10.

### ВВЕДЕНИЕ

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является одним из наиболее часто встречающихся клинических диагнозов как в США, так и в Европе. Уровни распространенности ПРЛ в США варьируются: согласно данным DSM-5 [1], распространенность расстройства среди больных, проходящих лечение в стационаре, составляет примерно 20%, что близко к показателям шизофрении [2]. Расчетная медианная распространенность ПРЛ равна 2,7%, но возможны цифры до 5,9%. Среди пациентов, проходящих стационарное лечение по поводу психических расстройств, распространенность достигает около 20%. Примечательно, что около 75% пациентов с данным расстройством — это женщины, хотя в общем населении Соединенных Штатов соотношение мужчин и женщин составляет 1:1 [3]. ПРЛ характеризуется клинической гетерогенностью, высоким риском суицида и частыми нарушениями адаптации, оставаясь при этом недостаточно изученным в российской психиатрии. Диагностирование этого

расстройства часто затруднено из-за множества ошибок и неточностей, допускаемых при постановке диагноза [4]. Несмотря на то, что имеются указания на 9 основных диагностических критериев ПРЛ, нечеткость формулировок значительно затрудняет дифференциальную диагностику, что приводит к нераспознаванию данного расстройства. Согласно Национальному руководству по психиатрии (МКБ-10), диагноз «Пограничное расстройство личности» ставится в соответствии с критериями F 60.30: должны отмечаться, как минимум, три из симптомов критерия Б. Согласно DSM-V, выделено девять основных критериев ПРЛ, четыре из которых должны быть выявлены у пациента.

Поскольку вопрос с определением критериев для диагностики ПРЛ не решен окончательно в отечественной психиатрии, за основу взята методика, разработанную Джоном Гандерсоном, профессором психиатрии в Гарвардском университете и директором пограничного центра в больнице Маклинан [5].

**Цель исследования** - выявить системообразующие диагностические черты ПРЛ у пациента психиатрической клиники с неясным диагнозом

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведен обзор литературы по проблеме исследования, проведено психопатологическое и экспериментальное-психологическое исследование (ЭПИ) пациента 20 лет, находящегося на стационарном лечении в ГАУЗ СО «СОКПБ».

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Больной Д., 20 лет, студент. Поступил в ГАУЗ СО «СОКПБ» в общепсихиатрическое мужское отделение впервые самостоятельно по направлению участкового психиатра, с жалобами на суицидальные мысли, сниженное настроение, апатию, самоуничижающие мысли, нарушения сна, самоповреждающее поведение.

Наследственность психопатологически не отягощена. Анамнестические сведения получены со слов пациента. Родился в гражданском браке (фактические семейно-брачные отношения), единственным ребенком в семье. Рос и развивался по возрасту. До 8 лет воспитывался в полной семье, затем отец умер. В дальнейшем воспитывался матерью и бабушкой. Взаимоотношения в семье в целом бесконфликтные, но пациент отмечал отсутствие поддержки и теплоты со стороны матери и бабушки. ДДУ не посещал, находился дома с бабушкой. В общеобразовательную школу пошел с 7 лет. Классы не дублировал. Учился на отлично. Иногда прогуливал уроки. Взаимоотношения с учителями и сверстниками бесконфликтные, рос замкнутым, застенчивым. В свободное от учебы время любил читать, собирать головоломки, занимался 3-Д моделированием, увлекался изучением астрономии, участвовал в олимпиадах, где занял 2 место республиканского уровня. Успешно закончил 11 классов, поступил в ВУЗ в г. Санкт-Петербург, по специальности астрономия, но, закончив 1 семестр, по состоянию здоровья сдать сессию не смог и отчислился. На следующий год поступил в ВУЗ в г. Екатеринбург, на специальность, связанную с искусственными технологиями. Вступил рок-группу, занимался экстремальным вокалом, однократно с группой выступал на концерте, но группу впоследствии покинул с конфликтом, несмотря на общую удовлетворенность этим занятием, не нравилась специфика жанра, в котором выступала группа, «слишком простое исполнение». В настоящее время близких друзей нет, общается с иностранцами по интернету. На учете в ИДН не состоял. К уголовной и административной ответственности не привлекался. Проживает в настоящее время один в общежитие от университета. Из перенесенных заболеваний: в 2020 г. – тяжелый осложненный нейродермит, проходил длительное стационарное лечение. ЗЧМТ, туберкулез, эпилепсия, гепатиты, вен.заболевания, ИМ, ОНМК, эндокринные заболевания — отрицает. Наркологический анамнез: спокоен, не курит, алкоголем не злоупотребляет, категорически отрицает употребление ПАВ и лекарственных препаратов с эйфоризирующей целью.

Анамнез заболевания: Ранее у психиатра не наблюдался. Рос застенчивым,

закрытым ребенком, до 8 лет воспитывался в полной семье, после – матерью и бабушкой, отмечает холодность с их стороны, отсутствие поддержки и теплоты на протяжении взросления, «не пытались выстроить отношения», писал записки, когда не мог им что-то рассказать. В школе с одноклассниками общался выборочно, большую часть времени проводил в одиночестве, мог не заходить в соцсети по несколько недель. В настоящее время близких друзей также не имеет, периодически общается с другими людьми в чатах в интернете, также на иностранном языке. Сообщает, что в большом скоплении людей чувствует себя некомфортно, не знакомится первым, ощущает страх близких отношений, «страх сближаться», «стремление слиться» от общения, присутствует неуверенность в себе, периодические идеи самообвинения, критику со стороны воспринимает как лесть, но при этом характеризует себя, как «я парень видный». С 8 класса отмечает появление суицидальных мыслей, связывает их с заболеванием нейродермитом, когда был прикован к постели. В 2020 г. перенес нейродермит в тяжелой форме, проходил длительное стационарное лечение, встретил совершеннолетие в стационаре. Со слов, состояние было крайне тяжелым, «кожа слезала, кровь и лимфа вытекала отовсюду, было очень плохо и больно». После этого случая отмечает перепады в настроении, появление эпизодов навязчивых мыслей о смерти, суицидальных мыслей. Отмечает депрессивные состояния в течении нескольких месяцев зимой. Во время депрессивного состояния, сниженного настроения, в декабре 10 класса, ощутил неудовлетворенность собственной жизнью, предпринял спланированную суицидальную попытку – заранее подготовил провод, хранил его у себя под кроватью, также предварительно специально практиковал морской узел. Ночью сделал петлю из провода, предварительно написал предсмертные записки, повесил предупредительную записку на дверь, «чтобы мама с бабушкой подготовились», надел петлю, простоял в ней около 10 минут, впоследствии самостоятельно освободился, все убрал. О ситуации никому не рассказал. В последующем, когда переживал депрессивные состояния со сниженным настроением, стойкими суицидальными мыслями, по совету знакомых пробовал обращаться за поддержкой к матери, написал ей на листочке свои переживания. Отмечает, что «через 3 дня все забыли об этом, и сделали вид, что ничего не было». Отмечает депрессивные состояния ежегодно в зимний период времени, в такие состояния ощущает устойчиво сниженное настроение, чувство пустоты внутри, одиночества, появляются рассуждения об отсутствии смысла в жизни, суицидальные мысли, стойкие желания самоповреждения. В качестве причины отчисления из вуза в 2023 г. называет также депрессивное состояние. Текущее ухудшение состояния с ноября 2024 г., когда начал отмечать сниженное настроение, апатию, усталость, сниженную активность, суицидальные мысли, идеи самообвинения, самоуничтожения. Тогда впервые начал наносить себе самопорезы. Связывает с расставанием с девушкой, с которой познакомились в общем чате по игре. Изначально общение носило дружеский характер, впоследствии начал испытывать симпатию к девушке, написал ей сообщение с признанием. После того, как на неделю общение прервалось – девушка уехала в поездку – начало казаться, что она «издевается», «играет», «чувствовал вину, что привязался», «понимал, что не надо сближаться», «понимал, что я со своими странностями». Отношения прекратил. Тогда впервые начал наносить себе самопорезы, делал это по вечерам под грустную музыку. Процесс нанесения самопорезов описывает крайне детально. Впоследствии начал наносить самопорезы систематически, мог обмакивать кисть в собственную кровь, писать записи в тетради, описывая свои чувства, рисуя (сожалеет, что не может показать тетрадь врачам). Также был подписан на группу, где делились самопорезами, скидывал фотографии своих.

В последнее время ограничил все контакты со знакомыми, удалил всех из соцсетей, испытывал стойкое желание причинить себе вред. Изначально наносил себе небольшие самопорезы, в последующем – более глубокие повреждения; нанесение самопорезов помогало отвлечься от беспокоящих самообвиняющих мыслей. Испытывает навязчивое

желание нанести самопорезы, чтобы «избавиться от мыслей», «не важно как, главное порезаться», отмечает, что не может контролировать глубину их нанесения, «не знаешь, насколько глубоко себя порежешь».

Соматически: состояние удовлетворительное. Рост 187, вес 64, ИМТ 19. На лице угревые высыпания. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На левом предплечье множественные следы от самопорезов.

Неврологически: без общемозговой и менингеальной симптоматики. Глазные щели, зрачки равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакция живая, конвергенция не нарушена. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы умеренные, D=S, чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчив. ПНП выполняет уверенно с обеих сторон.

По данным ЭЭГ - умеренные изменения БЭА ГМ в виде несинхронного варианта ЭЭГ с редукцией физиологического альфа-ритма и сглаженными зональными различиями. Дисфункция срединно стволых структур — усиление активирующих несинхронных влияний. На момент осмотра истинной эпилептиформной активности не выявлено.

Психический статус при первичном осмотре: Осмотрен в кабинете врача. Сел на предложенный стул. Поза зажата. Зрительный контакт с врачом не поддерживает на протяжении всей беседы, взгляд опущен в пол. Настроение снижено, эмоциональные реакции выражают грусть, печаль. На вопросы отвечает по существу, подробно описывает свои жалобы и состояние. При расспросе сообщает, что стал испытывать эпизоды сниженного настроения, суицидальные мысли, с 8 класса, ближе к зиме с 2020 года, на фоне тяжелого перенесенного нейродермита, состояние ухудшилось. Предпринимал суицидальную попытку, подробно ее описывает. Текущее ухудшение описывает с ноября 2024 г., когда на фоне сниженного настроения, апатии, появления самоуничижающих мыслей, начал наносить себе самопорезы в области предплечья, с течением времени нарастала апатия, нарушения сна. Сообщает, о том, что постоянно беспокоят мысли самообвинительного характера, «хотел избавиться от мыслей о смерти», данные мысли появляются с самого утра и до ночи, сообщает, что ночью не может из-за них уснуть, «мысли, что что-то не сделал, или сделал неправильно», «у меня нет друзей, мне не везло», «постоянное чувство исчезнуть», «будет гораздо лучше, если я уйду, маме и бабушке», «мама не пыталась меня остановить», «все отношения всегда рушатся», «я виноват, что привязываюсь». Так же в настоящее время подтверждает суицидальные мысли, «мысли эти у меня все время, а что, если умереть?». Также сообщает, что суицидальные мысли могут появляться независимо от внешних причин, «как будто бы я не отделим от этого состояния пустоты». Ассоциативный процесс замедленный. Интеллектуально и мнестически сохранен. Бредовые идеи не высказывает. Галлюцинаторную симптоматику отрицает. Критика формальная, настроен на лечение.

ЭПИ — в ходе проведенного обследования: объем долговременной слухоречевой памяти легко сужен. Основные показатели функций внимания в диапазоне нормы, уровень концентрации с тенденцией к истощаемости. Грубых нарушений мышления не выявляется, отмечается разноплановость и эпизодическая опора на конкретно-ситуативные, субъективные признаки. В структуре индивидуально-психологических особенностей (ИПО) общий эмоциональный фон характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью, в стрессовой ситуации вероятен срыв деятельности и поведения, выраженная неустойчивость состояния, сниженный фон настроения, сочетающийся с протестными реакциями, плохая психологическая и социальная адаптация. Ощущение своей виновности и страх наказания. Чрезмерная перегрузка угрызениями совести, выставляемыми напоказ, высокий уровень мотивации избегания неуспеха.

По шкале Гамильтона — 16 баллов (депрессивное расстройство средней степени тяжести), по шкале Бека — высокий уровень депрессии — 41 балл.

По опроснику дисфункциональных убеждений (при ПРЛ) набрано 34 балла из 56, шкала недоверия 13 баллов из 20, шкала зависимости 11 из 16 баллов, шкала защиты 10 баллов из 20 [6].

По опроснику для диагностики ПРЛ на 80 вопросов (опросник включает вопросы, отражающие критерии ПРЛ по DSM III-R с 1 по 8 критерии): набрано 8 стенов по сумме баллов, что является диагностической границей для ПРЛ: по шкале «нестабильность/импульсивность» 8 баллов из 10, по шкале «самоповреждающее поведение» 7 баллов из 10, «суицидальное поведение» - 10 баллов (максимальное значение), «непереносимость одиночества» - 4 (не используется как диагностическая) [7].

Так как деперсонализационные, дереализационные явления часто сопровождают ПРЛ, также проведен тест по шкале диссоциации, DES – высокое значение по шкале диссоциаций 38.9.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Предварительно на основании жалоб и клинической картины, выделен депрессивный синдром, в соответствии с клиническими рекомендациями, взят на терапию сертралином с постепенным наращиванием дозировок до 200 мг в сутки, гидроксизином до 50 мг в сутки с последующей отменой после терапии в течение месяца; феназепам 2,0 в/м на ночь №7, с отменой после нормализации ночного сна, энкорат до 600 мг в сутки. На фоне терапии выравнился фон настроения, улучшился сон, оживился, начал рисовать, в отделении начал общаться с другими пациентами, играл в настольные игры, вступал активно в беседы с другими пациентами с различными диагностированными расстройствами, умеренной умственной отсталостью, шизофренией, внешне был оживленным, приветливым, улыбался, описывал, что приобрел при общении с разными людьми, начал заниматься медитацией. При этом отмечал, что эмоционально реагирует на «отвержение» со стороны «новых друзей», описывал, как расстраивается от того, что кто-то перестал играть с ним в настольные игры, принимал на свой счет, «он добрейшей души человек... понятно, что я ему надоел». Проводились психокоррекционные беседы, направленные на формирование критики к своему заболеванию и состоянию, постоянный прием поддерживающей терапии. При беседах был улыбчив, эмоционально описывал свои состояния, эпизоды самоповреждения, начал отмечать, что в отделении «перестал искать, чем бы порезаться», «раньше каждый торчащий гвоздик запоминал», «об стену пытался заточить». При этом в моменты, когда речь заходила о неприятных для него темах, когда мнение врача отличалось от его собственного, терял интерес к беседе, отвечал односложно. Затруднялся описать себя. Самостоятельно читал книгу «Я ненавижу тебя, не бросай меня», Дж. Крейсмана. На одной из бесед, начал указывать на сохранение стойких суицидальных мыслей, «оставил бы себе неделю, если бы выписали», «понял, какой я человек», «не хочу проходить долгую психотерапию», «у меня нет шанса нормально жить», в деталях описывал план суицида после выписки из отделения.

В ходе лечения терапия скорректирована, начата постепенная отмена сертралина, перекрестным методом назначен венлафаксин, с постепенным наращиванием дозировок до 150 мг в сутки, также продолжались психокоррекционные беседы, постепенно удалось добиться положительной динамики, купирования суицидальных мыслей, начал строить планы на выписку, дальнейшую жизнь.

### **ВЫВОДЫ**

1. В представленном случае клиническая картина соответствовала 9 критериям ПРЛ по DSM-V, в том числе: хроническое чувство внутренней пустоты, о котором сообщал пациент, затруднение при описании себя, от высказываний «я видный», до самоуничижающих описаний неудовлетворенностью собственной внешностью, желание понравиться при беседе, выставить себя в выгодном свете, некоторая манерность. Нестабильные межличностные отношения, быстрое сближение на стадии идеализации,

обесценивание после обнаружения несоответствия партнера внутренним ожиданиям, стремление избежать этого сближения, отвержение предполагаемых партнеров на стадии сближения, чувство вины за привязанность, нашедшее отражение и во взаимоотношениях с пациентами в отделении. Рецидивирующее суицидальное поведение, суицидальная попытка в анамнезе, многочисленные акты самоповреждения. Аффективная неустойчивость, отмечающаяся при беседе, упоминании ситуации в группе. Описываемые диссоциативные переживания, нашедшие отражение в шкале диссоциаций (значение 38.9).

2. Описываемая клиника соответствует критериям МКБ-10: нарушения прослеживаются с подросткового возраста, приводят к выраженной дезадаптации пациента, нестабильность образа «Я», внутренних предпочтений, склонность вовлекаться в интенсивные взаимоотношения, приводящих к эмоциональным кризисам (тяжелые самоповреждающие действия), хроническое чувство пустоты, многочисленные акты самоповреждения. При этом, в качестве дифференциальной диагностики с Шизотипическим расстройством, у пациента отсутствуют качественные нарушения мышления и эмоций. Недостаточно данных для постановки шизоидного расстройства личности, нет повышенной озабоченности фантазиями и интроспекцией, предпочтения уединенной деятельности, выраженная ответная реакция на похвалу и критику в контакте, присутствует желание иметь близкие связи с окружающими (но есть страх в них вступить), большой список увлечений, в том числе коллективных (рисование, рок-музыка, сетевые игры). Клиническая картина более гетерогенная, выходящая за рамки диагноза депрессивного эпизода, устойчивые мысли самоуничтожительного характера, суицидальные мысли.

3. Опора на критерии пограничного расстройства личности, изложенные в DSM-V, предложенные профессором Гарвардской медицинской школы Дж. Гандерсоном, в основном соответствующие критериям МКБ-10, принятой на территории РФ, значительно упрощает постановку диагноза ПРЛ в трудных диагностических клинических ситуациях, помогает выбрать психофармакотерапевтическую тактику.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Foxhall, M. The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis / M. Foxhall, C. Hamilton-Giachritsis, K. Button // Br J Clin Psychol. – 2019. – Vol. 58, № 3. – P. 289-326.
2. Borderline personality disorder / F. Leichsenring, E. Leibing, J. Kruse [et al.] // Lancet. – 2011. – Vol. 377, № 9759. – P. 74–84.
3. Morgan, T.A. Epidemiology of personality disorders. In Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment / T.A. Morgan, M. Zimmerman // New York, NY: The Guilford Press. – 2018. – P. 173-196.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association. – 5-th ed. Text Revision (DSM-5-TR) – Washington: DC, 2022 – P. 755.
5. Gunderson, J.G. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide / J. G. Gunderson, P. Links. – Second ed. - Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc., 2008.
6. Кони́на, М.А. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки / М.А. Кони́на, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - №3 – С. 5-15.
7. Ласовская, Ю. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы А // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. - №2. – С. 12-17.

## **Сведения об авторах**

М.А. Мальцева\* – ординатор

И.И. Пензина – врач-психиатр ГАУЗ СО «СОКПБ».

Л.Т. Баранская – доктор психологических наук, доцент

## **Information about the authors**

M.A. Maltseva\*- Postgraduate student

I.I. Penzina – psychiatrist of the «Sverdlovsky Regional Clinical Psychiatric Hospital»

L.T. Baranskaya – Doctor of Sciences (Psychology), Associate Professor

**\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

merry-mariya@mail.ru