

УДК 159.9.075 : 616.89

**Исагулова Елена Юрьевна**

соискатель кафедры клинической психологии и психологической помощи,  
Российский государственный педагогический  
университет им. А. И. Герцена,

клинический психолог

[9477877@gmail.com](mailto:9477877@gmail.com)

**Elena Yu. Isagulova**

Applicant for the Department of Clinical Psychology and Psychological Care  
Russian State Pedagogical University named after A. I. Herzen

clinical psychologist

[9477877@gmail.com](mailto:9477877@gmail.com)

### **Характерные особенности клинических проявлений пограничного расстройства личности у подростков**

#### **Characteristic features of clinical manifestations of borderline personality disorder in adolescents**

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются характерные особенности клинических проявлений пограничного расстройства личности у подростков, в частности, проблемы, связанные с идентичностью, диссоциацией, самоповреждающим поведением, суицидом, асоциальным поведением, импульсивностью реакций, отрицательной эмоциональной лабильностью и др. Коррекция пограничного расстройства личности осуществляется в рамках проведения комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных нарушений психического развития. Работа основана на теоретическом анализе актуальных эмпирических исследований.*

***Ключевые слова:** пограничное расстройство личности, подросток, аффективная нестабильность, аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение.*

***Abstract.** This article discusses the characteristic features of clinical manifestations of borderline personality disorder in adolescents, in particular problems related to identity, dissociation, self-harming behavior and suicide, asocial behavior, impulsive reactions, negative emotional lability, and others. Correction of borderline personality disorder is carried out as part of a combination therapy that combines drug and behavioral methods, taking into account the specifics of possible behavioral, personal or affective disorders of mental development. The work is based on a theoretical analysis of current empirical studies.*

**Keywords:** *borderline personality disorder, adolescent, affective instability, auto-aggressive behavior, suicidal behavior.*

В данной статье рассматриваются характерные особенности клинических проявлений пограничного расстройства личности у подростков. Актуальность данной проблемы связана с тем, что на сегодняшний день пограничное расстройство личности у подростков встречается довольно часто, хотя до недавнего времени считалось, что данный диагноз ставится только взрослым пациентам. Отметим также, что важна и точность диагностики, потому как ряд психических расстройств имеют схожую клинику, например, биполярное расстройство. При написании работы мы опирались на современные исследования в области медицинской психологии и психиатрии.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ), относится к психическим заболеваниям, характеризующимся долговременным паттерном нестабильных отношений, искажением восприятия себя, повышенным эмоциональным реагированием [4; 5]. Пациенты с ПРЛ почти всегда демонстрируют самоповреждающее поведение (нанесение себе порезов, ожогов, травм). Люди, страдающие пограничным расстройством, часто ощущают внутреннюю пустоту, одиночество, отрешенность от реальности. Считается, что симптомы могут быть спровоцированы обычными событиями, которые считаются нормальными для других людей, первая симптоматика начинают проявляться в подростковом, реже в детском возрасте [4]. У пациентов отмечаются злоупотребления психоактивными веществами, наличие депрессивных состояний, расстройства пищевого поведения. Исследования показывают, что около 10% лиц, страдающих пограничным расстройством личности, погибают вследствие суицидальных попыток [5].

На формирование нозологии влияют генетические, неврологические, экологические и социальные факторами, как утверждают исследователи [6]. Генетическая предрасположенность проявляется таким образом, что если заболеванием страдает близкий родственник, шансы заболеть увеличиваются в пять раз [4].

Интересно отметить изменение функционирования фронтолимбической нейросети при проявлении симптомокомплекса ПРЛ. В работе Кондратенко А. В. и Уманского С. М. «Клинические особенности и распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся старших классов общеобразовательных учреждений» утверждается, что росту пограничной патологии у подростков способствуют многие факторы, в частности:

- повышенная ранимость нервно-психической сферы в переходные возрастные периоды;
- органическое поражение головного мозга;
- индивидуальные особенности личности;

- конституциональная предрасположенность.

При этом Кондратенко А. В. считает, что, в первую очередь, влияние на развитие патологии относится к психотравмирующим факторам, под воздействием которых происходит нарушение адаптации подростка в социуме [2].

В свою очередь, в статье Лекомцева В. Т. «Пограничные нервно-психические расстройства у несовершеннолетних как критерий аддиктивного поведения», говорится о том, что «одной из наиболее важных причин, определяющих возрастную специфику асоциального подросткового поведения, является пубертатный криз, роль которого в генезе социальных личностных девиаций в возникновении или манифестации психических расстройств трудно переоценить» [3].

В зарубежной практике подчеркивается тесная взаимосвязь, существующая между жестоким обращением с детьми, особенно сексуальным насилием над детьми и развитием пограничного расстройства личности. Многие люди с ПРЛ сообщают о случаях жестокого обращения и пренебрежения в детстве, однако причинно-следственная связь все еще обсуждается [17].

Установлено, что пациенты с ПРЛ сообщают о том, что подвергались различным видам насилия: эмоционального, физического, сексуального, также упоминаются факты высокого процента инцестуозных связей, потери близких в раннем детстве, акцентируют внимание на влиянии эмоционального отстранения и непоследовательности родительского поведения в отношении детей [17].

В психоаналитической традиции Кернберг О. заявляет о неспособности ребенка достичь развивающей задачи психического очищения себя и других и невозможности преодолеть расщепление, что увеличивает риск формирования пограничной личности [18].

Неврологические паттерны - интенсивность и реактивность негативной привязанности подростка или склонность испытывать сильные негативные эмоции предопределяют развитие симптомов ПРЛ чаще, чем сексуальное насилие в детстве. Таким образом, исследователи изучают причины развития пограничного расстройства в дополнение к детской психотравме [18].

В исследовании, опубликованном в январе 2013 года Руокко Э., выделяется два паттерна мозговой активности, которые могут лежать в основе нарушения регуляции эмоций при ПРЛ:

1. Повышенная активность в мозговых цепях, ответственных за переживание усиленной эмоциональной боли.
2. Снижение активации мозговых цепей, которые обычно регулируют или подавляют болезненные эмоции.

Считается, что эти две нейронные сети работают дисфункционально в лимбической системе, но локализация данных областей индивидуальна, поэтому требуется проведение дополнительных исследований [19].

Интересно отметить, что у пациентов с ПРЛ наблюдается меньшая

активация в миндалине в ситуациях повышенной негативной эмоциональности, чем у контрольной группы. Кристал Д., редактор журнала «Биологическая психиатрия», пишет: «Данные результаты могут свидетельствовать о том, что люди с пограничным расстройством - это личности настроенные на бурную эмоциональную жизнь, хотя не обязательно несчастную или непродуктивную». [18, с. 48].

В подростковой практике нарушения психического здоровья характеризуются маскированностью, фрагментарностью клинической картины, психопатологической незавершенностью симптоматики, однако в зарубежные источники говорят, что диагностика расстройства у подростков на данный момент не отличается по критериям от диагностики взрослого пациента [4].

Стоит отметить, что пограничное расстройство личности поддается успешной коррекции при помощи когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и психофармакологического воздействия. Высокие результаты показывает диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), которая помогает снизить суицидальный риск данных пациентов. Терапия может иметь формат индивидуальной и групповой работы, при этом медикаментозное лечение применяется, как правило, для купирования сопутствующих симптомов [4].

У женщин пограничное расстройство личности диагностируется в три раза чаще, чем у мужчин [5].

Пограничное расстройство характеризуется следующими признаками и симптомами [8]:

- нарушением чувства идентичности;
- страхом и крайними реакциями на отказ;
- расщеплением мышления («черно-белое» мышление);
- импульсивным поведением (например, неконтролируемыми расходами, небезопасным сексом, злоупотреблением психоактивными веществами, перееданием);
- интенсивными или неконтролируемыми эмоциональными реакциями, которые несоизмеримы событию;
- нестабильными и хаотичными межличностными отношениями;
- аутоагрессивным поведением;
- искаженным представлением о себе;
- проявлением диссоциации;
- депрессивными состояниями, беспричинным беспокойством, гневом, токсикоманией.

В целом, наиболее отличительными симптомами являются выраженная чувствительность к незначительному отторжению или критике, чередующаяся с крайней идеализацией и обесцениванием по отношению к другим людям, а также - скачки настроения и трудности в регулировании сильных эмоциональных реакций, импульсивное поведение, аутоагрессия [8].

Помимо этого, исследователи выделяют следующие проявления личностной дезадаптации: параноидальные мысли, деперсонализацию, психотические эпизоды.

Согласно МКБ-10, пограничное расстройство личности названо пограничным типом эмоционально неустойчивого расстройства личности, код в классификации - F60. Общие диагностические критерии расстройств личности, соответствие которым должно быть у всех подтипов расстройств:

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчётливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают своё существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Для отнесения расстройства личности к одному из определённых в МКБ-10 подвидов (для постановки диагноза большей части подтипов) необходимо, чтобы оно удовлетворяло, по крайней мере, трём определённым для этого вида критериям.

Подростки с пограничным расстройством отличаются глубиной и продолжительностью восприятия эмоций. Основной характеристикой расстройства является аффективная нестабильность, которая обычно проявляется в виде необычно интенсивных эмоциональных реакций на стимулы окружающей среды с затянутым возвращением к базовому эмоциональному состоянию [8]. Согласно Лайнен М., чувствительность, интенсивность и продолжительность, с которой подростки с ПРЛ испытывают эмоции, имеют как положительные, так и отрицательные аффекты. Так, например, положительный аспект заключается в том, что молодые люди часто испытывают восторг, идеализируют все, прибывают в состоянии радости, при этом проявляются и сильные негативно окрашенные эмоции, такие как тревога, депрессия, чувство вины, стыда,

беспокойство, гнев и т. д. [9].

Отмечается высокая чувствительность подростков с пограничным расстройством к отвержению, критике, изоляции и возможности потерпеть неудачу [10]. Их попытки справиться с собственными негативными эмоциями или избежать неудачу могут приводить к эмоциональной изоляции, нервозности или суицидальному поведению [11]. Подростки часто осознают интенсивность личных негативных эмоциональных реакций и, поскольку не могут их регулировать, закрываются, чтобы не испытывать дальнейших страданий. Это может быть достаточно опасно, так как негативные эмоции предупреждают индивида о наличии проблемной ситуации и побуждают решать ее.

Занарини М. отмечает, что у подростков с рассматриваемым видом расстройства личности существует четыре вида типичных дисфорий: крайние эмоции, деструктивность или саморазрушение, чувство опустошенности или отсутствия идентичности и чувство виктимизации. Эти виды дисфории тесно связаны с сочетанием трех специфических состояний: чувством предательства, неконтролируемостью эмоций и чувством боли [12].

Помимо интенсивности эмоций пациенты испытывают эмоциональную лабильность, которая предполагает колебания между депрессией и приподнятым настроением. Но эти перепады настроения у подростков, страдающих ПРЛ, чаще включают колебания между гневом и тревогой или между депрессией и тревогой [13].

Подростки с ПРЛ могут быть чрезмерно чувствительными в отношениях с другими: ощущают радость и благодарность при положительных высказываниях в их адрес, испытывают сильную грусть или гнев при критике. Таким образом, наблюдается идеализация и обесценивание других людей, в зависимости от текущих взаимоотношений. Соответственно, чувства подростков часто скачут от восхищения и любви к гневу и неприязни, что происходит при разочаровании или ощущаемой потере уважения в глазах того, кого они ценят. Данное явление называется расщеплением. В сочетании с нарушениями настроения идеализация и обесценивание могут подорвать отношения с семьей и друзьями [14].

Подростки с ПРЛ склонны к избегающему, амбивалентному или озабоченному типу привязанности в отношениях, поэтому они часто негативно воспринимают мир, как опасный и злонамеренный [15].

Пограничные личности демонстрируют импульсивное поведение, которое характеризуется злоупотреблением психоактивными веществами или алкоголем, расстройствами пищевого поведения, неразборчивыми сексуальными связями с несколькими партнерами. Импульсивное поведение может также включать побег из школы или разрывы отношений с близкими. Подобные действия дают молодым людям чувство быстрого облегчения от эмоциональной боли, но в долгосрочной перспективе они испытывают стыд и чувство вины за последствия данного

поведения. В связи с этим, подростки попадают в замкнутый круг: чувствуют эмоциональную боль, импульсивно реагируют, чтобы облегчить боль, ощущают чувство стыда и вины за свои поступки, вновь ощущают боль от стыда и вины, после чего возникает потребность в новом импульсивном акте. Со временем, если с ними не проводится психотерапевтическая работа, данный вид импульсивного поведения может стать паттерном поведения в ответ на эмоциональный дискомфорт [15].

Как отмечается в статье Капитоновой Н. С. «Факторы риска суицидального поведения у девочек-подростков»: «Под суицидальным поведением принято понимать различные проявления суицидальной активности:

- действия, включающие суицидальную попытку и завершённый суицид;
- суицидальные мысли, представления, переживания;
- суицидальные замыслы, характеризующиеся разработкой плана (продумываются способы, время и место самоубийства);
- суицидальные намерения, появляющиеся тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент (решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение)» [1, с. 79].

В зарубежных источниках отмечается, что у подростков с ПРЛ часто обнаруживаются шрамы от аутоагрессивного поведения. В связи с этим, многие авторы отмечают, что самоповреждение - распространённое явление и один из признаков пограничного расстройства личности [4].

В DSM-5 самоповреждение или суицидальное поведение относится к одному из основных диагностических критериев [5]. Самоповреждения встречаются у 50–80% пациентов с ПРЛ. Наиболее частым методом самоповреждения являются порезы. Отмечаются также синяки, ожоги, удары головой или укусы [16]. После выполнения самоповреждающих действий, подростки обычно испытывают эмоциональное облегчение.

Суицидальный риск среди пациентов с ПРЛ составляет от 3% до 10%. Согласно статистическим данным, мужчины, в два раза чаще умирают в результате суицида, чем женщины с таким же диагнозом [16].

Интересно, что причины аутоагрессивного поведения, отличаются от попыток покончить с собой. Почти 70% самоповреждений не являются попыткой уйти из жизни. Мотивы самоповреждения отражают выражение гнева, самонаказание, отвлечение себя от эмоциональной боли. При этом суицидальные попытки, как правило, отражают представление подростков о том, что окружающим без них будет лучше. Как самоубийство, так и самоповреждение - это реакция на отрицательные эмоции. Исследователи отмечают, что сексуальное насилие является частой причиной суицидального поведения у подростков с тенденцией к пограничному расстройству [11].

Люди с ПРЛ, как правило, испытывают трудности с идентификацией собственной личности. В частности, у данных подростков отмечаются

проблемы с осознанием того, что они ценят, во что верят, что предпочитают в жизни и от чего получают удовольствие. Подростки с ПРЛ часто не уверены в своих долгосрочных целях в отношениях и самореализации, что, в свою очередь, приводит к ощущению опустошенности и потерянности. Самооценка пациентов, как правило, бывает крайне неустойчивой [16].

Довольно часто интенсивные эмоции, которые испытывают подростки с ПРЛ, мешают сосредоточиться, и это сказывается на их учебной деятельности. Молодые люди могут быть диссоциированы, они имеют потерянный, отвлеченный вид, модуляции голоса отсутствуют.

Диссоциация часто возникает как ответ на болезненное событие или воспоминание об этом событии, это – защитный механизм психики, который не дает переживать сильных эмоций и нежелательных поведенческих импульсов. Постоянное блокирование сильных болезненных эмоций дает временное облегчение, но может иметь и побочный эффект - притупляет естественные эмоции, уменьшая поток информации, которую предоставляют данные эмоции, для эффективного принятия решений в повседневной жизни.

Исследователи также связывают проявление заболевания с органическими повреждениями мозга, с отягченной наследственностью, с психотравмирующими событиями (в частности сексуальным насилием), с неблагоприятной микросоциальной обстановкой, с пубертатным кризисом [5].

Диагностика пограничного расстройства личности основана на клинической оценке, проводимой специалистами. Лучший способ оценки - представить критерии расстройства человеку и спросить его, считает ли он, что эти характеристики точно его описывают. Активное вовлечение людей с ПРЛ в постановку диагноза может помочь пациентам принять его. Отметим, что некоторые клиницисты предпочитают не сообщать молодым людям, какой у них диагноз, из-за беспокойства по поводу стигмы, связанной с их состоянием, или из-за того, что ПРЛ считается трудно корректируемым расстройством. Однако мы считаем, что подростку с ПРЛ стоит знать свой диагноз, так как это помогает взглянуть на проблему отвлеченно, часто с позиции опыта других личностей.

Как правило, психологическая оценка включает в себя опрос пациента о начале и серьезности симптомов, задаются вопросы о том, каким образом симптомы влияют на качество жизни личности. Особого внимания в ответах заслуживают суицидальные мысли, опыт самоповреждения и мысли о причинении вреда другим. Постановка диагноза основывается как на сообщениях человека о симптомах, так и на собственных наблюдениях специалиста. Дополнительные тесты на ПРЛ могут включать физический осмотр и лабораторные тесты, чтобы исключить другие возможные триггеры для симптомов, таких как состояние эндокринной системы или токсикомании.

При этом хотелось бы отметить, что наиболее типичными



симптомами данного психического заболевания считается:

- нарушение чувства идентичности;
- фобии и крайние реакции на отказ;
- расщепление мышления («черно-белое» мышление); импульсивное поведение (например, неконтролируемые расходы, небезопасный секс, злоупотребление психоактивными веществами);
- расстройства пищевого поведения; интенсивные или неконтролируемые эмоциональные реакции, которые несоизмеримы событию;
- нестабильные и хаотичные межличностные отношения; самоповреждающее поведение;
- суицидальное поведение;
- проявление диссоциации.

### **Литература:**

1. Капитонова Н. С., Баницкова А. В., Кузык Я. С., Забозлаева И. В., Патракова А. А., Смирнова Т. А. Факторы риска суицидального поведения у девочек-подростков // Вестник СМУС74. 2017. №1 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-suitsidalnogo-povedeniya-u-devochek-podrostkov> (дата обращения: 11.02.2020).

2. Кондратенко А. В., Уманский С. М. Клинические особенности и распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся старших классов общеобразовательных учреждений // Тюменский медицинский журнал. 2010. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-osobennosti-i-rasprostranennost-pogranichnyh-nervno-psihicheskikh-rasstroystv-sredi-uchaschihsya-starshih-klassov-1> (дата обращения: 11.02.2020).

3. Лекомцев В. Т., Перевозчикова В. М. Пограничные нервно-психические расстройства у несовершеннолетних как критерий аддиктивного поведения // ПЭМ. 2014. №4 (56). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pogranichnye-nervno-psihicheskie-rasstroystva-u-nesovershennoletnih-kak-kriteriy-addiktivnogo-povedeniya> (дата обращения: 11.02.2020).

4. *Borderline Personality Disorder*. NIMH. Archived from the original on 22 March 2016. Retrieved 16 March 2016.

5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing. 2013, p. 663–666.

6. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council. 2013, p. 40–41.

7. *Diagnostic criteria for 301.83 Borderline Personality Disorder – Behavenet*. behavenet.com. Retrieved 23 March 2019.

8. Gunderson J. G. *Clinical practice. Borderline personality disorder* // *The New England Journal of Medicine*. 2011. Vol. 364, № 21, p. 2037–2042.

9. Hooley J., Butcher J., Nock M., Mineka S. *Abnormal Psychology (17th ed.)* // Pearson Education, Inc. 2017, p. 359.

10. Stiglmayr C. E., Grathwol T., Linehan M. M., Ihorst G., Fahrenberg J., Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005. Vol. 111, № 5, p. 372–379.

11. Brown M. Z., Comtois K. A., Linehan M. M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. 2002. Vol. 111, № 1, p. 198–202.

12. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., De Luca C. J., Hennen J., Khera G. S., Gunderson J. G. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder // *Harvard Review of Psychiatry*. 1998. Vol. 6, № 4, p. 201–207.

13. Koenigsberg H. W., Harvey P. D., Mitropoulou V., Schmeidler J., New A. S., Goodman M., Silverman J. M., Serby M., Schopick F., Siever L. J. Characterizing affective instability in borderline personality disorder // *The American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159, № 5, p. 784–788.

14. Oumaya M., Friedman S., Pham A., Abou Abdallah T., Guelfi J. D., Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review // *L'Encephale*. 2008. Vol. 34, № 5, p. 452–458.

15. Ducasse D., Courtet P., Olié E. Physical and social pains in borderline disorder and neuroanatomical correlates: a systematic review // *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16, № 5, p. 443.

16. Horesh N., Sever J., Apter A. A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2003. Vol. 44, № 4, p. 277–283.

17. Ball J. S., Links P. S. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship // *Current Psychiatry Reports*. 2009. Vol. 11, № 1, p. 63–68.

18. Rosenthal M. Z., Cheavens J. S., Lejuez C. W., Lynch T. R. Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms // *Behaviour Research and Therapy*. 2005. Vol. 43, № 9, p. 1173–1185.

19. Ruocco A. C., Amirthavasagam S., Choi-Kain L. W., McMMain S. F. Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis // *Biological Psychiatry*. 2013. Vol. 73, № 2, p. 153–160.

### **References:**

1. Kapitonova N. S., Bانشchikova A. V., Kuzyk Y. S., Zabožlaeva I. V., Patrakova A. A., Smirnova T. A. Risk factors for suicidal behavior in adolescent girls // *Vestnik SMUS74*. 2017. No1 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-suitsidalnogo-povedeniya-u-devochek-podrostkov> (accessed: 02/11/2020).

2. Kondratenko A. V., Umansky S. M. Clinical features and the prevalence of borderline neuropsychic disorders among high school students of general education institutions // *Tyumen Medical Journal*. 2010. No1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-osobennosti-i-rasprostranennost->

*pogranichnyh-nervno-psihicheskikh-rasstroystv-sredi-uchaschihsya-starshih-  
klassov-1* (accessed: 02/11/2020).

3. *Lekomtsev V. T., Perevozchikova V. M. Borderline neuropsychic disorders in minors as a criterion of addictive behavior // TEM. 2014. No4 (56). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pogranichnye-nervno-psihicheskie-rasstroystva-u-nesovershennoletnih-kak-kriteriy-addiktivnogo-povedeniya> (accessed: 02/11/2020).*

4. *Borderline Personality Disorder. NIMH. Archived from the original on 22 March 2016. Retrieved 16 March 2016.*

5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing. 2013, p. 663–666.*

6. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council. 2013, p. 40–41.*

7. *Diagnostic criteria for 301.83 Borderline Personality Disorder – Behavenet. behavenet. com. Retrieved 23 March 2019.*

8. *Gunderson J. G. Clinical practice: Borderline personality disorder // The New England Journal of Medicine. 2011. Vol. 364, № 21, p. 2037–2042.*

9. *Hooley J., Butcher J., Nock M., Mineka S. Abnormal Psychology (17th ed.) // Pearson Education, Inc. 2017, p. 359.*

10. *Stiglmayr C. E, Grathwol T., Linehan M. M., Ihorst G., Fahrenberg J., Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005, Vol. 111, № 5, p. 372–379.*

11. *Brown M. Z., Comtois K. A., Linehan M. M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // Journal of Abnormal Psychology. 2002, Vol. 111, № 1, p. 198–202.*

12. *Zanarini M. C., Frankenburg F. R., De Luca C. J., Hennen J., Khera G. S., Gunderson J. G. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder // Harvard Review of Psychiatry. 1998, Vol. 6, № 4, p. 201–207.*

13. *Koenigsberg H. W., Harvey P. D., Mitropoulou V., Schmeidler J., New A. S., Goodman M., Silverman J. M., Serby M., Schopick F., Siever L. J. Characterizing affective instability in borderline personality disorder // The American Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 159, № 5, p. 784 – 788.*

14. *Oumaya M., Friedman S., Pham A., Abou Abdallah T., Guelfi J. D., Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review // L'Encephale. 2008. Vol. 34, № 5, p. 452 – 458.*

15. *Ducasse D., Courtet P., Olié E. Physical and social pains in borderline disorder and neuroanatomical correlates: a systematic review // Current Psychiatry Reports. 2014. Vol. 16, № 5, p. 443.*

16. *Horesh N., Sever J., Apter A. A comparison of life events between*

*suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder // Comprehensive Psychiatry. 2003. Vol. 44, № 4, p. 277–283.*

17. Ball J. S., Links P. S. *Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship // Current Psychiatry Reports. 2009. Vol. 11, № 1, p. 63–68.*

18. Rosenthal M. Z., Cheavens J. S., Lejuez C. W., Lynch T. R. *Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms // Behaviour Research and Therapy. 2005. Vol. 43, № 9, p. 1173–1185.*

19. Ruocco A. C., Amirthavasagam S., Choi-Kain L. W., McMain S. F. *Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis // Biological Psychiatry. 2013. Vol. 73, № 2, p. 153–160.*