

# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал  
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2021 (21), № 1

«Вопросы психического здоровья детей и подростков»  
(Научно-практический рецензируемый журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)

Учредитель – Ассоциация  
детских психиатров  
и психологов

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен  
в информационной базе РИНЦ  
(Российский индекс научного цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс  
в «Пресса России» **29010**

**Контакты редакции:**  
Почтовый адрес: 125009,  
Москва, ул. Тверская, д. 12,  
стр. 8, оф. 12  
Телефон/факс: +7 499 251 4306  
**E-mail: [acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)**

Тираж 300 экз.

Материалы для публикации направляются электронной почтой вложенным файлом в формате .rtf либо .doc на адрес: [acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)

Перепечатка запрещена.  
При цитировании ссылка обязательна.

Свидетельство о регистрации  
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2020

Главный редактор

**Н.М. Иовчук**

Заместитель Главного редактора

**А.А. Северный**

**Редакционная коллегия:**

Т.А. Баилова, М.Ю. Городнова, И.А. Горьковая,  
И.В. Добряков, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,  
Н.К. Кириллина, Т.А. Куприянова, И.В. Макаров,  
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, В.С. Собкин,  
Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ</b>	
<b>Г.В. Козловская, Н.В. Симашкова, М.В. Иванов, М.А. Калинина, Л.Ф. Кремнева, Т.А. Крылатова, Г.Н. Шимонова, Н.А. Воронкова, С.А. Воскресенская, Н.В. Семенова</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАННЕМ И ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ (ОТ 0 ДО 5 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) НА СПЛОШНОМ И ВЫБОРОЧНОМ КОНТИНГЕНТЕ В МИКРОПСИХИАТРИИ.....	4
<b>О.Н. Первушина, О.В. Киселева, Т.А. Мурашова, Е.А. Дорошева</b> ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС).....	14
<b>В.С. Собкин, Е.А. Калашникова</b> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДРОСТОК ОБ УЧАСТИИ В ДРАКАХ: ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И СТРАТИФИКАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ.....	23
<b>Е.С. Скворцова, Н.П. Лушкина</b> ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ, ЕЖЕДНЕВНО ДЛИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ИНТЕРНЕТОМ.....	36
<b>Ю.А. Афанасьева</b> РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ.....	47
<b>Н.А. Шмойлова</b> ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ САМОРАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....	54
<b>ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ</b>	
<b>Е.В. Корень, Т.А. Куприянова</b> «ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО» В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	62
<b>Д.А. Донской</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧНОГО ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ШИЗОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ АРАКТЕРА.....	70
<b>С.О. Кузнецова, С.Е. Строгова, С.Н. Ениколопов</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПРИ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	80
<b>ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ</b>	
<b>С.В. Давидовский, С.А. Игумнов</b> НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ.....	90
<b>Н.Э. Косых, С.З. Савин, Е.В. Солодкая</b> ЭТНОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ПОДРАСТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА ПРИ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА.....	102
<b>А.Н. Белова, Т.В. Жилева, В.В. Борзиков, А.Н. Кузнецов</b> ОБЗОР ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	113
<b>ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....</b>	124

---

---

**ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ,  
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ**

---

---

**Е.В. Корень, Т.А. Куприянова**

**«ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО»**

**В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» (Москва).**

*Резюме.* В статье на основе представленного клинического случая показана актуальность раннего выявления и изучения «пограничного личностного расстройства» у подростков

*Ключевые слова:* пограничное личностное расстройство, подростки, психические расстройства.

В текущем «временном срезе» пограничное личностное расстройство (ПЛР) относится к числу психических расстройств, вызывающих наибольший интерес как с клинических, так и с теоретических позиций. Данная публикация является продолжением затронутой в предыдущем выпуске журнала проблематики формирования ПЛР в подростковом возрасте [1].

Помимо признания, вопреки постулатам МКБ-10 и сложившейся отечественной практики пользования международной классификацией, самого факта релевантной диагностики ПЛР в подростковом возрасте [2] и отсутствия к настоящему времени исчерпывающего объяснения отчетливого роста числа больных с симптомами ПЛР, крайне актуальными остаются вопросы раннего распознавания, коморбидности, дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации ПЛР с достижением устойчивой ремиссии (компенсации состояния).

*Пациентка Н., 2003 г. р. (17 лет), ученица 11 класса, проживает в Москве, госпитализирована в детскую клинику Московского НИИ психиатрии в октябре 2020 г. с жалобами на сниженное настроение, чувство сильной усталости, истерики, апатию, тревогу, плаксивость, суицидальные мысли, самоповреждения, трудности засыпания.*

*По словам матери, наследственность психопатологически не отягощена. В семье отчим, папа злоупотребляет алкоголем. Роды и раннее развитие происходили без особенностей. Посещала детский сад. Была общительным, жизнерадостным ребенком, но «всегда делала все по-своему, настаивала на своем». В 5-6 лет, после шумных ссор родителей, некоторое время заикалась. В 6-летнем возрасте однократно отмечался астматический приступ. В школу пошла в 7 лет, была хорошо подготовлена. Училась хорошо, с программой справлялась легко, интересовалась изучением иностранных языков. В течение последних 3-х лет семью «преследовали» разнообразные негативные события: умерли любимая тетка и дед, развелись родители. Примерно тогда же родилась сестра, которой сейчас 2 года. Все это девочка переживала достаточно*

эмоционально, рождение сестры восприняла внешне равнодушно, но старалась к ней не подходить и не обращать на нее внимание. Около 2-х лет назад, после ссоры с отчимом, некоторое время не могла владеть правой рукой, нарушилась речь. Через несколько дней подобное состояние «прошло само по себе», без какой-либо коррекции. Позже стала жаловалась на приступы головной боли, по поводу которых консультировалась у неврологов, была неоднократно обследована, патологии не выявлено. С лета 2019 г. (16 лет) мать обратила внимание, что девочка изменилась. Стала раздражительной, вербально агрессивной, ссорилась с матерью. Говорила, что она толстая, у нее ничего не получится, что она хуже всех, жаловалась на суицидальные мысли. Ничем не интересовалась, хотя раньше рисовала, писала рассказы, играла на фортепиано. «Весь день могла пролежать на кровати», со слов матери. Сузилась круг общения, хотя раньше друзей было много. Нарушился сон, долго не могла заснуть, ночью «сидела в компьютере». На вопросы, что она делает, могла грубо ответить, уйти, хлопнув дверью. При этом продолжала посещать уроки в школе, хорошо училась.

Мать считала, что это «особенности подросткового возраста», и родители не придавали этому большого значения. Стала наносить себе неглубокие порезы на руках и на ногах, «чтобы успокоиться». Сама эти порезы не показывала, но и не скрывала от родителей, иногда фотографировала, посылала фотографии друзьям. После повторных порезов по инициативе матери обратилась за помощью к психологу (осень 2019 г., 16 лет). Посетила 2 или 3 занятия, но «психолог не понравился», так как задавала «неудобные вопросы, расспрашивала, заставляла думать и что-то решать». С другим психологом контакт «был лучше», но эти занятия не понравились родителям, так как «психолог вместе с девочкой практически плакала на занятиях». После этого отказалась посещать психологические занятия, заявив, что «это ей не помогает и не поможет». Состояние не улучшалось, жаловалась на плохое самочувствие, слабость, апатию, плохое настроение, суицидальные мысли, говорила, что не может ходить в школу. С родителями была раздражительной, вспыльчивой. Родители приняли решение о консультации у психиатра, обратились за помощью в частную клинику (зима-весна 2020 г.). При общении с врачами предъявляла многочисленные жалобы на «очень плохое настроение», постоянные суицидальные мысли», апатию. Состояние было расценено как депрессивное, рекомендован прием сертралина в дозе 50 мг/с, который через неделю был отменен в связи с жалобами на ухудшение состояния с усилением суицидальных мыслей и назначен амитриптилин до 75 мг/с и тералиджен (алимемазин) до 15 мг/с. Однако через короткое время (дней 12-15) девочка категорически заявила, что лечение ей не помогает, и «надо менять лекарства». Тералиджен был заменен на зилаксеру (арипипразол) до 15 мг/с, доза амитриптилина повышена до 150 мг/с. Состояние оставалось прежним, со слов девочки, ей стало «еще хуже», и она «не хочет больше идти к этому врачу». Продолжала жаловаться на апатию, отсутствие мотивации, снижение настроения, плаксивость, постоянные суицидальные мысли, продолжала наносить себе легкие, но множественные порезы на предплечья и бедра. В конце июня 2020 г. была проконсультиро-

вана детским психиатром, работающим в ПБ. Поставлен диагноз тяжелой депрессии. Были назначены анафранил (кломипрамин) до 150 мг/с и кветиапин до 300 мг/с, которые получала в течение 4 недель, постоянно говорила, что ей «плохо, тошнит, ничего не помогает». Родители обратились за «вторым мнением» к известному профессору. На основании высказываний подростка, самодиагностировавшего у себя по интернету биполярное расстройство (за все годы родители не замечали никаких отчетливых периодов с подъемом настроения), было высказано предположение о наличии биполярного расстройства. Даны рекомендации отменить кломипрамин, ввести в терапию ламотриджин до 400 мг/с и повысить кветиапин до 600 мг/с. Через 3 недели кветиапин был заменен на азалептин до 150 мг/с, без ожидаемого эффекта. Полностью прекратила посещение школы, мотивируя невозможностью сосредоточиться и заставить себя учиться, но случаи самопорезов стали значительно реже. В октябре 2020 г., после консультации в детском отделении МНИИП, пациентка согласилась на госпитализацию, добавив при этом, что ей «все равно никто не поможет, лягу, чтобы мама успокоилась».

**Психический статус при поступлении.** Привлекательной внешности, нормостенического телосложения, на обоих предплечьях и бедрах многочисленные следы неглубоких порезов. Внешне ухожена, опрятна. Послушно идет в кабинет, при этом на лице скорбное выражение, опущенный взгляд, но держится свободно, с чувством дистанции, достаточно активна, в ответах часто использует специфическую медицинскую терминологию, много, с оттенком манерности, жестикулирует. Сразу жалуется на «тяжелую депрессию» и «суицидальные мысли», на предложение рассказать более подробно раздражается, заявляет «мне просто плохо, мне никто не поможет, у меня состояние не меняется, остается плохим; меня не смогут вылечить, и вы не поможете». При более настойчивом расспросе начинает обижаться, проявляет негативизм, на глазах появляются слезы, стереотипно повторяет жалобы на «плохое самочувствие», но без конкретного описания своего состояния. Убеждена, что у нее раньше были периоды «мании», когда она не могла долго заснуть, якобы, было много планов, как правило, нереализованных, настроение могло резко измениться в течение дня. Сама ставит себе диагноз – БАР. С недоверием относится к замечанию врача об отсутствии отчетливых периодов приподнятого настроения, добавляет – «вот сейчас у меня подъем начинается, хочу уйти, побыть одной». Не нравится собственная внешность, фигура, но не считает, что это «комплекс». Ранее пыталась ограничивать себя в еде, сейчас перестала. Стабильное ухудшение своего состояния отмечает уже в течение нескольких лет без светлых промежутков, «наверно, лет с 14». В последние месяцы чаще истерики с плачем, ничего не может делать. Со слов девочки, в периоды «отчаяния и боли» наносила себе порезы, но «это помогало не надолго». Суицидальные мысли и сейчас есть, но «вспоминает о матери», к которой привязана. Рассказала, что в младших классах обижали в школе, били, обзывали, называли некрасивой. Отец, со слов девочки, также не всегда адекватно вел себя по отношению к ней – «никогда не сочувствовал, не жалел, заставлял учиться». С ожесточением сообщила, что, якобы, в пьяном виде «лапал в 13 лет».

Признает ссоры и недопонимания и с отчимом. Все это переживала, расстраивалась, ненавидела себя. После выражения врачом понимания ее состояния, достаточно легко отвлекается на другие темы, реагирует на шутку, начинает улыбаться, даже смеяться, шутит, что от «тяжелой депрессии» ее «никто не вылечит», внезапно со слезами говорит, что «бесят советы, я же все равно не могу ничего изменить». Суицидальных тенденций нет. С явным облегчением выходит из кабинета, сославшись на усталость. Вернувшись в отделение, стала активно знакомиться и общаться с другими девочками-подростками, вовлекалась в коллективные игры, улыбалась и смеялась.

**В отделении** в первые несколько дней чаще находилась одна, общалась мало, присматривалась к сверстникам. Был назначен сертралин (до 100 мг/сут) и рисперидон в растворе (до 3 мл/сут). Медикаменты принимала без сопротивления, но при этом ежедневно говорила, что ей «ничто не поможет». Освоившись в отделении, стала активно и много общаться со сверстниками, любила быть в центре внимания. Выделяла тех детей, состояние которых было в достаточной степени тяжелым (депрессия, тревога, страхи). Проводила время с этими пациентами, брала за руку, гладила по голове с явным желанием помочь им, но этой «заботой» лишь вызывала слезы и длительный плач детей. Охотно разговаривала с врачом, сама проявляла активность. В кабинет обычно входила со скорбным выражением лица, с опущенными глазами. Разговор начинала со стереотипного предъявления многочисленных жалоб – тяжелая депрессия, «пустота» в голове», нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, апатия, использовала медицинские термины, не всегда до конца понимая их смысл. При этом стала признавать, что не может описать свое состояние - «мне просто плохо, мне никто не поможет, у меня состояние не изменилось, остается плохим». При более подробном расспросе обычно начинала раздражаться, иногда - грубить. Лучшие и быстрее реагировала на более официальное обращение, короткие фразы, особенно когда ее жалобы не вызывали выраженного сочувствия. По выходе из кабинета менялось выражение лица, достаточно активно общалась с больными с похожими проблемами. После первого общения с психологом сказала врачу, что ей «понравилось беседа», в этот же день матери обреченно сказала, что психолог «не понимает» ее проблемы. Часто матери по телефону жаловалась, что «лечение не помогает и становится еще хуже», провоцируя маму на экстренные звонки в отделение и просьбы «срочно помочь». В первые дни госпитализации вечером часто жаловалась на «невыносимое чувство напряжения» и требовала вызова дежурного врача, «чтобы сделали укол феназепам», однократно пыталась расцарапать себе предплечье. К принимаемой терапии был присоединен неуплептил (перизиазин) в каплях (до 5 мг/сут). После предупреждения врачей об особенностях ее состояния уже успокаивалась самостоятельно и даже засыпала до их прихода. К концу второй недели пребывания состояние стало более стабильным, легче и доверительнее контактировала с врачом, охотно переключалась на другие темы в разговоре, рассказывала о своих увлечениях, начала строить планы. Стала пытаться дифференцировать свои эмоции, «мне стало легче понимать себя», «я устала от этого постоянного чувства усталости и ненависти к себе, мама не пони-

мает, что мне действительно плохо», рассказала, что чувствует себя зависимой в общении с подругами, постоянно боится быть брошенной, из-за «искусственности» общения старается избегать контактов с прежними подругами и заводить новые, но страдает от постоянного чувства одиночества. Доверительно сообщила, что «не до конца» разобралась со своим гендером, ненавидит мужчин и кажется, что больше нравятся девочки. Иногда мимоходом, наблюдая за реакцией, сообщила, что якобы опять появились суицидальные мысли, но быстро переключалась.

**Заключение психолога:** На первый план выходят особенности эмоционально-личностной сферы в виде: наличия депрессивных тенденций, тревожности, снижения энергетического потенциала, нестабильной самооценки, демонстративности, трудностей коммуникации и снижения социальной активности, трудностей самоидентификации. Девочка способна к простым и сложным обобщениям, также присутствуют единичные обобщения по конкретно-функциональному признаку. Устойчивость внимания снижена. Продуктивность опосредованного запоминания в норме.

По опроснику детской депрессии М. Ковач у девочки суммарно 92 балла, что является показателем намного выше нормы, соответствующим выраженной депрессии. Отдельно можно выделить шкалу межличностных проблем (87 баллов), что говорит о том, что девочка идентифицирует себя с ролью «плохого» персонажа, возможно, могут преобладать агрессивное поведение, высокий негативизм и непослушание. Завышенные значения по шкале «негативная самооценка» (83 балла) могут говорить о том, что у девочки присутствует негативная оценка собственной неэффективности.

С родителями девочки (в основном, с матерью) с регулярностью 2 раза в неделю проводилась индивидуальная психосоциальная терапия в форме психобразовательных бесед, направленная на разъяснение особенностей состояния дочери, включая наличие патологических психологических механизмов «обесценивания» усилий специалистов, и формирование адекватных ожиданий от проводимой психофармакотерапии, понимание того, что девочка действительно испытывает страдания, не придумывая их с целью привлечения внимания, и нуждается в заботе и поддержке. При первых встречах в словах матери часто звучала горечь, а иногда – раздражение и усталость, жаловалась, что «не может найти общий язык с дочерью – она говорит о депрессии, суицидальных мыслях, режет себя и при этом все же хорошо...». Поэтому она имеет основания считать, что дочь «просто притворяется, привлекает внимание – она же никогда не говорила о конкретных жалобах!». Поначалу высказывала сомнение в правильности оценки состояния дочери, «ее же смотрело много врачей, и все они говорили о депрессии». Лишь после нескольких бесед мать научилась спокойно реагировать на стереотипные жалобы и требования «немедленной помощи» и лучше понимать реальные проблемы, которые есть у дочери. Это совпало с тем, что девочка сама отметила улучшение отношений с родителями. Выписана через 4 недели со стабильным улучшением с установкой самостоятельно следить за приемом препаратов, полностью отказаться от самоповреждений и продолжить начатое в отделении возвращение к учебным

занятиям.

Представленный в качестве примера случай из рутинной клинической практики носит скорее типический, чем эксклюзивный характер. Помимо предшествовавшей стационаризации, характерной для таких больных и ранее описанной нами «лекарственной карусели» [1] с высокими дозами и частой сменой препаратов, в клинической картине обращают на себя внимание устойчивое и длительное, без светлых промежутков, персистирование симптоматики, многочисленные и безуспешные попытки диагностики и лечения «депрессии» и БАР, а также наличие довольно типичных неблагоприятных событий в анамнезе, позволяющих некоторым исследователям говорить о существенной роли постстрессовых и диссоциативных механизмов в формировании ПЛР в подростковом возрасте [7, 10, 11].

По прототипическому алгоритму больная соответствует большинству из 9 политегических критериев-признаков для категориальной диагностики ПЛР [1]. Несмотря на заявленную пациенткой «тяжелую депрессию», анализ структуры состояния указывает на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения при отсутствии признаков нарушений витальности в виде физических ощущений, колебаний суточного ритма, изменений веса, ранних пробуждений и т. д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике помимо нехарактерных для депрессии нарушений сна и выраженной изменчивости тяжести симптомов. Также очевидным представляется наличие специфического, отличного от биполярного, паттерна аффективной нестабильности [3] и отсутствие в данном случае клинических оснований для диагностики БАР, что лишний раз подчеркивает значение достоверных анамнестических данных в верификации диагноза данного расстройства [8].

Таким образом, есть достаточные основания полагать, что презентруемые пациенткой депрессивные симптомы, ошибочно интерпретированные ранее как клинически выраженная депрессия, имеют отношение к симптоматике самого ПЛР. Примечательной в этом плане является фиксация нами характерного для данной категории больных феномена ложноположительной диагностики аффективных расстройств при формализованной оценке состояния с использованием опросников [9].

Тем не менее, вопрос о соотношении ПЛР с аффективной патологией далек от своего разрешения. Проведенные эпидемиологические исследования говорят о высокой частоте сочетания этих расстройств [3-6, 9]. При этом наличие ПЛР является наиболее мощным предиктором персистирования депрессии, которая остается терапевтически резистентной до стабилизации ПЛР симптоматики [9]. Другая значимая находка показала, что в 40% случаев больным с ПЛР, никогда не имевшим БАР, ранее ошибочно выставлялся этот диагноз [8].

Наблюдаемые признаки формального сходства с симптомами «выгорания» с презентацией, при предъявлении возрастных требований, жалоб на усталость, бессилие и отсутствие мотивации, позволяют говорить о значительной стрессогенной роли в декомпенсации состояния внешних адверсивных факторов, связанных с интерперсональными отношениями со сверстниками и семейным контекстом. Данное обстоятельство подталкивает к рассмотрению ПЛР, форми-



рующегося в подростковом возрасте, как относительно самостоятельного под-типа в рамках дименсиональной модели проспективного взаимодействия устойчивой, сохраняющей стабильность, преимущественно нейротически обусловленной [12] предрасположенности к данному типу реагирования с ситуационными стрессорами.

Таким образом, на примере клинического случая показана проблема неправильной и запоздалой диагностики ПРЛ с началом в подростковом возрасте, приводящая к затрудняющей курацию кристаллизации симптоматики и фиксации неадаптивных поведенческих паттернов, включая склонность к самоповреждениям и использование патологических психологических механизмов «обесценивания», что ведет к хронификации состояния с менее благоприятным прогнозом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Пограничное личностное расстройство в детском психиатрическом стационаре // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020 (20). - № 4. – С. 87-95.

#### REFERENCES

1. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Pogranichnoe lichnostnoe rasstrojstvo v detskom psihiatricheskom stacionare // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2020 (20). - № 4. – S. 87-95.

2. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder / Inbook: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent mental Health Chapter. Publisher: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. – 2012 — Geneva, Editors: Rey J.M. - pp. Chapter H.4. - 18 P

3. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J Clin Psychiatry. - 2008 - 69(4) - P.533–545.

4. Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A. Prevalence and co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatry. - 2004.- Vol. 61. - P. 361–368

5. Gunderson J.G., Morey L.C., Stout R.L. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions // J Clin Psychiatry. – 2004 – 65 - P. 1049-1056.

6. Hasin D.S., Goodwin R.D., Stinson F.S., Grant B.F. Epidemiology of major depressive disorder results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatry. - 2005. - Vol. 62. - P. 1097–1106.

7. Lewis K.L., Grenyer B.F. Borderline Personality or Complex Posttraumatic Stress Disorder? An update on the controversy // Harvard Review of Psychiatry. – 2009 – 17 – P. 322–328.

8. Ruggero C.J., Zimmerman M., Chelminski I., and Diane Young D. Borderline Personality Disorder and the Misdiagnosis of Bipolar Disorder // J Psychiatr Res. - 2010 - 44(6) –P. 405–408.

9. Skodol A.E., Stout R.L., McGlashan T.H. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders

---

Study (CLPS) // *Depress Anxiety*. – 1999 – 10 – P. 175-182.

10. Steele H., Siever L. An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations // *Curr Psychiatry Rep.* – 2010 -12(1) – P.61–67.

11. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder // *CurrPsychiatr Rep.* – 2014 -16(2) - P.434. doi:10.1007/s11920–013–0434–8

12. Widiger T.A., Oltmanns J.R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications // *World psychiatry*. – 2017 – Volume 16(2) – P. 144-145

**E.V. Koren, T.A. Kupriyanova**

**«BORDERLINE PERSONALITY DISORDER»  
IN ADOLESCENCE AGE: CLINICAL CASE**

**Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of FSBSI “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” (Moscow).**

**Summary.** Based on appropriate clinical case is revealed the increasing importance of early recognition and studying of «borderline personality disorder» in adolescences

**Keywords:** borderline personality disorder, adolescents, mental disorders.