

# ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ЧЕРТАМИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА

В.А. ГОРЧАКОВА, А.Б. ХОЛМОГорова,  
А.В. ПАЛИН, Л.А. АРБУЗОВА

Суицидальное поведение и высокий уровень травматического стресса являются важными критериями диагноза пограничное расстройство личности (ПРЛ), который до настоящего времени не часто используется в российской психиатрии. С помощью Эссенского опросника травматического стресса было обследовано 17 пациенток психиатрического стационара с хроническим суицидальным поведением и выраженными чертами ПРЛ. Эссенский опросник является надежным инструментом для определения частоты встречаемости разных видов травматического стресса, субъективной тяжести того или иного события и степени его влияния на последующую жизнь человека. Подавляющее большинство пациенток (82,3%) отметили наличие в их жизни событий, связанных со стрессом в интерперсональных отношениях, что является важным критерием ПРЛ. Самые высокие показатели по субъективной оценке тяжести травматического события были набраны по следующим параметрам: «интерперсональные трудности» с партнером и родственниками (35,2%), смерть близкого человека (5,8%), насильственные действия со стороны близкого человека (5,8%), сексуальное насилие (5,8%). 41% пациентов отметили, что самое тяжелое стрессогенное событие случилось больше пяти лет назад, больше половины пациентов (64,7%) считают, что пережитые травматические события существенно повлияли на их общую удовлетворенность жизнью. В ходе анализа субъективных самоотчетов о влиянии самого тяжелого травматического события в обследованной выборке у 23,5% опрошенных были выявлены симптомы ПТСР. Делается вывод о необходимости привлечения внимания отечественных специалистов к этой категории пациентов и применения в работе с ними научно обоснованных методов психотерапии, доказавших свою эффективность.

**Ключевые слова:** травматический стресс, пограничное расстройство личности, суицидальное поведение, интерперсональные отношения, Эссенский опросник травматического стресса, удовлетворенность жизнью

В последние годы все большее внимание исследователей и практикующих врачей занимает проблема диагностики такой нозологически сложной категории, как пограничное расстройство личности (ПРЛ). Имеется большое количество лиц, страдающих данной патологией или определенными чертами лиц с ПРЛ и не обращающихся за профессиональной помощью. Пациенты, страдающие ПРЛ, представляют проблему как для близких им людей, так для самих себя. Так, ПРЛ согласно данным Sansone [Sansone, 2001], сопровождается повышенным риском совершения суицида, занимая четвертое место как фактор риска после депрессии, шизофрении и алкоголизма: около двух третей больных сообщают о хотя бы одной суицидальной попытке в течение жизни, а для значительной части характерны множественные попытки, т.е. так называемая хроническая суицидальность. 86% из пациентов, совершивших суицидальную попытку, говорят, что причиной послужило желание уменьшить невыносимое эмоциональное напряжение [Brown, Comtois, Linehan, 2002].

В рамках МКБ-10 [ВОЗ, 1994] под пограничным типом эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F 60.31) понимают расстройство зрелой личности, для которого свойственны ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения. При этом образ Я, намерения и внутренние предпочтения, включая сексуальные (характерное чувство внутренней опустошенности), часто непонятны или нарушены. Следует отметить такую важную характеристику ПРЛ, как склонность быть включенным в напряженные, неустойчивые отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией угроз и актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов). Согласно американской классификации DSM-4-TR (2000), ПРЛ согласно модифицированным Дж. Парис [Paris, 2005] базовым критериям, определено как распространенные паттерны нестабильности интерперсональных отношений, образа самого себя и аффекта, включающего в себя импульсивность (как правило, начинающуюся в раннем детстве), проявляющиеся в различных аспектах жизнедеятельности и соответствующие 5 и более следующим симптомам:

— аффективные, среди которых отмечают аффективную нестабильность вследствие отчетливой реактивности настроения, а также наличие безосновательной, интенсивной ярости, или трудности контроля реакций гнева, хроническое чувство внутренней пустоты;

— когнитивные — в виде транзиторных, связанных со стрессом параноидных идей, или тяжелые диссоциативные симптомы;

— поведенческие — импульсивные повторные попытки или угрозы самоубийства, импульсивность в по крайней мере двух потенциально опасных областях (например, секс, безрассудные траты, злоупотребление психоактивными веществами, кутежи и т.д.), а также неустойчивые и интенсивные межличностные отношения, характеризующиеся колебаниями между идеализацией и обесцениванием;

— интерперсональные — отчетливые попытки избегания реального или воображаемого отвержения в межличностных отношениях.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в первые годы текущего столетия, показали, что частота встречаемости ПРЛ у взрослых по разным данным составляет от 1% до 2% и сопоставима с распространенностью шизофрении [Samuels et al., 2002, Torgersen et al., 2001]. При этом были получены данные о том, что женщины болеют чаще мужчин [Skodol et al., 2002]. Однако недостатком таких исследований были малые выборки пациентов, значительные вариации диагностических критериев и недостаточный учет коморбидной патологии [Коллюцкая, 2012].

Значительные трудности для диагностики ПРЛ представляет его высокая коморбидность с другими психическим расстройствами. Так, 10—20% пациентов с ПРЛ обнаруживают признаки биполярного аффективного расстройства, 41—83% — депрессивного расстройства, 64—66% — злоупотребления психоактивными веществами, 31—48% — панического расстройства, 16—25% — обсессивно-компульсивного расстройства, 23—47% — социальной фобии, 29% — нарушений пищевого поведения [New et al., 2008]. Поскольку в анамнезе у 40—70% пациентов имели место указания на физические или сексуальные злоупотребления в детском возрасте [Негман, 1991], часто ПРЛ диагностически ошибочно рассматривают как посттравматическое стрессовое расстройство, что, соответственно, приводит к неправильным терапевтическим мероприятиям, значительно ухудшая состояние пациентов.

Высокая коморбидность ПРЛ с другими диагностическими категориями приводит к ошибкам в выборе терапевтической тактики и ведения данных пациентов, что увеличивает риск совершения суицидальных действий, а также увеличивает частоту госпитализаций в психиатрические стационары. Удельный вес пациентов с ПРЛ среди обращающихся за медицинской помощью составляет свыше 10% находящихся на амбулаторном лечении и свыше 15—20% — в стационарных медицинских учреждениях. Эти пациенты относятся к категории частых потребителей ургентной медицинской помощи и постоянных клиентов кризисных служб [Swartz et al., 1990, Torgersen et al., 2001; Widiger, Weisman, 1991].

По другим данным [Kreisman, Straus, 2004] ПРЛ составляет от 30% до 60% пациентов от всех диагностируемых по DSM-4 десяти личностных расстройств. При этом в практике, несмотря на частоту встречаемости, ПРЛ диагностируется менее, чем в 50% случаев [Короленко, Дмитриева, 2006]. Недостаточный анализ факторов, формирующих ПРЛ, также является одной из причин, затрудняющих диагностику этого личностного расстройства. Выявлен перечень факторов, на основании которых представляется возможным прогнозирование развития ПРЛ. Путем наблюдения за пациентами с ПРЛ в течение 10 и более лет были выявлены определенные жизненные события, влияющие на формирование данной личностной патологии. Ученые указывают на особую важность травматических детских переживаний, особенно физического или сексуального насилия [Холмогорова, 2012, Kreisman, Straus, 1991].

В поведении пациентов исследователи особое внимание обращают на самосаботаж, истории нарушенных отношений, частые увольнения, смены школ, разводы, повторные браки, истории болезненных брачных отношений с агрессивными лицами, злоупотребляющими алкоголем, а также отношения с контролирующими, нарциссическими лицами. Помимо этого, авторы указывают на опасное поведение, которое воспринимается как возбуждающее (злоупотребление психоактивными веществами, промискуитет, кражи, булимия, анорексия). Такие лица оказывались часто склонными к конфликтам, особенно со значимыми для них людьми, с членами семьи, сотрудниками по работе, старыми друзьями. Для них характерны лабильность самооценки, непостоянство жизненных установок, целей, планов; их жизненный путь представляется весьма неровным, изобилует неожиданными поворотами, как в социальном, так и в семейном плане [Шостакович, 2006].

Авторы выделили специфические характеристики, свидетельствующие об относительно хорошем или плохом прогнозе при ПРЛ [Kreisman, Straus, 1991]. Положительные прогностические признаки включают в себя высокий интеллект, физическую привлекательность, художественный талант, способность к самодисциплине, раннее, резкое улучшение. Вместе с тем, отрицательными прогностическими характеристиками являются: хроническая враждебность и раздражительность, наличие в истории жизни антисоциального поведения, тяжелое родительское насилие, тяжелая патологическая ревность, эксцентричное, отчужденное поведение, бедность.

М. Занарини и Ф. Франренбург [Zanarini, Franrenburg, 1997] считают, что для формирования ПРЛ необходимо сочетание психической травматизации в детстве, уязвимого (ранимого) темперамента и пусковых моментов внешней среды. Типичные для этих пациентов тяжелые жизнен-

ные истории, насыщенные травматическими событиями, требуют особого и длительного психологического сопровождения пациентов, направленного на совладание с пережитым травматическим стрессом.

М. Перре, А.П. Лайрейтер и У. Бауманн определяют «травматический стресс» как специфический класс критических событий, которым присущи следующие характеристики: они нежелательны, обладают крайней негативным воздействием по причине серьезной угрозы собственной жизни и высокой интенсивностью; их тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; как правило, они превышают возможности совладания и чаще всего непредсказуемы. Энергия для новой адаптации требуется огромная, так как обычно эти события затрагивают не только самого индивида, но и близких ему людей, иногда — еще и материальное имущество, а при случае — социальное и личное существование в целом (например, ураган, пережитое насилие)» [Перре, Лайрейтер, Бауманн, 2007, С. 365].

В России диагноз ПРЛ ставится достаточно редко, хотя вышеперечисленные паттерны поведения типичны для пациентов, систематически госпитализирующихся в психиатрические стационары. Характерной чертой поведения данной группы пациентов являются угрозы нанесения себе физического вреда, шантаж, демонстративное поведение по отношению к значимо близким людям. Опасно легкомысленно относиться к подобным угрозам. Именно суицидальные попытки приводят таких пациентов в зону внимания психиатров, не распознавших ПРЛ. Достаточно короткая госпитализация не приводит к нужному эффекту. В сложившейся ситуации необходимо длительное бригадное сопровождение, как это происходит на Западе, например, в центре М. Лайнен в США. В России, к сожалению, подобные центры отсутствуют.

Все выше сказанное определяет актуальность научных исследований, медицинских и социальных мероприятий по улучшению выявляемости пограничного личностного расстройства и повышению эффективности помощи, оказываемой этому контингенту.

### **Эмпирическое исследование травматического стресса**

Цель данного исследования — изучение уровня травматического стресса у группы пациентов с суицидальным поведением и выраженными чертами ПРЛ, периодически госпитализирующихся в психиатрический стационар.

В процессе исследования была обследована группа из 17 человек — пациентов, находящихся на стационарном лечении в 13 отделении психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина. Все 17 пациентов

больницы № 4 оказались на стационарном лечении, потому что: а) совершили суицидальную попытку; б) планировали осуществление суицидального действия или размышляли об этом.

В обследуемой выборке половине пациентов был поставлен диагноз ПРЛ, у половины пациентов черты ПРЛ проявлялись в виде импульсивного поведения, суицидальных мыслей или попыток самоповреждения, злоупотребления психоактивными веществами.

Таблица 1

**Диагностическая характеристика пациентов исследуемой выборки**

| Код по МКБ 10 | Диагноз  | Пациенты с аффективными расстройствами, N = 17 |      |
|---------------|--|--|------|
|               |  | N  | %    |
| F07.88        | Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (ЧМТ + токсическое) с психопатоподобным симптомом | 2  | 11,6 |
| F31.6         | Биполярное аффективное расстройство, смешанный тип приступа  | 1  | 5,8  |
| F32.11        | Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами   | 1  | 5,8  |
| F33.11        | Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами                                    | 1  | 5,8  |
| F43.20        | Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная с расстройством адаптации  | 4  | 23,5 |
| F60.302       | Эмоционально-неустойчивое расстройство личности импульсивного типа, состояние декомпенсации  | 5  | 30   |
| F60.312       | Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, состояние декомпенсации с суицидальной попыткой                    | 3  | 17,5 |

Как видно из Таблицы 1 на момент обращения суммарно 47% пациентам был поставлен диагноз эмоционально-неустойчивое расстройство личности; 41% — депрессивное расстройство разной степени тяжести и 12% — органическое расстройство личности и поведения. В группе пациенток с эмоционально-неустойчивым расстройством личности 18% имеются коморбидные расстройства: F10.242 Синдром алкогольной зависимости второй стадии — 12%; F11.30 Синдром отмены опиоидов, неосложненный — 6%; F11.242 Синдром зависимости от опиоидов второй степени — 6%.

По социодемографическим характеристикам в исследуемой выборке 35,3% (6 пациентов) составили группу от 18 до 30 лет; 35,3% (6 пациентов) — от 31 до 40 лет; 29,4% (5 пациентов) — от 41 до 46 лет. По гендерной принадлежности 94,2% — женщины, 5,8% — мужчины.

В Таблице 2 представлено распределение количества совершенных суицидальных попыток на момент обращения. У 23,5% пациентов это была первая суицидальная попытка, у 53% пациентов — повторная попытка и у 23,5% пациентов были зафиксированы многократные попытки суицидальных действий (3—4 раза).

Таблица 2

**Распределение количества зафиксированных случаев суицидальных попыток в обследованной выборке (количество пациентов в %)**

| Попытки                | Итого (N = 17) |
|------------------------|----------------|
| Первый раз             | 23,5           |
| Повторно               | 53             |
| Многократно (3—4 раза) | 23,5           |

Для изучения уровня травматического стресса в исследуемой выборке были использованы следующие методики:

1. Качественный анализ данных (анализ анамнезов пациентов).
2. Эссенский опросник травматических событий — Essen Trauma Inventory, разработанный немецкими коллегами [Tagay, Erim, Stoelk, Mollerling, Mewes, Senf 2007].

Перевод и апробация опросника на российской выборке были осуществлены коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии при Московском НИИ психиатрии при поддержке сотрудников психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина [Холмогорова, Горчакова, 2013].

При изучении анамнезов пациентов исследуемой выборки было выявлено, что на момент последнего обращения 29,4% (5 пациентов) были госпитализированы в результате высказывания суицидальных намерений: навязчивые мысли о нежелании жить, шантажно-демонстративные угрозы в адрес родственников или переживание навязчивого желания причинить себе вред, прыгнув с балкона. Среди указанных 29,4% только 5,8% (1 пациентка) была госпитализирована первый раз, остальные 23,6% пациентов до момента последней госпитализации уже совершали суицидальные действия. Другие 70,6% (12 пациентов) исследуемой выборки были госпитализированы в результате совершения суицидальных действий: нанесения самопорезов на теле, попытки отравиться таблетками.

Таблица 3

**Распределение суицидальных случаев на момент последнего обращения  
(в форме суицидальной попытки в %)**

| <b>Тип суицидальной попытки</b> | <b>Итого (N = 17)</b> |
|---------------------------------|-----------------------|
| Суицидальные намерения          | 29,4                  |
| Суицидальные действия           | 70,6                  |

Биологические факторы исследуемой выборки: у 35,2% пациентов были зафиксированы травмы головы разной степени тяжести: сотрясение мозга, однократные или многократные черепно-мозговые травмы в результате аварии, падения, ушибов, проявляемого насилия со стороны партнера.

Социальные факторы: у подавляющего большинства 70,5% пациентов отмечена умеренная и сильная (запой по несколько дней) степень алкоголизации, 23,5% пациентов отмечают факты употребления наркотиков, 59% опрошиваемых пациентов не имеют работы, в ряде случаев живут за счет родителей, своих сожителей.

Опираясь на данные, полученные из анамнезов пациентов, в исследуемой группе можно выделить несколько типов суицидальных паттернов. Они приводятся с примерами из историй болезней, которые из этических соображений изменены таким образом, чтобы конкретный человек не мог быть опознан.

**1. Демонстративно-шантажные суицидальные действия** с целью привлечения к себе внимания. Отношение к суицидальной попытке как к способу разрешения конфликтной ситуации, освобождению от фрустрированных эмоций, возможности добиться своей цели, желаемых действий со стороны значимых близких.

Р.С., 21 год, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности в стадии декомпенсации». На фоне употребления алкоголя пациентка поссорилась с родителями, нанесла порезы на теле. По словам самой пациентки «сделала это на спор, чтобы показать родителям, что она с собой может сделать».

К.И., 35 лет, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничный тип, состояние декомпенсации с суицидальной попыткой». В течение последнего года у пациентки напряженные отношения с мужем, так как тот изменяет. На фоне алкоголизации в компании друзей, начала в отместку мужу флиртовать с другим мужчиной, получив отказ, стала агрессивной, нанесла себе самопорезы.

**2. Суицидальные действия на фоне длительной социальной дезадаптации:** наличие пограничных зависимых черт личности, инфантилизма,



«когнитивной депрессивной триады» (негативные мысли о самом себе, окружающих людях, своем будущем).

П.А., 32 года, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности в стадии декомпенсации». Отец пациентки был жестким, властным, требовательным. Мать по характеру мягкая, уступчивая, гиперопекающая. Пациентка всегда боялась неодобрения со стороны отца. Впервые аутоагрессивные мысли возникли в 15 лет, когда отец сказал пациентке, что той не надо заниматься легкой атлетикой, так как она недостаточно женственна. Затем суицидальные мысли возникали при невнимании молодых людей, которые нравились пациентке, была попытка отравления таблетками. Длительное время наблюдается у психиатра. После окончания ВУЗа пациентка нашла работу, которую можно выполнять дома. Всегда чересчур требовательна к себе, малейшую ошибку трактует как «катастрофу». Поссорилась с матерью (не хотела выходить из дома в магазин за продуктами) — угрожала нанести себе порезы. Несмотря на попытки родных успокоить, пациентка оставалась возбужденной, кричала «все будет плохо, я неизлечимо больна». Будущее видит в негативном свете, винит в своем состоянии родных, говорит, что «мама совсем меня не понимает».

К.Я., 45 лет, диагноз «депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, кратковременная». С мужем развелась, проживает с сожителем, не работает в течение 10 лет, материально обеспечивается сожителем и бабушкой. В течение года отмечает ухудшение настроения в связи с тем, что зашла в тупик в отношениях с сожителем, который избивает ее, часто угрожает, манипулирует. Появилось чувство безысходности, отсутствие удовольствия от жизни, потеряла интерес к внешнему виду. Ранее, до текущего поступления на стационарное лечение, на фоне конфликта с мужем была попытка отравления таблетками, чтобы испугать мужа.

**3. Суицидальные действия на фоне переживания многократных последовательных травматических событий** в течение длительного периода времени при полном отсутствии или недостаточном влиянии факторов «буферов», смягчающих воздействие стрессоров на эмоциональное благополучие, изменение картины мира, ощущение угрозы витальным потребностям.

О.М. 46 лет, диагноз «рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней тяжести с соматическими симптомами». На момент последнего обращения (пятая по счету госпитализация с неоднократными суицидальными попытками) пациентка в течение шести последних лет пережила последовательно несколько травматических стрессогенных событий: потерю жилья в результате неудачного

вложения денег, смерть мужа, множественные физические травмы в результате автомобильной катастрофы. После катастрофы пациентка стала отмечать сниженный фон настроения, появились суицидальные мысли, ничего не хотела делать. Пыталась сброситься с балкона, напившись таблеток. Кроме переживаемых стрессогенных событий у пациентки значительно ухудшились отношения с родственниками: с сыном и с братом. Сын и брат отказываются идти на контакт с пациенткой, так как считают, что «в своих бедах она виновата сама». Последняя на момент госпитализации суицидальная попытка (отравление таблетками) произошла на фоне конфликтов и напряжённых отношений с родственниками. Пациентка тяжело переживает факт невозможности проживать в своей квартире, говорит о том, что «не видит дальнейших перспектив в жизни, что от всего устала, и нет сил жить».

#### **Субъективная оценка тяжести травматического события в обследованной выборке**

Первая часть опросника состоит из списка четырнадцати возможных травматических событий. В Таблице 4 представлено распределение частотности пережитых стрессогенных событий. Кроме отметки «да» или «нет» пациентам предлагалось уточнить, в каком статусе было пережито данное событие, лично или в качестве свидетеля. Также в следующем, пятнадцатом пункте, участникам опроса предоставляется возможность указать «другое травмирующее событие», если оно не было перечислено в основном списке травматических событий.

Таблица 4

#### **Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, переживших то или иное стрессогенное событие**

| № п/п | Тип события  | Лично       | Свидетель   | Лично и свидетель | Итого (N = 17) |
|-------|--|-------------|-------------|-------------------|----------------|
| 11    | Природная катастрофа (например, наводнение, ураган, землетрясение)   | 11,7        | 5,8         | 0                 | 17,6           |
| 22    | Тяжелый несчастный случай, пожар или взрыв (например, дорожное происшествие, несчастный случай на работе, крушение самолёта или корабля) | <b>23,5</b> | <b>11,7</b> | <b>17,6</b>       | <b>53</b>      |
| 33    | Тяжёлое заболевание (например, инсульт, рак, инфаркт миокарда, сложная операция)   | 5,8         | <b>58,8</b> | 5,8               | <b>70,5</b>    |

|     |   |             |             |     |      |
|-----|---|-------------|-------------|-----|------|
| 44  | Насильственные действия <b>со стороны незнакомого человека</b> (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)                         | 35,2        | 11,7        | 0   | 47   |
| 55  | Насильственное нападение <b>со стороны человека из круга семьи или знакомых</b> (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)        | 5,8         | 17,6        | 5,8 | 29,4 |
| 66  | Смерть близкого человека (например, в результате несчастного случая, самоубийства, убийства)  |             | <b>47,0</b> | 0   | 47   |
| 77  | Заключение (например, тюремное заключение, в качестве военнопленного)   | 5,8         | 5,8         | 0   | 11,7 |
| 88  | Сексуальное насилие в детском или юном возрасте <b>со стороны незнакомого человека</b> (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)                 | 17,6        | 0           | 0   | 17,6 |
| 99  | Сексуальное насилие в детском или юном возрасте <b>со стороны человека из круга семьи или знакомых</b> (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование) | 5,8         | 5,8         | 0   | 11,7 |
| 110 | Участие в военных действиях или пребывание на территории военных действий   | 0           | 5,8         | 0   | 5,8  |
| 111 | Пытки (например, долговременное лишение сна, электрошок, попытки удушения)  | 5,8         | 0           | 0   | 5,8  |
| 112 | Заброшенность, недостаток заботы (например, постоянное отвержение, недостаток родительского внимания)   | <b>23,5</b> | 5,8         | 5,8 | 35,2 |
| 113 | Сексуальное насилие во взрослом возрасте <b>со стороны незнакомого человека</b> (например, изнасилование или попытка изнасилования)   | <b>35,2</b> | 0           | 0   | 35,2 |

|     |   |             |             |      |             |
|-----|---|-------------|-------------|------|-------------|
| 114 | Сексуальное насилие во взрослом возрасте <b>со стороны человека из круга семьи или знакомых</b> (например, изнасилование или попытка изнасилования) | 11,7        | 0           | 0    | 11,7        |
| 115 | Другое травмирующее событие (указать какое).<br>Интерперсональные трудности с партнером, родственниками (развод, измена, ссора, расставание)        | <b>58,8</b> | <b>11,7</b> | 11,7 | <b>82,3</b> |

Из приведенных данных следует, что большинство пациентов 58,8% (коллонка «лично») и 82,3% (общее количество) отметили графу «другое травмирующее событие». В этой графе пациентам предлагалось самостоятельно назвать конкретное травмирующее событие. Из ответов пациентов следует, что самым распространенным травмирующим событием в их жизни являются события, которые условно можно обозначить как «интерперсональные трудности во взаимоотношениях»: измена мужа, развод, расставание с партнером, детско-родительские конфликты, как результат — частые ссоры или полный разрыв отношений. Наиболее стрессогенными событиями, с которыми опрашиваемые пациенты сталкивались в качестве свидетелей, были названы «тяжелое заболевание» — 58,8% и «смерть близкого человека» — 47%. Это события, которые также связаны со значимыми близкими из окружения пациентов, что полностью согласуется с критерием трудностей в интерперсональных отношениях, как основным в диагностике ПРЛ.

Далее вопросы со второй по пятую часть Эссенского опросника травматических событий сосредоточены на субъективной оценке тяжести и влияния на жизнь одного самого тяжелого травматического события. Из всех отмеченных событий в первой части предлагалось выделить одно «самое тяжелое». В Таблице 5 отражены данные о том, какое одно из всех пережитых травматических событий явилось самым тяжелым в обследованной выборке.

Таблица 5

**Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, выделивших то или иное событие в качестве субъективно наиболее тяжелого для них**

| Тип события  | Распределение ответов (N = 17) |
|--|--------------------------------|
| Интерперсональные трудности с партнером, родственниками (развод, измена, ссора, расставание) | 35,2                           |
| Трудности в определении самого тяжелого стрессогенного события («все плохо»)                 | 29,4                           |

|                          |      |
|--------------------------|------|
| Смерть близкого человека | 23,5 |
| Насильственные действия  | 5,8  |
| Сексуальное насилие      | 5,8  |

Из таблицы видно, что снова самые высокие показатели по субъективной оценке тяжести травматического события были набраны по параметру «интерперсональные трудности» с партнером, родственниками (35,2%), смерть близкого человека (5,8%), насильственные действия со стороны близкого человека (5,8%), сексуальное насилие (5,8%). Такие стрессогенные события типичны для ПРЛ. Трудности в определении самого тяжелого травматического события у 29,4% пациентов свидетельствуют об отсутствии навыка дифференцирования пережитых событий, мыслей, чувств. В этой группе пациенты отмечали сразу несколько травматических событий или же писали о том, что «все плохо», «не знают, какое событие самое тяжелое».

Например, пациентка М.К., 26 лет, написала, что «все было плохо всегда». Отвечая на опросник, отметила шесть стрессогенных событий, которые пережила лично. Среди них несчастный случай, сексуальное насилие в детском и взрослом возрасте, насильственные действия со стороны человека из круга семьи. В анамнезе пациентки отмечены ДТП, первая суицидальная попытка в 13 лет из-за «несчастной любви», измена мужа.

Данные, представленные в таблице 6, свидетельствуют об осознании пациентами фатального влияния травматического стресса на жизнь. 41% пациентов отметили, что самое тяжелое стрессогенное событие случилось «больше пяти лет назад» (см. Таблицу 6).

Таблица 6

**Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших ту или иную давность наиболее тяжелого стрессогенного события**

| Давность события           | Распределение ответов (N = 17) |
|----------------------------|--------------------------------|
| Меньше месяца назад        | 11,8                           |
| 1—3 месяца назад           | 11,8                           |
| 1—6 месяцев назад          | 11,8                           |
| Полгода или три года назад | 11,8                           |
| 3—5 лет назад              | 11,8                           |
| Больше пяти лет назад      | 41                             |

17,7% пациентов ощущают степень тяжести пережитого стрессогенного события в текущий период жизни как «сильную» и по 5,9% пациентов как «очень сильную» и «невероятно сильную» (см. таблицу 7). Опираясь на субъективные самоотчеты пациентов, можно выдвинуть

гипотезу об отсроченном (продолженном) влиянии травматических событий на эмоциональное благополучие.

Таблица 7

**Число испытуемых (в %) в обследованной выборке отметивших ту или иную степень субъективной тяжести восприятия пережитого стрессогенного события в текущий период жизни**

| Степень тяжести     | Распределение ответов (N = 17) |
|---------------------|--------------------------------|
| Совсем нет          | 11,8                           |
| В некоторой степени | 23,5                           |
| Немного             | 35,2                           |
| Сильно              | 17,7                           |
| Очень сильно        | 5,9                            |
| Невероятно сильно   | 5,9                            |

Больше половины пациентов 64,7% отметили, что пережитые травматические события повлияли на их «общее удовлетворение жизнью». Кроме этого, из Таблицы 8 видно, что пережитые травматические события оказали влияние на разные сферы жизни пациентов: отдых и свободное времяпрепровождение (58,8%), отношение к друзьям, коллегам, членам семьи, т.е. на фактор интерперсонального взаимодействия (47%), сексуальность (41,1%). Зарубежные и отечественные исследования также доказывают факт влияния травматических событий на изменение когнитивных представлений [Падун, Тарабрина, 2003; 2004]. Согласно концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман у человека под воздействием травматических событий происходит изменение «базисных убеждений» о доброжелательности/ враждебности окружающего мира, ценности и значимости собственного «Я» [Тарабрина, 2012].

Таблица 8

**Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие влияния наиболее тяжелого стрессогенного события на разные сферы жизни и наличие симптомов стрессовых расстройств в текущий период жизни**

| Степень тяжести                   | Распределение ответов (N = 17) |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Общее удовлетворение жизнью       | 64,7                           |
| Учеба                             | 11,7                           |
| Работа                            | 35,2                           |
| Отношение к домашним обязанностям | 47                             |

|   |      |
|---|------|
| Отдых и свободное время-препровождение  | 58,8 |
| Отношение к друзьям, знакомым, коллегам | 47   |
| Отношение к членам семьи                | 47   |
| Сексуальность                           | 41,1 |

На основании субъективной самооценки опрашиваемых пациентов у 23,5% (4 человека) зафиксированы симптомы ПТСР<sup>1</sup>, при этом ни у одного пациента не были выявлены симптомы ОСТР.

Таблица 9

**Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие симптомов острого стрессового расстройства и ПТСР**

| Симптомы      | Распределение ответов (N = 17) |
|---------------|--------------------------------|
| Симптомы ПТСР | 23,5                           |

#### **Выводы:**

В исследуемой выборке больных с ПРЛ и четами ПРЛ были выявлены различающиеся суицидальные паттерны поведения: демонстративно-шантажные суицидальные действия; суицидальные действия на фоне социальной дезадаптации; суицидальные действия на фоне воздействия многократных последовательных травматических событий в течение длительного периода времени при полном отсутствии факторов буферов, смягчающих воздействие стрессоров на эмоциональное благополучие.

По критерию распространенности травматических событий для большинства опрошенных (82,3%) наиболее часто встречающиеся травматические события связаны с интерперсональными трудностями взаимодействия с партнером, родственниками. Среди таких трудностей были названы развод, измена партнера, ссора, расставание с партнером, разрыв значимых отношений с одним или несколькими членами семьи: родителями, ребенком.

<sup>1</sup> При обработке результатов Эссенского опросника травматических событий диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» ставится, если опрашиваемый отметил по три симптома в подшкалах «навязчивое воспроизведение», «избегание» с любым из значений «редко» — 1, «часто» — 2, «очень часто» — 3; два симптома из подшкалы «повышенная возбудимость» со значением «очень часто» — 3 и три симптома из подшкалы «диссоциации» со значением «очень часто» — 3. По продолжительности симптоматики, с момента травматического события должно пройти минимум один месяц. Также должно быть отмечено влияние травматического события на психосоциальное функционирование.

По частоте распространенности стрессогенных событий, которые пациенты опрашиваемой выборки пережили лично, были выделены следующие типы событий: насильственные действия со стороны незнакомого человека (35,2%); сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны незнакомого человека (35,2%); тяжелый несчастный случай (23,5%); заброшенность, недостаток заботы (23,5%).

Субъективно наиболее тяжелые травматические события могут оказывать как незамедлительное, так и отсроченное пролонгированное воздействие, которое, по мнению участников исследования, влияет на общее удовлетворение жизнью (64,7%), отдых и свободное времяпрепровождение (58,8%), интерперсональные связи: отношение к друзьям, коллегам, знакомым, членам семьи (47%), отношение к домашним обязанностям (47%) и сексуальность (41,1%).

В ходе анализа субъективных самоотчетов о влиянии самого тяжелого травматического события в обследованной выборке у 23,5% опрашиваемых были выявлены симптомы ПТСР.

Многочисленные травмы, пережитые в детстве, молодом возрасте воссоздаются по механизму ретравматизации в более зрелом возрасте. Пациенты вновь и вновь воспроизводят травматические паттерны. Для того, чтобы разорвать порочный круг необходима работа по переработке травматического опыта и целенаправленная перестройка паттернов интерперсональных отношений в настоящем. Методы, предложенные М. Лайнен [Лайнен, 2008] по преодолению эмоциональной дисрегуляции, схема-терапия Д. Янга, направленная на перестройку интерперсональных отношений путем осознания детской травмы, когнитивно-аналитическая психотерапия Д. Мак-Каллоу [Мак-Каллоу, 2003], основанная на ситуационном анализе, требуют пристального изучения отечественными специалистами и внедрения в системы помощи пациентам с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства.

## ЛИТЕРАТУРА

- Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10 пересмотр). СПб, «Оверлайд», 1994. С. 201—202
- Колоцкая Н.М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 2. С. 2—3
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. С. 121—153
- Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства. М.: Вильямс, 2008. 592 с.



- Мак-Каллоу Д. Лечение хронической депрессии: Методы когнитивно-поведенческой терапии. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 368 с.
- Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. 2004. — № 5. С. 5—15
- Падун М., Тарабрина Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121—140
- Перре М., Лайрейтер А.П., Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния: Гл. 17 // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманн. СПб.: Питер, 2007. С. 358—392
- Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Гл. 5 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229—269
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
- Холмогорова А.Б. Личностные расстройства: Гл. 6 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой: Т. 2. Частная патопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С.270—323
- Холмогорова А.Б., Горчакова В.А. Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация Эссенского опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. — С. 120—137
- Шостакович Б.В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. М.:Издательство МБА, 2006. С. 102—128
- American Psychiatric Association 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158(Suppl): 1—52
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Washington, DC
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
- Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // J Abnorm. Psychol. 2002. Feb., 111(1). PP. 198—202
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W. Prevalenz, Komorbiditat und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychother Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). PP. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466 &lang=ru&site=ehost-live>
- Herman J: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992

- Kreisman J., Straus H* I Hate you-Dont Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York: Avon Books, 2001. PP. 31—32
- Kreisman J., Straus H., Sometimes J.* Act Crazy. Hoboken. J.Wiley, 2004
- New A.S., Triebwasser J., Charney D.S.* The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. // *Biological Psychiatry*. 2008. V. 64. PP. 653—659
- Paris J.* Borderline personality disorder // *Canadian Medical Association Journal*. 2005. V. 172 (12). PP. 1579—1583
- Samuels J., Eaton WW., Bienvenu J., Clayton P., Brown H., Costa PT.* Prevalence and correlation of personality disorders in a community sample // *Br. J. Psychiatry*. 2002. V 180. PP. 936—950
- Skodol A.F., Gunderson J.G., Pfohl B., Wiliger T.A., Liversley WJ., Siever I.J.* The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // *Biol. Psychiatry*. 2002. V. 51. PP. 936—950
- Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *Journal of Personality Disorders*. 1990. V. 4. PP. 257—272
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W.* Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie [Psychosom Med Psychother]*. 2008. Vol. 54 (2). PP. 164—173. English Abstract [http:// search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live)
- Torgersen S., Kringlen E., Cramer V.* The prevalence of personality disorders in community sample. *Arch.Gen.Psychiatry*, 2001., V. 58. PP. 416—425
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital and Community Psychiatry*. 1991. Vol. 42. PP. 1015—1021
- Zanarini M., Frankenburg F., DeLuca C. et al.* The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder // *Harvard Review of Psychiatry*. 1997.Vol. 6(4). PP. 201—207

## TRAUMATIC STRESS IN PATIENTS WITH CHRONIC SUICIDAL BEHAVIOR AND CHARACTERISTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

*V.A. GORCHAKOVA, A.B. KHOLMOGOROVA, A.V. PALIN,  
L.A. ARBUZOVA*

Suicidal behavior and a high level of traumatic stress are important criteria for the diagnosis of borderline personality disorder (BPD) — a diagnosis which is not often used in Russian psychiatry. 17 psychiatric hospital patients with chronic suicidal behavior and expressed features of BPD were examined using the Essen Trauma Inventory. The Essen Trauma Inventory is a reliable tool for determining the occurrence frequency of different types of traumatic stress, subjective severi-

ty of the event and the extent of its influence on the person's future life. The vast majority of patients (82,3%) noted that events associated with stress in interpersonal relationships were present in their lives, which is an important criteria for BPD. The highest metrics on the subjective assessment of the severity of the traumatic event were seen for following parameters: "interpersonal difficulty" with partner and relatives (35,2%), death of a significant other (5,8%), violent actions from a significant other (5,8%), and sexual abuse (5,8 percent). 41% of patients noted that the most stressful event happened more than five years ago, more than half of patients (64,7%) believe that the traumatic event they experienced had a significant impact on their overall life satisfaction. The analysis of subjective self-reports on the impact of the most severe traumatic events revealed that 23,5% of respondents from the surveyed sample had symptoms of PTSD. The authors conclude that it is necessary to draw the attention of national experts to this category of patients as well as apply scientifically valid methods of psychotherapy that have proven effective when working with them.

**Keywords:** traumatic stress, borderline personality disorder, suicidal behavior, interpersonal relationships, Essen Trauma Inventory, satisfaction with life

- Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10 peresmotr). SPb, "Overlajd", 1994. S. 201—202
- Kolyutskaya N.M.* Pograničnoe rasstrojstvo lichnosti: voprosy diagnostiki i terapii // *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv*. 2012. № 2. S. 2—3
- Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V.* Lichnostnye i dissotsiativnye rasstrojstva :rasshirenie granits diagnostiki i terapii: Monografiya. Novosibirsk: Izdatel'stvo NGPU, 2006. S. 121—153
- Lajnen M.* Kognitivno-povedencheskaya terapiya pograničnogo rasstrojstva. M.: Vil'yams, 2008. 592 s.
- Mak-Kallou D.* Lečenje khronicheskoy depressii: Metody kognitivno-povedencheskoj terapii. Sankt-Peterburg: Rech', 2003. 368 s.
- Padun M.A., Tarabrina N.V.* Kognitivno-lichnostnye aspekty perezhivaniya travmaticheskogo stressa // *Psikhologicheskij zhurnal*. 2004. — № 5. S. 5—15
- Padun M., Tarabrina N.* Psikhicheskaya travma i bazisnye kognitivnye skhemy lichnosti // *Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal*. 2003. № 1. S. 121—140
- Perre M., Lajrejtser A.-P., Baumann U.* Stress i koping kak faktory vliyaniya: Gl. 17 // *Klinicheskaya psikhologiya / Pod red. M. Perre, U. Baumann*. SPb.: Piter, 2007. C. 358—392
- Tarabrina N.V.* Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (PTSR): Gl. 5 // *Klinicheskaya psikhologiya: V 4 t. / Pod red. A.B. KHolmogorovoj. T. 2. CHastnaya patopsikhologiya*. M.: Izdatel'skij tsentr "Akademiya", 2012. S. 229—269
- Tarabrina N.V.* Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i praktika. — M.: Izd-vo "Institut psikhologii RAN", 2009. 304 s.
- Kholmogorova A.B.* Lichnostnye rasstrojstva: Gl. 6 // *Klinicheskaya psikhologiya: V 4 t. / Pod red. A.B. KHolmogorovoj. T. 2. CHastnaya patopsikhologiya*. M.: Izdatel'skij tsentr "Akademiya", 2012. S. 270—323

- Kholmogorova A.B., Gorchakova V.A.* Traumatisches Stress i ego vliyanie na sub"ektivnoe blagopoluchie i psikhicheskoe zdorov'e: aprobatsiya EHssenskogo oprosnika travmaticheskikh sobytij // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. № 3. — С. 120—137
- Shostakovich B.V.* Rasstrojstva lichnosti (psikhopatii) v sudebno-psikhiatricheskoj praktike. M.:Izdatel'stvo MBA, 2006. S. 102—128
- American Psychiatric Association 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158(Suppl): 1—52
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Washington, DC
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
- Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M.* Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // J Abnorm. Psychol. 2002. Feb., 111(1). PP. 198—202
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W.* Pravalenz, Komorbiditat und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychother Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). PP. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466&lang=r u&site=ehost-live>
- Herman J.* Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992
- Kreisman J., Straus H* I Hate you-Dont Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York: Avon Books, 2001. PP. 31—32
- Kreisman J., Straus H., Sometimes J.* Act Crazy. Hoboken. J. Wiley, 2004
- New A.S., Triebwasser J., Charney D.S.* The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. // Biological Psychiatry. 2008. V. 64. PP. 653—659
- Paris J.* Borderline personality disorder // Canadian Medical Association Journal. 2005. V. 172 (12). PP. 1579—1583
- Samuels J., Eaton WW., Bienvenu J., Clayton P., Brown H., Costa PT.* Prevalence and correlation of personality disorders in a community sample // Br. J. Psychiatry. 2002. V 180. PP. 936—950
- Skodol A.F., Gunderson J.G., Pfohl B., Wiliger T.A., Liversley WJ., Siever I.J.* The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // Biol. Psychiatry. 2002. V. 51. PP. 936—950
- Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // Journal of Personality Disorders. 1990. V. 4. PP. 257—272
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W.* Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between

- death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* [Psychosom Med Psychother]. 2008. Vol. 54 (2). PP. 164—173. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live>
- Torgersen S., Kringle E., Cramer V.* The prevalence of personality disorders in community sample. *Arch.Gen.Psychiatry*, 2001., V 58. PP. 416—425
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital and Community Psychiatry*. 1991. Vol. 42. PP. 1015—1021
- Zanarini M., Frankenburg F., DeLuca C. et al.* The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder // *Harvard Review of Psychiatry*. 1997. Vol. 6 (4). PP. 201—207