

Пограничное расстройство личности в призме исследований и практическом преломлении: факты и клинический случай

А.В. Васильева^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, annavdoc1@mail.ru

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; 192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Резюме

Пограничное расстройство личности – диагноз, который существует в нашем профессиональном поле уже более 30 лет и, по данным различных эпидемиологических исследований, является гораздо более распространенным, чем шизофрения. Однако в отечественной медицине до сих пор остаются сложности с его своевременной выявляемостью и подбором терапии. С одной стороны, это связано с полиморфизмом симптоматики и высокой коморбидностью пограничного расстройства личности с тревожно-депрессивными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами. С другой стороны, этот диагноз не имеет прямых аналогов в трудах классиков отечественной психиатрии. В настоящее время пограничное расстройство личности имеет самую большую базу доказательных исследований эффективного использования психотерапии среди других расстройств личности, открытым остается вопрос поиска эффективной психофармакотерапии. В рутинной практике большинство пациентов с пограничным расстройством личности получают медикаментозное лечение. В представленном случае описаны трудности поддержания рутинной деятельности, ставшие причиной декомпенсации пограничного расстройства личности. Представлена стратегия выбора лечения при отказе от психотерапии в соответствии с отечественными клиническими рекомендациями и индивидуальным профилем симптомов, таких как генерализованная тревога, раздражительность, субдепрессивное настроение, что определяет назначение анксиолитика с серотонинергическим и дофаминергическим действием препаратом выбора. Продemonстрирована положительная динамика состояния и возможность использования цифровых ассистентов как средства самопомощи. Анализ базы клинических случаев, подобных представленному в статье, может стать основой для разработки рекомендаций по психофармакотерапии пограничного расстройства личности в парадигме исследований в реальном мире, что позволит сократить разрыв между наукой и практикой.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, коморбидность, тревога, депрессия, психотерапия, психофармакотерапия, бупирон

Для цитирования: Васильева АВ. Пограничное расстройство личности в призме исследований и практическом преломлении: факты и клинический случай. *Медицинский совет*. 2025;19(22):114–122. <https://doi.org/10.21518/ms2025-541>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Borderline personality disorder in the research prism and practical approach: Facts and clinical case study

Anna V. Vasileva^{1,2✉}, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, annavdoc1@mail.ru

¹ Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology; 3, Bekhterev St., St Petersburg, 192019, Russia

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia

Abstract

Borderline personality disorder is a diagnosis that exists in our professional field already more than 30 years and according to numerous epidemiological studies has higher incidence than schizophrenia. However in Russian healthcare we still have difficulties with its adequate diagnostic and treatment. It can be explained by the symptoms polymorphism of borderline personality disorder itself and it's high comorbidity with anxiety depression and substance abuse, on the other hand this diagnosis doesn't have any analogies in the works of Russian classical psychiatrists. Nowadays bod has the greatest evidence base of psychotherapy efficiency among personality disorders, the efficient psychopharmacotherapy is still a challenge for future study. In the routine practice the majority of borderline personality disorder patients gets psychopharmacotherapy. In the described case study the difficulties to maintain routine activity made an impact for borderline personality disorder decompensation. The treatment choice has been made according to the Russian guidelines for diagnostic and treatment of personality disorders and individual symptoms profile: free floating anxiety irritability and subdepressive mood, it determined the prescription of anxiolytic with serotonergic and dopaminergic mechanism of action as treatment choice. Significant improvement has been shown as well as the digital assistance use as self help tool. Case study base analysis as the one published in this article can be served as the source for the borderline personality disorder psychopharmacological treatment guidelines elaboration in the real world studies paradigm that can help to bridge the gap between research and practice.

Keywords: borderline personality disorder, comorbidity, anxiety, depression, psychotherapy, psychopharmacotherapy, buspirone

For citation: Vasileva AV. Borderline personality disorder in the research prism and practical approach: Facts and clinical case study. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(22):114–122. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-541>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Диагноз расстройства личности сегодня находится в центре дискуссионного поля специалистов. Ряд коллег выступают против его чрезмерного использования, считая, что излишняя медикализация «бессовестного», нарушающего общественные нормы поведения может иметь негативные социальные последствия. Несколько лет назад в профессиональных журналах развернулась бурная полемика в отношении этой диагностической категории, было высказано мнение о «теоретической бездоказательности концепции, недостоверности диагностических критериев и вреде, причиняемом применением категории “расстройство личности” в практической психиатрии», о том, что специалисты должны воздерживаться от «медикализации нравственных выборов и неконвенционального поведения» [1]. Такая позиция профессионалов существенно затрудняет своевременную диагностику и оказание качественной помощи этой довольно обширной группе пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, препятствует построению терапевтического альянса и способствует избеганию этими пациентами обращения к специалистам в области психического здоровья.

Диагноз психопатии как патохарактерологического расстройства тем не менее существует в профессиональном лексиконе уже более ста лет и, как и многие другие диагностические категории, производными которых мы пользуемся и сегодня, был введен одним из наиболее уважаемых классиков мировой психиатрии Э. Крепелиным. Он различал ряд вариантов: возбудимые, нерешительные, эксцентричные, следующие инстинктам, патологические лжецы, «враги общества» и кверулянты. С его точки зрения, не всегда просто провести четкую демаркационную линию между личностными особенностями и патологией. Другой известный ученый, немецкий психиатр Курт Шнайдер выделял свои типы психопатий: гипертимную, депрессивных, неуверенных, фанатичных, ищущих признания, эмоционально лабильных, эмоционально сглаженную, слабovolную и астеническую [2]. Отто Бумке, говоря о психопатиях, делал акцент на том, что в рутинной практике скорее преобладают их смешанные и переходные формы, что сильно затрудняет их дифференциацию [3].

Рассматривая труды классиков немецкой психиатрии, на которую во многом была ориентирована отечественная школа, довольно трудно обнаружить в них описание пограничного расстройства личности (ПРЛ). Обращаясь к работам П.Б. Ганнушкина, одного из наших ведущих специалистов по психопатиям, который выделил специфическую триаду «стабильность, тотальность и социальная дезадаптация», в предложенной им классификации также отсутствует прототип данного диагноза [4].

Становление современной классификации расстройств личности началось вместе с введением новой американской классификации DSM III, где произошел отказ от психоаналитического понимания непсихотических расстройств и появились многие диагнозы, которыми мы пользуемся сегодня, в частности паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство. В дальнейшем в связи со стигматизирующим эффектом термина «психопатия», который стал в общепотребительном понимании синонимом морального уродства, он был заменен на более нейтральный термин ПРЛ [5].

ИСТОРИЯ ДИАГНОЗА «ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ»: НА ГРАНИЦЕ МЕЖДУ НЕВРОЗОМ И ПСИХОЗОМ

Диагноз ПРЛ проделал длинный исторический путь и имел разные названия для своего описания: «пограничные состояния», «предшизофреническая структура личности», «психотические характеры», «амбулаторная шизофрения», «псевдоневрозическая шизофрения». Сам термин возник как попытка описать пациентов, находящихся на границе или в континууме между неврозом и психозом. Понимание этой нозологии, как и большинства других в психиатрии, основывается на описательных динамических и комбинированных признаках, критерии диагностики являются в большей степени результатом консенсуса специалистов, чем эмпирического исследования. В течение длительного времени существовали определенные сложности в выделении их в самостоятельную диагностическую единицу. В зависимости от традиций той или иной психиатрической школы это расстройство диагностировалось как аффективное или как особая форма шизофрении.

Основной характеристикой ПРЛ являются специфические психодинамические нарушения, возникшие на определенных этапах развития личности, приводящие как к искаженному восприятию себя и других, так и к характерным дефектам коммуникативного поведения. При этом не достигается необходимая стабильность внутренних объектов и нарушается процесс сепарации – индивидуации, незрелое Я мешает переносить и интегрировать амбивалентные чувства, что приводит к дихотомическому мышлению, быстрой потере интрапсихического гомеостаза, даже при незначительных фрустрациях, и использованию различных форм деструктивного поведения с целью саморегуляции. Эти формы реагирования являются признаком специфических структурных слабостей и уязвимых мест, корень которых лежит в специфических препятствиях, возникавших в процессе развития таких пациентов. O.F. Kernberg и J.F. Clarkin выделяют следующие специфические особенности ПРЛ:

- 1) типичные симптоматические конstellации, такие как диффузная тревога, особые формы полисимптоматических неврозов, предпсихотические патологии характера;
- 2) типичные конstellации защитных действий Эго и переход к первичному процессу мышления;
- 3) особая патология интернализованных объектных отношений;
- 4) характерные генетико-динамические особенности [6, 7].

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

В опубликованной в 2021 г. в журнале The Lancet статье, посвященной ПРЛ, подчеркивается, что оно является серьезным бременем для системы здравоохранения. Это расстройство ранее считалось неизлечимым, но сейчас благодаря его лучшему пониманию и ранней выявляемости появились обнадеживающие результаты лечения. Первые признаки ПРЛ отмечаются еще в подростковом возрасте – после 12 лет, постепенно формируется когерентный паттерн ПРЛ с высокой коморбидностью так называемых интернальных (тревоги и депрессии) и экстернальных расстройств (поведенческих проблем, гиперактивности, злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ)). ПРЛ имеет ряд негативных социальных последствий, включая низкий образовательный и профессиональный уровень, дефицит долговременных отношений, низкий уровень социальной поддержки, рискованное сексуальное поведение, низкий уровень удовлетворенности жизнью и избыточное использование ресурсов здравоохранения. Основным методом лечения является психотерапия. Психотерапевтическая должна использоваться в периоды декомпенсации и для лечения коморбидных нарушений. Хорошая популяционная осведомленность о диагнозе ПРЛ является основой ранних эффективных интервенций [8].

В отечественной психиатрии ПРЛ не имеет аналогов среди традиционных вариантов психопатий, что затрудняет его диагностику. Дополнительная проблема заключается в том, что ПРЛ не подчиняется законам данной триады, проявления его, как и других расстройств личности из драматического кластера, часто сглаживаются с возрастом, в ряде ситуаций эти пациенты демонстрируют социальную гипердаптацию, успешно работая спасателями, стартаперами, кризисными менеджерами.

Другая трудность заключается в выраженном полиморфизме симптоматики в виде депрессивных эпизодов, нарушений пищевого поведения, кратковременных психотических эпизодов, эпизодов дереализации и деперсонализации, высокой частоты коморбидной патологии, прежде всего тревожной, аффективной. Также у этих пациентов часто встречается злоупотребление ПАВ, которое может начинаться в качестве способа самолечения, чтобы справиться с непереносимыми эмоциями или чувством внутренней пустоты, крайне тягостным ощущением, которое трудно вербализовать. Разнообразие свойств этих пациентов патологических конфигураций, различные возможности их Я, а также проявления защитных механизмов во многих случаях затрудняют диагностику и разработку

плана лечения. Основной характеристикой этого расстройства являются специфические психодинамические нарушения, возникшие на определенных этапах развития личности, приводящие как к искаженному восприятию себя и других, так и к характерным дефектам коммуникативного поведения. Расстройства зрелой личности характеризуются жестким постоянным набором дезадаптивных и ригидных защитных механизмов, вызывающих значительный дистресс и проблемы в интерперсональных отношениях.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра ПРЛ является одним из подтипов эмоционально-неустойчивого расстройства зрелой личности. Диагноз устанавливается на основании симптомов личностных расстройств (F60): устойчивое отклонение поведения и переживаний от принятой в данной культуре нормы, проявляющееся хотя бы в двух сферах: познавательной, аффективной, межличностных отношений, способности сдерживать желания. Отклонение ригидно и обнаруживается в широком диапазоне внутри- и межличностных ситуаций. Оно устойчиво и отмечается не позднее подросткового возраста.

Для диагноза ПРЛ необходимо наличие следующих дополнительных признаков:

- 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные);
- 2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов;
- 3) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- 4) повторные элементы саморазрушающего поведения или его угрозы;
- 5) стойкое чувство внутренней пустоты [9].

С возрастом ПРЛ претерпевает определенную динамику. Если в группе молодых взрослых от 18 до 33 лет, как правило, выявляется весь набор симптомов, у них в большей степени выражена эмоциональная нестабильность, в том числе и гневливость, раздражительность, взвинченность, повышенная чувствительность к реальным или воображаемым отказам в интерперсональных отношениях, они больше склонны к самоповреждающему поведению и суицидным попыткам. Безусловно, в такие драматические проявления вносит вклад дефицит жизненного опыта, отсутствие подходящих ролевых моделей. Отсутствие положительного опыта со значимыми другими может существенно увеличивать время для построения рабочего психотерапевтического альянса, что ставит вопрос об использовании психотерапии на начальных этапах лечения. По достижении 50 лет выраженность и тяжесть симптомов постепенно существенно снижаются. Открытым остается вопрос, связано ли это с приобретением жизненного опыта и сглаживанием дисфункциональных убеждений и улучшением навыков эмоциональной регуляции, т. е. определенным синдромокинезом, или пациенты с наиболее тяжелым течением ПРЛ совершают завершённый суицид, или у них на первый план выходит злоупотребление ПАВ с последующими нейротоксичными изменениями центральной нервной системы. Тяжесть симптомов ПРЛ в среднем существенно снижается после 53 лет,

эквивалентом чего является низкая распространенность таких симптомов, самоповреждающее и суицидальное поведение, аффективная нестабильность и склонность к вовлечению в нестабильные межличностные отношения [10].

СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА И ПОИСКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В последнее время предпринимаются попытки изучения ПРЛ в естественно-научном подходе, что может существенным образом помочь в преодолении стигматизации этой группы пациентов. В качестве примера стоит привести опубликованную недавно работу, где рассматривались возможности моделирования ПРЛ на животных, как это делается, например, с депрессией при поиске новых антидепрессантов. Авторы пишут о том, что, несмотря на то что в США ПРЛ страдают от 1 до 3% населения и расстройство проявляется импульсивностью, нарушением регуляции эмоций, самовосприятия и интерперсональными трудностями, для понимания нейробиологии этого расстройства, а значит, и поиска эффективных методов лечения, не хватает валидных моделей на животных, которые могли бы транслировать основные ключевые признаки расстройства в систему, годную для изучения. Объединение этиологических факторов, симптомов-триггеров и ключевых симптомов могло бы создать проект-схему для построения модели ПРЛ на животных, которая затем могла бы быть имплементирована на мышах. В качестве переменных для такой модели были предложены неблагоприятный детский опыт и последующие стрессовые события взрослой жизни в качестве этиологических факторов; нарушенные связи между префронтальной корой и миндалиной, повышенная импульсивность и дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, а также повышение факторов нейровоспаления в качестве биомаркеров. На основании этих признаков может быть разработана модель двух ударов, использующая материнскую депривацию как фактор, нарушающий становление стресс-регулирующей оси, и умеренный стресс во взрослом возрасте как второй удар, запускающий поведенческие нарушения, проявляющиеся повышенной импульсивностью и нарушением торможения, адаптации, межличностного взаимодействия. Подобные модели вместе с аккумулярованными клиническими данными могут помочь лучшему пониманию нейробиологии ПРЛ от микромолекулярного уровня до более сложных общих нейрофизиологических механизмов. Полученные данные нейронаук также могут способствовать преодолению существующего среди специалистов предубеждения в отношении этой группы пациентов. Модель двойного удара, где первый стрессовый удар в раннем возрасте определенным образом настраивает адаптационный психо-нейро-эндокринно-иммунологический барьер человека, что приводит к его прорыву, чаще всего на этапе ранней взрослости (в возрасте 18–30 лет) и манифестации психического расстройства, сейчас активно изучается для разных психических заболеваний. Разработаны варианты соотнесения экспериментальных, психосоциальных

стрессоров, в том числе инфекционных и анамнестических. Модель повторного удара во многом объясняет типовые декомпенсации в течении ПРЛ и других расстройств зрелой личности и ставит вопрос поиска эффективных фармакологических решений как средства купирующей терапии кризисных состояний пациентов, учитывая отсроченный эффект даже самой эффективной психотерапии [11–14].

Схожим образом описывает формирование ПРЛ и интерперсональная аффективная модель ПРЛ. Она в качестве первого удара рассматривает неблагоприятный детский опыт, а в качестве второго – интерперсональные конфликты во взрослом возрасте, формирующие сенсibilизацию к интерперсональным трудностям, что определяет селективность восприятия и их искаженную оценку. В данной модели пациенты с ПРЛ имеют повышенную эмоциональную реактивность, особенно в ответ на воспринимаемую интерперсональную угрозу, что не всегда соответствует действительности, и используют деструктивные формы поведения в качестве психологической защиты по типу отреагирования вовне для регуляции эмоционального напряжения и удовлетворения интерперсональных потребностей. Эта модель указывает на дисфункциональный интерперсональный контекст данного расстройства, что открывает перспективы для применения групповых форм терапии. Одновременно с этим дополнительное назначение оптимальной психофармакотерапии может помочь снизить повышенную чувствительность к интерперсональным угрозам, подчинить аффект интеллекту [15].

Парадигма исследований в реальном мире, которая в наше время активно набирает обороты, создание датасета клинических случаев и их анализ с помощью возможностей машинного обучения и других современных методов анализа данных могут одновременно помочь персонализировать терапию за счет определения, какому пациенту какое лечение поможет наилучшим образом [16–18].

В данной статье мы приводим клинический случай, который может рассматриваться как вариант исследования в реальном мире.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мужчина, 36 лет, обратился на консультацию. Жалобы на тревогу, страх будущего, ощущение взынченности, периодические вспышки гнева, трудно себя контролировать, даже когда пытается это делать, проблемы с выполнением заданий по работе, апатию, чувство внутренней пустоты и бессмысленности происходящего, чувствует себя разобраным, загнанным в угол.

Со слов пациента, проблемы в отношениях с другими, особенно авторитарными фигурами, отмечаются с подросткового возраста, был неформальным лидером в классе, часто срывал уроки. Воспитывался матерью, которая практически то игнорировала его, то баловала, проводила с ним все свободное время, отца своего не знает. Отличался высоким интеллектом, учился неровно, мог быстро улучшить оценки, но потом быстро терял интерес к учебе. Вспышки гнева периодически приводили к дракам, считает, что всегда боролся за справедливость, указывал людям

на их место. Увлекался опасными видами спорта, любил «гонять по городу на мотоцикле». Эпизодически злоупотреблял ПАВ, чтобы расширить границы сознания.

После окончания вуза по специальности «бизнес и менеджмент» сменил большое количество профессий, работал подборщиком персонала, бизнес-аналитиком, агентом недвижимости, некоторое время имел свое ивент-агентство, быстро осваивал новые специальности, но потом терял к ним интерес. В настоящее время работает кризисным менеджером, около полугода назад удалось наладить поставки оборудования и сырья в условиях импортозамещения, работа приняла отлаженный, рутинный характер, поэтому в последнее время стало невыносимо ходить на работу, приходится себя заставлять. В течение последних 2 мес. стала постепенно нарастать тревога, внутреннее напряжение, стал взвинченным, раздражительным, конфликтным, связывает это с необходимостью подготовки подробной финансовой отчетности, из-за чего постоянно конфликтует с начальством. Считает, что спас шефа от неминуемого разорения, что именно благодаря его сверхусилиям удалось наладить рабочие процессы, а теперь его «унижают», требуют «отчитаться за каждую копейку», пациент не может заставить себя начать заниматься этим видом деятельности. С другой стороны, хорошо понимает последствия своей прокрастинации, из-за чего тревога усиливается, уже несколько раз, как в подростковом возрасте, прибегал к самоповреждающему поведению, наносил себе порезы, чтобы снять напряжение. Опасается, что конфликты с начальством, как это уже неоднократно было раньше, приведут к увольнению, но сейчас будет очень трудно найти высокооплачиваемую работу.

С юности пользовался успехом у женщин, очень быстро вступал в бурные романтические отношения, каждый раз казалось, что это на всю жизнь, но быстро охладевал, разочаровывался, считает, что не надо оставаться с человеком, если нет ярких эмоций. Проживает в гражданском браке, отношения противоречивые, имеет двух детей от разных женщин, отношения с ними не поддерживает.

По характеру эгоцентричный, категоричный, импульсивный, эмоционально-лабильный. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена.

Состояние удовлетворительное. Рост 188 см, масса тела 93 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, на теле и лице имеются многочисленные татуировки и пирсинги, на левом предплечье – множественные шрамы от нанесения себе порезов бритвой. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, частота дыхания 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 68 в 1 мин, артериальное давление 122/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Психический статус. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных и суицидальных тенденций на момент осмотра. Настроение неустойчивое: легко раздражается, впадает в гнев, практически постоянно присутствует чувство взвинченности, диффузной тревоги, по вечерам отмечает эпизоды апатии и чувство внутренней пустоты, от которых пытается избавиться, фривольно флиртуя на сайтах знакомств. Настроение зависит от жизненных

обстоятельств, в беседе оживляется, смеется, когда рассказывает о своих приключениях, без выраженного снижения и депрессивного аффекта, суточные колебания отсутствуют. Мышление категоричное, дихотомичное, затруднена способность извлекать уроки из собственного опыта, к своим психологическим трудностям относится эгосинтонно, преобладают реакции экстрапунитивного, внешнеобвинительного характера. Аппетит не снижен, сон достаточный.

Лечение. От рекомендованной психотерапии отказался, считает, что «разговоры ему не помогут», в качестве психофармакотерапии был назначен буспирон с постепенной титрацией дозировки до 30 мг/сут. На приеме через 2 нед. отмечает, что стал гораздо спокойнее, значительно снизилось внутреннее напряжение, «внутри больше не клопочет», удалось без эмоций поговорить с начальством, обсуждение получилось конструктивным, по итогу разговора получил ассистента, который поможет пациенту собрать все необходимые документы. Был очень удивлен, что если не нападать на людей, то они тоже идут навстречу. На приеме через 2 мес. состояние стабильное, настроение большую часть времени спокойное, ровное, тревога носит эпизодический характер, пациенту удается с ней справляться. Самостоятельно нашел себе цифрового ассистента для борьбы с прокрастинацией, доволен результатами, рекомендована постепенная отмена буспирона.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анксиолитик буспирон имеет выраженный противотревожный, частично антидепрессивный эффект, а также применяется для купирования раздражительности и ажитации. Он был разработан и запатентован в США в 1970-е гг., а затем в 1986 г. стал первым небензодиазепиновым анксиолитиком, который был одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для лечения генерализованного тревожного расстройства. С тех пор постоянно растет база исследований по его клиническому применению в терапии тревожно-депрессивных расстройств. Буспирон был впервые синтезирован командой химиков-фармакологов MeadJohnson для компании Bristol-MyersSquibb в 1968 г. Изначально он разрабатывался компанией как потенциально новый антипсихотик, так же как и другие антипсихотики, воздействующие на D2-дофаминовые рецепторы, но с более низким, чем у других известных в то время типичных антипсихотиков, потенциалом вызывания экстрапирамидного синдрома. Опубликованные исследования говорят о большом терапевтическом потенциале и эффективности буспирона (Спитомина) в лечении различных психических патологий и коррекции побочных эффектов психофармакотерапии, а также о его хорошей переносимости, безопасности применения и низком уровне побочных эффектов. Наиболее убедительна на данный момент доказательная база для применения буспирона в лечении генерализованного тревожного расстройства, а также в потенцировании действия антидепрессантов при депрессивных расстройствах. Однако имеющиеся предварительные данные указывают на то, что буспирон также может быть эффективен при других

тревожных расстройствах, расстройствах аутистического спектра, синдроме дефицита внимания, гипосексуальности, негативной симптоматике шизофрении, а также в коррекции ряда побочных эффектов психотропной терапии [19].

По своей структуре он относится к классу азапионов и обладает как серотонинэргическим, так и дофаминэргическим действием. Он является селективным парциальным агонистом 5-HT_{1A}-серотониновых рецепторов, селективным антагонистом дофаминовых D₂-ауторецепторов и слабоафинным агонистом 5-HT₂-рецепторов. Таким образом, за счет своего рецепторного действия бупирон уменьшает синтез и высвобождение серотонина, снижает активность серотонинэргических нейронов ядер шва (серотониновый стабилизатор). Бупирон способен также взаимодействовать с постсинаптическими 5-HT₂-рецепторами, но имеет к ним низкую афинность. Он также селективно блокирует пресинаптические дофаминовые рецепторы и повышает скорость возбуждения дофаминовых нейронов среднего мозга.

Его анксиолитическое действие не связано с влиянием на ГАМК-ергическую стресс-лимитирующую систему, однако в исследованиях был продемонстрирован его противотревожный эффект, сопоставимый, а в ряде случаев превышающий действие основных бензодиазепиновых анксиолитиков. Противотревожное действие осуществляется за счет стимуляции пресинаптических серотониновых ауторецепторов, которое, в отличие от действия селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, не зависит от характера базального выброса серотонина [20, 21].

В отличие от производных бензодиазепа, бупирон не обладает миорелаксантами противосудорожными свойствами. Его седативный эффект значительно слабее эффекта типичных анксиолитиков и не нарушает психомоторные функции. По анксиолитической активности бупирон примерно аналогичен эффекту производных бензодиазепа. Бупирон не вызывает толерантности и зависимости, а после завершения курса лечения не развиваются симптомы отмены. Действие бупирона развивается постепенно. Терапевтический эффект начинает проявляться между 7-м и 14-м днями терапии, а максимальный эффект достигается примерно через 4 нед. после начала лечения, поэтому препарат не назначается эпизодически. Рекомендованная начальная доза составляет 15 мг, ее можно повышать на 5 мг/сут каждые 2–3 дня. Обычная суточная доза – 20–30 мг/сут. Максимальная однократная доза составляет 30 мг, максимальная суточная не должна превышать 60 мг. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами [22–24].

В данном клиническом случае имеются сформированные на основе нестабильной привязанности и противоречивого воспитания устойчивые поведенческие паттерны, отмечающиеся со школьного возраста в виде антиавторитарных реакций, повторяющихся межличностных отношений в виде быстрого сближения с последующей быстрой потерей интереса. Пациенту трудно поддерживать рутинный уровень активности, присутствуют проблемы самоидентификации и чувство внутренней пустоты, дополнительно в клинической картине выявляются признаки импульсивности, раздражительности, эпизоды самоповреждения,

в анамнезе отмечаются эпизоды употребления ПАВ. Аффективная симптоматика представлена диффузной, генерализованной тревогой, колебаниями настроения и субдепрессивными элементами. Перечисленные признаки позволяют поставить диагноз «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный подтип».

Психотерапия считается первой линией лечения при ПРЛ. Однако залогом успешного лечения является готовность пациента в ней участвовать, что отсутствовало в описанном случае. Действительно, начиная с 1993 г., когда М. Лайнен впервые опубликовала результаты эффективного применения диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ), в лечении ПРЛ накопилась большая база исследований успешного психотерапевтического лечения этих пациентов.

В качестве доказательных методов психотерапии сегодня есть достаточно большой выбор как в когнитивно-поведенческом, так и в психодинамическом направлении. Пять методов психотерапии подтвердили свою эффективность:

- ДБТ;
- схема-терапия;
- терапия, сфокусированная на переносе;
- психотерапия с опорой на ментализацию;
- недавно добавился еще один метод – системы тренинга эмоциональной предсказуемости и решения проблем.

Наибольшую базу клинических исследований имеют ДБТ и психотерапия с опорой на ментализацию. Учитывая высокую частоту коморбидных расстройств, некоторые психотерапевтические школы, в частности ДБТ, разработали и апробировали протоколы лечения пациентов с ПРЛ и посттравматическим стрессовым расстройством, расстройствами пищевого поведения и аддикциями [25].

Когнитивный стиль пациента и способности к интроспекции могут помочь решить, на какую из доказательных психотерапий направить пациента. Необходим гибкий подбор психотерапевтических интервенций с дополнительным назначением препаратов при необходимости и лечением сопутствующих аддиктивных расстройств, которые широко распространены у пациентов с ПРЛ.

В отношениях с врачом пациенты повторяют свой стереотип эмоционально-интенсивного и нестабильного взаимодействия с окружающими. Это требует установления рамок, позволяющих защитить врача от манипулирования пациента лекарственной терапией, поведенческого отреагирования и суицидного шантажа, чтобы сделать возможным и эффективным психотерапевтическое воздействие. Это же дает возможность на примере отношений с врачом показать пациенту, как он ведет себя с другими значимыми людьми. При адекватной фармакотерапии возможна редукция когнитивных искажений, таких как магическое мышление, иллюзии, идеи отношения и нарушения восприятия; уменьшение дезорганизующего влияния эмоциональных факторов; устранение чрезмерного проявления тревоги, напряжения, делающих пациента неспособным к эффективному психотерапевтическому взаимодействию. Также фармакотерапия улучшает те психологические функции, которые необходимы для участия в психотерапии: внимание, память, концентрация

мышления, когнитивное функционирование, способность к вербализации переживаний [26].

Специалисты придерживаются разных точек зрения относительно возможностей психофармакотерапии при лечении ПРЛ. Учитывая, что такие пациенты имеют особенности темперамента и эмоциональной дисрегуляции, вклад генетических факторов в личностные черты составляет 50%, то назначение психофармакотерапии может влиять на лежащие в основе ПРЛ нейробиологические процессы и быть каузальным методом лечения [27, 28]. Другой подход – это воздействие на аналогичные мишени, например генерализованную тревогу или депрессивный аффект, с использованием препаратов, которые подтвердили свою эффективность в лечении данных расстройств [29]. На практике чаще всего используют симптоматическую терапию, прежде всего для коррекции эмоциональных нарушений и контроля поведения. Также активно изучается терапия ПРЛ и коморбидной тревоги и депрессии [30].

Другой проблемой является полипрагмазия, которая довольно часто встречается в рутинном лечении пациентов с ПРЛ. Полиморфизм симптоматики, свойственный этим пациентам, иногда приводит к назначению большого количества препаратов из разных групп, что может быть причиной ятрогенных осложнений [31].

Нередко выбор психофармакотерапии как основного метода лечения связан с дефицитом квалифицированных психотерапевтических кадров, необходимостью быстро купировать проявления декомпенсации, низкой мотивацией на психотерапию у самого пациента в связи с эгосинтонным (индивидуально приемлемым характером расстройства) преобладанием экстрапунитивных реакций, объясняющих происходящее с пациентом неблагоприятным действием внешних факторов, его низкими интроспективными способностями. Успешная психофармакотерапия может быть точкой входа для начала психотерапии, поскольку позволяет пациенту поверить в компетентность специалиста [32–34].

Международные клинические рекомендации по лечению ПРЛ сходятся во мнении о том, что основным методом лечения является психотерапия, однако для проведения необходимо достаточное количество специалистов, которые прошли обучение именно по доказательным психотерапевтическим методам лечения ПРЛ. Также должен быть хорошо отлажен процесс супервизии для этой труднокурабельной группы пациентов, которые довольно часто заставляют психотерапевтов работать на пределе своих человеческих возможностей. Американская психиатрическая ассоциация в качестве мишеней психофармакотерапии выделяет эмоциональную дисрегуляцию (диффузную тревогу, гипотимию, эксплозивность и лабильность настроения), дезингибицию поведения и когнитивно-перцептивные симптомы. Титрация препаратов должна быть постепенной с использованием минимальных терапевтических доз для купирования декомпенсации. Важно подбирать терапию индивидуально с учетом предпочтений пациента [35].

Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования Великобритании (NICE) рекомендует психофармакотерапию исключительно для лечения коморбидных аффективных и тревожных расстройств

или в качестве антикризисной интервенции [36]. Австралийский национальный совет по здравоохранению и медицинским исследованиям относит психофармакотерапию ко второй линии лечения [37].

Отечественные клинические рекомендации разработаны для всех видов расстройств зрелой личности в целом, несмотря на значительную клиническую гетерогенность этой группы расстройств. Они содержат важные советы относительно поведения специалиста при работе с такими пациентами: «врач должен избегать демонстрации собственной личной позиции и не допускать оценочных, комментирующих и назидательных высказываний». Также они указывают на необходимость «систематизации выявленных феноменов, их психопатологической квалификации, интегративной оценки выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, эмоции, волевая сфера, критика) для целостного анализа, нозологической диагностики и выбора терапии». Таким образом, специалист в каждом случае индивидуально принимает решение о соотношении психофармакотерапии в лечении конкретного пациента. Назначение препаратов должно определяться клинической симптоматикой, для чего используются препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики, антидепрессанты, антипсихотические средства, которые при необходимости вводятся парентерально. При их назначении необходимо учитывать особенности психопатологического оформления болезненных симптомов, их тяжесть, а также результаты применявшихся ранее методов лечения. Следует помнить, что психофармакотерапия не влияет на такие проявления ПРЛ, как хроническое чувство опустошенности, избегание возможного отказа, нарушение идентичности, диссоциация. Основная цель лечения – купирование симптомов тревоги, дисфории, депрессии, коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций. Когда основными жалобами являются внутреннее напряжение, тревога, различные страхи, рекомендовано назначение анксиолитиков, как высокопотентных бензодиазепиновых: диазепама (5–60 мг/сут), лоразепама (4–6 мг/сут), бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина (0,5–10 мг/сут), так и небензодиазепиновых: гидроксизина (50–100 мг/сут), буспирона (20–30 мг/сут). При этом в комментариях подчеркивается необходимость соблюдать осторожность в назначении классических бензодиазепинов из-за высокого риска развития зависимости. ПРЛ выделяется в качестве группы повышенного аддитивного риска. В отношении комбинированного лечения следует учитывать плохую сочетаемость производных бензодиазепамина с психотерапией. Дополнительно приводится информация о возможных парадоксальных и растормаживающих эффектах и увеличении суицидального риска [38].

Пациенты могут предпочитать бензодиазепины и настаивать на их назначении из-за их возможного эйфоризирующего эффекта помимо собственно анксиолитического. В таких случаях пациенты с ПРЛ часто говорят о том, что это «единственное, что им действительно помогает».

Активное развитие цифровых технологий, смещение коммуникативного пространства в сеть Интернет открывают новые исследовательские возможности для лучшего

понимания отношения пациентов к фармакотерапии. Анализ постов в социальных сетях – один из новых предметов исследования в цифровой медицине, который дает возможность услышать мнение пациентов за пределами медицинских кабинетов. Машинное обучение и другие новые способы обработки больших массивов данных, например, позволяют проанализировать варианты использования препаратов с немедицинскими целями [39]. В 2024 г. были опубликованы результаты исследований представлений и установок населения по отношению к бензодиазепинам. Для этого было собрано и проанализировано с помощью методов машинного обучения 63 098 постов одной популярной цифровой платформы. Интерес ученых был обусловлен тем, что, с одной стороны, бензодиазепины относятся к часто назначаемым анксиолитикам, с другой стороны, имеют высокий аддиктивный потенциал. По итогам анализа был сделан вывод, что риски и побочные эффекты, связанные с приемом этих препаратов, часто недооцениваются населением. Многие пользователи в своих постах сообщали о комбинации этих препаратов с алкоголем и другими психоактивными веществами. Использование активного социального слушания представляется перспективным для изучения различных аспектов фармакотерапии в реальном мире [40, 41].

Из рутинной практики хорошо известно, что практически 90% пациентов с расстройствами личности получают психофармакотерапию [42]. В каждом индивидуальном случае специалист совместно с пациентом с ПРЛ должен принимать решение о выборе терапии с учетом клинических рекомендаций, собственного опыта, предпочтений пациента и его готовности следовать назначенному лечению, а также терапевтических возможностей, которые есть в арсенале.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработка эффективных методов биологической терапии расстройств зрелой личности является одной из наиболее амбициозных задач будущего психиатрии. В парадигме доказательной медицины необходимо

проведение рандомизированных клинических исследований для подтверждения эффективности лечения того или иного расстройства и дальнейшей регистрации показаний для его использования. Однако диагноз расстройства зрелой личности является скорее наиболее частым критерием исключения, чем объектом исследования. Это можно объяснить трудностью в проведении исследования, именно такие биологические составляющие расстройства, как импульсивность, низкая фрустрационная толерантность, ослабление процессов торможения, могут приводить к досрочному выбыванию пациентов из исследовательской программы. Кроме того, пациенты с ПРЛ имеют высокий риск суицида, их суицидальные действия гораздо труднее спрогнозировать из-за импульсивности поступков, в отличие, например, от пациентов с депрессией, что делает их объектом исследования, не самым привлекательным для специалистов.

Аккумуляция баз данных клинических случаев и их анализ с помощью методов машинного обучения в парадигме исследований в реальном мире могут сформировать рекомендации по эффективной биологической терапии ПРЛ. Диагностика и лечение ПРЛ является трудной практической задачей. Несмотря на растущую базу доказательных исследований успешного применения разных методов психотерапии в экспериментальных условиях, внедрение этих результатов в повседневную клиническую практику является непростой задачей, которую еще предстоит решить. Отечественные клинические рекомендации по лечению расстройств зрелой личности дают возможность индивидуально подобрать пациенту психофармакотерапию, ориентируясь на специфику его клинической картины и анамнеза заболевания, что позволяет довольно быстро купировать проявления декомпенсации и сохранить социальное функционирование пациента.

Поступила / Received 06.11.2025

Поступила после рецензирования / Revised 25.11.2025

Принята в печать / Accepted 28.11.2025

Список литературы / References

1. Снедков ЕВ. Страсти по психопатии (продолжение обсуждения статьи В.Д. Менделевича). *Неврологический вестник*. 2017;(3):92–98. Режим доступа: <https://journals.eco-vector.com/1027-4898/article/view/14096>. Snedkov EV. Passion for psychopathy (continuation of discussion on V.D. Mendeleevich's paper). *Neurology Bulletin*. 2017;(3):92–98. (In Russ.) Available at: <https://journals.eco-vector.com/1027-4898/article/view/14096>.
2. Schneider K (ed.). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2007. <https://doi.org/10.1055/b-002-44928>.
3. Пятницкий НЮ. Психопатии и психопатические реакции: концепция О. Bumke. *Психиатрия*. 2020;18(3):86–94. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-86-94>. Pyatnitskiy NYu. Psychopathies and Psychopathic Reactions: Concept of O. Bumke. *Psychiatry (Moscow)*. 2020;18(3):86–94. (In Russ.) <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-86-94>.
4. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Н. Новгород: НГМД; 1998. 128 с.
5. Менделевич ВД. Личностные расстройства (психопатии): сохранять ли в психиатрических классификациях и лечить ли антипсихотиками? (Ответ на статью Д.С. Данилова). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017;19(3):57–60. Режим доступа: https://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina-03-2017/lichnostnye_rasstroystva_psihopatii_sokhranyat_li_v_psihiatricheskikh_klassifikatsiyakh_i_lechit_li/. Mendeleevich VD. Personality disorders (psychopathy): whether to keep psychiatric classifications and whether to use antipsychotics for treatment? (Response to the D.S. Danilov's article). *Psikhiatriya i Psihofarmakoterapiya*. 2017;19(3):57–60. (In Russ.) Available at: https://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina-03-2017/lichnostnye_rasstroystva_psihopatii_sokhranyat_li_v_psihiatricheskikh_klassifikatsiyakh_i_lechit_li/.
6. Kernberg OF, Clarkin JF. *The Inventory of Personality Organization*. New York Hospital-Cornell Medical Center; 1995. <https://doi.org/10.1037/t01122-000>.
7. Васильева АВ, Караванова ТА, Незнанов НГ (ред.). *Психотерапия: национальное руководство*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 992 с.
8. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2023;398(10310):1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1).
9. Петрова НН, Чарная ДИ, Чумаков ЕМ. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе. *Доктор.Ру*. 2022;21(8):66–71. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71>. Petrova NN, Charnaya DI, Chumakov EM. Borderline Personality Disorder: Diagnosis. *Doctor.Ru*. 2022;21(8):66–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71>.
10. McMahon K, Hoertel N, Peyre H, Blanco C, Fang C, Limosin F. Age differences in DSM-IV borderline personality disorder symptom expression: Results from a national study using item response theory (IRT). *J Psychiatr Res*. 2019;110:16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.12.019>.
11. Corniquel MB, Koenigsberg HW, Likhtik E. Toward an animal model of borderline personality disorder. *Psychopharmacology*. 2019;236(8):2485–2500. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05289-x>.

12. Kuhlman KR. Pitfalls and potential: Translating the two-hit model of early life stress from pre-clinical non-human experiments to human samples. *Brain Behav Immun Health*. 2023;35:100711. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2023.100711>.
13. Bower JE, Kuhlman KR. Psychoneuroimmunology: An Introduction to Immune-to-Brain Communication and Its Implications for Clinical Psychology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2023;19:331–359. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080621-045153>.
14. Pariante CM. Psychoneuroimmunology or immunopsychiatry? *Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):197–199. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00042-5).
15. Fitzpatrick S, Liebman RE, Monson CM. The borderline interpersonal-affective systems (BIAS) model: Extending understanding of the interpersonal context of borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev*. 2021;84:101983. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101983>.
16. Kazdin AE. Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behav Res Ther*. 2019;117:3–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>.
17. Persons JB, Boswell JF. Single case and idiographic research: Introduction to the special issue. *Behav Res Ther*. 2019;117:1–2. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.007>.
18. Прусова ТИ, Васильева АВ, Караваева ТА. Описание случая: депрессивное расстройство и невыявленное своевременно коморбидное пограничное расстройство личности. *Современная терапия психических расстройств*. 2025;(1):67–74. <https://doi.org/10.48612/psych/2n75-f9fa-ur2h>.
Prusova TI, Vasileva AV, Karavaeva TA. Clinical Case: Depressive Disorder and Undiagnosed Comorbid Borderline Personality Disorder. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2025;(1):67–74. (In Russ.) <https://doi.org/10.48612/psych/2n75-f9fa-ur2h>.
19. Быков ЮВ, Беккер РА. Буприпон в практике врача-психиатра: только ли анксиолитик? *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017;19(5):32–52. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/zvytvj>.
Bykov YuV, Becker RA. Buspiron in psychiatric practice: is it only an anxiolytic? *Psikhiatriya i Psikhofarmakoterapiya*. 2017;19(5):32–52. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/zvytvj>.
20. Howland RH. Buspirone: Back to the Future. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(11):21–24. <https://doi.org/10.3928/02793695-20151022-01>.
21. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79–117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>.
22. Kim JK, Han SK, Joo MK, Kim DH. Buspirone alleviates anxiety, depression, and colitis; and modulates gut microbiota in mice. *Sci Rep*. 2021;11(1):6094. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85681-w>.
23. Malikowska-Racia N, Popik P, Sałat K. Behavioral effects of buspirone in a mouse model of posttraumatic stress disorder. *Behav Brain Res*. 2020;381:112380. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112380>.
24. Duffy JD, Malloy PF. Efficacy of buspirone in the treatment of posttraumatic stress disorder: an open trial. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6(1):33–37. <https://doi.org/10.3109/10401239409148837>.
25. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>.
26. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2022;50(1):45–63. <https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.1.45>.
27. Stoffers-Winterling J, Völlm B, Lieb K. Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opin Pharmacother*. 2021;22(4):393–395. <https://doi.org/10.1080/14656566.2021.1873277>.
28. Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, Vernon PA. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(12):1826–1831. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1826>.
29. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148(12):1647–1658. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>.
30. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*. 2013;47(10):1499–1506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>.
31. Madan A, Oldham JM, Gonzalez S, Fowler JC. Reducing Adverse Polypharmacy in Patients With Borderline Personality Disorder: An Empirical Case Study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(4):10.4088/PCC.14m01760. <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01760>.
32. Шишковская ТИ, Леонова АВ, Петрова НН. Расстройства личности: от исторических аспектов к современным представлениям. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-1084>.
Shishkovskaia TI, Leonova AV, Petrova NN. Personality disorders: from historical aspects to contemporary views. *VM Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-4-1084>.
33. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(6):CD005653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2>.
34. Pascual JC, Arias L, Soler J. Pharmacological Management of Borderline Personality Disorder and Common Comorbidities. *CNS Drugs*. 2023;37(6):489–497. <https://doi.org/10.1007/s40263-023-01015-6>.
35. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2024;181(11):1024–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.24181010>.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Personality Disorders: Borderline and Antisocial*. 2015. 31 p. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs88>.
37. National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012. 182 p. Available at: https://bpdfoundation.org.au/images/mh25_borderline_personality_guideline.pdf.
38. Караваева ТА, Васильева АВ, Идрисов КА, Ковлен ДВ, Незнанов НГ, Пономаренко ГН и др. *Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические рекомендации*. М.; 2023. 200 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1.
39. Hu H, Phan N, Geller J, Iezzi S, Vo H, Dou D, Chun SA. An Ensemble Deep Learning Model for Drug Abuse Detection in Sparse Twitter-Sphere. *Stud Health Technol Inform*. 2019;264:163–167. <https://doi.org/10.3233/SHTI190204>.
40. De Anta L, Alvarez-Mon MA, Pereira-Sanchez V, Donat-Vargas CC, Lara-Abelenda FJ, Arrieta M et al. Assessment of beliefs and attitudes towards benzodiazepines using machine learning based on social media posts: an observational study. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):659. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06111-5>.
41. Mullin A, Scott M, Vaccaro G, Floresta G, Arillotta D, Catalani V et al. Benzodiazepine Boom: Tracking Etizolam, Pyrazolam, and Flubromazepam from Pre-UK Psychoactive Act 2016 to Present Using Analytical and Social Listening Techniques. *Pharmacy*. 2024;12(1):13. <https://doi.org/10.3390/pharmacy12010013>.
42. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(8):37. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>.

Согласие пациента на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Васильева Анна Владимировна, д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева; 192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3; профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; SPIN-код: 2406-9046; annavdoc1@mail.ru

Information about the author:

Anna V. Vasileva, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the International Department, Chief Researcher, Department of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology; 3, Bekhterev St., St Petersburg, 192019, Russia; Professor of the Department of Psychotherapy, Medical Psychology, and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; 41, Kirochnaya St., St Petersburg, 191015, Russia; annavdoc1@mail.ru