doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-40-53

УДК 616.89-008.486

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ПОГРАНИЧНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ ХАРАКТЕРА

Ф. Трабелси[1], А.В. Меринов[1], С.В. Нагибина[2], И.А. Федотов[1]

[1]ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия
[2]ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия

PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF FEMALE PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND BORDERLINE PERSONALITY ACCENTUATION

F. Trabelsi[1], A.V. Merinov[1], S.V. Nagibina[2], I.A. Fedotov[1]

[1]Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
[2]Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Трабелси Фарах – аспирант (SPIN-код: 8745-7808; Recearcher ID: JTV-4120-2023; ORCID iD: 0009-0003-7195-8064). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г.Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: farahtrabelsi340@gmail.com

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Нагибина Светлана Васильевна – врач-психиатр (Researcher ID: KQU-7239-2024; ORCID iD: 0009-0003-0169-0402). Место работы и должность: главный врач ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова». Адрес: Россия, 390035, г. Рязань, ул. Баженова, 35. Телефон: +7 (4912) 92-22-06, электронный адрес: rokpb@ryazan.gov.ru

Федотов Илья Андреевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 4004-4132; Researcher ID: N-9456-2016; ORCID iD: 0000-0002-2791-7180). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: ilyafdtv@yandex.ru

Пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (пограничное расстройство личности, ПРЛ) представляет собой актуальную проблему, в том числе и из-за высокой встречаемости аутоагрессивного поведения. Отдельно изучаются субклинические формы ПРЛ в виде пограничной акцентуации характера (ПАХ). В концептуальной интегративной модели суицидального поведения Б.С. Положего все факторы специфического «диатеза» разделены на детерминанты трех рангов, при этом детерминанты аутоагрессивного поведения при указанных состояниях описаны мало. *Целью данного исследования* является выделение значимых психосоциальных детерминант (независимых факторов риска) суицидального поведения у женщин с ПРЛ и ПАХ. *Материалы и методы.* Работа представляет сплошное проспективное когортное аналитическое исследование. Было включено 115 женщин, которые находились на стационарном лечении в ГБУ РО ОКПБ и ГБУ РО ОКНД в период с октября 2023 года по март 2025 года и имели признаки ПРЛ. На основании Пересмотренного диагностического интервью для лиц с пограничным личностным расстройством (ДИП-П) они были поделены на группу «Пациентки с ПРЛ» (n=49, средний возраст 28,4 [25,7; 31,1] лет) и «Пациентки с ПАХ» (n=60, средний возраст 25,6 [23,3; 27,9] лет). Зависимой переменной, отражающей силу выраженности аутоагрессивного потенциала, был Коэффициент просуицидальной напряжённости (КПСН), а независимые факторы риска (детерминанты) оценивались по данным клинико-социальной анкеты, Личностного опросника для DSM-5, Опросника суицидального риска, Краткой версии опросника «Отношение к смерти», Краткой версии опросника «Страх личной смерти», Шкалы импульсивности Барратта, Шкалы позитивного и негативного аффекта (PANAS), Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (МИНИ-СМИЛ) и Симптоматического опросника SCL-90-R. Статистический анализ данных проводился в свободной системе статистической обработки данных и программирования R. Производился корреляционный анализ и построение моделей множественной регрессии *Результаты и обсуждение.* Группы пациенток с ПРЛ и ПАХ не име-

ли статически значимых различий по среднему возрасту и наличию коморбидных психических расстройств. Средний уровень КПСН в группе ПРЛ составил 1,29 [1,06; 1,37] баллов, что на статистически значимом уровне выше среднего показателя КПСН в группе ПАХ: 0,86 [0,58; 1,07] баллов. Выявлены статистически значимые положительные корреляции КПСН с уровнями тревоги и депрессии, нарушениями временно́й перспективы и несостоятельностью как причинами АА поведения, повышенным негативным аффектом, а также со шкалами, связанными с тревогой, депрессией и сенситивностью в обеих группах. При этом у пациенток с ПАХ, в отличии от группы ПРЛ, выявлены значимые отрицательные корреляции КПСН и антисуицидальным фактором ОСН, последствиями для личности и для тела при оценке страха личной смерти, стратегией избегания при оценке отношения к смерти, а также со шкалами позитивного аффекта. В полученной регрессионной модели для пациенток с ПАХ получился лишь один значимый фактор – уровень депрессии (ОШ=1,44), а в группе пациенток с ПРЛ выявлено три зависимых переменных с положительными коэффициентами – количество суицидальных попыток (ОШ=1,05), нарушения самоконтроля (ОШ=1,02) и эмоциональная лабильность (ОШ=1,1), и одна переменная с отрицательным коэффициентом – гипоманиакальность (ОШ=0,89). *Выводы.* Главной психосоциальной детерминантой суицидального поведения у пациенток с ПАХ является уровень депрессивности. У пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток в прошлом, нарушения самоконтроля и эмоциональная лабильность, антисуицидальной детерминантой – гипоманиакальность.

Ключевые слова: расстройство личности, акцентуация характера, пограничное расстройство личности, суицидальные попытки, суицид, аутоагрессия, суицидология

Пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (пограничное расстройство личности, ПРЛ) представляет собой актуальную проблему современной психиатрии и суицидологии [1, 2]. По данным проспективных исследований с наблюдением в течение 12 месяцев, 75,7% таких пациентов описывают несуицидальные самоповреждающие попытки (НССП), а 66,4% – суицидальные попытки (СП) [3]. В отечественных исследованиях показано, что частота встречаемости НССП и СП может различаться в различных клинических подтипах ПРЛ и достигать 88,9% [4]. Все это делает актуальным более глубокое понимание этиопатогенеза данных проявлений.

В систематическом обзоре X. Qian и соавт. (2022) описаны основные гендерные различия при данном расстройстве: мужчины чаще имеют экстернализированные симптомы ПРЛ (агрессивность) и коморбидное употребление психоактивных веществ, в то время как женщины – интернализированные симптомы ПРЛ (аффективную нестабильность) и сопутствующие расстройства настроения и расстройства пищевого поведения. Также в нём указано, что требуются дальнейшие исследования влияния психосоциальных факторов на гендерные различия [5].

Помимо изучения подходов к диагностике и терапии полностью сформированного ПРЛ, в последнее время внимание исследователей привлечено также и к субклиническим формам ПРЛ [7, 8]. В МКБ-11 это выделено в отдельную группу «Выраженные личностные черты и паттерны поведения» (6D11) [8], а в отечественной систематике чаще используют термин «Акцентуации характера» [9]. Пограничная акцентуация характера (ПАХ) повышает риск суицидального поведения и несуицидальных актов самоповреждения [7], но механизмы суицидогенеза при этом состоянии и их отличие от аналогичных механизмов при ПРЛ изучены мало.

Borderline type of emotionally unstable personality disorder (borderline personality disorder, BPD) is a pressing problem in modern psychiatry and suicidology [1, 2]. According to prospective studies with observation for 12 months, 75.7% of such patients describe non-suicidal self-injury attempts (NSSI), and 66.4% – suicidal attempts (SA) [3]. Domestic studies have shown that the frequency of occurrence of NSSI and SA may vary in different clinical subtypes of BPD and reach 88.9% [4]. All this makes a deeper understanding of the etiopathogenesis of these manifestations relevant.

A systematic review by X. Qian et al. (2022) described the main gender differences in this disorder: men are more likely to have externalizing symptoms of BPD (aggressiveness) and comorbid substance use, while women are more likely to have internalizing symptoms of BPD (affective instability) and comorbid mood disorders and eating disorders. It also indicated that further research is needed on the influence of psychosocial factors on gender differences [5].

In addition to studying approaches to diagnostics and therapy of fully formed BPD, recently the attention of researchers has also been drawn to subclinical forms of BPD [7, 8]. In ICD-11, this is allocated to a separate group, “Pronounced personality traits and patterns of behavior” (6D11) [8], and in the domestic taxonomy, the term “Character accentuations” is more often used [9]. Borderline accentuation of character (BAC) increases the risk of suicidal behavior and non-suicidal acts of self-harm [7], but the mechanisms of suicidogenesis in this condition and their difference from similar mechanisms in BPD have been little studied.

Существуют биологические модели, которые описывают механизмы повышенной склонности к аутоагрессии при ПРЛ. Они включают генетические факторы, в том числе высокую степень конкордантности с расстройствами аффективного спектра; гиперфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси из-за долгого травматического опыта; глутаматную дисфункция в гиппокампе, что вызывает нейрокогнитивное снижение; патологию мю-опиоидной системы, которая провоцирует симптом «душевной боли»; дисфункцию окситоциновой системы, что нарушает привязанность и межличностную коммуникацию [10]. Среди психосоциальных теорий в настоящее время выделяют исследования, что АА при ПРЛ связана с чувством «хронической пустоты», избеганием заброшенности, эмоциональной нестабильностью и нарушением идентичности. Факторами риска для возникновения самоповреждающего поведения при ПРЛ являются травматические события детства, особенно физическое и сексуальное насилие, а также стресс, вызванный микросоциальным конфликтом [11]. В концептуальной интегративной модели суицидального поведения Б.С. Положего, которая развивает концепцию «стресс-диатеза», все факторы специфического «диатеза» разделены на детерминанты I ранга (биологические, клинические и личностно-психологические причины, которые обязательно должны быть для возникновения суицидального поведения), детерминанты II ранга (повышают риск суицидального поведения, но не являются необходимым условием) и детерминанты III ранга (определяют популяционную частоту суицидов) [12]. В настоящий момент недостаточно сведений о влиянии различных психосоциальных детерминант на склонность к суицидальному поведению у женщин с ПРЛ и ПАХ.

Целью данного исследования является выделение значимых психосоциальных детерминант (независимых факторов риска) суицидального поведения у женщин с ПРЛ и ПАХ.

Материалы и методы

Дизайн исследования

Работа представляет сплошное проспективное когортное аналитическое исследование. Данное исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинской декларации. Все процедуры с участием людей были одобрены Этическим комитетом Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (протокол №1 от 13.09.2023 г.). От всех участников было получено информированное согласие. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Критерии включения и исключения

Критерии включения: женский пол; возраст от 18 до 55 лет; госпитализация в психиатрический или наркологический стационар; наличие паттернов пограничного личностного функционирования (эмоциональная нестабильность, приступы гнева и импульсивного

There are biological models that describe the mechanisms of increased susceptibility to autoaggression in BPD. They include genetic factors, including a high degree of concordance with affective spectrum disorders; hyperfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis due to long-term traumatic experience; glutamate dysfunction in the hippocampus, which causes neurocognitive decline; pathology of the mu-opioid system, which provokes the symptom of "mental pain"; dysfunction of the oxytocin system, which disrupts attachment and interpersonal communication [10]. Among psychosocial theories, studies are currently highlighting that AA in BPD is associated with a feeling of "chronic emptiness", avoidance of abandonment, emotional instability and identity disorder. Risk factors for the development of self-harming behavior in BPD include traumatic childhood events, especially physical and sexual abuse, as well as stress caused by microsocial conflict [11]. In the conceptual integrative model of suicidal behavior by B.S. Polozhyev, which develops the concept of "stress diathesis", all factors of the specific "diathesis" are divided into rank I determinants (biological, clinical and personality-psychological reasons that must be present for the development of suicidal behavior), rank II determinants (increase the risk of suicidal behavior, but are not a necessary condition) and rank III determinants (determine the population frequency of suicides) [12]. At present, there is insufficient information on the influence of various psychosocial determinants on the tendency to suicidal behavior in women with BPD and BAC.

The aim of this study is the identification of significant psychosocial determinants (independent risk factors) of suicidal behavior in women with BPD and BAC.

Materials and methods

Study design

The work is a continuous prospective cohort analytical study. This study was conducted in accordance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki. All procedures involving people were approved by the Ethics Committee of the Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov (protocol No. 1 dated September 13, 2023). Informed consent was obtained from all participants. The study design is presented in Figure 1.

Inclusion and exclusion criteria

Criteria and inclusion: female gender; age from 18 to 55 years; hospitalization in a psychiatric or drug addiction hospital; presence of borderline personality functioning patterns (emotional instability, bouts of anger

поведения, склонность к самоповреждающему поведению); добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании на любом этапе; балл выше 4 по Шкале лжи в тесте МИНИ-СМИЛ.

Методики исследования

1. Пересмотренное диагностическое интервью для лиц с пограничным личностным расстройством (ДИП-П) в адаптации Т. Ю. Ласовской, Ц. П. Короленко, С. В. Яичникова [13]. Оно представляет собой полуструктурированное интервью, которое собирает информацию в четырёх областях, имеющих значение для диагностики ПРЛ: аффекты, когнитивная сфера, импульсивные действия и межличностные отношения. Если суммарное количество очков было 8 или более, то делался вывод о наличии ПРЛ, если суммарно количество очков было меньше 8 – то о наличии ПАХ.

2. Клинические и социальные данные – содержали информацию о возрасте, уровне образования, клиническом диагнозе, семейном положении и количестве суицидальных попыток.

3. Коэффициент просуицидальной напряжённости (КПСН) – представляет собой интегральный показатель антивитальной характеристики респондента [15]. Он использовался как главный зависимый параметр в рассматриваемых моделях, так как позволял количественно оценить выраженность суицидологического «диатеза» в рассматриваемой интегративной концепции суицидогенеза.

and impulsive behavior, tendency to self-harmful behavior); voluntary informed consent to participate in the study.

Exclusion criteria: refusal to participate in the study at any stage; score higher than 4 on the Lie Scale in the MINI-SMIL test.

Research methods

1. The revised diagnostic interview for individuals with borderline personality disorder (DIP-P) as adapted by T. Yu. Lasovskaya, C. P. Korolenko, S. V. Yaichnikov [13]. It is a semi-structured interview that collects information in four areas that are important for the diagnosis of BPD: affects, cognitive sphere, impulsive actions and interpersonal relationships. If the total number of points was 8 or more, then a conclusion was made about the presence of BPD, if the total number of points was less than 8, then about the presence of BAC.

2. Clinical and social data – included information on age, education level, clinical diagnosis, marital status and number of suicide attempts.

3. Pro-suicidal Tension Index (PSTI) is an integral indicator of the respondent's anti-vital characteristics [15]. It was used as the main dependent parameter in the models under consideration, since it allowed for a quantitative assessment of the severity of suicidological "diathesis" in the integrative concept of suicidogenesis under consideration.

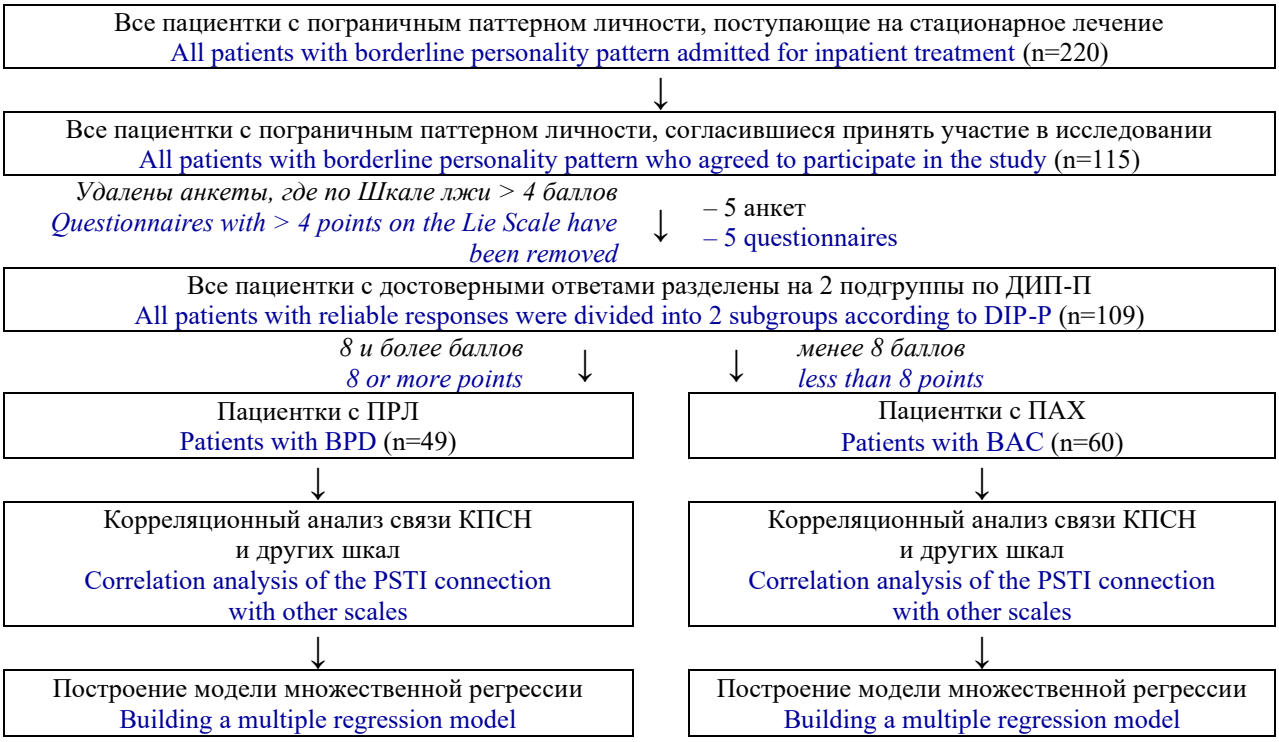

Рис. / Fig. 1. Дизайн исследования / Study design.

4. Личностный опросник для DSM-5 (ЛО-DSM-5) – представляет собой русскоязычную адаптацию «Personality Inventory for DSM-5» и позволяет оценить выраженность негативных личностных черт в объединенных 5 доменах: негативный аффект, отрешенность, антагонизм, расторможенность / дезингибиция и психотизм [15]. Эта диагностика дополняет категориальный подход, применяемый в МКБ-10.

5. Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой (ОСН) – позволяет выявлять уровни сформированности суицидальных намерений по 9 пунктам [16].

6. Краткая версия опросника «Отношение к смерти» в адаптации К.А. Чистопольской и соавт. (2014) [17] – предназначена для оценки отношения индивида к смерти как к явлению, его взглядов на смерть, его способа принятия темы смерти на сознательном уровне. Включает 5 шкал.

7. Краткая версия опросника «Страх личной смерти» в адаптации К.А. Чистопольской и соавт. (2012) [17] – предназначена для исследования неприятия смерти и изучения причин, по которым человек вероятнее всего отторгает её. Включает внутриличностное, межличностное и надличностное измерения.

8. Шкала импульсивности Барратта (BIS-11) в адаптации С.Н. Ениколопова и Т.И. Медведевой [18] – помогает определить, в какой степени человек страдает расстройством контроля импульсивности или патологической импульсивностью. Шкала состоит из трёх субшкал: нарушение самоконтроля, нарушение внимания и нарушение планирования.

9. Шкала позитивного и негативного аффекта (PANAS) в адаптации Е.Н. Осина [19] – оценивает два основных измерения эмоций, которые воспроизводятся в различных исследованиях, посвященных факторному анализу самооценок настроения, а также многомерному шкалированию выражений лица и прилагательных, обозначающих эмоции. Высокий уровень позитивного аффекта определяется как состояние приятной вовлеченности, высокой энергичности и полной концентрации в противовес унынию и вялости (низкий позитивный аффект). Высокий уровень негативного аффекта – это субъективно переживаемое страдание, неприятная вовлечённость (различная по содержанию – гнев, отвращение, презрение, вина, страх, раздражительность) в противовес спокойствию и безмятежности (низкий негативный аффект).

10. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (МИНИ-СМИЛ) – представляет собой адаптацию сокращённой версии MMPI, разработанную Л.Н. Собчик (2007) [20]. Он содержит 3 шкалы для оценки достоверности и правдивости ответов и 10 шкал основного профиля, которые соответствуют Mini-Mult.

4. Personality questionnaire for DSM-5 (PQ- DSM-5) is a Russian-language adaptation of the «Personality Inventory for DSM-5» and allows to assess the severity of negative personality traits in the combined 5 domains: negative affect, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism [15]. This diagnosis complements the categorical approach used in ICD-10.

5. The Suicide Risk Questionnaire modified by T.N. Razuvaeva (SRQ) allows one to identify the levels of suicidal intent formation based on 9 items [16].

6. A short version of the questionnaire "Attitude to Death" adapted by K.A. Chistopolskaya et al. (2014) [17] – is designed to assess an individual's attitude to death as a phenomenon, his views on death, his way of accepting the topic of death at a conscious level. Includes 5 scales.

7. A short version of the questionnaire "Fear of personal death" adapted by K.A. Chistopolskaya et al. (2012) [17] – is designed to study the aversion to death and the reasons why a person most likely rejects it. Includes intrapersonal, interpersonal and transpersonal dimensions.

8. Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) as adapted by S. N. Enikolopov and T. I. Medvedeva [18] – helps to determine the extent to which a person suffers from impulse control disorder or pathological impulsivity. The scale consists of three subscales: impaired self-control, impaired attention, and impaired planning.

9. The Positive and Negative Affect Scale (PANAS) as adapted by E.N. Osin [19] – assesses two main dimensions of emotions that are reproduced in various studies devoted to the factor analysis of self-assessments of mood, as well as multidimensional scaling of facial expressions and adjectives denoting emotions. A high level of positive affect is defined as a state of pleasant involvement, high energy and full concentration as opposed to despondency and lethargy (low positive affect). A high level of negative affect is subjectively experienced suffering, unpleasant involvement (varying in content – anger, disgust, contempt, guilt, fear, irritability) as opposed to calm and serenity (low negative affect).

10. Standardized Multifactorial Method of Personality Research (MINI-SMIL) is an adaptation of the shortened version of MMPI, developed by L.N. Sobchik (2007) [20]. It contains 3 scales for assessing the reliability and truthfulness of responses and 10 scales of the main profile, which correspond to the Mini-Mult.

11. Симптоматический опросник SCL-90-R – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Он содержит 12 основных шкал и общую оценку GSI [21].

Описание выборки пациентов

Набор пациентов производился в женских стационарах ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова и ГБУ РО ОКНД за период с октября 2023 г. по март 2025 г. В исследование приглашались все поступающие пациентки женского пола с указанными личностными чертами, но из 220 поступивших на лечение согласились на участие за указанный период только 115 человек. После удаления результатов, где по Шкале лжи МИНИ-СМИЛ было 4 и более баллов, в итоговой выборке осталось 109 человек. Их средний возраст составил 27,7 (SD=9,5) лет.

Статистический анализ данных проводился в свободной системе статистической обработки данных и программирования R (R Foundation for Statistical Computing, Austria). Нормальность полученных распределений проверялась по критерию Колмогорова-Смирнова. Нормальные распределения представлены в виде «Среднее значение (Стандартное отклонение)», а отличные от нормальных – «Среднее значение [95% доверительный интервал для средних]». Поскольку большинство переменных были категориальными и распределения непрерывных переменных были отличны от нормальных, то для корреляционного анализа использовался метод ранговых корреляций Спирмена, а для сравнительного анализа U-критерий Манна-Уитни, критерий хи-квадрат или точный критерий Фишера. С помощью функции «lm» была построена линейная множественная регрессионная модель, которая изначально включала все независимые переменные, имеющие статистически значимые корреляции с зависимой переменной КПСН. Затем осуществлялась подгонка модели с сохранением только тех независимых переменных, которые имеют значимое влияние. Проверка мульколлинеарности для независимых переменных проводилась с помощью функции «vif» из пакета «car». Визуализация результатов производилась с помощью пакета «ggstatplot». Статистическая значимость различий принималась при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст пациенток в группе ПРЛ составил 28,4 [25,7; 31,1] лет, а в группе ПАХ – 25,6 [23,3; 27,9] ($p_{Манна-Уитни}=0,24$, $U_{Манна-Уитни}=1275,5$), что подтверждает валидность дальнейших сравнений. Средний уровень КПСН в группе ПРЛ составил 1,29 [1,06; 1,37], что на статистически значимом уровне выше среднего показателя КПСН в группе ПАХ 0,86 [0,58; 1,07] ($p_{Манна-Уитни}=0,001$, $U_{Манна-Уитни}=840$). Данные результаты ожидаемы и подтверждают, что у пациентов при расстройстве личности больше аутоагрессивный потенциал, чем при акцентуации характера.

11. The SCL-90-R Symptomatic Questionnaire is a clinical testing and screening instrument designed to assess patterns of psychological symptoms in psychiatric patients and healthy individuals. It contains 12 main scales and a general GSI score [21].

Description of the patient sample

Patients were recruited in the female hospitals of the State Budgetary Institution of the Rostov Region, the N.N. Bazhenov Regional Clinical Hospital for the Clinical and Clinical Disorders and the State Budgetary Institution of the Rostov Region, the Regional Clinical Psychiatric Hospital, for the period from October 2023 to March 2025. All incoming female patients with the specified personality traits were invited to the study, but out of 220 admitted for treatment, only 115 people agreed to participate during the specified period. After removing the results with 4 or more points on the MINI-SMIL Lie Scale, 109 people remained in the final sample. Their average age was 27.7 (SD=9.5) years.

Statistical analysis of the data was carried out in the free statistical data processing and programming system R (R Foundation for Statistical Computing, Austria). The normality of the obtained distributions was checked using the Kolmogorov-Smirnov criterion. Normal distributions are presented as "Mean value (Standard deviation)", and non-normal distributions as "Mean value [95% confidence interval for means]". Since most variables were categorical and the distributions of continuous variables were non-normal, the Spearman rank correlation method was used for correlation analysis, and the Mann-Whitney U test, chi-square test or Fisher exact test were used for comparative analysis. Using the "lm" function, a linear multiple regression model was built, which initially included all independent variables that had statistically significant correlations with the dependent variable of the PSTI. Then, the model was adjusted, preserving only those independent variables that had a significant effect. Multicollinearity testing for independent variables was performed using the "vif" function from the "car" package. The results were visualized using the “ggstatplot” package. Statistical significance of differences was accepted at $p <0.05$.

Results and discussion

The average age of patients in the BPD group was 28.4 [25.7; 31.1] years, and in the BAC group – 25.6 [23.3; 27.9] ($p_{Mann-Whitney} = 0.24$, $U_{Mann-Whitney}=1275.5$), which confirms the validity of further comparisons. The average level of PSTI in the BPD group was 1.29 [1.06; 1.37], which is statistically significantly higher than the average PSTI in the BAC group of 0.86 [0.58; 1.07] p ($_{Mann-Whitney} = 0.001$, $U_{Mann-Whitney}=840$).

Таблица / Table 1

Сопоставление групп ПРЛ и ПАХ по наличию коморбидных расстройств
Comparison of BPD and BAC groups by the presence of comorbid disorders

Показатель Criterion	Больные с пограничным расстройством личности Patients with BPD, n=49		Больные с пограничной акцентуаций характера Patients with BAC, n=60		χ^2	P
	n	%	n	%		
Нет коморбидных диагнозов No comorbid diagnoses	12	24,5	20	33,3	1,008	0,31
Аффективные расстройства (группа F3 по МКБ-10) Affective disorders (group F 3 according to ICD-10)	16	32,7	20	33,3	0,006	0,94
Аддиктивные расстройства (группа F1 по МКБ-10) Addictive disorders (group F 1 according to ICD-10)	19	38,8	14	23,3	3,019	0,08
Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства (группа F4 по МКБ-10) Neurotic, somatoform and stress-related disorders (group F 4 according to ICD-10)	2	4,1	6	10,0	1,376	0,24

В таблице 1 приведены основные результаты сравнения групп ПРЛ и ПАХ по коморбидным состояниям.

Отсутствие статистически значимых различий по наличию коморбидных состояний доказывает гомогенность исследуемых групп по базовым клиническим параметрам. Низкий процент встречаемости невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в выборках может быть объяснен набором только госпитализированных пациенток, а рассматриваемая коморбидность чаще встречается в амбулаторной практике.

В таблице 2 приведены результаты корреляционного анализа всех изучаемых детерминант с уровнем КПСН.

В обеих группах выявлены статистически значимые положительные корреляции КПСН с уровнями тревоги и депрессии; нарушениями временнóй перспективы и несостоятельностью как причинами аутоагрессивного поведения; повышенным негативным аффектом в PANAS; шкалами, связанными с тревогой, депрессией и сенситивностью в МИНИ-СМИЛ и SCL-90-R. Эти результаты можно трактовать как повышенную роль эмоциональных нарушений в формировании суицидальных детерминант для всех пациенток с пограничными чертами личности. Значимая положительная корреляция между КПСН и нарушениями временнóй перспективы у пациенток обеих групп подтверждает известный факт о слабости построения приемлемого плана на будущее для людей с высоким суицидальным риском [22].

These results are expected and confirm that patients with personality disorder have a greater autoaggressive potential than those with character accentuation.

Table 1 presents the main results of the comparison of the BPD and BAC groups according to comorbid conditions.

The absence of statistically significant differences in the presence of comorbid conditions proves the homogeneity of the study groups in terms of basic clinical parameters. The low percentage of neurotic, stress-related and somatoform disorders in the samples can be explained by the recruitment of only hospitalized patients, and the comorbidity in question is more common in outpatient practice.

Table 2 shows the results of the correlation analysis of all studied determinants with the level of the PSTI.

In both groups, statistically significant positive correlations were found between the PSTI and levels of anxiety and depression; disturbances in time perspective and failure as causes of autoaggressive behavior; increased negative affect in the PANAS; scales related to anxiety, depression and sensitivity in the MINI-SMIL and SCL-90-R. These results can be interpreted as an increased role of emotional disturbances in the formation of suicidal determinants for all patients with borderline personality traits. A significant positive correlation between the PSTI and disturbances in time perspective in patients of both groups confirms the well-known fact about the weakness of constructing an acceptable plan for the future for people with a high suicidal risk [22].

Таблица / Table 2

Результаты корреляционного анализа КПСН и независимых факторов в обеих группах
Results of correlation analysis of the PSTI and independent factors in both groups

Критерий Criterion	Больные с пограничным расстройством личности Patients with BPD, n=49		Больные с пограничной акцентуаций характера Patients with BAC, n=60	
	r_S	p	r_S	p
Демографические и клинические параметры Demographic and clinical parameters				
Уровень образования / Level of education	0,0737	0,615	-0,0471	0,7208
Семейное положение / Marital status	-0,1739	0,232	0,2599	0,0449*
Количество суицидальных попыток Number of suicide attempts	0,6150	0,0001*	0,2338	0,0721
ДИП-П / DIP-P				
Аффективные нарушения /Affective disorders	0,0914	0,532	0,1322	0,3139
Когнитивные нарушения / Cognitive impairment	0,0422	0,773	0,1388	0,2903
Импульсивные действия / Impulsive actions	0,0104	0,944	0,1033	0,4322
Нарушения межличностных отношений Interpersonal relationship disorders	0,0083	0,955	0,1836	0,1603
ЛО-DSM-5 / PQ-DSM-5				
Суммарный балл / Total score	0,1208	0,408	0,3459	0,0068*
Негативный аффект / Negative affect	0,2554	0,077	0,4247	0,0007*
Отрешенность / Detachment	0,1024	0,484	0,2308	0,0760
Антагонизм / Antagonism	-0,1324	0,365	-0,0549	0,6768
Расторможенность / Disinhibition	-0,0217	0,882	0,1729	0,1865
Психотизм / Psychotism	0,1778	0,222	0,4009	0,0015*
Опросники Цунга / Tsung's questionnaires				
Шкала тревоги / Anxiety scale	0,3639	0,010*	0,4291	0,0006*
Шкала депрессии / Depression scale	0,3933	0,005*	0,4487	0,0003*
ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой) / SRQ (modified by T.N. Razuvaeva)				
Демонстративность / Demonstrativeness	0,0481	0,743	-0,0048	0,9708
Аффективность / Affectivity	0,1442	0,323	0,5126	0,00001*
Уникальность / Uniqueness	0,2966	0,039*	0,1073	0,4147
Несостоятельность / Insolvency	0,4668	0,001*	0,3992	0,0016*
Социальный пессимизм / Social pessimism	0,1821	0,210	0,1075	0,4136
Слом культурных барьеров Breaking down cultural barriers	0,1256	0,390	0,1251	0,3409
Максимализм / Maximalism	0,2041	0,159	0,1268	0,3345
Временная перспектива / Time perspective	0,5218	0,0001*	0,3167	0,0137*
Антисуицидальный фактор / Antisuicidal factor	-0,1678	0,249	-0,3171	0,0136*
Страх личной смерти / Fear of personal death				
Последствия для личности Consequences for personality	-0,1680	0,249	-0,3961	0,0017*
Последствия для тела / Consequences for body	-0,2193	0,130	-0,3845	0,0024*
Трансцендентные последствия Transcendental consequences	-0,1353	0,354	-0,1637	0,2113
Последствия для близких Consequences for the loved ones	-0,2113	0,145	0,0593	0,6526
Страх забвения / Fear of oblivion	0,1095	0,454	0,0116	0,9300
Отношение к смерти / Attitude to death				
Принятие смерти / Acceptance of death	-0,1952	0,179	-0,1593	0,2241
Избегание смерти / Avoiding Death	-0,2092	0,149	-0,3151	0,0142*
Страх смерти / Fear of death	-0,1932	0,184	-0,1661	0,2046
Бегство / Escape	0,0499	0,734	0,3012	0,0194*
Нейтральное принятие / Neutral acceptance	0,0609	0,678	-0,1324	0,3133

PANAS				
Позитивный аффект / Positive effect	-0,2728	0,058	-0,2886	0,0254*
Негативный аффект / Negative effect	0,4237	0,002*	0,3967	0,0017*
МИНИ-СМИЛ / MINI-SMIL				
Hs. Шкала «соматической тревоги» (сверхконтроля) Hs. Somatic anxiety scale (overcontrol)	0,3134	0,028*	0,1042	0,4280
D.Тревога и депрессивные тенденции (пессимистичность) D. Anxiety and depressive tendencies (pessimism)	0,3193	0,025*	0,3719	0,0034*
Hy. Шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу» (эмоциональной лабильности) Hy. The scale of "repression of factors causing anxiety" (emotional lability)	0,3410	0,017*	0,1571	0,2307
Pd. Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности Pd. Realization of emotional orientation in direct behavior, impulsiveness	-0,2680	0,063	-0,0637	0,6287
Mf. Выраженность мужских и женских черт характера (мужественность – женственность) Mf. Expression of male and female character traits (masculinity – femininity)	0,2612	0,070	0,2504	0,0537
Pa. Ригидность аффекта (ригидность) Pa. Rigidity of affect (rigidity)	-0,1297	0,374	0,0918	0,4854
Pt. Шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения» (тревожность) Pt. Scale of "fixation of anxiety and restrictive behavior"(anxiety)	0,2194	0,130	0,1970	0,1315
Se. Аутизация (индивидуалистичность) Se. Autization (individualism)	-0,0101	0,945	0,0738	0,5753
Ma. Шкала «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций» Ma. Scale of "Denial of Anxiety and Hypomanic Tendencies"	-0,5553	0,000*	-0,5415	0,0000*
Si. Социальные контакты (интроверсия) Si. Social contacts (introversion)	0,1198	0,412	0,2728	0,0349*
BIS-11				
Нарушения самоконтроля / Self-control disorders	0,2824	0,049*	0,0377	0,7748
Нарушения планирования / Planning violations	0,1236	0,397	-0,2906	0,0243*
Нарушения внимания / Attention disorders	0,0217	0,883	-0,0446	0,7350
Суммарный балл / Total	0,1928	0,184	-0,1541	0,2397
SCL-90-R				
Соматизация / Somatization	0,2398	0,097	0,4491	0,0003*
Навязчивости / Obsessions	0,2657	0,065	0,4736	0,0001*
Сенситивность / Sensitivity	0,2844	0,048*	0,2988	0,0204*
Депрессия / Depression	0,4500	0,001*	0,6099	0,0000*
Тревожность / Anxiety	0,3133	0,028*	0,3464	0,0067*
Враждебность / Hostility	0,1731	0,234	0,2652	0,0406*
Фобия / Phobia	0,2343	0,105	0,2476	0,0565
Паранойяльность / Paranoia	0,1663	0,253	0,0483	0,7140
Психотизм / Psychotism	0,2947	0,040*	0,4177	0,0009*
Аддиктивность / Addictiveness	0,3665	0,010*	0,4182	0,0009*
GSI	0,3132	0,028*	0,4715	0,0001*

Примечание / Note: * - статистически значимые различия / statistically significant differences ($p<0.05$)

У пациенток с ПАХ, в отличии от группы ПРЛ, выявлены значимые отрицательные корреляции КПСН и антисуицидальным фактором ОСН, последствиями для личности и для тела при оценке страха личной смерти, стратегией избегания при оценке отношения к смерти, а также со шкалами позитивного аффекта в

In patients with BAC, in contrast to the BPD group, significant negative correlations were found between the PSTI and the anti-suicidal factor of the SRQ, consequences for the personality and for the body when assessing the fear of personal death, the avoidance strategy when assessing the attitude towards death,

PANAS и МИНИ-СМИЛ, что можно расценить как более значительное влияние противовесных антисуицидальных когнитивных факторов в этой группе пациенток. Выявленные корреляционные связи имели лишь промежуточное значение в исследовании и не трактовались подробно, так как далее были получены более значимые результаты.

Для выделения независимых детерминант для каждой группы пациентов выполнялось построение модели множественной регрессии, которая оценивала связь одной зависимой переменной (КПСН) и нескольких независимых факторов. Изначально модели были построены с включением всем независимых переменных, которые показали значимые корреляции на предыдущем этапе. В дальнейшем из моделей убирались незначимые переменные до тех пор, пока модель не содержала только значимые факторы ($p<0,05$). В результате были получены модели, представленные в таблице 3.

as well as with the positive affect scales in the PANAS and MINI-SMIL, which can be assessed as a more significant influence of counterbalancing anti-suicidal cognitive factors in this group of patients. The identified correlations had only an intermediate value in the study and were not interpreted in detail, since more significant results were obtained later.

To identify independent determinants for each group of patients, a multiple regression model was constructed that assessed the relationship between one dependent variable (PSTI) and several independent factors. Initially, the models were constructed with the inclusion of all independent variables that showed significant correlations at the previous stage. Subsequently, insignificant variables were removed from the models until the model contained only significant factors ($p<0.05$). As a result, the models presented in Table 3 were obtained.

Таблица / Table 3

Модели множественной регрессии для определения независимых детерминант для КСПН
Multiple regression models to identify independent determinants for PSTI

Параметр Criterion	Коэффициент параметра в модели Parameter coefficient in the model	Отношения шансов (ОШ) Odd's Ratio (OR)	Нижняя граница 95% доверительного интервала для ОШ Lower limit of 95% confidence interval for OR	Верхняя граница 95% доверительного интервала для ОШ Upper limit of 95% confidence interval for OR	t	p
Модель для группы пациенток с пограничным расстройством личности* Model for a group of female patients with borderline personality disorder*						
Депрессия по SCL-90 Depression according to SCL-90	0,36	1,44	1,26	1,64	5,39	0,000001
Модель для группы пациентов с пограничной акцентуацией характера ** Model for a group of patients with borderline character accentuation **						
Количество суицидальных попыток Number of suicide attempts	0,05	1,05	1,02	1,08	3,80	0,00044
Нарушения самоконтроля по BIS-11 Self-control impairments according to BIS-11	0,02	1,02	1,0	1,04	2,08	0,04357
Ну. Эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ Ну. Emotional lability according to MINI-SMIL	0,09	1,1	1,0	1,2	1,96	0,0459
Ма. Гипомания по МИНИ-СМИЛ Ma. Hypomania according to MINI-SMIL	-0,12	0,89	0,84	0,94	-4,07	0,00019

Примечание / Note: * статистические характеристики модели для ПРЛ / statistical characteristics of the model for BPD: multiple R-squared: 0,3337, F-statistic: 29,05 on 1 and 58 DF, p-value: 1,348e-06, AIC=58, BIC=64; ** статистические характеристики модели для ПАХ / statistical characteristics of the model for PAH: multiple R-squared: 0,7698, F-statistic: 2,83 on 26 and 22 DF, p-value: 0,007851, AIC=16, BIC=27.

В полученной модели для пациенток с ПАХ получился лишь один значимый фактор – уровень депрессии (по SCL-90-R), причём он имел корреляционные связи с другими показателями негативной аффективности (Шкала депресии Цунга, PANAS). Следовательно, для данной группы респондентов именно депрессивность является главной детерминантой суицидального диатеза. Причём в определении SCL-90-R данный параметр является широкой обобщающей оценкой негативной аффективности, а также дисфорических симптомов, видимо потому он и превзошел другие показатели депрессивности по предсказательной силе.

В группе пациенток с ПРЛ выявлено три независимых переменных с положительными коэффициентами – количество суицидальных попыток, импульсивные симптомы в виде нарушения самоконтроля (по BIS-11) и эмоциональная лабильность (Ну по МИНИ-СМИЛ), а одна переменная с отрицательным коэффициентом – гипоманиакальность (Ма по МИНИ-СМИЛ). Причём сумма положительных коэффициентов по модулю почти равна модулю отрицательного коэффициента, следовательно антисуицидальный фактор гипоманиакальности по предсказательной силе уравновешивает три просуицидальных детерминанты, которые представляют собой по контексту степень выраженности основных симптомов ПРЛ.

Схожие результаты были получены в Китае, где для пациентов с ПРЛ значимыми факторами риска суицидальных попыток были определены наличие депрессивного эпизода, враждебности и аутоагрессии [23] и в США, где значимыми предикторами суицидальных попыток при ПРЛ были названы самоповреждающее поведение и чувство «внутренней пустоты» [24]. В крупном 16-летнем проспективном исследовании было доказано, что помимо самих симптомов ПРЛ, значимыми предикторами суицида у пациентов с ПРЛ является ещё микросоциальный стресс и история суицидов в семье [25]. В популяционном исследовании в Нидерландах было показано, что дистимия вместе с отдельными личностными чертами ПРЛ повышает риск суицидальных попыток, что соответствует нашим результатам по группе ПАХ [7]. Схожие данные были получены в США в проспективных исследованиях [3, 26].

Вместе с тем, при выяснении роли различных психосоциальных детерминант суицидального поведения важно учитывать региональные социальные и культуральные факторы. Наши результаты, частично совпадая с данными из других стран, имеют и некоторые новые наблюдения – в частности, доказана антисуицидальная роль гипоманиакальных личностных особенностей, которые значительно снижают предрасположенность к суициду. Это можно трактовать как проявление зрелых психологических защит. Кроме того, в других работах чаще анализировалась как зависимая переменная непосредственно суицидальные попытки (реализованная су-

In the resulting model for patients with BAC, only one significant factor was found – the level of depression (according to the SCL-90-R), and it had correlation links with other indicators of negative affectivity (Depression Scale Tsung, PANAS). Therefore, for this group of respondents, it is depressiveness that is the main determinant of suicidal diathesis. Moreover, in the definition of SCL-90-R, this parameter is a broad general assessment of negative affectivity, as well as dysphoric symptoms, which is probably why it surpassed other indicators of depressiveness in predictive power.

In the group of patients with BPD, three independent variables with positive coefficients were identified – the number of suicide attempts, impulsive symptoms in the form of impaired self-control (according to BIS-11) and emotional lability (Hy according to MINI-SMIL), and one variable with a negative coefficient – hypomania (Ma according to MINI-SMIL). Moreover, the sum of positive coefficients by modulus is almost equal to the modulus of the negative coefficient, therefore, the anti-suicidal factor of hypomania by predictive power balances three pro-suicidal determinants, which represent in context the degree of expression of the main symptoms of BPD.

Similar results were obtained in China, where significant risk factors for suicide attempts were identified for patients with BPD as the presence of a depressive episode, hostility, and autoaggression [23], and in the USA, where self-harming behavior and a feeling of “inner emptiness” were named as significant predictors of suicide attempts in BPD [24]. A large 16-year prospective study showed that in addition to the BPD symptoms themselves, significant predictors of suicide in patients with BPD include microsocial stress and a history of suicide in the family [25]. A population-based study in the Netherlands showed that dysthymia, together with individual personality traits of BPD, increases the risk of suicide attempts, which is consistent with our results for the BAC group [7]. Similar data were obtained in the USA in prospective studies [3, 26].

At the same time, when determining the role of various psychosocial determinants of suicidal behavior, it is important to take into account regional social and cultural factors. Our results, partially coinciding with data from other countries, also have some new observations - in particular, the anti-suicidal role of hypomanic personality traits, which significantly reduce the predisposition to suicide, has been proven. This can be interpreted as a manifestation of mature psychological defenses. In addition, in other studies, suicide

ицидальность), а мы рассматривали КПСН – валидный и широко исследованный фактор предрасположенности к суициду, то есть потенциальную суицидальность.

Полученные результаты могут быть использованы для построения адаптированных в России шкал определения суицидального риска у пациенток с ПРЛ и ПАХ, а также для построения программ первичной и вторичной профилактики. В дальнейшем эти данные по психосоциальным детерминантам можно будет дополнить биологическими маркерами, что сделает подход более валидным.

Ограничения. В исследование включались только женщины, потому изучение детерминант суицидального поведения у мужчин является перспективой для продолжения исследования. Аналогично требуется в дальнейшем оценить детерминантны у пациентов подросткового возраста, но тут сложность может заключаться в постановке диагноза расстройства личности у пациентов до 18 лет. Также ограничением нашего исследования можно считать включение только стационарных пациенток, это априори характеризует выборку наличием тяжёлой степени выраженности всех симптомов. Возможность экстраполяции полученных результатов на более легкие формы ПРЛ и ПАХ еще следует уточнить.

Выводы:

Главной психосоциальной детерминантой потенциального суицидального поведения у пациенток с ПАХ является уровень депрессивности (ОШ 1,44 [1,26; 1,64]). У пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток (ОШ 1,05 [1,02; 1,08]), нарушения самоконтроля по BIS-11 (ОШ 1,02 [1,00; 1,04]) и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ (ОШ 1,1 [1,0; 1,2]), антисуицидальной детерминантой – гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ (ОШ 0,89 [0,84; 0,94]).

attempts themselves (realized suicidality) were more often analyzed as a dependent variable, and we considered the PSTI – a valid and widely studied factor of predisposition to suicide, that is, potential suicidality.

The obtained results can be used to construct scales for determining suicide risk in patients with BPD and BAC adapted in Russia, as well as to construct primary and secondary prevention programs. In the future, these data on psychosocial determinants can be supplemented with biological markers, which will make the approach even more valid.

Limitations. The study included only women, so studying the determinants of suicidal behavior in men is a prospect for continuing the study. Similarly, it is necessary to further evaluate the determinants in adolescent patients, but here the difficulty may lie in diagnosing personality disorder in patients under 18 years of age. Another limitation of our study can be considered the inclusion of only inpatients, which a priori characterizes the sample by the presence of a severe degree of expression of all symptoms. The possibility of extrapolating the obtained results to milder forms of BPD and BAC should still be clarified.

Conclusions:

The main psychosocial determinant of potential suicidal behavior in patients with BAC is the level of depression (OR 1.44 [1.26; 1.64]). In patients with BPD, the prosuicidal determinants are the number of suicide attempts (OR 1.05 [1.02; 1.08]), impaired self-control according to BIS-11 (OR 1.02 [1.00; 1.04]) and emotional lability according to MINI-SMIL (OR 1.1 [1.0; 1.2]), the antisuicidal determinant is hypomania according to MINI-SMIL (OR 0.89 [0.84; 0.94]).

Литература / References:

1. Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Хоменко А.Е. и др. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022; 122 (12): 111-116. [Petrova NN, Charnaia DI, Khomenko AE, et al. Borderline personality disorder in clinical outpatient practice. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022; 122 (12): 111-116.] (In Russ) DOI: 10.17116/jnevro2022122121111.
2. Каледа В.Г., Кулешов А.А., Крылова Е.С. Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте: особенности психопатологии и закономерности течения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023; 123 (4): 91-97. [Kaleda VG, Kuleshov AA, Krylova ES. Borderline personality disorder in young adults: features of psychopathology and patterns of course. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023; 123 (4): 91-97.] (In Russ)
3. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, et al. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2019; 13 (2): 194–201. DOI: 10.1111/eip.12461
4. Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А. и др. Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2022; 56 (4): 77-84. [Kuleshov AA, Krylova ES, Beburishvili AA, et al. Dynamics of autoagressive behavior in youth in the trajectory of borderline personality disorder. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56 (4): 77–84.] (In Russ) DOI: 10.31363/2313-7053-2022-4-77-84.
5. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, et al. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*. 2022; 17 (12): e0279015. DOI: 10.1371/journal.pone.0279015
6. Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W, et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med*. 2023; 53 (8): 3261–3280. DOI: 10.1017/S0033291723000685
7. Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord*. 2013; 151 (1): 23–30. DOI: 10.1016/j.jad.2013.02.038
8. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с. [ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and neurodevelopmental disorders. Statistical classification. Moscow, "KDU", "University book", 2021] (In Russ) DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0143
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб: Питер, 2022. 304 с. [Lichko A.E. Psychopathies and

Accentuations of Character in Adolescents. SPb: Peter, 2022. 304 p.] (In Russ)
10. Трабелси Ф., Кряжкова Д. Ю., Федотов И. А. Нейробиологические и психосоциальные механизмы патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности (обзор литературы). *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2024; 12 (1): 121–134. [Trabelsi F, Kryazhkova DYu, Fedotov IA. Neurobiological and Psychosocial Mechanisms of Pathogenesis of Autoaggressive Behavior in Borderline Personality Disorder (Literature Review). *Science of the young (Eruditio Juvenium*). 2024; 12 (1): 121–134.] (In Russ) DOI: 10.23888/HMJ2024121121-134
11. Трабелси Ф., Шустов Д.И., Меринов А.В. Клинические характеристики аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности: обзор современных исследований. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2024; 5: 589-601. [Trabelsi F, Shustov DI, Merinov AV, et al. Clinical features of auto-aggressive behavior in borderline personality disorder: a review of current research. *Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2024; 5: 589–601.] (In Russ) DOI: 10.33920/med-01-2405-06
12. Национальное руководство по суицидологии. Под ред. Б.С. Положего. Москва: МИА, 2019. 600 с. [The National Guide to Suicidology. Edited by B.S. Polozhy. Moscow: MIA, 2019. 600 p.] (In Russ) ISBN: 978-5-9986-0392-1
13. Булейко А.А., Вычужина Я.В., Загоруйко Е.Н. и др. Клиническая психометрика. Москва: Издательство "КноРус", 2024. 664 с. [Buleyko AA, Vychuzhina YV, Zagoruiko EN, et al. Clinical psychometrics. Moscow: Knorus Publishing House, 2024. 664 p.] ISBN: 978-5-406-12115-3. EDN: RYHVRV (In Russ)
14. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. СПб: «Экспертные решения», 2017. 192 с. [Merinov AV. The role and place of the phenomenon of autoaggression in families of patients with alcohol dependence. Ryazan State Medical University. SPb.: «Ekspertnyie resheniya». 2017. 192 p.] (In Russ)
15. Кустов Г.В., Зинчук М.С., Пашнин Е.В. и др. Изучение психометрических характеристик русскоязычной версии опросника PID-5-BF. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2022; 19 (3): 521-542. [Kustov GV, Zinchuk MS, Pashnin EV, et al. Study of psychometric characteristics of the Russian-language version of the PID-5-BF questionnaire. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2022; 19 (3): 521-542.] (In Russ) DOI: 10.17323/1813-8918-2022-3-521-542
16. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть, 1993. 26 с. [Razuvaeva TN. Personality Diagnostics. Shadrinsk: Iset, 1993. 26 p.] (In Russ)
17. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. и др. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке. *Суицидология*. 2014: 5 (2): 60–69 [Chistopolskaya KA, Enikolopov SN, Nikolaev EL, et al. Adaptation of the Attitudes to Death and Fear of Personal Death questionnaires in a Russian-speaking sample. *Suicidology*. 2014: 5 (2): 60–69.] (In Russ)
18. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). *Психология и право*. 2015; 5 (3): 75-89. [Enikolopov SN, Medvedeva TI. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Psychology and Law = *Psikhologiia i pravo*. 2015; 5 (3): 75-89.] (In Russ) DOI: 10.17759/psylaw.2015050307
19. Осин Е.Н. Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS. *Психология Журнал Высшей школы экономики*. 2012; 9: 91-110. [Osin EN. Measurement of positive and negative emotions: development of the Russian-language analogue of the PANAS methodology. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*. 2012; 9: 91-110.] (In Russ)
20. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое руководство. Боргес, 2007. 416 с. [Sobchik LN. Psychodiagnostics in medicine. Practical guide. Borges, 2007. 416 p.] (In Russ)
21. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. 650 с. [Belova AN. Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation. Moscow: Antidor, 2002. 650 p.] (In Russ)
22. Аксельров М.А., Бохан Н.А., Бухна А.Г. и др. Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков. Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2023. 472 с. [Akselrov MA, Bokhan NA, Bukhna AG, et al. Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents. Moscow: Publishing Group 'GEOTAR-Media', 2023. 472 c.] ISBN 978-5-9704-7405-1 (In Russ) DOI 10.33029/9704-7405-1-SNP-2023-1-472
23. Yang F, Tong J, Zhang SF, et al. Prevalence and correlates of suicide attempts in Chinese individuals with borderline personality disorder. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 942782. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.942782
24. Grilo CM, Udo T. Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts among US adults. *JAMA Netw Open*. 2021; 4 (5): e219389. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.9389
25. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*. 2012; 42 (11): 2395–2404. DOI: 10.1017/S0033291712000517
26. Soloff PH, Fabio A. Prospective Predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders*. 2008; 22 (2): 123–134. DOI: 10.1521/pedi.2008.22.2.123

PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF FEMALE PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND BORDERLINE PERSONALITY ACCENTUATION

F. Trabelsi[1], A.V. Merinov[1], S.V. Nagibina[2], I.A. Fedotov[1]

[1]Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
[2]Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia

Abstract:

Borderline type of emotionally unstable personality disorder (borderline personality disorder, BPD) is a topical issue, including due to the high incidence of autoaggressive behavior. Subclinical forms of BPD in the form of borderline accentuation of character (BAC) are studied separately. In the conceptual integrative model of suicidal behavior by B.S. Polozhego, all factors of a specific "diathesis" are divided into determinants of three ranks, while the determinants of autoaggressive behavior in these conditions are poorly described. *The aim of this study* is to identify significant psychosocial determinants (independent risk factors) of suicidal behavior in women with BPD and BAC. *Materials and methods.* The work is a continuous prospective cohort analytical study. A total of 115 women who were inpatients at the State Budgetary Institution of the Rostov Region Regional Clinical Psychiatric Hospital and the State Budgetary Institution of the Rostov Region Regional Clinical Narcological Dispenser from October 2023 to March 2025 and had BPD personality traits were included. Based on the Revised Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder, they were divided into a group of "BPD Patients" (n=49, mean age 28.4 [25.7; 31.1] years) and "BAC Patients" (n=60, mean age 25.6 [23.3; 27.9] years). The dependent variable reflecting the severity of autoaggressive potential was the Pro-suicidal Tension Index (PSTI), and independent risk factors (determinants) were assessed using

the data of the clinical and social questionnaire, the Personality Questionnaire for DSM-5, the Suicide Risk Questionnaire, the Brief Version of the Attitudes to Death Questionnaire, the Brief Version of the Fear of Personal Death Questionnaire, the Barratt Impulsivity Scale, the Positive and Negative Affect Scale (PANAS), the Standardized Multifactorial Method of Personality Research (MINI-SMIL), and the Symptomatic Questionnaire SCL-90-R. Statistical analysis of the data was performed in the free system of statistical data processing and programming R. Correlation analysis and construction of multiple regression models were performed. *Results and discussion.* The groups of BPD and BAC patients did not have statistically significant differences in mean age and the presence of comorbid mental disorders. The average level of the PSTI in the BPD group was 1.29 [1.06; 1.37] points, which is statistically significantly higher than the average PSTI in the BAC group: 0.86 [0.58; 1.07] points. Statistically significant positive correlations of the PSTI with the levels of anxiety and depression, disturbances of time perspective and failure as causes of AA behavior, increased negative affect, as well as with scales associated with anxiety, depression and sensitivity in both groups were revealed. At the same time, in patients with BAC, in contrast to the BPD group, significant negative correlations were found between the PSTI and the anti-suicidal factor of OSN, consequences for the personality and for the body when assessing the fear of personal death, avoidance strategy when assessing the attitude towards death, as well as with scales of positive affect. In the obtained regression model for patients with BAC, there was only one significant factor – the level of depression (OR=1.44), and in the group of patients with BPD, three dependent variables with positive coefficients were revealed – the number of suicide attempts (OR=1.05), self-control disorders (OR=1.02) and emotional lability (OR=1.1), and one variable with a negative coefficient – hypomania (OR = 0.89). *Conclusions.* The main psychosocial determinant of suicidal behavior in patients with BAC is the level of depression. In patients with BPD, the pro- suicidal determinants are the number of suicide attempts in the past, self-control disorders and emotional lability, the anti-suicidal determinant is hypomania.

Keywords: personality disorder, character accentuation, borderline personality disorder, suicide attempts, suicide, autoaggression, suicidology

Information about the authors:

Trabelsi Farah (SPIN-code: 8745-7808; Recearcher ID: JTV-4120-2023; ORCID iD: 0009-0003-7195-8064). Place of study: PhD student of the Department of Psychiatry and Psychology Counselling, Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: farahtrabelsi340@gmail.com

Merinov Alexey V. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry and Psychology Counselling, Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Nagibina Svetlana V. – psychiatrist (Researcher ID: KQU-7239-2024; ORCID iD: 0009-0003-0169-0402). Place of work: chief physician of the Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov. Address: 35 Bazhenova str., Ryazan, 390035, Russia. Phone: +7 (4912) 92-22-06, email: rokpb@ryazan.gov.ru

Fedotov Ilya A. – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 4004-4132; Researcher ID: N-9456-2016; ORCID ID: 0000-0002-2791-7180). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychology Counselling, Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Вклад авторов:

Ф. Трабелси: обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, написание текста рукописи;
А.В. Меринов: анализ полученных данных, написание текста рукописи;
С.В. Нагибина: написание текста рукописи;
И.А. Федотов: разработка дизайна исследования, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

F. Trabelsi: reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, article writing;
A.V. Merinov: analysis of the obtained data, article writing;
S.*V. Nagibina*: article writing;
I.A. Fedotov: developing the research design, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 29.04.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.06.2025.

Для цитирования: Трабелси Ф., Меринов А.В., Нагибина С.В., Федотов И.А. Психосоциальные детерминанты суицидального поведения у пациенток с пограничным расстройством личности и пограничной акцентуацией характера. *Суицидология.* 2025; 16 (2): 40-53. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-40-53

For citation: Trabelsi F, Merinov AV, Nagibina SV, Fedotov IA. Psychosocial determinants of suicidal behaviour of female patients with borderline personality disorder and borderline personality accentuation. *Suicidology.* 2025; 16 (2): 40-53. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-40-53