

## НАМЕРЕННОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ. ЧАСТЬ I: СТАТИКА И ДИНАМИКА

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия  
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

### INTENTIONAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS. PART I: STATICS AND DYNAMICS

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia  
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

#### Информация об авторах:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

#### Information about the authors:

Lyubov Evgeny Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Place of work: Chief Researcher, department of suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: 3/10 Poteshnaya str. Moscow, 107076, Russia. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

Цель описательного обзора с ключевыми словами «пограничное расстройство личности» и «самоповреждающее поведение» в MEDLINE и PsycINFO статей за период с 2000 года (наряду с основополагающими ранними статьями) – представить доказательные данные о распространённости, динамике несуицидального и суицидального поведения в связи с пограничным расстройством личности (ПРЛ) в целом и отдельными его симптомами в неклинических и клинических выборках. Диагноз ПРЛ изначально требует внимания к риску самоповреждений и использованию особых мер их предупреждения.

*Ключевые слова:* пограничное личностное расстройство, суицидальные и несуицидальные самоповреждения

...человек умирает не тогда, когда должен,  
а тогда, когда может.

Габриэль Г. Маркес «Сто лет одиночества»

...a man dies not when he should,  
but when he can.

Gabriel G. Marquez "One Hundred Years of Solitude"

*Пограничное расстройство личности (ПРЛ) в психиатрических классификациях. ПРЛ вызывает споры с точки зрения концептуальной и диагности-*

*Borderline personality disorder (BPD) in psychiatric classifications. BPD is controversial in terms of conceptual and diag-*

ческой обоснованности. Диагноз «рождён» экспертным комитетом без эмпирического обоснования, исследования по его классификации скудны. Однако диагноз клинически ценен, будучи движущей силой исследований и терапевтических усилий.

Возможно, разделение расстройств личности (РЛ) на дискретные подтипы ведёт к высокой диагностической ковариации и неоднородности диагноза и предпочтительнее многомерная (двумерная) модель, рассматривающая РЛ как континуум. Диагностика ПРЛ с помощью категориальной системы подтверждена высокой неоднородности. ПРЛ «граничит» с широким спектром состояний и рисков, обеспечивая всеобъемлющий диагноз для объяснения множества симптомов и проблемного поведения [1].

В МКБ-10 (F60.31) пограничному типу эмоционально неустойчивого расстройства личности (РЛ) свойственны эмоциональная неустойчивость; нарушения и причудливы «образ Я», намерения и внутренние предпочтения, включая сексуальные; хроническое чувство опустошённости. Вовлечение в напряжённо неустойчивые отношения способствует повторным эмоциональным кризисам (и без явных провоцирующих факторов) с серией угроз и /или эпизодов самоповреждений.

МКБ-11, как и предыдущая версия, выделяет эмоционально неустойчивое РЛ с импульсивным и пограничным типами. При пограничном паттерне 6D11.5 «опрометчивость» при негативных воздействиях (видимо, стрессогенных) ведёт к самоповреждающему поведению. В DSM-5 суицидальное поведение (СП) указано критерием ПРЛ и депрессивного расстройства (ДР); там же выделены подлежащие дальнейшему изучению суицидальное расстройство поведения и синдром несуицидальных самоповреждений (нСП).

ПРЛ – сложная и неоднородная диагностическая концепция [2], как группа «шизофрений». Поскольку DSM-5 требует соблюдения пяти из девяти возможных критериев ПРЛ, существует не менее 126 возможных комбинаций минимального порога диагноза. Кроме того, девять критериев (нестабильные отношения, аффективная нестабильность, страх быть покинутым, гнев, нарушение личности, хроническая пустота, диссоциация, импульсивность и самоповреждающее поведение) неоднородны и включают черты, поведение и симптомы [3]. Возможно перекрытие критериев при оценке риска самоповреждений [4, 5].

nostic validity. The diagnosis was “born” by an expert committee without empirical justification; research on its classification is scarce. However, diagnosis is clinically valuable, driving research and therapeutic efforts.

Perhaps the division of personality disorders (PD) into discrete subtypes leads to high diagnostic covariance and heterogeneity of diagnosis and a multidimensional model that considers PD as a continuum is preferable. The diagnosis of BPD using the categorical system is subject to high heterogeneity. BPD “borders” a wide range of conditions and risks, providing a comprehensive diagnosis to explain a variety of symptoms and problematic behaviors [1].

In ICD-10 (F60.31), the borderline type of emotionally unstable personality disorder (PD) is characterized by emotional instability; disturbed and bizarre “self-image”, intentions and internal preferences, including sexual ones; chronic feeling of emptiness. Involvement in intensely unstable relationships contributes to repeated emotional crises (and without obvious precipitating factors) with a series of threats and/or episodes of self-harm.

ICD-11, like the previous version, distinguishes emotionally unstable PD with impulsive and borderline types. With the borderline pattern 6D11.5, “rashness” under negative influences (apparently stressful) leads to self-harming behavior. In the DSM-5, suicidal behavior (SB) is specified as a criterion for BPD and depressive disorder (DD); It also identifies suicidal behavior disorder and non-suicidal self-harm syndrome (NSSH) that are subject to further study.

BPD is a complex and heterogeneous diagnostic concept [2], like a group of “schizophrenias”. Because the DSM-5 requires five of the nine possible criteria for BPD to be met, there are at least 126 possible combinations of the minimum diagnosis threshold. Additionally, the nine criteria (unstable relationships, affective instability, fear of abandonment, anger, personality disturbance, chronic emptiness, dissociation, impulsivity, and self-injurious behavior) are heterogeneous and include traits, behaviors, and symptoms [3]. There may be overlap between criteria when assessing the risk of self-harm [4, 5].

*Распространённость.* ПРЛ страдают ~ 3 (2-6)% населения (США и Великобритании) [2, 6, 7]. Если РЛ у ~10% населения [8], то каждый третий – страдает ПРЛ. При смелой экстраполяции: почти у ¼ миллиона россиян (большинство не подозревает об этом) – ПРЛ.

Не менее 2-3% подростков 11-16 лет соответствуют критериям ПРЛ [9, 10]. Среди студентов (типичая неклиническая выборка исследований) страдают ПРЛ 0,5-32% [11]: широчайший разброс указывает проблемы методологии скринингов. Диагнозы РЛ клиницистов и оценки на основании самоотчётов редко соответствуют друг другу.

РЛ у почти ½ (45%) амбулаторных психиатрических пациентов [8]. ПРЛ у ~10% (до 25%?) амбулаторных и ~ ½ (15-30%) больничных психиатрических пациентов; то же у подростков [12-15].

*Самоповреждения* можно и нужно разделять на нСП и СП, различимые по намерению умереть.

Уровень членовредительств подростков составляет 10%; чаще и повторное у женщин [16] в виде порезов, ушибов, ожогов, укусов и ударов по голове (головой). Больные ПРЛ сообщают о более частых, серьёзных и разнообразных методах членовредительства, имеют большую диагностическую сопутствующую патологию и сообщают о более серьёзных депрессивных симптомах, суицидальных мыслях и эмоциональной дисрегуляции по сравнению с теми, у кого нет диагноза БЛД, которые причиняют себе вред [17].

Самоповреждения отмечены в 4% неклинических и в 21% клинических выборок, без гендерных различий для уменьшения диссоциации, эмоционального расстройства и посттравматических симптомов [18]. Сексуальное насилие в детстве связано с членовредительством в клинических и неклинических выборках.

нСП определено как самоуправляемое и преднамеренное поведение, которое причиняет вред или разрушение тканям организма без намерения умереть [19].

Первоначально считавшееся относительно редким и ограниченным психиатрическими выборками, нСП у ~4-6% взрослого населения [20], но чаще у подростков и молодых: у ~ 17% подростков (≤18 лет), 15-38% студентов [21]. Для сравнения, нСП и попытки суицида у 90 и 75% в течение жизни в больничных выборках подростков и взрослых с ПРЛ, соответственно [22]. нСП связано с многими психическими расстройствами, но у ПРЛ уникально силь-

*Prevalence.* BPD affects ~3 (2-6)% of the population (USA and UK) [2, 6, 7]. If PD affects ~10% of the population [8], then every third person suffers from BPD. By bold extrapolation: almost ¼ million Russians (most are unaware of it) have BPD.

At least 2-3% of adolescents aged 11-16 meet the criteria for BPD [9, 10]. Among students (a typical non-clinical research sample), 0.5-32% suffer from BPD [11]: the wide range indicates problems with screening methodology. Clinician diagnoses of PD and self-report assessments are rarely consistent.

Almost ½ (45%) of outpatient psychiatric patients have PD [8]. BPD in ~10% (up to 25%?) of outpatients and ~½ (15-30%) of hospital psychiatric patients; the same in adolescents [12-15].

*Self-harm* can and should be divided into NSSH and SB, distinguished by the intention to die.

Adolescent self-harm rate is 10%; more often and repeated in women [16] in the form of cuts, bruises, burns, bites and blows to the head (head). Patients with BPD report more frequent, severe, and varied self-harm practices, have greater diagnostic comorbidity, and report more severe depressive symptoms, suicidal ideation, and emotional dysregulation compared with those without a diagnosis of BPD who commit self-harm [17].

Self-harm was reported in 4% of non-clinical and 21% of clinical samples, with no gender differences in reducing dissociation, emotional distress and post-traumatic symptoms [18]. Childhood sexual abuse is associated with self-harm in clinical and nonclinical samples. NSSH defined as self-directed and intentional behavior that causes harm or destruction to body tissue without the intent to die [19].

Originally thought to be relatively rare and limited to psychiatric samples, NSSH is reported in ~4-6% of the adult population [20], but is reported more often in adolescents and young adults: in ~17% of adolescents (≤18 years old), 15-38% of students [21]. For comparison, NSSH and suicide attempts occur in 90 and 75% of patients during their lifetime in hospital samples of adolescents and adults with BPD, respectively [22]. NSSH is associated with many mental disorders, but BPD has a uniquely

ная связь с нСП [23].

ПРЛ – единственное расстройство в DSM-5, включающее критерий нСП. Возможно, нСП служит предшественником ПРЛ [24], согласно биосоциальной модели развития. Не менее 65-80% больных ПРЛ совершают нСП [25]. Поперечные исследования указывают на 17-80% (медиана 53%) самоповреждений взрослых больных ПРЛ и попыток суицида у 46-92% (76%) [цит. по 22]. нСП подростков у 13-28% в неклинической и 68-80% в больничной выборках [24].

Итак, самоповреждения и ПРЛ представляют отдельные концепции с разной распространённостью: вовлечены в нСП ~ 17% подростков [21] и 6% взрослых [20]; в СП в течение жизни ~7% [26] и 0,4-5,1% [27] соответственно при болезненности ПРЛ в населении ~ 3%.

ПРЛ подростков сходно с ПРЛ у взрослых по клиническим характеристикам, но у подростков чаще острые симптомы, как нСП и СП. У подростков  $\geq 25-50$  эпизодов самоповреждений против 5-10 у взрослых. Самоповреждения у 95% ранее госпитализированных подростков, у  $\frac{1}{2}$  (54%)  $\geq 50$  [22], обычно в виде поверхностных порезов на запястьях и руках [28, 29].

Нарушения эмоциональной регуляции вынуждают к аддиктивным самопорезам для уменьшения болезненных (дисфорических) ощущений [30, 31]. Порезы облегчают эмоциональное напряжение (по крайней мере, женщин, составляющих большинство среди пациентов с ПРЛ) [32, 33]. Пациенты описывают мотивацию как желание «побега» от стрессогенных жизненных событий [32], согласно «эскапической» гипотезе СП [34].

Человек, чья невидимая агония достигает определённого невыносимого уровня, убивает себя по той же причине, почему в конце концов прыгают из окна горящей высотки. *Фостер Уоллес «Бесконечная шутка»*

Внутриличностные функции как стратегии регуляции эмоций (выход из негативного состояния или создание позитивного состояния) заметны в популяционных и клинических выборках [35]. Двойственная мотивация в приеме малой дозы ПАВ и/или обращении за помощью к значимым людям.

Передозировка обычно вызывает долгий сон; а сон в свою очередь имеет важное значение для регуляции эмоциональной уязвимости. Наносимые себе порезы и ожоги также важны для аффективной регуляции. *Марша Линехан*

Передозировки обычно суть сообщение («крик о помощи») для близкого, терапевта. Пациенты с РЛ из

strong association with NSSH [23].

BPD is the only disorder in the DSM-5 that includes a criterion for NSSH. It is possible that NSSH serves as a precursor to BPD [24], according to the biosocial model of development. At least 65-80% of patients with BPD commit NSSH [25]. Cross-sectional studies report self-harm rates of 17-80% (median 53%) in adults with BPD and suicide attempts of 46-92% (76%) [cit. according to 22]. NSSH of adolescents is reported in 13-28% of non-clinical and in 68-80% of hospital samples [24].

So, self-harm and BPD represent separate concepts with different prevalence: ~ 17% of adolescents [21] and 6% of adults [20] are involved in NSSH; in SB during life ~7% [26] and 0.4-5.1% [27], respectively, with the incidence of BPD in the population ~3%.

Adolescent BPD is similar to adult BPD in clinical characteristics, but adolescents tend to have more acute symptoms, such as NSSH and SB. Adolescents have  $\geq 25-50$  episodes of self-harm versus 5-10 in adults. Self-harm in 95% of previously hospitalized adolescents,  $\frac{1}{2}$  (54%)  $\geq 50$  [22], usually in the form of superficial cuts on the wrists and arms [28, 29].

Disturbances in emotional regulation force addictive self-cutting to reduce painful (dysphoric) sensations [30, 31]. Cutting relieves emotional stress (at least for women, who make up the majority of patients with BPD) [32, 33]. Patients describe motivation as a desire to “escape” stressful life events [32], according to the “escapism” hypothesis of SB [34].

A person whose invisible agony reaches a certain unbearable level kills himself for the same reason why one ends up jumping from the window of a burning high-rise building. *Foster Wallace "The Infinite Jest"*

Intrapersonal functions as emotion regulation strategies (exiting a negative state or creating a positive state) are prominent in population and clinical samples [35]. The motivation for taking a small dose of psychoactive substances and/or seeking help from significant people is dual.

Overdose usually causes long periods of sleep; and sleep, in turn, is important for regulating emotional vulnerability. Self-inflicted cuts and burns are also important for affect regulation. *Marsha Linehan*

группы В (в DSM) с нСП воспринимали суицидальные попытки как менее смертоносные с меньшей уверенностью в смерти [36]. Недооценка смертельности делает группу особо рискованной. нСП увеличивает риск СП за счёт приобретённой способности причинять себе вред [37, 38].

Наиболее распространёнными формами нСП являются преднамеренные порезы острыми предметами (ножами, бритвами или осколками стекла) у женщин и удары по телу мужчин [20].

нСП и суицидальные попытки определены общими факторами риска суицида [39].

Мета-анализы длительных исследований указали существенную связь нСП и последующими попытками самоубийства в клинических и популяционных выборках [40]. нСП служат предикторами СП в клинических выборках (подростков) [41, 42, 43]. Связь усилена при ПРЛ [44].

СП представляет актуальную проблему общественного здравоохранения [45]. До 90% суицидов совершают психически больные [45] в связи с депрессией (60%), зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

РЛ, особо в сочетании с другими психическими расстройствами, связаны с СП и нСП в населении и клинических выборках. Не менее 55-70% совершивших суицидальные попытки и 13% жертв самоубийств соответствуют критериям РЛ [46].

Риск самоубийств больных РЛ вчетверо выше по сравнению с другими психическими расстройствами и в 20 раз – чем у психически здоровых [47]. Риск суицида отличен в зависимости от типа РЛ [48]. По данным психологической аутопсии, РЛ «драматически неустойчивого» кластера В (включает ПРЛ) DSM-5 подростков связаны с суицидом после контроля коморбидных психических нарушений [49]. Более 80% когорт подростков с СП составляют больные ПРЛ [50].

Исследования СП при РЛ сосредоточены на ПРЛ – единственном РЛ, в котором в ряду критериев указаны повторные нСП и СП.

Психологическая аутопсия выявила у 1/2 жертв суицида до 35 лет ПРЛ как наиболее частое психическое расстройство [51, 52], причём у 1/3 подростков, жертв самоубийства.

Если в ретроспективном (27 лет) исследовании 10% суицидов больных ПРЛ [53], то в проспективных (10-25 лет) когортах суицидальная смертность 3-6% [2, 25, 54, 55], и 14% [56] умирают вследствие несуицидальных причин (сердечно-сосудистые бо-

Overdoses are usually a message (“cry for help”) for a loved one or a therapist. Patients with PD from group B (in the DSM) with NSSH perceived suicide attempts as less lethal with less certainty of death [36]. Underestimating lethality makes the group especially risky. NSSH increases the risk of SB due to the acquired ability to harm oneself [37, 38].

The most common forms of NSSH are intentional cutting with sharp objects (knives, razors, or glass shards) in women and blows to the body in men [20].

NSSH and suicide attempts are identified as common risk factors for suicide [39].

Meta-analyses of longitudinal studies have indicated a significant association of NSSH and subsequent suicide attempts in clinical and population samples [40]. NSSH serves as predictors of SB in clinical samples (adolescents) [41, 42, 43]. The connection is enhanced in BPD [44].

SB is a pressing public health problem [45]. Up to 90% of suicides are committed by mentally ill people [45] due to depression (60%), addiction to psychoactive substances (PAS).

PD, especially in combination with other mental disorders, is associated with SB and NSSH in general population and clinical samples. At least 55-70% of suicide attempters and 13% of suicide victims meet the criteria for PD [46].

The risk of suicide in patients with PD is four times higher compared to other mental disorders and 20 times higher than in mentally healthy people [47]. The risk of suicide differs depending on the type of PD [48]. According to psychological autopsy, PD of “dramatically unstable” cluster B (includes BPD) DSM-5 adolescents are associated with suicide after controlling for comorbid psychiatric disorders [49]. More than 80% of cohorts of adolescents with SB are patients with BPD [50].

Studies of SB in PD have focused on BPD, the only PD in which repeated NSSH and SB are included among the criteria.

Psychological autopsy revealed that in 1/2 of suicide victims under 35 years of age, BPD was the most common mental disorder [51, 52], and in 1/3 of adolescent suicide victims.

If in a retrospective (27 years) study there were 10% suicides in patients with

лезни, зависимости от ПАВ, рак, несчастные случаи) соответственно, в сравнении с 1,4 и 5,5% пациентами соответственно с другими РЛ.

Расхождения показателей суицидальной смертности отражают меньший риск согласных на многолетнее наблюдение. Мета-анализ [57] отметил 52-кратное увеличение уровня суицидов при ПРЛ в сравнении с общим населением.

Суицидальные попытки – самопроизвольное, потенциально опасное поведение с несмертельным исходом при доказанном намерении умереть [58]. ПРЛ – основной предиктор суицидальных попыток с соотношением шансов 8,1-12,9 [59]. До ¾ пациентов с ПРЛ совершают попытки суицида [12], в основном самоотравлениями лекарствами и ПАВ. Передозировка ПАВ распространена при самоубийствах, но попытки самоубийства тем же способом часто отражают амбивалентную мотивацию и различаются намерением умереть [10].

В национальной репрезентативной выборке взрослых в США (2012-2013 гг.) частота суицидальных попыток больных ПРЛ в течение жизни и за последний год 23 и 2% соответственно [60]. За 10 лет проспективного наблюдения >45% из почти 120 больных ПРЛ (80% женщин) совершили суицидальные попытки [61].

Аналізу подлежат неклинические, клинические и смешанные выборки. Пытающиеся покончить жизнь самоубийством и совершившие его представляют частично перекрывающиеся группы [62]. После самоповреждений, требовавших неотложной госпитализации, около 3% покончили жизнь самоубийством [63].

СП выполняет ряд функций [31]:

1) обеспечение самоконтроля. Если кто-то не способен управлять своей жизнью, можно выбрать смерть или угрозу смерти;

2) утешительный вариант бегства от боли и страданий;

3) сообщение о бедствии и глубине страданий.

В перекрёстном исследовании взрослых больных пациентов с СП и ПРЛ вероятность рецидива СП в девятеро выше, чем у стационарных пациентов с СП вне ПРЛ [64]. Симптомы ПРЛ служит сильнейшим предиктором повторения СП, за которым следуют чувство безнадежности, история множественных эпизодов членовредительства или диагностировано, среди прочего, расстройство настроения [59]. В когорте ПРЛ наибольший риск повторного СП в первые 6 месяцев после суицидальной попытки

BPD [53], then in prospective (10-25 years) cohorts the suicide mortality rate was 3-6% [2, 25, 54, 55] and 14% [56] die due to non-suicidal causes (cardiovascular diseases, substance abuse, cancer, accidents), respectively, compared to 1.4 and 5.5% of patients with other PD, respectively.

The discrepancies in suicide mortality rates reflect the lower risk of consenting to long-term follow-up. A meta-analysis [57] noted a 52-fold increase in suicide rates in BPD compared with the general population.

Suicide attempts – spontaneous, potentially dangerous behavior with a non-fatal outcome with a proven intention to die [58]. BPD is a major predictor of suicide attempts with odds ratios of 8.1–12.9 [59]. Up to three-quarters of patients with BPD attempt suicide [12], mainly by self-poisoning with drugs and psychoactive substances. Substance overdose is common in suicides, but suicide attempts by the same method often reflect ambivalent motivation and differ in intent to die [10].

In a nationally representative sample of adults in the United States (2012–2013), the lifetime and past-year rates of suicide attempts in patients with BPD were 23% and 2%, respectively [60]. Over 10 years of prospective follow-up, >45% of nearly 120 patients with BPD (80% women) attempted suicide [61].

Non-clinical, clinical and mixed samples are subject to analysis. Suicide attempters and suicide completers represent overlapping groups [62]. After self-harm requiring emergency hospitalization, about 3% committed suicide [63].

SB performs a number of functions [31]:

1) ensuring self-control. If one is unable to control one's life, one can choose death or the threat of death;

2) a comforting escape from pain and suffering;

3) a message about disaster and the depth of suffering.

In a cross-sectional study of adult hospital patients with SB and BPD, the odds of relapse of SB were nine times higher than inpatients with SB without BPD [64]. BPD symptoms serve as the strongest predictor of recurrence of SB, followed by feelings of hopelessness, a history of multiple episodes of self-harm, or a diagnosis of a mood dis-

[65]. Сопоставимы результаты у взрослых, военно-служащих и гражданских, имевших в прошлом попытки самоубийства [66].

В обширных базах данных электронных медицинских карт из различных больниц общего профиля в США [67] черты ПРЛ и расстройства, связанные с употреблением ПАВ, предсказывают рецидив СП в течение трёх месяцев даже при контроле иных психических расстройств. Повышенный риск связан с госпитализацией перед попыткой (тяжесть заболевания) и низким психосоциальным функционированием на исходном уровне [61].

Динамика и прогноз.

Откровенно скажу: мои страдания превратились в самое банальное помывание, поэтому, по определению Фрейда, я достигла психического здоровья. *Сюзанна Кейсен*

Согласно DSM-5 и МКБ-11, РЛ характеризуются негибкими устойчивыми и хроническими (вспомним триаду П.Б. Ганнушкина) аномальными (диапазон, интенсивность и уместность) паттернами переживаний и поведения с раннего возраста. Диагнозы РЛ умеренно стабильны, обычно связаны с множеством неблагоприятных последствий, отчасти компенсируемых временем [68].

ПРЛ традиционно представлено как хроническое (многолетнее) и неизменное РЛ. ПРЛ проявляется в подростковом возрасте [69, 70] с пиком симптомов у старших подростков 14-17 лет. Долгосрочный прогноз ПРЛ оптимистичен. У 90% пациентов постепенно (в течение 10 лет проспективного наблюдения) наступает симптоматическая ремиссия [71].

Сходны данные ретроспективного исследования [68]. Ремиссии у 90% больных ПРЛ созревают в течение 10 лет: медленнее, чем при ДР, но почти в те же сроки как при других (шизотипическое, избегающее, обсессивно-компульсивное) РЛ. Симптомы ПРЛ ослабевают в равной мере, но не синхронно.

Выявлен ряд прогностических факторов раннего наступления ремиссии: более молодой возраст, отсутствие сексуального насилия в детстве, отсутствие в семейной истории злоупотребления ПАВ при низком уровне невротизма и «законопослушность». Однако длительному наблюдению доступны наиболее «приятные во всех отношениях» пациенты. В обзоре внимание привлечено к наиболее тяжёлым пациентам, хотя самоповреждения свидетельствуют не о неблагоприятном исходе, но очередном кризисе. Напротив, для неблагоприятного течения ПРЛ характерны ранняя первая суицидальная попытка и

order, among others [59]. In the BPD cohort, the risk of recurrent SB is greatest in the first 6 months after a suicide attempt [65]. Results were comparable in adults, military personnel, and civilians with a history of suicide attempts [66].

In large electronic health record databases from multiple general hospitals in the United States [67], BPD traits and substance use disorders predicted relapse of SB within three months, even when controlling for other psychiatric disorders. Increased risk is associated with pre-attempt hospitalization (illness severity) and poor psychosocial functioning at baseline [61].

Dynamics and forecast.

I'll tell you frankly: my suffering turned into the most banal pushing around, therefore, according to Freud's definition, I achieved mental health. *Suzanne Kaysen*

According to DSM -5 and ICD-11, PD is characterized by inflexible, stable and chronic (remember P.B. Gannushkin's triad) abnormal (range, intensity and relevance) patterns of experiences and behavior from an early age. Diagnoses of PD are moderately stable, usually associated with many adverse consequences, partly offset by time [68].

BPD has traditionally been presented as a chronic (long-term) and permanent PD. BPD manifests itself in adolescence [69, 70], with symptoms peaking in older adolescents aged 14-17 years. The long-term prognosis for BPD is optimistic. In 90% of patients, symptomatic remission gradually (over 10 years of prospective follow-up) occurs [71].

Data from a retrospective study are similar [68]. Remissions in 90% of patients with BPD mature within 10 years: slower than with PD, but almost in the same time frame as with other (schizotypal, avoidant, obsessive-compulsive) PD. BPD symptoms decrease equally, but not synchronously.

A number of prognostic factors for early onset of remission have been identified: younger age, absence of sexual abuse in childhood, absence of a family history of substance abuse with a low level of neuroticism and "law-abidingness." However, the most "pleasant in all respects" patients are available for long-term observation. The review focuses on the most severely ill patients, although self-harm does not indicate an unfavorable outcome, but another crisis. On the contrary, an unfavorable course of

частота нСП [72].

В длительных исследованиях (подростков) нСП предшествуют развитию типовых признаков ПРЛ, хотя в клинических выборках результаты не столь очевидны [24, 73]. В неклинических выборках пик нСП приходится на подростковый возраст [74], риск затем снижен [61, 75, 76]. При этом для ПРЛ характерно более раннее начало и длительное (до зрелости) сохранение нСП [74, 77], «кольцующего» клинический сценарий. Вовлечение в СП обычно происходит с задержкой на 1-2 года после начала нСП [78], но и СП со временем ослабевает [10].

Следует информировать об относительно благоприятных исходах ПРЛ и ресурсах их улучшения пациентов, их близких, клиницистов.

нСП – полезный маркер риска развития ПРЛ. С одной стороны, нСП и СП представляют наблюдаемое поведение (его легче обнаружить), чем основные нарушения контроля эмоций, межличностные трудности или нарушения идентичности. С другой, нСП может предшествовать развитию ПРЛ, подчёркивая его важность для раннего выявления и профилактики. Пациенты совершают суициды не тогда, когда более всего тревожат терапевтов, а в молодом ( $\approx 20$  лет) возрасте [10, 56] вслед эпизодов безуспешного лечения [10].

За 10 лет проспективного наблюдения частота СП и нСП уменьшена на фоне послабления основных (суицидогенных) симптомов ПРЛ, злоупотребления ПАВ при сохраняющемся сочетанном депрессивном расстройстве у  $\sim 50\%$  [61], указывающем на хронический риск суицида.

Течение ПРЛ характеризуется симптоматическим переключением от аффективной дисрегуляции, импульсивности и СП к дезадаптивному межличностному функционированию. Сохранены социальные нарушения [55, 76, 79] в большей мере, чем при иных РЛ и депрессивном расстройстве [60, 68]. У почти  $\frac{1}{2}$  (44%) пациентов неудовлетворительные психосоциальные, профессиональные и экономические результаты.

В зрелом возрасте ПРЛ приобретает характеристики инвалидирующего окружения. Страдающие склонны недооценивать собственные эмоциональные переживания, обращаться к переживаниям других людей как адекватному отражению внешнего мира и чрезмерно преувеличивать лёгкость решения жизненных проблем. Это преувеличение неизбежно приводит к постановке недостижимых целей, неспособности использовать поощрение за небольшое

BPD is characterized by an early first suicide attempt and a frequency of NSSH [72].

In longitudinal studies (of adolescents), NSSH precedes the development of typical features of BPD, although in clinical samples the results are less clear [24, 73]. In non-clinical samples, NSSH peaks during adolescence [74], and the risk then declines [61, 75, 76]. At the same time, BPD is characterized by an earlier onset and long-term (until maturity) persistence of NSSH [74, 77], “ringing” the clinical scenario. Involvement in SB usually occurs with a delay of 1–2 years after the start of NSSH [78], but SB also weakens over time [10].

Patients, their loved ones, and clinicians should be informed about the relatively favorable outcomes of BPD and resources for improving them.

NSSH is a useful marker of risk for developing BPD. On the one hand, NSSH and SB represent observable behavior (and are easier to detect) than core emotion control disorders, interpersonal difficulties, or identity disturbances. On the other hand, NSSH may precede the development of BPD, highlighting its importance for early detection and prevention. Patients commit suicide not when therapists are most concerned, but at a young age ( $\approx 20$  years) [10, 56] following episodes of unsuccessful treatment [10].

Over 10 years of prospective observation, the frequency of SB and NSSH was reduced against the background of a weakening of the main (suicidogenic) symptoms of BPD, substance abuse with persistent combined depressive disorder in  $\sim 50\%$  [61], indicating a chronic risk of suicide.

The course of BPD is characterized by a symptomatic shift from affective dysregulation, impulsivity, and SB to maladaptive interpersonal functioning. Social impairments are preserved [55, 76, 79] to a greater extent than in other PDs and depressive disorders [60, 68]. Almost  $\frac{1}{2}$  (44%) of patients have unsatisfactory psychosocial, occupational and economic outcomes.

In adulthood, BPD takes on the characteristics of a disabling environment. Sufferers tend to underestimate their own emotional experiences, turn to the experiences of other people as an adequate reflection of the outside world, and excessively exaggerate the ease of solving life's problems. This exaggeration inevitably leads to setting un-



продвижение к конечным целям вместо наказания и ненависти к себе за недостижение поставленных целей [31].

Бремя ПРЛ существенно [79] в связи с психологическим дистрессом пациентов и их окружения в дополнение к физическому ущербу от нСП и СП, требующим медицинскую помощь. Психосоциальный исход не зависит от СП в анамнезе и «обычного» лечения (возможно, ускоряющего дозревание симптоматической ремиссии).

Итак, самоповреждения как общий фактор риска психических расстройств особо выявлены при ПРЛ, будучи его форпостами, проявлением периодов нелеченой болезни, активного его течения и регрессивности. Мощным фактором нередкого симптоматического (в меньшей степени – функционального) восстановления. выздоровления служит естественный выход пациента из подросткового возраста. При этом больной развивается в болезни, и говорить о выздоровлении как к «возврату к прежнему уровню» (*restitutio ad integrum*), как и при прочих хронических психических расстройствах с началом в детско-подростковом возрасте, не приходится. Лекарем становится не только «бог и время». Ранние целевые (терапевтические мишени – изменяемые факторы риска нСП и СП) биопсихосоциальные вмешательства снижают бремя ПРЛ, активизируя заложенные в самом процессе ресурсы личностно-социального восстановления. Этим вопросам посвящена вторая часть обзора.

attainable goals, failure to use rewards for small progress toward ultimate goals rather than punishment, and self-hatred for not achieving set goals [31].

The burden of BPD is significant [79] due to the psychological distress of patients and their environment in addition to the physical harm from NSSH and SB requiring medical attention. The psychosocial outcome does not depend on a history of SB and “usual” treatment (possibly accelerating the maturation of symptomatic remission).

So, self-harm as a general risk factor for mental disorders is especially identified in BPD, being its outposts, a manifestation of periods of untreated illness, its active course and regredience. A powerful factor in frequent symptomatic (to a lesser extent, functional) recovery. recovery is the patient’s natural exit from adolescence. In this case, the patient develops into an illness, and talk about recovery as a “return to the previous level” (*restitutio ad integrum*), as with other chronic mental disorders with onset in childhood and adolescence, is not necessary. Not only “God and time” become a healer. Early targeted (therapeutic targets are modifiable risk factors for NSSH and SB) biopsychosocial interventions reduce the burden of BPD, activating the resources of personal and social recovery inherent in the process itself. The second part of the review is devoted to these issues.

#### Литература / References:

- Garland J., Miller S. Borderline personality disorder: Part 1 – assessment and diagnosis. *BJPsych. Advances*. 2020; 26 (3): 159-172. DOI: 10.1192/bja.2019.76
- Gunderson J.G., Herpertz S.C., Skodol A.E., et al. Borderline personality disorder. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2018; 4: 18029. DOI: 10.1038/nrdp.2018.29
- Sanislow C.A., Grilo C.M., Morey L.C., et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159 (2): 284-290. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.2.284
- Wedig M.M., Silverman M.H., Frankenburg F.R., et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol. Med*. 2012; 42 (11): 2395-2404. DOI: 10.1017/S0033291712000517
- McMahon K., Hoertel N., Olfson M., et al. Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: a national study. *Psychiatry Res*. 2018; 269: 386-393. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.08.059
- Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B., et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV border-
- line personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2008; 69 (4): 533-545. DOI: 10.4088/jcp.v69n0404. PMID: 18426259
- Zanarini M.C., Horwood J., Wolke D., et al. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653. *American adults. J. Personal. Disord*. 2011; 25 (5): 607-619. DOI: 10.1521/pedi.2011.25.5.607
- Zimmerman M., Rothschild L., Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162 (10): 1911-18. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911
- Guilé J.M., Boissel L., Alaux-Cantin S., de La Rivière S.G. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc. Health Med. Ther*. 2018; 9: 199-210. DOI: 10.2147/AHMT.S156565
- Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55 (6): 223. DOI: 10.3390/medicina55060223
- Cano K., Sumlin E., Sharp C. Screening for borderline personality pathology on college campuses. *Personal. Ment. Health*. 2022; 16 (3): 235-243. DOI: 10.1002/pmh.1534

12. Black D.W., Blum N., Pfohl B., Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J. Pers. Disord.* 2004; 18 (3): 226-239. DOI: 10.1521/pedi.18.3.226.35445
13. Kaess M., Brunner R., Chanan A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014;134(4):782-93. DOI: 10.1542/peds.2013-3677
14. Chanan A.M., Jackson H.J., McGorry P.D., et al. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Personal Disord.* 2004; 18 (6): 526-541.
15. Sharp C., Ha C., Michonski J., et al. Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the childhood interview for DSM-IV borderline personality disorder in a sample of adolescent inpatients. *Compr. Psychiatry.* 2012; 53 (6): 765-774. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.003
16. Hawton K., Saunders K., O'Connor R. *Self-harm and suicide in adolescents.* *Lancet.* 2012; 379: 2372-2382.
17. Turner B.J., Dixon-Gordon, K.L., Austin, S.B., et al. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Res.* 2015; 230: 28-35. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.058. PMID: 26315664
18. Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1998; 68: 609-620. DOI: 10.1037/h0080369
19. Nock M.K., Favazza A. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. Nock M.K., ed. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment.* American Psychological Association; Washington, DC, USA: 2009: 9-18.
20. Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol. Med.* 2011; 41: 1981-1986. DOI: 10.1017/S0033291710002497
21. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2012; 6: 10. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10
22. Goodman M., Tomas I.A., Temes C.M., et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal. Ment. Health.* 2017; 11 (3): 157-163. DOI: 10.1002/pmh.1375
23. Andover M.S., Pepper C.M., Ryabchenko K.A., et al. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35: 581-591. DOI: 10.1521/suli.2005.35.5.581. PMID: 16268774
24. Stead V.E., Boylan K., Schmidt L.A. Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review. *Borderline Personal Disord. Emot. Dysregul.* 2019; 6: 3. DOI: 10.1186/s40479-019-0100-9. PMID: 30783532
25. Soloff P., Lis J., Kelly T., Cornelius J., Ulrich R. Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.* 1994; 8: 257-267. DOI: 10.1521/pedi.1994.8.4.257
26. Evans E., Hawton K., Rodham K., Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35 (3): 239-250. DOI: 10.1521/suli.2005.35.3.239
27. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30 (1): 133-154. DOI: 10.1093/epirev/mxn002
28. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. ISBN 978-5-91409-537-3 [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p. ISBN 978-5-91409-537-3] (In Russ)
29. Гарагашева Е.П., Молина О.В. Несуйцидальные самоповреждения: самопорезы (клиническое наблюдение). *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (4): 15-20. [Garagasheva E.P., Molina O.V. Non-suicidal self-harm: self-cutting (clinical observation). *Academic Journal of West Siberia / Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri.* 2022; 18 (4): 15-20.] (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.22-18-04(97)-15-20
30. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 366. [Popov Yu.V., Pischikov A.A. Suicidal behavior in adolescents. Saint Petersburg: SpetsLit, 2017. 366.] (In Russ)
31. Linehan M.M. *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder.* NY: Guilford Press, 1993.
32. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 2002; 111: 198-202. DOI: 10.1037/0021-843X.111.1.198
33. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 226-239.
34. Gunderson J.G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2001.
35. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J. Affect. Disord.* 2018; 227: 759-769. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.073. PMID: 29689691
36. Stanley B., Gameroff M.J., Michalsen B.A., Mann J.J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158: 427-432. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.427. PMID: 11229984.
37. Chesin M.S., Galfavy H., Sonmez C.C., et al. Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 47 (5): 567-579. DOI: 10.1111/sltb.12331
38. Joiner T. *Why People Die by Suicide.* Harvard University Press, 2007. DOI: 10.2307/j.ctvjghv2f
39. Hawton K., Bergen H., Cooper J., et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J. Affect. Disord.* 2015; 175: 147-151. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.062
40. Ribeiro J.D., Franklin J.C., Fox K.R., et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med.* 2016; 46 (2): 225-236. DOI: 10.1017/S0033291715001804
41. Liu R.T., Walsh R.F.L., Sheehan A.E., et al. Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2022; 79 (7): 718-726. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.1256. PMID: 35612875
42. Castellví P., Lucas-Romero E., Miranda-Mendizábal A., et al. Longitudinal association between self-injurious

- thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2017; 215: 37-48. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.035. PMID: 28315579.
43. Koenig J., Brunner R., Fischer-Waldschmidt G., et al. Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2017; 26: 345-354. DOI: 10.1007/s00787-016-0896-4. PMID: 27558490.
44. Griep S.K., MacKinnon D.F. Does nonsuicidal self-injury predict later suicidal attempts? A review of studies. *Arch Suicide Res.* 2022; 26 (2): 428-446. DOI: 10.1080/13811118.2020.1822244. PMID: 32985383.
45. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014: 97. [Suicide prevention: a global imperative. Geneva: WHO, 2014: 97.] (In Russ)
46. Stanley B., Kandlu R., Jones J. Risk for suicidal behaviour in personality disorders. Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention. 2 edn. D. Wasserman, ed. Oxford University Press, 2021: 311-320. DOI: 10.1093/med/9780198834441.003.0038
47. Doyle M, While D, Mok PL, et al. Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Fam Pract.* 2016; 17: 106. DOI: 10.1186/s12875-016-0479-y. PMID: 27495284.
48. Björkenstam C., Ekselius L., Berlin M., et al. Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *J. Psychiatr. Res.* 2016; 83: 29-36. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.08.008
49. Brent D.A., Johnson B.A., Perper J., et al. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1994; 33 (8): 1080-1086. DOI: 10.1097/00004583-199410000-00003. PMID: 7982858.
50. Greenfield B., Henry M., Weiss M., et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2008; 17 (4): 197-201. PMID: 19018322
51. Hunt I.M., Kapur N., Robinson J., Shaw J., et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br. J. Psychiatry.* 2006; 188: 135-142. DOI: 10.1192/bjp.188.2.135
52. Tidemalm D., Elofsson S., Stefansson C.-G., et al. Predictors of suicide in a community-based cohort of individuals with severe mental disorder. *Soc. Psychiatr. Psychiatry Epidemiol.* 2005; 40: 595-600. DOI: 10.1007/s00127-005-0941-y
53. Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2001; 42: 482-487. DOI: 10.1053/comp.2001.26271
54. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Reich D.B., Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 2012; 169: 476-483. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11101550
55. Álvarez-Tomás I., Ruiz J., Guilera G., Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *Eur. Psychiatry.* 2019; 56: 75-83. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.010. PMID: 30599336.
56. Temes C.M., Frankenburg F.R., Fitzmaurice G.M., Zanarini M.C. Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J. Clin. Psychiatry.* 2019; 80 (1): 18m12436. DOI: 10.4088/JCP.18m12436
57. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord. J. Psychiatry.* 2005; 59: 319-324. DOI: 10.1080/08039480500320025
58. Silverman M.M., Berman A.L., Sanddal N.D., et al. Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37 (3): 264-277. DOI: 10.1521/suli.2007.37.3.264
59. Witt K., Milner A., Spittal M.J., et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2019; 28 (1): 5-18. DOI: 10.1007/s00787-018-1111-6. PMID: 29397445
60. Grilo C.M., 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
61. Soloff P.H., Chiappetta L. 10-year outcome of suicidal behavior in borderline personality disorder. *J. Personal. Dis.* 2019; 33: 82-100. DOI: 10.1521/pedi\_2018\_32\_332
62. Beautrais A.L. Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychol. Med.* 2001; 31: 837-845. DOI: 10.1017/S0033291701003889
63. Hawton K., Zahl D., Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry.* 2003; 182: 537-542. DOI: 10.1192/bjp.182.6.537
64. Ducasse D., Lopez-Castroman J., Dassa D., et al. Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin.* 2020; 270 (8): 959-967. DOI: 10.1007/s00406-019-00980-8. PMID: 30673835.
65. Rodante D.E., Grendas L.N., Puppo S., et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2019; 140 (2): 158-168. DOI: 10.1111/acps.13058
66. Kochanski K.M., Lee-Tauler S.Y., Brown G.K., et al. Single versus multiple suicide attempts: a prospective examination of psychiatric factors and wish to die/wish to live index among military and civilian psychiatrically admitted patients *J. Nerv. Ment Dis.* 2018; 206: 657-661. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000851
67. Barak-Corren Y., Castro V.M., Nock M.K., et al. Validation of an electronic health record-based suicide risk prediction modeling approach across multiple health care systems. *JAMA Netw Open.* 2020; 3 (3): e201262. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.1262. PMID: 32211868
68. Grilo C.M., McGlashan T.H., Skodol A.E. Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. *Psychiatr. Q.* 2000; 71: 291-307. DOI: 10.1023/a:1004680122613. PMID: 11025909.
69. Bourvis N., Aouidad A., Spodenkiewicz M., et al. Adolescents with borderline personality disorder show a higher response to stress but a lack of self-perception: Evidence

- through affective computing. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2021; 111: 110095. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.110095. PMID: 32896602.
70. Courtney-Seidler E.A., Klein D., Miller A.L. Borderline personality disorder in adolescents. *Clin. Psychol. Sci Pract.* 2013; 20: 425-444. DOI: 10.1111/cpsp.12051
71. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., et al. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163: 827-832. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.5.827. PMID: 16648323.
72. Aouidad A., Cohen D., Mirkovic B., et al. Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2020; 20 (1): 525. DOI: 10.1186/s12888-020-02930-4. PMID: 33148207.
73. Ghinea D., Koenig J., Parzer P., et al. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res.* 2019; 273: 127-133. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.010. PMID: 30641342.
74. Plener P.L., Schumacher T.S., Munz L.M., Groschwitz R.C. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord. Emot. Dysregul.* 2015; 2: 2. DOI: 10.1186/s40479-014-0024-3. PMID: 26401305.
75. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Reich D.B., et al. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr. Scand.* 2008; 117 (3): 177-184. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x
76. Videler A.C., Hutsebaut J., Schulkens J.E.M., et al. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019; 21 (7): 51. DOI: 10.1007/s11920-019-1040-1. PMID: 31161404.
77. Groschwitz R.C., Plener P.L., Kaess M., et al. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 160. DOI: 10.1186/s12888-015-0555-1. PMID: 26187150.
78. Groschwitz R.C., Kaess M., Fischer G., et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatr. Res.* 2015; 228: 454-461. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.06.019
79. Gunderson J.G., Stout R.L., McGlashan T.H., et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011; 68: 827-837. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37

## INTENTIONAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS. PART I: STATICS AND DYNAMICS

*E.B. Lyubov, P.B. Zotov* Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

### Abstract:

The aim of a narrative review using the keywords “borderline personality disorder” and “self-injurious behavior” in MEDLINE and PsycINFO articles published after 2000 (along with seminal early articles) is to provide evidence on the prevalence, dynamics of non-suicidal and suicidal behavior in relation to borderline disorder personality (BPD) in general and its individual symptoms in non-clinical and clinical samples. The diagnosis of BPD initially requires attention to the risk of self-harm and the use of special measures to prevent it.

*Keywords:* borderline personality disorder, suicidal and non-suicidal self-harm

### Вклад авторов:

*Е.Б. Любов:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

*П.Б. Зотов:* обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

*E.B. Lyubov:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, translated relevant publications, article editing, article editing;

*P.B. Zotov:* reviewing of publications of the article's theme, article editing.

**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: 13.05.2023. Принята к публикации / Accepted for publication: 18.06.2023.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренное самоповреждающее поведение при пограничных личностных расстройствах. Часть I: статика и динамика. *Суицидология*. 2023; 14 (3): 84-95. doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-03(52)-84-95

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Intentional self-harming behavior in borderline personality disorders. Part I: statics and dynamics. *Suicidology*. 2023; 14 (3): 84-95. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-03(52)-84-95