

НАМЕРЕННОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ ЛИЧНОСТНОМ РАССТРОЙСТВЕ. ЧАСТЬ II¹: ФАКТОРЫ РИСКА

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 II: RISK FACTORS

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

Сведения 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

Обзор литературы основан на поиске по ключевым словам «пограничное расстройство личности» (ПРЛ), «несуицидальное самоповреждение» и «суицидальное поведение» в MEDLINE и PsycINFO статей с 2000 г. В обзоре основное внимание уделено статьям, наиболее актуальным для следующих вопросов: факторы риска несуйцидального (нСП) и суицидального поведения (СП) больных с пограничным расстройством личности (ПРЛ); особенности нСП и СП больных ПРЛ.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, суицидальные и несуйцидальные самоповреждения

Жизнь человека вынуждает многое
делать добровольно.
Ежи Лец

Human life requires a lot
to be done voluntarily.
Jerzy Lec

Расстройства личности (РЛ) в МКБ-11 представляют тотальный относительно устойчивый пат-

Personality disorders (PD) in ICD-11 represent a total, relatively stable pattern of

¹см. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренное самоповреждающее поведение при пограничных личностных расстройствах. Часть I: статика и динамика. Суицидология. 2023;14 (3): 84-95. [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: 10.32878/suiciderus.23-14-03(52)-84-95

терн нарушений самосознания (самовосприятия, самоотношения и саморегуляции) и нарушений социального функционирования при декомпенсации, не обязательно пожизненных. Удалены особые типы РЛ в пользу общего диагноза, но пограничное личностное расстройство (ПРЛ) сохранено особым паттерном [1]. ПРЛ – одно из десяти РЛ в DSM-5.

Факторы риска нСП и СП

Пол. Мужчины преобладают среди жертв самоубийств всех возрастов [2, 3], но, подчёркивая суицидальный парадокс, большинство повторных попыток у молодых женщин [4, 5].

У Синтии депрессия, у Полли и Джорджины – шизофрения, а у меня – расстройство характера [6].

Возраст. СП «более тревожно» у молодых [7, 8]. Средний возраст жертв самоубийств 30 лет при 15-летнем [9] или 37 ± 10 лет при 27-летнем [10] наблюдениях. То есть на 5-10 лет ранее, чем в общем населении (в РФ ~40).

Преморбид. «Бурное детство» с диссоциальным поведением. Сексуальное насилие в детстве прогнозирует суицидальные попытки [11, 12].

Героиня «Стыда» (к/ф Великобритания, Канада, США, 2011) – жертва насилия в детстве, бросается в объятия любому встречному. Бесцеремонно вторгается в жизнь нездорового брата и по-детски требует заботы. Отвергнутая, не видит выхода, кроме попытки самоубийства.

Клинические факторы

Относительно однородные наборы симптомов составляют подтипы (домены) ПРЛ [13, 14].

Трёхфакторная модель ПРЛ [15] включает нарушения контроля эмоций и поведения, взаимоотношений [16-18]. Области психопатологии ПРЛ характеризуются нестабильностью [19].

Симптомы ПРЛ проспективно предсказывают СП даже при исключении критерия нСП, то есть связь с признаками ПРЛ не объяснена лишь перекрытием критериев [20].

Эмоциональная сфера. Эмоциональная неустойчивость [20, 21] как уникальная черта ПРЛ [10, 13] представляет процесс с множеством взаимодействующих компонентов. Под её зонтиком обострённая чувствительность «человека без эмоциональной кожи» (по М. Linehan), неустойчивый негативный аффект (один из ключевых доменов РЛ, по МКБ-11), недостаток уместных и избыток неадекватных стратегий регуляции [22]. Вместо депрессии или мании от недель до месяцев молниеносные хаотические перепады настроения, спонтанно или в ответ на малейшие жизненные события.

disturbances in self-awareness (self-perception, self-attitude and self-regulation) and disturbances in social functioning during decompensation, not necessarily lifelong. Specific types of PD have been removed in favor of a general diagnosis, but borderline personality disorder (BPD) has been retained as a specific pattern [1]. BPD is one of ten PDs in DSM-5.

Risk factors for nSB and SB

Sex. Men predominate among suicide victims of all ages [2, 3], but, emphasizing the suicidal paradox, the majority of repeated attempts occur in young women [4, 5].

Cynthia has depression, Polly and Georgina have schizophrenia, and I have a character disorder [6].

Age. SB is “more alarming” in young people [7, 8]. The average age of suicide victims is 30 years with a 15-year follow-up [9] or 37 ± 10 years with a 27-year follow-up [10]. That is, 5-10 years earlier than in the general population (in the Russian Federation ~40).

Premorbidity. “Tumultuous childhood” with dissociative behavior. Childhood sexual abuse predicts suicide attempts [11, 12].

The character of “Shame” (UK, Canada, USA, 2011) is a victim of childhood violence and throws herself into the arms of anyone she comes across. She unceremoniously invades the life of her unhealthy brother and demands care like a child. Rejected, she sees no way out other than attempting suicide.

Clinical factors

Relatively homogeneous sets of symptoms make up the subtypes (domains) of BPD [13, 14]. The three-factor model of BPD [15] includes disturbances in the control of emotions and behavior, and relationships [16-18]. Areas of BPD psychopathology are characterized by instability [19].

BPD symptoms prospectively predict SB even when the nSB criterion is excluded, that is, the association with BPD symptoms is not explained by criterion overlap alone [20].

Emotional area. Emotional instability [20, 21] as a unique feature of BPD [10, 13] represents a process with multiple interacting components. Under its umbrella there is the heightened sensitivity of “a person without emotional skin” (according to M. Linehan), unstable negative affect (one of the key domains of PD, according to ICD-11), a lack of appropriate and an excess of inadequate regulation strategies [22].

Таблица / Table 1

Сферы ключевых симптомов ПРЛ как клинических факторов риска нСП и СП
Areas of key symptoms of BPD as clinical risk factors for nSB and SB

Сфера / Area	Симптомы / Symptoms
Эмоциональная сфера Emotional area	Чрезмерная эмоциональная чувствительность. Медленный возврат к исходному уровню эмоций. Хроническое чувство опустошенности. Трудность управления гневом. Excessive emotional sensitivity. Slow return to the original level of emotions. Chronic feeling of emptiness. Difficulty managing anger.
Когнитивная сфера Cognitive area	Расстройства идентификации. Преходящие психотические симптомы. Диссоциативные переживания. Identity disorders. Transient psychotic symptoms. Dissociative experiences.
Поведенческая сфера Behavioral area	Импульсивное поведение (безрассудные траты, переедание, злоупотребление ПАВ). нСП, СП сами по себе. Impulsive behavior (reckless spending, overeating, substance abuse). nSB, SB as such.
Межличностные отношения Interpersonal relationships	Неустойчивы. Страх отвержения. Unstable. Fear of rejection.

Вл. Соловьёв (религиозный мыслитель, возможно, не страдал ПРЛ. *Е.Б.*) производил впечатление одновременно глубокой личности и остряка, любителя шуток и «солёных» анекдотов, баловства и всякой юмористики. Современники: «здоровый олимпийский смех неистового младенца или мепhistофельский смешок „хе-хе“ или то и другое вместе». «...часто он бывал мрачен и тоскливо-угрюм, бывал и скучен... раздражителен бывал брат иногда и без мрачного и тоскливого настроения, и тогда некоторые вещи легко могли довести его до бешенства». Современник: «Ума палата. Блеск невероятный. Сам – апостол апостолом. Лицо вдохновенное, глаза сияют. Очаровал нас всех... И вдруг – словно что-то защелкнуло. Стал угрюмый, насмешливый, глаза унылые, злые... Логика острая, резкая, неумолимая, сарказмы страшные... А он – то смеётся, то – словно его сейчас живым в гроб кладут...».

Кровь и тлен «пограничного Серебряного века»: Веселиться – так веселиться, Только как же могло случиться, Что одна я из них жива? *А. Ахматова «Поэма без героя»*

Из 21 умерших до 1917 г. поэтов шесть покончили с собой.

Жили в неистовом напряжении, в вечном возбуждении, в обострённости, в лихорадке. Жили разом в нескольких планах. В конце концов, были сложнее запутаны в общую сеть любвей и ненавистей, личных и литературных... Отсюда: лихорадочная погоня за эмоциями, безразлично за какими. Все «переживания» почитались благом, лишь бы их было много, и они были сильны. В свою очередь, отсюда вытекало безразличное отношение к их последовательности и целесообразности. «Личность» становилась копилкой переживаний, мешком, куда сыпались накопленные без разбора эмоции ... *В.Ф. Ходасевич «Некрополь»*

Instead of depression or mania, there are weeks to months of lightning-fast chaotic mood swings, spontaneous or in response to the slightest life events.

VI. Solovyov (a religious thinker, may not have suffered from BPD. *E.B.*) gave the impression of being both a deep personality and a wit, a lover of jokes and “salty” anecdotes, self-indulgence and all kinds of humor. Contemporaries: “the healthy Olympian laughter of a frantic baby or the Mephistophelian laugh of “he-he” or both together”. “... he was often gloomy and sadly gloomy, he was also boring... his brother was irritable sometimes even without a gloomy and sad mood, and then some things could easily drive him into rage.” Contemporary: “Really smart, incredibly glamorous. He looked like an apostle. His face is inspired, the eyes were shining. He charmed us all ... And suddenly, it was as if -something clicked. He became gloomy, mocking, his eyes sad, angry... The logic is sharp, harsh, inexorable, the sarcasms are terrible ... And he either laughs, or gloomy as if they are now putting him alive in a coffin...”

Of the 21 poets who died before 1917, six committed suicide.

Uniquely suicide attempts (but not their severity) are predicted in non-clinical and clinical samples [23] of adolescents [24, 25, 26] and adults [27, 28] for two to 16 years and when controlling for DD [29, 30]. Neurobehavioral changes influence motivation and emotion regulation in adolescents [31]. The gap between cognitive control and emotional processes will ex-

Однозначно предсказывает попытки самоубийств (но не их тяжесть) в неклинических и клинических выборках [23] подростков [24, 25, 26] и взрослых [27, 28] в течение двух – 16 лет и при контроле ДР [29, 30]. Нейроповеденческие изменения влияют на мотивацию и регуляцию эмоций подростков [31]. Разрыв между когнитивным контролем и эмоциональными процессами объяснит склонность к их рискованному поведению [32, 33].

Негативные аффективные состояния тесно связаны с суицидальными мыслями взрослых [34]. Агрессия и гнев в клинических выборках отличают суицидентов от депрессивных, но враждебность пытавшихся и не пытавшихся покончить жизнь самоубийством при контроле сопутствующего ПРЛ сходна поведения [35]. ПРЛ связано с интенсивными и болезненными негативными эмоциональными переживаниями (психалгией), порой невыносимыми [36].

Хроническое *чувство опустошённости* [37] недооценено на фоне яркой аффективной нестабильности, упомянуто в модели расстройств личности Раздела III DSM-5.

Для человека под стеклянным колпаком, опустошённого и застывшего, словно мертворожденный ребёнок, сам мир является кошмарным сном ... До конца своих дней я стану разрываться между двумя взаимоисключающими вещами [38]. Значительная часть драматичного поведения пограничных личностей связана с непрерывным поиском чего-то, что заполнило бы пустоту, постоянно преследующую их. Отношения и наркотики – два основных механизма, к которым они прибегают, чтобы побороть одиночество и ухватиться за ощущение существования в мире, который кажется реальным [39]. Отличаясь от близких конструктов одиночества и безнадежности, отражает чувство оторванности от себя и других [40] как центральный элемент концептуальных моделей СП [41, 42, 43] и связано с многолетним риском СП [44].

Я ощущала себя очень тихой и очень пустой – как мёртвая точка торнадо, безропотно перемещающаяся с места на место посреди окружающего её неистовства стихий ... Если желать одновременно двух взаимоисключающих вещей означает невращению, что ж, ладно, тогда у меня невращения. Потому, что до конца своих дней я намерена метаться от одной такой вещи к другой [38].

Связано с худшими эффектом лечения и функциональными результатами.

Откуда-нибудь издалека я увижу человека, который покажется мне безупречным, но, как только он подойдёт

plain the propensity for their risky behavior [32, 33].

Negative affective states are strongly associated with suicidal ideation in adults [34]. Aggression and anger in clinical samples distinguish suicidal people from depressives, but the hostility of suicide attempters and non-suicide attempters is similar when controlling for comorbid BPD [35]. BPD is associated with intense and painful negative emotional experiences (psychalgia), sometimes unbearable [36].

Chronic feelings of emptiness [37] are underestimated against the background of pronounced affective instability, mentioned in the DSM -5 Section III model of personality disorders.

For a man under a glass bell, devastated and frozen, like a stillborn child, the world itself is a nightmare ... Until the end of my days I will be torn between two mutually exclusive things [38]. Much of the dramatic behavior of borderline individuals stems from a constant search for something to fill the emptiness that constantly haunts them. Relationships and drugs are the two main mechanisms they resort to in order to overcome loneliness and grasp the feeling of existing in a world that seems real [39]. Distinguished from the related constructs of loneliness and hopelessness, it reflects a feeling of disconnection from oneself and others [40] as a central element of conceptual models of SB [41, 42, 43] and is associated with long-term risk of SB [44].

I felt very quiet and very empty – like the dead center of a tornado, moving resignedly from place to place in the midst of the fury of the elements surrounding it ... If wanting two mutually exclusive things at the same time means neurasthenia, well, okay, then I have neurasthenia. Because for the rest of my days I intend to rush from one such thing to another [38].

Associated with poorer treatment response and functional outcomes.

From somewhere far away I will see a person who seems impeccable to me, but as soon as he comes closer, I will begin to discover one flaw in him after another, and in the end I will decide that he is no good at all [38].

Hopelessness (regarding helping outcomes) and *helplessness* (e.g., in interpersonal relationships) predict SB [45, 46].

поближе, я начну открывать в нём один недостаток за другим, и в конце концов решу, что он вообще никуда не годится [38].

Безнадёжность (и в отношении результатов помощи) и *беспомощность* (например, в межличностных отношениях) прогнозируют СП [45, 46].

Когнитивная сфера. Нарушения идентичности в виде хронических сложных диссоциативных состояний, деперсонализации / дереализации в одиночестве и/или дистрессе («как будто это не со мной») [47, 48] нарушения идентичности и самоощущение проявлены с взрослением (45-68 лет) [49]. Нарушения восприятия себя и других занимает центральное место в РЛ [50].

Откуда-нибудь издали я увижу человека, который покажется мне безупречным, но, как только он подойдет поближе, я начну открывать в нём один недостаток за другим, и в конце концов решу, что он вообще никуда не годится [38].

Если эмоциональная нестабильность и импульсивность – примета юности (и не только ПРЛ), нарушения идентичности и самоощущения заметнее с зрелостью [49, 51, 52]. Затруднения планирования в позитивном ключе (связь с безнадёжностью и импульсивностью), сосредоточенность на настоящем, межличностные конфликты и потери как центральные черты ПРЛ (и, например, диссоциального) влекут СП [53]. Возможна связь алекситимии и эмоциональной дисрегуляции [54]. Не осознающие свои чувства при сниженной способности думать и говорить о них труднее контролируют эмоциональную возбудимость. При конфликтных отношениях напряжение или дистресс увеличивают риск СП [55, 56].

Поведенческая сфера.

... если пациент плохо контролирует своё эмоциональное состояние (чего следует ожидать от индивидов с неадекватной эмоциональной регуляцией), то он едва ли сможет применить свои поведенческие возможности на практике [13].

Импульсивность [10, 29], скорое действие без раздумий о последствиях, более свойственна молодым (18-25 лет) [45, 49, 51] в возможной связи со сниженной активностью префронтальной коры и недоразвитием подкорковых стимулирующих схем [57]. При половом созревании происходят эмоциональные и социальные изменения [58] и созревают когнитивные стратегии контроля [59]. Импульсивность связана с СП [60, 61] при частых [62, 63] и незапланированных [64] попытках. Самоубийство –

Cognitive area. Identity disturbances in the form of chronic complex dissociative states, depersonalization / derealization in loneliness and/or distress (“as if this is not with me”) [47, 48] disturbances in identity and sense of self manifest with adulthood (45–68) [49]. Impaired perceptions of oneself and others are central to PD [50].

From somewhere far away I will see a person who seems impeccable to me, but as soon as he comes closer, I will begin to discover in him one flaw after another, and in the end I will decide that he is no good at all [38].

If emotional instability and impulsivity are a sign of adolescence (and not only BPD), disturbances in identity and sense of self are more noticeable with maturity [49, 51, 52]. Difficulties in planning in a positive way (connection with hopelessness and impulsivity), focus on the present, interpersonal conflicts and losses as central features of BPD (and, for example, dissociative) lead to SB [53]. There may be a connection between alexithymia and emotional dysregulation [54]. Those who are not aware of their feelings and have a reduced ability to think and talk about them find it more difficult to control emotional excitability. In conflictual relationships, tension or distress increases the risk of SB [55, 56].

Behavioral area.

... if the patient has poor control over their emotional state (which is to be expected from individuals with inadequate emotional regulation), then they are unlikely to be able to apply their behavioral capabilities in practice [13].

Impulsivity [10, 29], rapid action without thinking about the consequences, is more typical of young people (18-25 years old) [45, 49, 51] in a possible connection with reduced activity of the prefrontal cortex and underdevelopment of subcortical stimulating circuits [57]. During puberty, emotional and social changes occur [58] and cognitive control strategies mature [59]. Impulsivity is associated with SB [60, 61] with frequent [62, 63] and unplanned [64] attempts. Suicide is a variation of premeditated murder. ... For suicide to succeed, thoughtful preparation and a cool mind are needed, but neither of these should, as a rule, be expected from a person in a suicidal state [6]. Impulsivity and affective instabil-

вариация предумышленного убийства. ... Чтобы самоубийство удалось, нужна вдумчивая подготовка и холодный ум, но ни того, ни другого не стоит, как правило, ожидать от человека в суицидальном состоянии [6]. Импульсивность и аффективная нестабильность [13] – неотъемлемые части понимания риска СП [65].

Самоповреждения и ПРЛ, концепции с разной распространённостью (см. Часть 1), связаны по-разному: как маркер раннего выявления ЭРЛ и как его отличительный знак (а не субъективный симптом).

Психические расстройства, включая ПРЛ, связаны с нСП и СП [66, 67, 68, 69]. Так, лица с РЛ и / или иными психическими расстройствами вероятнее совершат попытки самоубийства, причем 40% неоднократно [70]. нСП, драматическое поведение, легче обнаруживаемое, чем подлежащие симптомы, прогнозирует психическое расстройство [71] как ПРЛ [72]. нСП определено как как прямое и умышленное повреждение тканей тела без суицидального намерения [73]. Поведение противоречит принципам минимизации боли и максимизации удовольствия, руководящими большинством людей.

Бритва врезается в тело, реки глубоки, кислота разъедает кожу, наркотики вызывают судорогу, оружие незаконно, верёвка рвется, запах газа невыносим, поэтому стоит жить... Прерванная жизнь (к/ф Германия, США, 1999)

нСП и попытки самоубийства отличны мотивационными факторами.

Внутриличностная функция нСП в неадекватной стратегии регуляции эмоций (выход из негативного или создание позитивного состояний) или (межличностная функция) в сообщении о бедствии, манипуляция окружающими (см. Часть 1) [74, 75]. Облегчение психического состояния (неадекватная аутотерапия) не соответствует рабочему критерию усиления дистресса синдрома несуйцидальных самоповреждений в DSM-5 [76]. нСП служит фактором риска СП [77] особо подростков и молодых [78, 79, 80, 81].

ПРЛ – один из основных предикторов суицидальных попыток [82, 83]. Попытка самоубийства есть потенциально вредоносное для себя поведение, исход которого не смертелен при намерении умереть [84].

Для ПРЛ типичны многочисленные с низкой смертностью, вызванных «незначительными инцидентами» в связи (чаще) с аффективной неустой-

ity [13] are integral parts of understanding the risk of SB [65].

Self-harm and BPD, concepts with varying prevalence (see Part 1), are associated in various ways: as a marker of early detection of EPD and as its hallmark (rather than a subjective symptom).

Psychiatric disorders, including BPD, are associated with nSB and SB [66, 67, 68, 69]. Thus, persons with PD and/or other mental disorders are more likely to attempt suicide, with 40% more than once [70]. nSB, dramatic behavior more easily detected than underlying symptoms, predicts mental disorder [71] like BPD [72]. nSB is defined as direct and intentional damage to body tissue without suicidal intent [73]. The behavior is contrary to the principles of minimizing pain and maximizing pleasure that guide most people.

nSB and suicide attempts have different motivational factors.

The intrapersonal function of nSB in inadequate emotion regulation strategies (exiting negative or creating positive states) or (interpersonal function) in communicating distress, manipulating others (see Part 1) [74, 75]. Relief of mental state (inadequate autotherapy) does not meet the working criterion for increasing distress of non-suicidal self-injury syndrome in DSM - 5 [76]. nSB serves as a risk factor for SB [77], especially in adolescents and young adults [78, 79, 80, 81].

BPD is one of the main predictors of suicide attempts [82, 83]. A suicide attempt is a potentially self-harming behavior, the outcome of which is not fatal if the intention is to die [84].

BPD is characterized by multiple low-mortality episodes caused by “minor incidents” due to (more often than not) affective lability, impulsivity, and/or comorbid depression.

In fact, I only wanted to kill a part of myself – the part that wanted to commit suicide, forcing me to think about it all the time, turning any window, any train, any kitchen utensil into props for a rehearsal of a tragedy. But I realized this after I ate fifty aspirin pills [6].

At least 60-70% of patients with BPD have committed it at some point in their lives (*in the field of view of psychiatrists, these are the most severe patients. E.B.*) [14].

чивостью, импульсивностью и / или сопутствующей депрессией.

На самом деле я хотела убить только часть себя – ту часть, которая хотела покончить с собой, заставляя меня всё время размышлять об этом, превращая любое окно, любой поезд, любой предмет кухонной утвари в реквизиты на репетиции трагедии. Но поняла я это уже после того, как съела пятьдесят таблеток аспирина [6].

Не менее 60-70% больных ПРЛ совершали их в какой-то момент жизни (*в поле зрения психиатров – наиболее тяжёлые пациенты. Е.Б.*) [14].

Человек с так называемой психотической депрессией, который пытается покончить с собой, ... убивает себя по той же причине, почему спрыгивают из окна горящей высотки. ... Нужно самому оказаться в ловушке и почувствовать пламя, чтобы по-настоящему осознать страх куда больший, чем перед падением. *Дэвид Фостер Уоллес «Бесконечная шутка»*

Одним из уникальных аспектов ПРЛ являются ежедневные многолетние мысли [85], вызывающие у больных ощущение безысходности даже при успехе лечения. Хроническое СП [86] отчасти объяснимо феноменом фиксации в памяти незаконченных действий (Зегарник Б.В.).

Переменчивость мотивации приводит к прерыванию суицидального действия, причём больной (как любой в постсуициде) выступает ненадёжным свидетелем намерения умереть.

Меня смешная прихоть обуяла: / Сегодня не повешусь – подожду. *Г.Честертон*

У подростков и молодых ПРЛ – *сильнейший* предиктор повтора СП, затем следуют чувство безнадежности, история множественных эпизодов нСП и аффективное расстройство [82]. Сходны результаты у взрослых: военнослужащих и гражданских с историей попыток самоубийств [87].

Клиницисты и близкие заблуждаются, полагая, что повторное СП свидетельствует о «несерьёзном» намерении умереть.

Мои мотивы были очень сомнительными: во-первых, я не хотела писать реферат по истории США, а во-вторых, за несколько месяцев до того я задалась вопросом: «А почему бы мне не покончить с собой?» Если бы я умерла, то необходимость в реферате отпала бы. Да и на мой вопрос ответа можно было бы больше не искать. *Сюзанна Кейсен «Прерванная жизнь»*

Попытки самоубийства в анамнезе служат сильнейшим фактором риска самоубийства.

Сопутствующие психические расстройства тесно связаны с ПРЛ [88, 89, 90, 91]. ПРЛ представляет неоднородное состояние, симптомы которого совпадают с аффективными, психотическими расстрой-

A person with so-called psychotic depression who tries to commit suicide...kills himself for the same reason why one jumps from the window of a burning high-rise building... You need to trap yourself and feel the flames to truly understand the fear that is much greater than before falling. *David Foster Wallace "Infinite Jest"*

One of the unique aspects of BPD is the daily, multi-year thoughts [85], which cause patients to feel hopeless even when treatment is successful. Chronic SB [86] can partly be explained by the phenomenon of fixation in memory of unfinished actions (Zegarnik B.V.).

The variability of motivation leads to the interruption of the suicidal action, and the patient (like anyone in post-suicide) acts as an unreliable witness of the intention to die.

A funny whim took over me: / I won't hang myself today – I'll wait. *G. Chesterton*

In adolescents and young adults, BPD is *the strongest* predictor of recurrent SB, followed by feelings of hopelessness, a history of multiple episodes of SB, and affective disorder [82]. The results are similar in adults: military personnel and civilians with a history of suicide attempts [87].

Clinicians and loved ones are mistaken in believing that repeated SB indicates a “frivolous” intention to die.

My motives were very questionable: firstly, I did not want to write an essay on US history, and secondly, a few months before, I asked myself the question: “Why don't I commit suicide?” If I died, there would be no need for an abstract. And there would be no need to look for an answer to my question anymore. *Suzanne Kayser "The Interrupted Life"*

A history of suicide attempts is the strongest risk factor for suicide.

Comorbid psychiatric disorders are strongly associated with BPD [88, 89, 90, 91]. BPD is a heterogeneous condition, the symptoms of which coincide with affective, psychotic disorders (sometimes difficult to distinguish). The risk is aggravated by comorbid disorders with similar symptoms in psychiatric samples [11, 69], especially with comorbid mood disorders (depressive disorder, bipolar disorder, schizoaffective disorder) [92].

Depressive disorder (DD). About 65% of adults with BPD suffer from DD during their lifetime [93, 94]. In adults, while BPD

ствами (порой сложно различить). Усугубляют риск сопутствующие расстройства со сходными симптомами в психиатрических выборках [11, 69], особо с сопутствующими расстройствами настроения (ДР, БАР, шизоаффективное расстройство) [92].

ДР. Около 65% взрослых больных ПРЛ страдают ДР в течение жизни [93, 94]. У взрослых при частом совпадении ПРЛ и ДР [91] они представляют различные клинические фенотипы. В 10-летнем исследовании обращающихся за лечением пациентов с ДР подлежащее ПРЛ (как РЛ кластера В) – надёжный фактор прогноза попытки суицида [95] даже с поправкой на демографические (пол, образование и занятость) и клинические (сексуальное насилие в детстве, расстройства, связанные с употреблением ПАВ и ПТСР) переменные [83, 96]. ДР повышают риск попытки самоубийства в течение жизни через нарушение регуляции эмоций [26].

ДР и ПРЛ оказывают взаимное долгосрочное отрицательное влияние на стойкость ремиссии [93, 97]. В итоге увеличен риск суицидальных попыток вдвое из-за того, что пациенты больше времени депрессивны [98, 99]. При сочетании ПРЛ и ДР чаще суицидальные попытки (первая – в более раннем возрасте), агрессия, враждебность, импульсивность, более межличностных триггеров в течение жизни, чем у пытавшихся покончить с собой только с ДР [100, 101]. Депрессия воспринимается больными более мучительной, связанной с межличностными неурядицами, более стойкой, пока не пойдет на спад ПРЛ [102].

ДР – ведущая причина самоубийств с вкладом более 60% в массив суицидов определяет в 40 раз больший риск самоубийства, чем в населении [103]. Если 16% больных ДР и 60% – ПРЛ совершают суицидальные попытки в течение жизни, при сочетании ДР и ЭрЛ риск превышает 90% [104].

Икона стилия М.М. воспитана в приютах, бабушка и мать (отца не знала) умерли в психбольнице. Опыт сексуальных домогательств в детстве. Девочкой пыталась отравиться газом, снотворными. Выявляла истерические и нарциссические черты. Страдала депрессией и зависимостью от ПАВ с 18 лет. Злоупотребляла пластическими операциями, спиртным и снотворными, с утра – стимуляторами. Три брака неудачны (второй муж избивал: «ведёт себя как маленький ребёнок, ненавижу»). В последние годы карьера под уклон. Неоднократные попытки суицида (передозировки снотворных). В дневниках «хуже всех», неизбывная душевная пустота. Суицид (передозировка?) после визита к ежедневному «голливудскому» психотерапевту.

and DD often overlap [91], they present different clinical phenotypes. In a 10-year study of treatment-seeking patients with DD, underlying BPD (as Cluster B PD) was a strong predictor of suicide attempt [95], even after adjusting for demographic (gender, education, and employment) and clinical (childhood sexual abuse, disorders, substance use-related and PTSD) variables [83, 96]. DD increases lifetime risk of suicide attempt through emotion dysregulation [26].

DD and BPD have mutual long-term negative effects on the persistence of remission [93, 97]. As a result, the risk of suicide attempts is doubled due to the fact that patients spend more time depressed [98, 99]. When BPD and DD are combined, there are more frequent suicide attempts (the first at an earlier age), aggression, hostility, impulsivity, and more interpersonal triggers throughout life than in those who attempted suicide only with DD [100, 101]. Depression is perceived by patients as more painful, associated with interpersonal troubles, and more persistent until the BPD subsides [102].

DD is the leading cause of suicide with a contribution of more than 60% to the array of suicides and determines a 40 times greater risk of suicide than in the population [103]. If 16% of patients with DD and 60% with BPD make suicide attempts during their lifetime, when DD and EPD are combined, the risk exceeds 90% [104].

Style icon M.M. was raised in orphanages, her grandmother and mother died in mental hospitals, she did not know her father. There was experience of sexual abuse in childhood. The girl tried to poison herself with gas and sleeping pills. Later hysterical and narcissistic traits got revealed. She suffered from depression and substance abuse since she was 18. She abused plastic surgery, alcohol and sleeping pills, and took stimulants in the morning. Three marriages were unsuccessful (the second husband beat her: “she behaves like a small child, I hate her”). In recent years, her career has gone downhill. She made repeated suicide attempts (overdose of sleeping pills). In the diaries, “the worst of all” is an inescapable spiritual emptiness. She committed suicide (overdose?) after visiting her daily “Hollywood” psychotherapist.

Принцесса «Была прекрасная, / Погода Была ужасная». Ди, дочь неуравновешенной матери в разводе, страдала депрессией, хроническими одиночеством и пустотой в несчастливом браке, облегчаемые промискуитетом, булимией, нСП и СП.

БАР. Феноменологическое сходство ПРЛ и БАР создаёт проблему различения и выявления их одновременного возникновения, что важно в аспектах лечения, прогноза и риска СП. При сочетании БАР и ПРЛ (предполагает позднейшее развитие БАР) тяжелее течение, повышен уровень попыток самоубийства, причём влияние ПРЛ выше, чем БАР [105].

Зависимость от ПАВ в течение жизни почти у 80% больных ПРЛ [106]. ПРЛ ± зависимость от ПАВ предсказывают рецидив СП в течение трёх месяцев при контроле иных психических расстройств. Употребление ПАВ само по себе служит фактором риска самоубийства (через передозировку тоже), может привести к большей импульсивности [107, 108]. Сочетанные с ПРЛ ДР и/или зависимость от ПАВ увеличивают количество и тяжесть суицидальных попыток, риск суицида [88, 109].

Расстройства пищевого поведения у 17% женщин и 3% мужчин с РЛ [110]. Булимия связана с импульсивностью и эмоциональной нестабильностью. Для пограничной личности, мир которой так явно разделён на чёрное и белое, перемены кажутся ещё более угрожающими. Она может цепляться за какую-то крайность из страха потерять контроль и упасть в бездну другой крайности. Например, пограничный анорексик голодает из страха, что еда – даже маленькая кроха – приведёт к полной утрате контроля и неизбежному ожирению.

РЛ. Основные симптомы РЛ кластера В как реактивность, импульсивность, драматическое и неустойчивое поведение связаны с СП и нСП [111].

Гендерные различия. У женщин выражена общая симптоматика [112]; «интернализующая» клиническая картина истерического РЛ, ПТСР, тревожных, аффективных расстройств и расстройств пищевого поведения. Мужчины показывают «экстернализующую» картину с более высокими показателями зависимости от ПАВ, диссоциального, нарциссического и шизотипического РЛ.

Сочетание факторов риска (потенцируемые и переплетающиеся симптомы ряда психических расстройств) независимо прогнозируют нСП и СП в неклинических и клинических (амбулаторных, стационарных) группах разных возрастов. Среди первых

Princess “was beautiful, / The weather was terrible.” Di, the daughter of an unstable divorced mother, suffered from depression, chronic loneliness and emptiness in an unhappy marriage, alleviated by promiscuity, bulimia, nSB and SB.

BAR. The phenomenological similarity of BPD and bipolar disorder creates the problem of distinguishing and identifying their simultaneous occurrence, which is important in aspects of treatment, prognosis and risk of SB. When bipolar disorder and bipolar disorder are combined (suggesting later development of bipolar disorder), the course is more severe, the level of suicide attempts is increased, and the influence of bipolar disorder is higher than bipolar disorder [105].

Substance abuse. Almost 80% of BPD patients develop psychoactive substances abuse disorder during their lifetime [106]. BPD ± substance abuse predicts relapse of SB within three months when controlling for other mental disorders. The use of psychoactive substances in itself is a risk factor for suicide (via overdose too) and can lead to greater impulsivity [107, 108]. DD and/or addiction to psychoactive substances combined with BPD increases the number and severity of suicide attempts and the risk of suicide [88, 109].

Eating disorders can be found in 17% of women and 3% of men with PD [110]. Bulimia is associated with impulsivity and emotional instability. For the borderline personality, whose world is so clearly divided into black and white, change seems even more threatening. They may cling to one extreme for fear of losing control and falling into the abyss of the other extreme. For example, a borderline anorexic patient starves out of fear that eating even the smallest amount will lead to a complete loss of control and inevitable obesity.

PD. The main symptoms of cluster B PD such as reactivity, impulsivity, dramatic and unstable behavior are associated with SB and nSB [111].

Gender differences. Women have severe general symptoms [112]; “internalizing” clinical picture of hysterical PD, PTSD, anxiety, affective disorders and eating disorders. Men show an “externalizing” pattern with higher rates of substance abuse, dissocial, narcissistic and schizotypal PD.

история нСП и СП, аффективная нестабильность, импульсивность, хроническая пустота и нарушения идентичности [29, 77]. Так, аффективная неустойчивость, нСП и диссоциация, сексуальные посягательства, самоубийство опекуна, проспективно связаны с суицидальными попытками в течение 16 лет [69]. Анализ критериев ПРЛ (с поправкой на социально-демографические и связанные с ними клинические переменные) показал, что специфические критерии нарушения идентичности, хронического чувства пустоты и отчаянных попыток избежать заброшенности связаны с попытками Yen. Нарушения Я и межличностного функционирования составляют ядро психопатологии личности и оцениваются по континууму. ДимENSIONАЛЬНЫЕ модели ПРЛ не касаются возрастного аспекта [56], не позволяя учитывать изменчивость и гетерогенность развития.

нСП и СП – не синоним ЭрЛ. Каждый второй внебольничный пациент – без нСП и СП, но не отличается от суицидентов в аспектах истории детских травм, коморбидных психических расстройств, тяжести депрессии и тревоги, снижения социально-трудового функционирования [113]. Больничные пациенты с ПРЛ + ДР чаще совершают попытки самоубийства, чем «только» депрессивные [100]. Лечение в скоромощном отделении вслед суицидальной попытке прогнозирует повышение риска самоубийства более, чем вдвое [114]. У взрослых больничных пациентов риск рецидива СП в девятеро выше, чем у стационарных суицидентов без ПРЛ [115]. Социальные факторы в DSM-5 РЛ рассмотрены как нарушения функционирования, связанные с определёнными патологическими чертами [116].

Мой голод, моя жажда, мое одиночество, моя скука, мой страх были орудиями, направленными на моего главного врага – окружающий мир. *Сюзанна Кейсен «Превращенная жизнь»*

ПРЛ характеризуется частыми (моментальными) и интенсивными изменениями аффекта, идентичности, поведения и межличностных связей, негативно влияющих на общее функционирование и благополучие [117]. Нарушения идентичности, хроническая пустота и попытки избежать отвержения представлены в аспекте функционирования личности Альтернативной модели расстройств личности DSM-5 в разделе III и МКБ-11.

Мета-анализ длительных исследований ПРЛ взрослых особо внимателен к прогнозу ремиссии, СП, депрессивным симптомам и результирующему нарушению психосоциального функционирования.

A combination of risk factors (potentiated and intertwined symptoms of a number of mental disorders) independently predict nSB and SB in non-clinical and clinical (outpatient, inpatient) groups of different ages. Among the first are a history of nSB and SB, affective instability, impulsivity, chronic emptiness and identity disturbances [29, 77]. Thus, affective lability, nSB and dissociation, sexual assault, and caregiver suicide were prospectively associated with suicide attempts within 16 years [69]. Analysis of BPD criteria (adjusted for sociodemographic and related clinical variables) revealed that specific criteria of identity disturbance, chronic feelings of emptiness, and desperate attempts to avoid abandonment were associated with Yen attempts. Impairments of self and interpersonal functioning constitute the core of personality psychopathology and are assessed along a continuum. Dimensional models of BPD do not address the age aspect [56], failing to take into account variability and heterogeneity of development.

nSB and SB are not synonymous with EPD. Every second out-of-hospital patient doesn't have nSB and SB, but they do not differ from suicide victims in terms of history of childhood trauma, comorbid mental disorders, severity of depression and anxiety, and decreased social and labor functioning [113]. Hospitalized patients with BPD + DD are more likely to attempt suicide than patients suffering only from depression [100]. Treatment in an emergency department following a suicide attempt predicts a more than doubling of the risk of suicide [114]. Adult hospital patients have a nine-fold higher risk of relapse of SB than inpatient suicidal inpatients without BPD [115]. Social factors in DSM-5 PD are considered as dysfunctions associated with certain pathological traits [116].

BPD is characterized by frequent (instantaneous) and intense changes in affect, identity, behavior and interpersonal relationships that negatively affect overall functioning and well-being [117]. Identity disturbances, chronic emptiness, and attempts to avoid rejection are presented in the personality functioning perspective of the Alternative Model of Personality Disorders DSM-5 in section III and ICD-11.

Metaanalyses of longitudinal studies of

Так, 10-летнее исследование подчеркивает важность социального, профессионального и психосоциального функционирования в прогнозе СП при ПРЛ [63] и, отсюда, актуальность ранних вмешательств для больного и общества.

... скачет туда-сюда от зависимости до яростной манипуляции, от приливов благодарности до приступов иррационального гнева. Он боится одиночества, и потому цепляется за людей; он боится быть поглощённым и поэтому отталкивает их от себя. Он жаждет близости, но в то же время боится её. Заканчивается всё тем, что он отпугивает тех, с кем больше всего хочет сблизиться.

Конфликтные взаимоотношения, нарушения привязанности обострены неконтролируемыми эмоциями (порочный круг) [118].

...чувства индивидов отличаются чрезвычайной силой, их ощущение мира драматично. Недостаток этой особенности в том, что расставание, например, может вызвать глубокую, болезненную тоску; то, что для другого человека было бы легким недоразумением, будет воспринято индивидами данной категории как крайнее унижение; раздражение может перейти в гнев; из малейшего чувства вины может развиться сильнейший стыд; опасение может вырасти в панику или непреодолимый ужас. Что касается положительной стороны, то такие индивиды могут быть идеалистами, легко влюбляются. Им легче радоваться, они восприимчивы к духовному опыту [13].

нСП и СП связаны с межличностными отношениями (микросоциальный конфликт, по А. Амбрумовой) [119].

Ведь я не для жизни. У меня всё – пожар! Я могу вести десять отношений (хороши „отношения“!), сразу и каждого, из глубочайшей глубины, уверять, что он – единственный. А малейшего поворота головы от себя – не терплю. Мне больно, понимаете? Я ободранный человек, а Вы все в броне. У всех вас: искусство, общественность, дружбы, развлечения, семья, долг, у меня, на глубину, ни-че-го. Всё спадает, как кожа, а под кожей – живое мясо или огонь: я – Психея. Я ни в одну форму не умещаюсь – даже в наипросторнейшую своих стихов! Не могу жить. Всё не как у людей... Что мне делать – с этим?! – в жизни». *М. Цветаева (30 лет) А. Бахраху*

Средовые триггеры нСП и СП при ПРЛ определены большей частью межличностными стрессорами.

... готовила ему ужин, а потом резала себе ноги, чтобы они никогда не ушли от Саввы. Я запрещала останавливать мне кровь и со всей силой била его по лицу. Он меня не слушал, терпел побои и пытался меня остановить. Тогда я начинала наносить удары кулаками по собственному лицу и биться головой об стену ... делала новые разрезы на себе, не могла ими удовлетвориться

adult BPD are particularly attentive to the prediction of remission, SB, depressive symptoms, and resulting impairment in psychosocial functioning. Thus, a 10-year study highlights the importance of social, occupational and psychosocial functioning in the prognosis of SB in BPD [63] and, hence, the relevance of early interventions for the patient and society.

...He jumps back and forth from dependence to violent manipulation, from bursts of gratitude to bouts of irrational anger. He is afraid of loneliness, and therefore clings to people; he is afraid of being absorbed and therefore pushes them away from him. He craves intimacy, but at the same time is afraid of it. It all ends with him scaring away those with whom he most wants to get close.

Conflict relationships and attachment disorders are aggravated by uncontrolled emotions (vicious circle) [118].

...the feelings of individuals are extremely strong, their sense of the world is dramatic. The disadvantage of this feature is that separation, for example, can cause deep, painful melancholy; what would be a slight misunderstanding for another person will be perceived by individuals of this category as extreme humiliation; irritation can turn into anger; the slightest feeling of guilt can develop into extreme shame; apprehension can grow into panic or overwhelming terror. On the positive side, such individuals can be idealists and fall in love easily. It is easier for them to rejoice, they are receptive to spiritual experience [13].

nSB and SB are associated with interpersonal relationships (microsocial conflict, according to A. Ambrumova) [119].

Environmental triggers of nSB and SB in BPD are determined mostly by interpersonal stressors.

...I cooked him dinner, and then cut my legs so that they would never leave Savva. I forbade him to stop the bleeding and hit him in the face with all my might. He didn't listen to me, took the beatings and tried to stop me. Then I started punching my own face and banging my head against the wall... I made new cuts on myself, could not be satisfied with them and stretched the edges of the wound... the next morning we went to the emergency room [120].

Stressful life events are particularly significant due to the undeveloped coping

и растягивала края раны ... наутро ехали в травмпункт [120].

Стрессогенные жизненные события особо значимы в связи с неразвитыми стратегиями преодоления лиц с РЛ. Межличностные конфликты (как следствие, неустойчивое трудоустройство, материальный упадок, усугубляемый рискованным поведением) представляют центральный элемент пограничного функционирования. Травматическая привязанность в первые годы жизни тесно связана с генезисом психических расстройств (диссоциативных расстройств) или других диагностических категорий, что усложняет клиническую картину и ухудшает прогноз [121].

Искажённое чувство себя и связи с другими

Я, я, я! Что за дикое слово! / Неужели вон тот – это я? В. Ходасевич

затрудняет самоуправление, развитие значимых и длительных межличностных отношений, достижение целей жизни при смутных границах «Я», понимании предназначения. В противном случае эти аспекты жизни смягчили бы СП, согласно моделям, выявляющим сорванную принадлежность [41] и отсутствие социальных связей [122] как ключевые компоненты риска СП.

До больницы я засовывала свою голову в удавку и мечтала, чтобы часть меня умерла. Я не понимала, как нам дышать врозь. Я хотела жить. Я мечтала умереть. Я точила нож и была уверена, что в самоубийственном акте все болезненные элементы меня будут уничтожены навсегда, а я смогу существовать независимо от порезанного тела, которое в совершенстве умело впитывать боль [120].

Конфликт с близкими (значимыми лицами) – важный предиктор нСП и СП при ПРЛ ± ДР. Почти 40% подростков (вне связи с диагнозом) сообщили, что трудности с друзьями стали главным провоцирующим моментом суицидальной попытки [111]. Качество межличностных отношений служит ключевым фактором психопатологии (нСП и СП) подростков с ПРЛ, связанной с ненадежными и / или дезорганизованными паттернами привязанности [123, 124, 125]. Межличностная функция нСП и СП в сохранении связи с значимым лицом в отчаянном страхе одиночества (покинутости) [83, 126]

Прогноз СП больных ПРЛ затруднён из-за частоты сопутствующих расстройств и неблагоприятных жизненных событий, особенно связанных с межличностным дистрессом и потерей, нарушениями закона [101, 127]. Риск СП при ПРЛ носит хронический (от месяцев до лет) характер [4], отличный от такового в остром ДР.

strategies of individuals with PD. Interpersonal conflicts (resulting in precarious employment, material decline, aggravated by risky behavior) represent a central element of borderline functioning. Traumatic attachment in the first years of life is closely related to the genesis of mental disorders (dissociative disorders) or other diagnostic categories, which complicates the clinical picture and worsens the prognosis [121].

Distorted sense of self and connection with others it complicates self-management, the development of meaningful and long-term interpersonal relationships, the achievement of life goals with vague boundaries of the “I”, and an understanding of purpose. Otherwise, these aspects of life would moderate SB, according to models identifying thwarted belonging [41] and lack of social connections [122] as key components of SB risk.

Before the hospital, I put my head in a noose and dreamed that part of me would die. I didn't understand how we could breathe apart. I wanted to live. I dreamed of dying. I sharpened the knife and was confident that in the act of suicide, all the painful elements of me would be destroyed forever, and I would be able to exist independently of the cut body, which was perfectly able to absorb pain [120].

Conflict with loved ones (significant others) is an important predictor of nSB and SB in BPD ± DD. Almost 40% of adolescents (unrelated to diagnosis) reported that difficulties with friends were the main trigger for a suicide attempt [111]. The quality of interpersonal relationships serves as a key factor in the psychopathology (nSB and SB) of adolescents with BPD, associated with insecure and/or disorganized attachment patterns [123, 124, 125]. The interpersonal function of nSB and SB in maintaining a connection with a significant person in the desperate fear of loneliness (abandonment) [83, 126]

The prognosis of SB in patients with BPD is difficult due to the frequency of comorbid disorders and adverse life events, especially those associated with interpersonal distress and loss, and violations of the law [101, 127]. The risk of SB in BPD is chronic (from months to years) in nature [4], different from that in acute DD.

Таблица / Table 2

Факторы риска нСП и СП
Risk factors for nSB and SB

Факторы риска Risk factors	Характеристики Charateristics
Факторы риска нСП Risk factors for nSB	Женский пол, подростковый возраст, аффективная неустойчивость, импульсивность. Острый психосоциальный дистресс. Female gender, adolescence, affective instability, impulsivity. Acute psychosocial distress.
Факторы риска суицида Risk factors for suicide	Мужской пол, молодой возраст. импульсивность, сочетание с психическими расстройствами (ДР, злоупотребление ПАВ). нСП. Психосоциальный дистресс. Уклонение от (амбулаторного) лечения. Госпитализации в многопрофильные больницы в связи с медицинскими последствиями самоповреждений. Доступ к средству суицида. Male gender, young age. impulsivity, combination with mental disorders (DD, substance abuse). nSB. Psychosocial distress. Avoidance of (outpatient) treatment. Admissions to multidisciplinary hospitals due to medical consequences of self-harm. Access to means of suicide.
Факторы риска суицидальной попытки Risk factors for suicide attempt	Женский пол, подростковый / юный возраст. История нСП и СП (особенно). Female gender, adolescence/young age. History of nSB and SB (especially).
Особые факторы риска больных ПРЛ Specific risk factors for patients with BPD	Возраст >30 лет. Эмоциональная нестабильность. Неуспех амбулаторного лечения. Age >30. Emotional instability. Failure of outpatient treatment.

Заключение

ПРЛ – клинически неоднородное ресурсоёмкое вследствие значительных болезненности и смертности РЛ. Уточнены взаимосвязи симптоматики и факторы риска нСП и СП. Неблагоприятные исходы в формах нСП и СП определены сочетанием и кумуляцией биопсихосоциальных факторов риска. Симптомы ПРЛ предсказывают нСП и СП в краткосрочной и долговременной перспективах и их рецидивы. Основные симптомы ПРЛ способствуют сохранению самоповреждений, указывая значимость последовательных лечебно-профилактических мероприятий как защитного фактора. Взаимосвязь между стрессогенными жизненными событиями, симптомами и самоповреждениями недостаточно изучена. Каждый дополнительный признак увеличивает риск нСП и СП. Возможно, определённый набор симптомов (особо эмоциональная неустойчивость и импульсивность с результирующими нестабильными отношениями) типичен для возрастного периода, а связь определена и другими переменными, как ДР или межличностными конфликтами. При «коморбидности» риск определён неспецифическими факторами.

Важно уточнить изменчивые клинико-социальные проблемы пациентов при оценке риска СП

Conclusion

BPD is clinically heterogeneous resource-intensive due to significant morbidity and mortality of PD. The relationships between symptoms and risk factors for nSB and SB were clarified. Adverse outcomes in the forms of nSB and SB are determined by the combination and accumulation of biopsychosocial risk factors. BPD symptoms predict nSB and SB in the short and long term and their relapses. Core symptoms of BPD contribute to the persistence of self-harm, indicating the importance of consistent treatment and prevention interventions as a protective factor. The relationship between stressful life events, symptoms and self-harm is not well understood. Each additional symptom increases the risk of nSB and SB. Perhaps a certain set of symptoms (especially emotional instability and impulsivity with resulting unstable relationships) is typical for the age period, and the connection is determined by other variables, such as DD or interpersonal conflicts. With “comorbidity” the risk is determined by nonspecific factors.

It is important to clarify the variable clinical and social problems of patients when assessing the risk of SB, coupled with the

вкупе с выявлением и стимуляцией антисуицидальных факторов. В третьей части обзора будет сообщено о процессе диагностики нСП и СП и научно-доказательном подходе к ведению таких пациентов, исходя из их изменчивых клинико-социальных потребностей.

Литература / References:

1. Bach B., Kramer U., Doering S., et al. The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personal Disord. Emot. Dysregul.* 2022; 9 (1): 12. DOI: 10.1186/s40479-022-00182-0
2. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири.* 2018; 14 (3): 76-77. [Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri.* 2018; 14 (3): 76-77.] (In Russ)
3. McGirr A., Paris J., Lesage A., et al. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J. Clin. Psychiatry.* 2007; 68: 721-729. DOI: 10.4088/JCP.v68n0509
4. Paris J. *The Treatment of Borderline Personality Disorder.* 2nd ed. Guilford; NY, USA: 2019.
5. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиянтология.* 2018; 2 (1): 30-35. [Umansky M.S., Zotova E.P. Suicide attempts: the ratio of men and women. *Deviant Behavior (Russia).* 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
6. Кейсен С. Прерванная жизнь. Like book, 2019. [Casen S. *An interrupted life.* Likebook, 2019.] (In Russ)
7. 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
8. Сапожников С.П., Козлов В.А., Карышев П.Б., Голенков А.В. Возрастная динамика суицидов. *Академический журнал Западной Сибири.* 2021; 17 (1): 3-5. [Sapozhnikov S.P., Kozlov V.A., Karyshev P.B., Golenkov A.V. Age dynamics of suicides. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri.* 2021; 17 (1): 3-5.] (In Russ)
9. Stone M.H. *The Fate of Borderline Patients.* NY: Guilford Press, 1990.
10. Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry.* 2001; 42 (6): 482-487. DOI: 10.1053/comp.2001.26271
11. Stanley B., Kandlu R., Jones J. Risk for suicidal behaviour in personality disorders. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention.* Second ed. Danuta Wasserman, ed. Oxford University Press, 2021: 311-320.
12. Klonsky E.D., Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2008; 192: 166-170.
13. Linehan M.M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* NY: Guilford Press; 1993.
14. Oldham J.M. Borderline personality disorder and suicidality. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163: 20-26.
15. Andion O., Ferrer M., Gancedo B., et al. Confirmatory factor analysis of borderline personality disorder symptoms based on two different interviews: the structured clinical interview for DSM-IV Axis II disorder and the revised diagnostic interview for borderlines. *Psychiatry Res.* 2011; 190: 304-308.
16. Clifton A., Pilkonis P.A. Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Compr. Psychiatry.* 2007; 48: 70-78.
17. Dixon-Gordon K.L., Peters J.R., Fertuck E.A., Yen S. Emotional processes in borderline personality disorder: an update for clinical practice. *J. Psychother. Integr.* 2017; 27 (4): 425-438. DOI: 10.1037/int0000044
18. Sadikaj G., Russell J.J., Moskowitz D.S., Paris J. Affect dysregulation in individuals with borderline personality disorder: persistence and interpersonal triggers. *J. Pers. Assess.* 2010; 92 (6): 490-500. DOI: 10.1080/00223891.2010.513287.928128817
19. Gunderson J.G., Herpertz S.C., Skodol A.E., et al. Borderline personality disorder. *Nat Rev Div Primers.* 2018; 4: 18029. DOI: 10.1038/nrdp.2018.29.nrdp201829
20. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2004; 26 (1):41-54.
21. Koenigsberg H.W., Harvey P.D., Mitropoulou V., et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry.* 2002; 159: 784-788.
22. Carpenter R.W., Wood P.K., Trull T.J. Comorbidity of borderline personality disorder and lifetime substance use disorders in a nationally representative sample. *J. Pers. Disord.* 2016; 30 (3): 336-350. DOI: 10.1521/pedi_2015_29_197
23. Links P.S., Eynan R., Heisel M.J., et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.* 2007; 21 (1): 72-86. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.1.72
24. Glenn C.R., Bagge C.L., Osman A. Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. *J. Personal Disord.* 2013; 27 (5): 604-616. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_102
25. Hasking P.A., Coric S.J., Swannell S., et al. Brief report: emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *J. Adolesc.* 2010; 33 (5): 767-773. DOI: 10.1016/j.adolescence.2009.12.006
26. Mirkovic B., Delvenne V., Robin M., et al. Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry.* 2021; 21 (1): 393. DOI: 10.1186/s12888-021-03377-x
27. Werner K., Gross J.J. Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. In: Kring A.M., Sloan D.M., editors. *Emotion regulation and psychopathology: a*

- transdiagnostic approach to etiology and treatment. NY: Guilford Press, 2010: 13-37.
28. Rizk M.M., Choo T.-H., Galfalvy H., et al. Variability in suicidal ideation is associated with affective instability in suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry*. 2019; 82: 173-178. DOI: 10.1080/00332747.2019.1600219
 29. Yen S., Shea M.T., Sanislow C.A., et al. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120 (3): 222-229. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01366.x
 30. Bage C., Nickell A., Stepp S., et al. Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *J. Abnorm. Psychol.* 2004; 113 (2): 279-288. DOI: 10.1037/0021-843X.113.2.279
 31. Casey B.J., Jones R.M., Hare T.A. The adolescent brain. *Ann NY Acad. Sci.* 2008; 1124 (1): 111-126. DOI: 10.1196/annals.1440.010
 32. Silvers J.A., McRae K., Gabrieli J.D.E., et al. Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*. 2012; 12 (6): 1235-1247. DOI: 10.1037/a0028297
 33. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev*. 2008; 28 (1): 78-106. DOI: 10.1016/j.dr.2007.08.002
 34. Mou D., Kleiman E.M., Fedor S., et al. Negative affect is more strongly associated with suicidal thinking among suicidal patients with borderline personality disorder than those without. *J. Psychiatr. Res.* 2018; 104: 198-201. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.006
 35. Keilp J.G., Gorlyn M., Oquendo M.A., et al. Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol. Med.* 2006; 36: 1779-1788.
 36. Fertuck E.A., Karan E., Stanley B. The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personal Disord. Emot. Dysregul.* 2016; 3: 2. DOI: 10.1186/s40479-016-0036-2
 37. Ellison W.D., Rosenstein L., Chelminski I., et al. The clinical significance of single features of borderline personality disorder: anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *J. Personal. Disord.* 2016; 30 (2): 261-270. DOI: 10.1521/pedi_2015_29_193
 38. Плат С. Под стеклянным колпаком. АСТ, 2016. [Plat. Under a glass case. AST, 2016.] (In Russ)
 39. Крейсман Дж., Страус Х. Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять. Питер, 2020: 320. [Kreisman J., Straus H. I hate you, just don't leave me. Borderline personalities and how to understand them. Peter, 2020: 320.] (In Russ)
 40. Miller C.E., Lewis K.L., Huxley E., et al. A 1-year follow-up study of capacity to love and work: what components of borderline personality disorder most impair interpersonal and vocational functioning? *Personal Ment. Health*. 2018; 12 (4): 334-344. DOI: 10.1002/pmh.1432
 41. Joiner T. Why People Die by Suicide. Harvard University Press; 2007. DOI: 10.2307/j.ctv9ghv2f
 42. Kleiman E.M., Beaver J.K. A meaningful life is worth living: meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Res.* 2013; 210 (3): 934-949. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.08.002
 43. Miller C.E., Townsend M.L., Day N.J.S., Grenyer B.F.S. Measuring the shadows: a systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLoS One*. 2020; 15 (7): e0233970. DOI: 10.1371/journal.pone.0233970
 44. 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
 45. Soloff P.H., Chiappetta L. Time, age, and predictors of psychosocial outcome in borderline personality disorder. *J. Personal. Disord.* 2018; 34 (2): 1-16. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_386
 46. Stanley B., Gameroff M.J., Michalsen V., et al. Are suicide attempters who self mutilate a unique population? *Am. J. Psychiatry*. 2011; 158: 427-432.
 47. Farina B., Liotti G. Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clin. Neuropsychiatry*. 2013; 10: 11-18.
 48. Meares R. Norton series on interpersonal neurobiology. Borderline personality disorder and the conversational model: a clinician's manual: WW Norton & Co, 2012.
 49. Morgan T.A., Chelminski I., Young D., et al. Differences between older and younger adults with borderline personality disorder on clinical presentation and impairment. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47 (10): 1507-1513. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.009
 50. Bender D.S., Morey L.C., Skodol A.E. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J. Personal. Assess.* 2011; 93 (4): 332-346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808
 51. Peckham A.D., Jones P., Snorrason I., et al. Age-related differences in borderline personality disorder symptom networks in a transdiagnostic sample. *J. Affect. Disord.* 2020; 274 (9): 508-514. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.111
 52. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Reich D.B., et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry*. 2007; 164 (6): 929-935. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.929
 53. MacLeod A.K., Tata P., Tyrer P., et al. Personality disorders and future-directed thinking in parasuicide. *J. Personal. Dis.* 2004; 18: 459-466.
 54. Garofalo C., Holden C.J., Zeigler-Hill V., Velotti P. Understanding the connection between self-esteem and aggression: the mediating role of emotion dysregulation. *Aggress Behav*. 2016; 42 (1): 3-15. DOI: 10.1002/ab.21601
 55. Sleuwaegen E., Houben M., Claes L., et al. The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: "Actions instead of words". *Compr. Psychiatry*. 2017; 77: 80-88. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.06.006
 56. Videler A.C., Hutsebaut J., Schulkens J.E., et al. A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2019; 21 (7): 51. DOI: 10.1007/s11920-019-1040-1
 57. Soloff P., White R., Diwadkar V.A. Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2014; 222 (3): 131-139. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.006
 58. Crone E.A., Dahl R.E. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility.

- Nat. Rev. Neurosci.* 2012; 13 (9): 636-650. DOI: 10.1038/nrn3313
59. Mischel W., Shoda Y., Rodriguez M.I. Delay of gratification in children. *Science.* 1989; 244 (4907): 933-938.
60. Chesin M.S., Jeglic E.L., Stanley B. Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res.* 2010; 14 (4): 342-362. DOI: 10.1080/13811118.2010.524054
61. Wilson S.T., Fertuck E.A., Kwitel A., et al. Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. *Int. J. Adolesc. Med. Health.* 2006; 18 (1): 189-196. DOI: 10.1515/ijamh.2006.18.1.189
62. Brodsky B.S., Malone K.M., Ellis S.P., et al. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154 (12): 1715-1719. DOI: 10.1176/ajp.154.12.1715
63. Soloff P.H., Chiappetta L. 10-year outcome of suicidal behavior in borderline personality disorder. *J. Personal. Disord.* 2019; 33 (1): 82-100. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_332
64. Lynam D.R., Miller J.D., Miller D.J., et al. Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Person. Disord.* 2011; 2 (2): 151-160. DOI: 10.1037/a0019978
65. Shedler J., Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161: 1350-1365.
66. Mann J.J., Waternaux C., Hass G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry.* 1999; 156: 181-189.
67. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003; 33 (3): 395-405. DOI: 10.1017/S0033291702006943
68. Gili P., Castellví M., Vives A., et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a meta-analysis and systematic review of longitudinal studies *J. Affect. Disord.* 2019; 245: 152-162. DOI: 10.1016/j.jad.2018.10.115
69. 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
70. Hawton K., van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009; 373 (9672): 1372-81. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
71. Wilkinson P.O., Qiu T., Neufeld S., et al. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *Br. J. Psychiatry.* 2018; 212 (4): 222-226. DOI: 10.1192/bjp.2017.45
72. 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 (5): 827-832. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.5.827
73. What is nonsuicidal self-injury? International Society for the Study of Self-Injury. [2021-05-31]. <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>
74. 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.
75. 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
76. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть III. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 23-46. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part III. *Suicidology = Suicidologiya.* 2021; 12 (1): 23-46.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-23-46
77. Scala J.W., Levy K.N., Johnson B.N., et al. The role of negative affect and self-concept clarity in predicting self-injurious urges in borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *J. Personal. Disord.* 2018; 32: 36-57. DOI: 10.1521/pedi.2018.32.supp.36
78. Nock M.K., Joiner T.E.J., Gordon K.H., et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144 (1): 65-72. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
79. Andrewes H.E., Hulbert C., Cotton S.M., et al. Ecological momentary assessment of nonsuicidal self-injury in youth with borderline personality disorder. *Personal Disord.* 2017; 8: 357-365. DOI: 10.1037/per0000205
80. Koenig J., Klier J., Parzer P., et al. High-frequency ecological momentary assessment of emotional and interpersonal states preceding and following self-injury in female adolescents *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2020. DOI:10.1007/s00787-020-01626-0
81. Kiekens G., Hasking P., Boyes M., et al. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *J. Affect. Disord.* 2018; 239: 171-179. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.033.S0165-0327(17)32488-6
82. 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: 5-18. DOI: 10.1007/s00787-018-1111-6
83. Yen S., Peters J.R., Nishar S., et al. Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders over 10 years of follow-up. *JAMA Psychiatry.* 2021; 78 (2): 187-194. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3598
84. 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.2007.37.3.26
85. Paris J. Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2004; 12 (1): 42-48.
86. Zubin J. Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior. A. Beck, Y. Resnik, D. Lettieri, eds. *The Prediction of Suicide.* Philadelphia: Charles Press, 1974: 3-28.
87. 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 ad-

- mitted patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2018; 206: 657-661. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000851
88. Black D.W., Blum N., Pfohl B., Hale N. Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *J. Personal. Dis.* 2004; 18: 226-239.
89. Kulacaoglu F., Kose S. Borderline personality disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. *Brain Sci.* 2018; 8 (11): 201. DOI: 10.3390/brainsci8110201
90. Shah R., Zanarini M.C. Comorbidity of borderline personality disorder: current status and future directions *Psychiatr. Clin. North America.* 2018; 41: 583-593. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.009
91. Zanarini M.C., Frankenburg F., Reich B., Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients 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
92. Zeng R., Cohen L.J., Tanis T., et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* 2015; 226 (1): 361-367. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.01.020
93. 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 (8): 827-837. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
94. Boylan K. Diagnosing BPD in adolescents: more good than harm. *J. Can Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2018; 27: 155-156.
95. May A.M., Klonsky E.D., Klein D.N. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46: 946-952.
96. Soloff P.H., Fabio A., Kelly T.M., et al. High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J. Personal. Disord.* 2005; 19: 386-399.
97. Grilo C.M., Sanislow C.A., Shea M.T., et al. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J. Consult. Clin. Psychology.* 2005; 73: 78-85.
98. Jylha P., Rosenstrom T., Mantere O., et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *J. Affect. Dis.* 2016; 190: 632-639.
99. Streit F., Witt S.H., Awasthi S., et al. Borderline personality disorder and the big five: molecular genetic analyses indicate shared genetic architecture with neuroticism and openness. *Transl. Psychiatry.* 2022; 12 (1): 153. DOI: 10.1038/s41398-022-01912-2
100. Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M., et al. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am. J. Psychiatry.* 2000; 157: 601-608.
101. Brodsky B.S., Groves S.A., Oquendo M.A., et al. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36 (3): 313-322. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.313
102. Yoshimatsu K., Palmer B. Depression in patients with borderline personality disorder. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2014; 22: 266-273.
103. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2014. [Suicide prevention: A global imperative. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2014.] (In Russ)
104. Söderholm J.J., Socada J.L., Rosenström T., et al. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients—a comparative study. *Front. Psychiatry.* 2020; 11: 290. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00290
105. Zimmerman M., Martinez J., Young D., et al. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J. Personality Disorders.* 2014; 28: 358-364
106. Tomko R.L., Trull T.J., Wood P.K., et al. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J. Personal. Disord.* 2013; 28: 734-750.
107. Trull T.J., Freeman L.K., Vebares T.J., et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2018; 5: 15. DOI: 10.1186/s40479-018-0093-9
108. Kienast T., Stoffers J., Bempohl F., et al. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsch. Arzt. Internat.* 2014; 111: 280-286.
109. Amore M., Innamorati M., Vittorio C.D., et al. Suicide attempts in major depressed patients with personality disorder. *Suicide Life-Threat. Behav.* 2014; 44: 155-166.
110. Reas P.L., Ro O., Karterud S., et al. Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *Int. J. Eating Disord.* 2013; 46: 801-809.
111. Hawton K., Saunders K.E.A., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet.* 2012; 379 (9834): 2373-2382. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
112. Silberschmidt A., Lee S., Zanarini M., Schulz S.C. Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results from a Multinational, Clinical Trial Sample. *J. Pers. Disord.* 2015; 29 (6): 828-838. DOI: 10.1521/pedi_2014_28_175
113. Zimmerman M., Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior. *Psychol. Med.* 2023; 53 (11): 5177-5184. DOI: 10.1017/S0033291722002197
114. Björkenstam E., Björkenstam C., Holm H. et al. Excess cause specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br. J. Psychiatry.* 2015; 207 (4): 339-345. DOI: 10.1192/bjp
115. 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
116. Sharp C. Adolescent personality pathology and the alternative model for personality disorders: self development as nexus. *Psychopathology.* 2020; 53 (3-4): 198-204. DOI: 10.1159/000507588

117. Bohus M., Stoffers-Winterling J., Sharp C., et al. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2021; 398 (10310): 1528-1540. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00476-1
118. Koenigsberg H.W., Harvey P.D., Mitropoulou V., et al. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *J Personal Disord*. 2001; 15 (4): 358-370. DOI: 10.1521/pedi.15.4.358.19181
119. Till B., Tran U.S., Niederkröthaler T. Relationship satisfaction and risk factors for suicide. *Crisis*. 2017; 38 (1): 7-16. DOI: 10.1027/0227-5910/a000407
120. Иваненко Ксения. Психические расстройства и головы, которые в них обитают. АСТ, 2018. [Ksenia Ivanenko. Mental disorders and the heads that inhabit them. AST, 2018.] (In Russ)
121. Farina B, Liotti M, Imperatori C. The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Front Psychol*. 2019; 10: 933. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00933
122. Klonsky E.D., May A.M. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn. Ther*. 2015; 8 (2): 114-129. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
123. Wedig M.M., Frankenburg F.R., Bradford Reich D., et al. Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Res*. 2013; 208 (3): 252-256. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.05.009
124. Moscoso A., Speranza M., Delvenne V., et al. Parental risk for suicide and attachment patterns among adolescents with borderline personality disorder. A Clinical-Based Study. *Front Psychiatr*. 2018; 9: 771. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00771
125. Sharp C., Penner F., Ensink K. Reflective function and borderline traits in adolescents. *J. Personal Disord*. 2019; 34 (Suppl. B):1-16. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_416
126. Brickman L.J., Ammerman B.A., Look A.E., et al. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord. Emot. Dysregul*. 2014; 1: 14. DOI: 10.1186/2051-6673-1-14
127. Bozzatello P., Giordano B., Montemagni C., et al. Real-world functioning in psychiatric outpatients: predictive factors. *J. Clin. Med*. 2022; 11 (15): 4400. DOI: 10.3390/jcm11154400

INTENTIONAL SELF-HARMING BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS. PART II: RISK FACTORS

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 literature review is based on keyword searches of borderline personality disorder (BPD), non-suicidal self-harm, and suicidal behavior in MEDLINE and PsycINFO for articles since 2000. The review focuses on articles most relevant to the following topics: risk factors non-suicidal (nSB) and suicidal behavior (SB) in patients with borderline personality disorder (BPD); Features of nSB and SB in patients with BPD.

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

Вклад авторов:

E.B. 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: 14.10.2023. Принята к публикации / Accepted for publication: 18.11.2023.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренное самоповреждающее поведение при пограничных личностных расстройствах. Часть II: факторы риска. *Суицидология*. 2023; 14 (4): 39-56. doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-39-56

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Intentional self-harming behavior in borderline personality disorders. Part II: risk factors. *Suicidology*. 2023; 14 (4): 39-56. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-39-56