

На правах рукописи

Трабелси Фарах

**Клинико-психологическая характеристика аутоагрессивного поведения у
женщин с пограничным расстройством личности**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Рязань – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент

Федотов Илья Андреевич

Официальные оппоненты:

Петрова Наталия Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», кафедра психиатрии и наркологии, заведующий кафедрой

Голенков Андрей Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, Государственное автономное учреждение Чувашской Республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, проректор по научной работе

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2026 года в ___ на заседании объединенного диссертационного совета 99.2.083.02, созданного на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России по адресу: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

С диссертацией можно ознакомиться в библиоцентре ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (390026, г. Рязань, ул. Шевченко, 34) и на сайте www.rzgmu.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2026 г.

Ученый секретарь

объединенного диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

И.А. Федотов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) - это сложное и тяжелое психическое расстройство, которое обычно проявляется в подростковом или раннем взрослом возрасте и характеризуется эмоциональной нестабильностью, повышенной импульсивностью, когнитивными нарушениями и нестабильными межличностными отношениями (Каледа В.Г. с соавт., 2023; Понизовский П.А., 2022; Голенков А.В., 2025). В классификации МКБ-10 это состояние относится к диагнозу F60.31 «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип». Это расстройство затрагивает до 5,9% общего населения (Петрова Н. Н. с соавт., 2022) и 20% психиатрических пациентов (Baus N. et al., 2014), с распространенностью около 12% в амбулаторных психиатрической сети и 22% в стационарных психиатрических отделениях (Петрова Н. Н. и др., 2024; Chen J. J., et al., 2025).

Пациенты с пограничным расстройством личности имеют высокий уровень коморбидных психических расстройств, в частности, расстройств настроения (96%), тревожных расстройств (88%), расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (87%), и расстройств пищевого поведения (53%) (Shar R. et al., 2018; Ковалев Ю.В., 2023). Среди пациентов с пограничным расстройством личности 75% имеют попытки самоубийства (ПС), 10% совершают самоубийство, а 90% совершают несуицидальные самоповреждения (НССП) (Reichl C. et al., 2014).

Данные о суицидологическом профиле пациенток с ПРЛ ограничены, а роль клинико-психопатологических, психологических и коморбидных факторов риска остаётся недостаточно изученной и противоречивой, несмотря на их важное значение для терапии и профилактики аутоагрессивного поведения.

Степень разработанности темы

В настоящее время пограничное расстройство личности является крайне важной темой исследования в психиатрии из-за высокой распространенности аутоагрессивного поведения, которое оказывает значительное влияние на личное,

профессиональное и социальное функционирование и ставит под угрозу жизнь людей, страдающих этим расстройством (Петрова Н. Н. с соавт., 2022).

Хотя пограничное расстройство личности может возникать и у мужчин, оно чаще встречается у женщин. Было доказано, что клиническая картина ПРЛ у мужчин характеризуется преобладанием агрессивности и импульсивности, в то время как у женщин чаще наблюдается эмоциональная нестабильность, нарушения межличностных отношений и аутоагрессивное поведение (Qian X. et al., 2022; Sanchious S. N. et al., 2024). Мужчины с ПРЛ, в целом, чаще страдают от расстройств, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, а также сопутствующих расстройств личности, а именно: параноидного, шизотипического, антисоциального и нарциссического расстройств личности (Sher L. et al., 2019; Qian X. et al., 2022), в то время как женщины с ПРЛ имеют сопутствующие расстройства настроения, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения и обсессивно-компульсивные расстройства (Sher L. et al., 2019; Qian X. et al., 2022).

Современные исследования в значительной степени прояснили этиопатогенез, клинические проявления и подходы к лечению ПРЛ и аутоагрессивного поведения в рамках ПРЛ, а также различия в проявлениях симптомов у мужчин и женщин, страдающих этим расстройством. Однако, что не существует достаточных исследований, в которых бы комплексно изучалась связь между клинико-психопатологическими и психологическими характеристиками и суицидальным поведением у женщин с различными степенями проявления пограничного расстройства личности. Эти результаты помогут выстраивать тактику дифференцированной терапии.

Цель исследования - комплексное исследование предикторов и проявлений аутоагрессии у женщин с ПРЛ с целью оптимизации терапевтических стратегий.

Задачи исследования

1. Изучить вариации и взаимосвязи клинических проявлений аутоагрессии в контексте ПРЛ.

2. Изучить клинико-психопатологические и психологические характеристики аутоагрессивного поведения в зависимости от выраженности проявлений пограничного расстройства личности и коморбидных расстройств.

3. Установить преобладающее отношение к шрамам, оставшимся после несуицидальных самоповреждений, у пациенток с ПРЛ.

4. Обосновать целесообразность разработки дифференцированных мероприятий, направленных на выявление и коррекцию клинических и психопатологических особенностей, с целью снижения риска аутоагрессивного поведения в рамках комплексного лечения женщин с чертами ПРЛ.

Научная новизна

1. Представлено комплексное описание клинико-психопатологических и психологических характеристик в связи с проявлениями аутоагрессивного поведения у женщин с различной степенью выраженности черт ПРЛ.

2. Дано уточнение основных клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с различной степенью выраженности черт ПРЛ, в зависимости от коморбидных психических расстройств.

3. Выявлен доминирующий тип отношения к шрамам после несуицидального самоповреждения у пациенток с ПРЛ.

4. С учетом полученных данных сформулированы предложения для разработки дифференцированных подходов, направленных на выявление и коррекцию указанных психологических характеристик, влияющих на проявления аутоагрессивного поведения, в рамках комплексного лечения женщин с ПРЛ.

Теоретическая и практическая значимость работы

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют оценить и лучше понять связь между отдельными клинико-психопатологическими и психологическими характеристиками и аутоагрессивным поведением у пациенток с разной степенью выраженности паттернов пограничной личности. Исследование различных характеристик у пациенток с разными степенями выраженности

паттернов пограничной личности и различными сопутствующими расстройствами позволяет разработать индивидуальные профилактические программы, адаптированные к конкретным потребностям реабилитации и коррекции выявленных различий. Исследование факторов, повышающих риск аутоагрессивного поведения, таких как психосоциальные факторы и отношение к шрамам после несуицидального самоповреждения, позволяет разработать профилактические меры по снижению риска аутоагрессивного поведения.

Методология и методы исследования

Методология данного исследования была разработана на основе изучения литературных и статистических данных. Использовались клинико-анамнестические, клинико-психопатологические, экспериментально-психологические, психометрические и математико-статистические методы. Исследование было построено по наблюдационному кросс-секционному рандомизированному дизайну.

Положения, выносимые на защиту

1. Пациентки с паттерном пограничной личности имеют специфический профиль аутоагрессивности, проявляющийся в значительно более высокой суицидальной активности и преобладании отношения к смерти как к бегству и страху быть забытой после смерти. У них значительно более высокий уровень психических травм в детстве, особенно эмоционального насилия и пренебрежения.

2. Пациентки с подтвержденным диагнозом ПРЛ демонстрируют более выраженную дисфункцию личности во всех ключевых областях, чем пациентки с пограничными чертами личности, особенно в отношении негативных аффектов, расторможенности и психотизма.

3. Тип коморбидности при ПРЛ определяет различные паттерны психологических особенностей, что определяет доминирующие цели для психотерапевтического вмешательства: работа над антагонизмом, ригидностью и страхами в случае аддиктивной коморбидности и коррекция схем зависимости,

фобий и нарушений планирования в случае психиатрической коморбидности.

4. Анализ внутригрупповых различий у пациенток с пограничными чертами личности и различными типами коморбидности выявил точечные различия, которые не влияют на общий психопатологический контекст.

5. Главной психосоциальной детерминантой потенциального суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности, у пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток, нарушения самоконтроля по BIS-11 и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ, антисуицидальной детерминантой - гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ.

6. Чаще всего, когда лица с пограничным расстройством личности видят свои шрамы, они вспоминают безнадежность и чувство стыда, которые испытывали, когда наносили себе самоповреждения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки).

Личный вклад автора

Вклад автора состоит в опросе и анкетировании респондентов, постановке цели и задач, выборе методов исследования, статистической обработке данных, анализе полученных результатов исследования, формулировке выводов. Результаты исследования получены автором самостоятельно.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных результатов подтверждается представлением клинических выборок и использованием современных и адекватных методов исследований и статистического анализа. Цели соответствуют задачам. Полученные данные задокументированы в таблицах. На основании полученных результатов в диссертации сформулированы выводы и практические рекомендации.

Основные результаты исследования были представлены на следующих конференциях: X Всероссийская научная конференция молодых специалистов,

аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвященная 175-летию со дня рождения академика И.П. Павлова и 120-летию со дня получения им Нобелевской премии (24 октября 2024 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Дифференциальная диагностика психотических расстройств и коморбидных состояний в психиатрии и наркологии» (15 ноября 2024 г.); XI межрегиональной научно-практической конференции «Медико-психологическая и социальная реабилитация в психиатрии и наркологии» приуроченной к 75-летию РязГМУ на земле Рязанской (29 мая 2025 г.); XI Всероссийская с международным участием научная конференция молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвящённая 75-летию университета на Рязанской земле (24 октября 2024 г.)

Результаты исследования внедрены в лечебно-профилактическую деятельность ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова», ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», в образовательную деятельность кафедры психиатрии и психологического консультирования и кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 9 научных трудов, полно отражающих основные положения диссертации, в том числе 6 статей в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных исследований, из которых 2 индексированы в международных цитатно-аналитических базах данных Scopus и Web of Science.

Структура и объем диссертации

Диссертация имеет классическую структуру, содержит: введение, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список сокращений, список литературы (всего 127 наименований, из них 27 отечественных и 100 зарубежных авторов). Диссертация изложена на 130 страницах печатного текста, иллюстрирована 10 таблицами, 8 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» и кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, по одобрению локального этического комитета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Было опрошено 185 женщин: в исследовательскую группу вошли 124 женщины, в контрольную группу - 61 женщина. **Критерии включения в исследовательскую группу:** пациентки женского пола с различными формами аутоагрессивного поведения; возраст от 18 до 60 лет; согласие на участие в исследовании; наличие психиатрического или наркологического диагноза и прохождение стационарного лечения. **Критерии включения в контрольную группу:** респондентки женского пола с различными формами аутоагрессивного поведения; без анамнеза психических расстройств; возраст от 18 до 60 лет; согласие на участие в исследовании. **Критерии исключения из исследования:** наличие острого психотического эпизода или серьезных органических заболеваний головного мозга, препятствующих выполнению заданий; возраст менее 18 лет и старше 60 лет; отказ от участия на любом этапе исследования; высокие баллы по шкале лжи в методике Мини-СМИЛ.

Таким образом, для более углубленного исследования были сформированы следующие группы: **Общая группа (ПРЛ+ПЧЛ)** - Группа пациенток с пограничным расстройством личности и пограничными чертами личности, имеющих психиатрический и/или наркологический диагноз и проходящих стационарное лечение (n=120; средний возраст 26,8 [25,2÷28,5] лет); **Контрольная группа** – Женщины без анамнеза психических расстройств, но с самоповреждениями (n=60; средний возраст 22,0 [21,7÷22,4] лет). Для целей

дальнейшего сравнение на основании методики ДИП-П первая группа была поделена на 2 подгруппы, в каждой из которых также выделялось 3 подгруппы на основании наличия или отсутствия коморбидных расстройств: **Группа ПРЛ** – Группа пациенток, у которых был диагностирован ПРЛ на основании оценки по шкале ДИП-П, составляющей 8 баллов или более, а также по критериям МКБ-10 (n=60; средний возраст 25,3 [23,4÷27,2] лет); **Группа ПРЛ-ЛИЧН** – Группа пациенток с пограничным расстройством личности без коморбидных расстройств (n=13; средний возраст 21,0 [18,7÷23,7]); **Группа ПРЛ-ПСИХ** – Группа пациенток с пограничным расстройством личности с психическими коморбидными расстройствами (n=23; средний возраст 24,4 [21,1÷27,7] лет); **Группа ПРЛ-АЛК** – Группа пациенток с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью (n=24; средний возраст 28,6 [SD=6,9] лет); **Группа ПРЛ-ШРАМЫ** – Группа пациенток с пограничным расстройством личности, имеющих шрамы после несуицидального самоповреждения (ПРЛ-ШРАМЫ; n=31; средний возраст 22,48 [21,83÷23,12] лет); **Группа ПЧЛ** – Группа пациенток с пограничными чертами личности, т.е. с оценкой ниже 8 баллов по шкале ДИП-П (n=60; средний возраст 28,4 [25,7÷31,1] лет); **Группа ПЧЛ-ЛИЧН** – Группа пациенток с пограничными чертами личности без коморбидных расстройств (n=20; средний возраст 35,2 [SD=12,0] лет); **Группа ПЧЛ-ПСИХ** – Группа пациенток с пограничными чертами личности с сопутствующими психическими расстройствами (n=26; средний возраст 26,4 [22,6÷30,1] лет); **Группа ПЧЛ-АЛК** – Группа пациенток с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью (n=14; средний возраст 22,5 [SD=2,9] лет).

Основным опросником, используемым для скрининга ПРЛ среди участниц, было «Пересмотренное диагностическое интервью для лиц с ПРЛ (ДИП-П)» (Zanarini M. C. et al., 1989; Короленко Ц.П., 1997). Для оценки личностных черт и психологических характеристик были использованы следующие методы: Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) (Krueger R. F. et al., 2013;

Кустов Г. В. с соавт., 2022); Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) (Butler A. C. et al., 2002; Кони́на М. А. с соавт., 2016); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) (DeRogatis T., 2010; Тарабрина Н. В., 2001); Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (Мини-СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2007); Шкала импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) (Patton J. H. et al., 1995; Ениколопов С. Н. с соавт., 2015). **Для изучения аффективного состояния были использованы следующие методы:** Шкала самооценки депрессии Цунга (Zung W., 1965); Шкала самооценки тревоги Цунга (Zung W., 1971); Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (PANAS) (Watson D. et al., 1988; Осин Е.Н., 2012). **Для изучения суицидального риска и отношения участников к смерти были использованы следующие методы:** Опросник суицидального риска (Разуваева Т.Н., 1993); Коэффициент просуицидальной напряженности – КПСН (Меринов А.В., 2017); Опросник «Отношение к смерти» (Wong P. T. et al., 1994; Чистопольская К. А. с соавт., 2017); Опросник «Страх личной смерти» (Florian V. et al, 1983; Чистопольская К. А. с соавт., 2017). **Для изучения дополнительных личностно-психологических характеристик использовались следующие методики:** Шкала отношения к шрамам после самоповреждений (Григорьева А. А. с соавт., 2025), автор диссертации принимал участие в апробации методики; Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков – DUDIT (Berman A. H. et al., 2005); Сокращенный опросник о травмах в детстве – СТQ-SF (Bernstein D. P. et al., 2003, Касьянов Е.Д. с соавт., 2024).

Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения MedCalc (MedCalc Inc., США) и свободного статистического пакета R (R Foundation for Statistical Computing, Австрия). Для оценки нормальности распределений использовался тест Шапиро-Уилка. Нормальные распределения описывались как «среднее значение (стандартное отклонение)», а отличные от

нормального распределения – как «Среднее значение [95% доверительный интервал для среднего значения]». Нормальные распределения сравнивались между собой с помощью t-критерия Стьюдента, отличные от нормальных распределения – с помощью метода Хи-квадрат. При множественных сравнениях использовался метод ANOVA с *post hoc* сравнением между группами по методу Тьюки-Крамера, если хотя бы одно распределение отличалось от нормального – то выполнялось сравнение по методике Краскела-Уоллиса с *post hoc* анализом по методу Данна. Статистическая значимость различий считалась при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 - Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик всех пациенток с пограничным личностным паттерном и респондентов контрольной группы

Группа ПРЛ+ПЧЛ демонстрирует значительно более высокие показатели по всем субшкалам ДИП-П: аффективные нарушения, когнитивные нарушения, импульсивные действия, нарушения межличностных отношений, суммарный балл (все $p < 0,0001$). Аналогично, по опроснику PID-5-BF в этой группе выявлены более высокие значения по всем параметрам: по шкале «Суммарный балл» 30,5 (SD=13,5795) против 15,55 [12,711÷18,389] ($p < 0,0001$), по шкале «Негативный аффект» 8,2 [7,467÷8,933] против 5,3 [4,278÷6,322] ($p < 0,0001$), по шкале «Отрешенность» 5,408 [4,846÷5,970] против 2,767 [2,034÷3,499] ($p < 0,0001$), по шкале «Антагонизм» 5,142 [4,464 ÷ 5,819] против 3,55 [2,754 ÷ 4,346] ($p = 0,0024$), по шкале «Расторможенность» 6,542 [5,893÷7,190] против 2,55 [1,841÷3,259] ($p < 0,0001$), по шкале «Психотизм» 5,308 [4,597÷6,020] против 1,383 [0,896÷1,871] ($p < 0,0001$). Результаты сравнения данных по (PBQ-BPD) также показывают, что группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие результаты по всем критериям (все $p \leq 0,0001$).

Группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие результаты по большинству подшкал МИНИ-СМИЛ: шкала «Соматической тревоги» 2,283 [2,131÷2,436] против 1,617

[1,414÷1,819] ($p<0,0001$), шкала «Тревога и депрессивные тенденции» 2,625 [2,384÷2,866] против 1,783 [1,471÷2,096] ($p=0,0001$), шкала «Вытеснения факторов, вызывающих тревогу» 2,283 [2,097÷2,470] против 1,8 [1,563÷2,037] ($p=0,0026$), шкала «Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности» 3,033 [2,853÷3,213] против 2,283 [2,099÷2,468] ($p<0,0001$), шкала «Выраженность мужских и женских черт характера» 2,408 [2,225÷2,592] против 1,9 [1,678÷2,122] ($p=0,0011$), шкала «Фиксации тревоги и ограничительного поведения» 3,608 [3,364÷3,852] против 2,667 [2,278÷3,055] ($p=0,0001$), шкала «Аутизация» 2,325 [2,057÷2,593] против 1,05 [0,759÷1,341] ($p<0,0001$).

По всем субшкалам SCL-90-R группа ПРЛ+ПЧЛ демонстрирует более высокие показатели ($p<0,0001$). По BIS-11, в данной группе также выявлен более высокий уровень нарушений самоконтроля ($p=0,0002$). В то же время, по подшкале «Нарушения планирования» более высокий балл неожиданно зафиксирован в группе здоровых респондентов ($p=0,0307$). Группа ПРЛ+ПЧЛ демонстрирует значительно более высокие показатели по шкалам Цунга и шкале негативного аффекта PANAS: депрессии ($p=0,0001$), тревоги ($p=0,0004$) и негативного аффекта ($p=0,0001$). В то же время, в группе здоровых респондентов выявлен более высокий уровень позитивного аффекта ($p=0,0001$).

По результатам теста DUDIT группа ПЧЛ+ПРЛ демонстрирует значительно более высокие показатели по сравнению с контрольной группой ($p<0,0001$).

В этой же группе выявлено большее число ПС (1,183 [0,763÷1,603] против 0,117 [0,0330 ÷ 0,200] $p<0,0001$) и более высокий КПСН (0,969 [0,887÷1,050] против 0,48 [0,351÷0,609], $p=0,0001$). Согласно опроснику суицидального риска Разуваевой, группа ПЧЛ+ПРЛ характеризуется более высокими показателями по ряду шкал, включая демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм и временную перспективу ($p<0,0001$), а также «слом культурных барьеров» ($p=0,0319$). При этом различия по шкалам

страха смерти и отношения к смерти ограничиваются страхом быть забытой ($p=0,0021$) и восприятием смерти как бегства ($p=0,0029$).

По данным CTQ-SF у женщин с ПЧЛ+ПРЛ отмечаются более высокие показатели по всем видам детской травматизации, особенно по эмоциональному насилию и физическому пренебрежению ($p<0,0001$)

2 - Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с ПРЛ и пациенток с ПЧЛ

По результатам ДИП-П, пациентки с ПРЛ показали значительно более высокие по всем субшкалам ($p<0,0001$). При сравнении результатов анкеты PID-5-BF двух групп, группа с ПРЛ имеет более высокие показатели по всем пяти доменам личности: по шкале «Негативный аффект» ($p<0,0001$), по шкале «Отрешенность» ($p=0,0001$), по шкале «Антагонизм» ($p=0,0009$), по шкале «Расторможенность» ($p<0,0001$), по шкале «Психотизм» ($p<0,0001$). Результаты сравнения опросник (PBQ-BPD) также показывает, что группа ПРЛ имеют значительно повышенные баллы по всем трем подшкалам: по шкале «Недоверия» ($p=0,0001$), по шкале «Зависимости» ($p=0,0001$), по шкале «Защиты» ($p<0,0001$).

Согласно результатам опросника МИНИ-СМИЛ, группа пациентов с ПЧЛ имела значительно более высокие показатели по шкале «Отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций» ($p=0,0001$). Пациенты с ПРЛ показали значительно более высокие показатели по следующим шкалам: Шкала «Соматической тревоги» ($p=0,0084$), «Тревога и депрессивные тенденции» ($p=0,0009$), шкала «Вытеснения факторов, вызывающих тревогу» ($p=0,0224$), шкала «Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности» ($p=0,0002$), шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения» ($p=0,0005$) и шкала «Аутизация» ($p=0,0006$). Согласно данным SCL-90-R, пациенты с ПРЛ имеют значительно более выраженные психиатрические симптомы, чем пациенты с ПЧЛ. Действительно, значимая разница по всем компонентам анкеты составляет $p<0,0001$. При оценке импульсивности на основе результатов BIS-11 группа с ПРЛ

имеет значительно более высокий общий балл ($p=0,0029$), а также значительные нарушения самоконтроля ($p<0,0001$). Пациенток с ПРЛ демонстрировали более выраженные негативные ($p<0,0001$), а также, повышенный уровень тревожности по шкале тревоги Цунга ($p<0,0001$) и депрессии по шкале депрессии Цунга ($p<0,0001$) по сравнению с пациентами с ПЧЛ. Согласно результатам DUDIT, группа с ПРЛ имеет значительно более высокий балл ($p<0,0001$).

Группа с ПРЛ имеет значительно высокое число СП (1,85 [1,064÷2,636] против 0,517 [0,296÷0,737], $p=0,0303$). Эти результаты подтверждаются более высоким значением КПСН (1,132 [1,034÷1,231] против 0,805 [0,686÷0,924], $p<0,0001$). Это группа продемонстрировала значительные различия по нескольким показателям суицидального риска, а именно: «Аффективность» ($p<0,0001$), «Временная перспектива» ($p<0,0001$), «Демонстративность» ($p<0,0001$), «Несостоятельность» ($p<0,0001$), «Социальный пессимизм» ($p<0,0001$) и «Уникальность» ($p<0,0001$). Однако группа с ПЧЛ имела значительно более высокий балл по показателю «Антисуицидальный фактор» ($p=0,0076$). По результатам опросника «Страх личной смерти» две группы не показали значительных различий, за исключением показателя «Страх быть забытым», по которому пациенты с ПРЛ продемонстрировали более высокий значимый балл ($p=0,0112$). Результаты СТQ показывают, что в группе с ПРЛ уровень всех видов насилия в детстве значительно выше ($p<0,0001$).

3 - Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с ПРЛ с различными коморбидными состояниями

При сравнении результатов по шкалам PID-5-BF группа ПРЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели по шкалам «Антагонизм» ($p=0,0017$). Результаты других шкал не показали значимых различий. Сравнительные результаты (BRQ-BPD) показывают, что группа пациенток с психиатрическими коморбидностями имеют более высокие показатели по «Шкале зависимости» ($p=0,0365$). Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ показывают, что пациентки,

относящиеся к группе ПРЛ-ПСИХ, имеют значительно более высокие показатели по шкале «Выраженность мужских и женских черт характера» ($p=0,0071$), т.е. у них более заострены маскулинные черты, а пациентки, относящиеся к группе ПРЛ-АЛК, имеют значительно более высокие показатели по шкале «Ригидность аффекта» ($p=0,0299$). Согласно сравнительным результатам SCL-90-R, группа пациентов с ПРЛ и коморбидными психическими расстройствами имеет значительно более высокие показатели по шкале фобий ($p=0,0095$). При оценке импульсивности по шкале BIS-11 пациентки из группы ПРЛ-ПСИХ имеют более высокие баллы по шкале «Нарушения планирования» ($p=0,006$). Результаты теста DUDIT, показывают, что пациентки из группы ПРЛ-АЛК имеют значительно более высокие показатели ($p<0,0001$).

Согласно сравнительным результатам опросника ОСН, пациентки, относящиеся к группе ПРЛ- ПСИХ, имеют более значимые показатели по фактору суицидального риска «Уникальность» ($p=0,0311$). сравнительные результаты по методике «Отношение к смерти» показывают, что пациентки, страдающие ПРЛ с алкогольной зависимостью, имеют значительно более высокие показатели по подшкале «Страх смерти» ($p=0,0048$).

4 - Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с ПЧЛ с различными коморбидными состояниями

При сравнении результатов по тесте PID-5-BF группа ПЧЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели по шкалам «Негативный аффект» ($p=0,0076$). Результаты сравнения ВРQ-ВРD показали, что пациентки из группы ПЧЛ-АЛК имеют значительно более высокие показатели в общем балле ($p=0,0166$), а также по «Шкала недоверия» ($p=0,0286$) и «Шкала защиты» ($p=0,0303$).

При сравнении оценки суицидального риска результаты ОСН показали, что группа пациенток ПЧЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели, чем группа ПЧЛ-ПСИХ, по фактору «Аффективность» ($p=0,0167$) и фактору «Максимализм» ($p=0,0429$). Сравнительные результаты по методике «Страх

смерти» и «Отношению к смерти» показывают, что группа пациенток ПЧЛ-ПСИХ имеет значительно более высокий балл по критерию «Последствия для тела» ($p=0,0438$).

5 - Суицидологическая модель для пациенток с ПРЛ и пациенток с ПЧЛ

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

6 - Отношение к шрамам после НССП с ПРЛ

По результатам оценки баллов по «Шкала отношения к шрамам после самоповреждений» у пациенток с ПРЛ было получено: 15,0 [12,9÷17,1] балла по шкале «Безнадежность», по шкале «Стыд» 12,58 (SD=6,08) балла, а по шкале «Внутренняя сила» 10,61 [8,73÷12,5] балла. Сравнение средних баллов по шкалам «Безнадежность» и «Стыд» не выявило статистически значимых различий ($p=0,13$), в то время как сравнение результатов по шкалам «Безнадежность» и «Стыд» с результатами по шкале «Внутренняя сила» выявило статистически значимые различия ($p=0,005$ и $p=0,05$ соответственно).

ВЫВОДЫ

1. Пациентки с паттернами ПРЛ имеют более высокой уровень суицидального риска и преобладание отношения к смерти как к бегству и высокий страх быть забытой после смерти. У них более выраженные симптомы депрессии и тревоги, склонность к зависимостям, а также высокий уровень психических травм в детстве, особенно эмоционального насилия и эмоционального пренебрежения.

2. Пациентки с диагнозом ПРЛ, по сравнению с пациентками с ПЧЛ, с точки зрения суицидологической оценки демонстрируют более выраженную дисфункцию

личности в отношении негативных аффектов, расторможенности, психотизма, симптомов тревоги и депрессии, а также импульсивности в области нарушений самоконтроля. Все это повышает риск суицида в группе ПРЛ, что проявляется в более частых суицидальных попытках, более высоком коэффициенте просуицидальной напряженности, при этом основными факторами риска суицида можно выделить аффективность, несостоятельность, нарушения временной перспективы и снижение антисуицидального фактора.

Наличие коморбидного алкоголизма при ПРЛ повышает в структуре личности их уровень антагонизма, эмоциональную ригидность и специфически повышенный страх смерти. Пациентки с ПРЛ, страдающие сопутствующими психическими расстройствами, характеризуются усилением когнитивной схемы зависимости, склонностью к проявлению мужских черт, более высоким уровнем фобических симптомов и специфическим расстройством в области планирования из-за повышенной импульсивности.

Пациентки из подгруппы ПЧЛ с коморбидным алкоголизмом демонстрируют более выраженный негативный аффект и более дисфункциональные когнитивные схемы, особенно в области недоверия и избыточной психологической защиты. Эта группа также характеризуется специфической схемой суицидального риска с акцентом на аффективности и максимализме, что указывает на преобладающий импульсивный и эмоциональный характер триггеров для аутоагрессивного поведения. Пациентки подгруппы ПЧЛ с коморбидными психическими расстройствами демонстрируют более высокий уровень страха перед физическими последствиями смерти, что связано с ипохондрическими переживаниями.

Главной психосоциальной детерминантой суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности. У пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток, нарушения самоконтроля по BIS-11 и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ, антисуицидальной детерминантой - гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ.

3. Среди лиц с пограничным расстройством личности преобладает восприятие своих шрамов после самоповреждений как напоминание о безнадежности, которую они испытывали, а также о чувстве стыда, что может усилить стигматизацию и суицидальные мысли.

4. Для дифференцированных профилактических и терапевтических подходов, направленных на эффективное снижение риска суицидального и несуйцидального поведения у женщин с ПРЛ, целесообразно учитывать степень тяжести паттернов пограничного расстройства личности, наличие коморбидных расстройств, основные детерминанты суицидального риска и отношение к шрамам, полученным в результате несуйцидального самоповреждения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Ключевой мишенью психотерапевтических интервенций для всех пациенток с пограничным паттерном (на уровне и расстройства личности и черт личности) должно стать переосмысление отношения к смерти как к «бегству» и проработка страха забвения, которые значимо выделяют эту группу респондентов. Для этого можно проводить в рамках экзистенциально-аналитического подхода работу по формированию личных сильных смыслов для существования (например, творчество, отношения, наследие), которые будут создавать «внутреннюю опору» и противостоят восприятию жизни как бессмысленного страдания, а смерти - как избавления. Через диалектико-поведенческие техники можно трансформировать страх быть забытым в конструктивное стремление оставить значимый след - не через трагический уход, а через позитивные действия. Важно идентифицировать и усиливать сохранившиеся области относительной сохранности – антисуйцидальные «якоря» (например, социальные связи), напоминая различными доступными средствами, кто и что будет помнить о пациенте, если он выберет жизнь. Поскольку у пациенток с пограничными чертами больше травм в детском опыте, терапия должна включать методы, направленные на переработку травмы. Психофармакологическим лечением в виде названия антидепрессантов,

анксиолитиков и нормотимиков можно уменьшить высокий уровень негативной аффективности и импульсивности.

2. Аутоагрессивные проявления у пациенток с пограничным паттерном представляют собой континуум, который выстроен в связи с континуальным клиническим проявлением личностно аномального поведения между ПЧЛ и ПРЛ и связан также с уровнем перенесенного в детстве травматического опыта. Для пациенток с ПРЛ психотерапия должна быть более интенсивной и мультимодальной, с фокусом на коррекцию выраженных личностных нарушений и высокого суицидального риска. Центральной мишенью становится более выделяющийся страх забвения после смерти, который необходимо экзистенциально переработать. Ключевой задачей является структурная работа с тяжелой детской травмой, лежащей в основе личностной дезадаптации, с помощью методов, направленных на её интеграцию (схема-терапия, ДПТ). Терапия должна быть направлена на формирование навыков регуляции интенсивного негативного аффекта и импульсивности, а также на перестройку дисфункциональных когнитивных схем несостоятельности и нарушенной временной перспективы. Главными просуицидальными детерминантами в модели суицидогенеза в этой группе выступают нарушения самоконтроля эмоциональная лабильность, при этом высокие показатели по гипоманиакальности могут снижать суицидальный риск. Для пациенток с ПЧЛ вмешательство может быть более краткосрочным и фокусным, с акцентом на усиление уже имеющихся адаптивных ресурсов и антисуицидальных факторов. Главным предиктором высокой аутоагрессии является депрессивность. Психотерапия здесь направлена на профилактику декомпенсации через укрепление саморегуляции, развитие навыков совладания со стрессом и проработку актуальных межличностных конфликтов.

3. Для пациенток с ПРЛ, отягощенных алкогольной зависимостью (ПРЛ-АЛК), психотерапия должна быть направлена на работу с такими личностными паттернами, как «антагонизм» и «эмоциональная ригидность». Интервенции

должны помогать найти новые формы поддержания трезвости как сопротивление страху быть забытым, а также осознанное построение идентичности, снижая потребность в аутоагрессии как способе отреагирования эмоций. Для пациенток с ПРЛ и психиатрической коморбидностью (ПРЛ-ПСИХ) ключевыми мишенями становятся зависимые паттерны личности, фобическая симптоматика и нарушения планирования, где страх забвения может проявляться как страх исчезновения в симбиотических отношениях. Терапия должна фокусироваться на развитии автономии и навыков совладания с тревогой, переводя страх не оставить следа в умение выстраивать реалистичные жизненные планы и проекты.

4. Для пациенток с пограничными чертами личности и алкогольной зависимостью (ПЧЛ-АЛК) психотерапевтический фокус должен быть направлен в первую очередь на коррекцию дисфункциональных когнитивных схем недоверия и избыточной защиты, а также на регуляцию негативного аффекта, лежащего в основе импульсивной аффективности и максимализма. Центральной задачей является проработка экзистенциального страха, скрытого за аддиктивным поведением, и смещение мотивации от поиска забвения в опьянении к созданию осмысленных жизненных опор в трезвости. Для пациенток с пограничными чертами личности и психиатрической коморбидностью (ПЧЛ-ПСИХ) ключевой мишенью становится работа с ипохондрическими переживаниями и страхом телесных последствий смерти, что требует интеграции когнитивно-поведенческих и телесных техник для снижения тревоги за здоровье.

5. Учитывая преобладающую ассоциацию шрамов от НССП с негативными переживаниями безнадежности и стыда у пациенток с ПРЛ, психотерапия должна быть нацелена на реконструкцию их восприятия. Ключевой задачей является смещение когнитивного паттерна с автоматической актуализации травматичного прошлого и самостигматизации к формированию мнения, где шрам может стать маркером пережитой боли и символом выздоровления. Целесообразно включать техники переоценки и интеграции телесного опыта, например, через направленную

на ментализацию или диалектико-поведенческую терапию, чтобы помочь пациенту увидеть в шраме не только знак поражения перед эмоциональными проблемами, но и свидетельство «выживания» и «внутренней борьбы». Варианты дерматологической коррекции или маскировки шрамов могут рассматриваться как вспомогательные, способные снизить триггерное воздействие и эмоциональную нагрузку, что создает более стабильную основу для глубинной психотерапевтической работы. Однако, основной фокус должен оставаться на психологической переработке, чтобы предотвратить замещение старых шрамов новыми, разрывая порочный круг стыда, «душевной боли» и повторения аутоагрессии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в изданиях перечня ВАК при Минобрнауки России

1. Клинические характеристики аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности: обзор современных исследований / **Ф. Трабелси**, Д.И. Шустов, А.В. Меринов [и др.]. – Текст : непосредственный // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии**. – 2024. – № 5. – С. 589-601. – DOI: 10.33920/med-01-2405-06.

2. **Трабелси, Ф.** Нейробиологические и психосоциальные механизмы патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности (обзор литературы) / **Ф. Трабелси**, Д.Ю. Кряжкова, И.А. Федотов. – Текст : непосредственный // **Наука молодых (Eruditio Juvenium)**. – 2024. – Т. 12, № 1. – С. 121–134. – DOI: 10.23888/HMJ2024121121-134.

3. Особенности отношения к шрамам после самоповреждений у пациенток с пограничным расстройством личности по сравнению с пациентками с аффективными расстройствами и расстройствами приспособительных реакций / **Ф. Трабелси**, А.А. Григорьева, А.К. Кондратович [и др.]. – Текст : непосредственный // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии**. – 2025. – №10. – С. 1261-1270. – (Соавт.: Д.С. Петров, И.А. Федотов).

4. Психосоциальные детерминанты суицидального поведения у пациенток с пограничным расстройством личности и пограничной акцентуацией характера / **Ф. Трабелси**, А.В. Меринов, С.В. Нагибина [и др.]. – Текст : непосредственный //

Суицидология. – 2025. – Т. 16, №2. – С. 40-53. – DOI: 10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-40-53.

5. Validation of the Non-Suicidal Self-Injury Scar Cognition Scale (NSSI-SCS) in a Russian-speaking Sample / A.A. Grigoreva, A.K. Kondratovich, **F.M. Trabelsi** [et al.]. – Text : visual // Psychology in Russia: State of the Art. – 2025. – Vol. 18, N.4. – P. – DOI: 10.11621/pir.2025.0408.

6. Пограничное расстройство личности и пограничная акцентуация характера: сравнение суицидальных характеристик у женщин / **Ф. Трабелси**, Д.С. Петров, В.В. Новиков [и др.]. – Текст : непосредственный // **Наука молодых (Eruditio Juvenium)**. – 2026. – Т. 14, № 1. – С. 91–102. – (Соавт.: Б.Ю. Володин, И.А. Федотов). – DOI: 10.23888/HMJ202614191-102 EDN: KFVRYG.

Статьи в сборниках докладов конференций и материалах съездов

1. **Трабелси, Ф.** Актуальные теории патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности // Ф. Трабелси. – Текст : непосредственный / Сборник докладов X Всероссийской научной конференции с международным участием молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвященной 175-летию со дня рождения академика И.П. Павлова и 120-летию со дня получения им Нобелевской премии (Рязань, 24-25 октября 2024 г.) / под общ. ред. Р.Е. Калинина, И.А. Сучкова; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2024. – С. 99-100.

2. **Трабелси, Ф.** Отношение к шрамам после несуицидального самоповреждения у пациенток с пограничным расстройством личности / Ф. Трабелси. – Текст : непосредственный // Сборник докладов XI Всероссийской с международным участием научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвящённой 75-летию университета на Рязанской земле (Рязань, 16-17 октября 2025 г.) / под общ. ред. Р.Е. Калинина, И.А. Сучкова; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2025. – С.

3. **Трабелси, Ф.** Психотерапевтические подходы к профилактике аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности / Ф. Трабелси, И.А. Федотов. – Текст : непосредственный // VI съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики : материалы съезда / под ред. А.В. Голенкова. – Чебоксары: ГАУ ДПО «ИУВ», 2025. – С. 271-273.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ДИП-П – пересмотренное диагностическое интервью для лиц с ПРЛ
- ДПТ – диалектико-поведенческая терапия
- КПСН – коэффициент просуицидальной напряженности
- МИНИ-СМИЛ – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности
- МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- НССП – несуюицидальное самоповреждение
- ПРЛ – пограничное расстройство личности
- ПРЛ-АЛК – группа пациенток с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью
- ПРЛ-ЛИЧН – группа пациенток с пограничным расстройством личности без коморбидных расстройств
- ПРЛ-ПСИХ – группа пациенток с пограничным расстройством личности с психическими коморбидными расстройствами
- ПРЛ-ШРАМЫ – группа пациенток с пограничным расстройством личности, имеющих шрамы после несуюицидального самоповреждения
- ПС – попытка суицида
- ПЧЛ – пограничные черты личности
- ПЧЛ-АЛК – группа пациенток с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью
- ПЧЛ-ЛИЧН – группа пациенток с пограничными чертами личности без коморбидных расстройств
- ПЧЛ-ПСИХ – группа пациенток с пограничными чертами личности с сопутствующими психическими расстройствами
- BIS-11 – Barratt Impulsiveness Scale
- СТQ-SF – сокращенный опросник о травмах в детстве
- DUDIT – тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков
- PANAS – шкала позитивного аффекта и негативного аффекта
- PBQ-BPD – опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности
- PID-5-BF – Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form
- SCL-90-R – Symptom Check List-90-Revised