

Описание случая: депрессивное расстройство и невыявленное своевременно коморбидное пограничное расстройство личности

Современная терапия психических расстройств. —
2025. — № 1. — С. 67–74.
DOI: 10.48612/psyph/2n75-f9fa-ur2h

Т.И. Прусова¹, А.В. Васильева^{1, 2}, Т.А. Караваева^{1, 3, 4, 5}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

⁵ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Проблема диагностики и лечения пациентов с коморбидными психическими расстройствами сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. В рутинной практике даже психотерапевт часто ограничивается симптоматической оценкой состояния пациента, что приводит к выявлению аффективных нарушений и недооценке сосуществующей патологии личности, о которых сам пациент активно не рассказывает, особенно если речь идет о таком довольно распространенном диагнозе, не имеющем конкретных аналогов в традициях отечественной психиатрии, как пограничное расстройство личности (ПРЛ). Литературные данные указывают на высокую коморбидность тревожных и депрессивных расстройств и ПРЛ. Действительно, депрессивный эпизод у этих пациентов может манифестировать вне типичных триггерных ситуаций, приводящих к декомпенсации расстройства личности. Построение правильной психотерапевтической тактики становится наиболее важным звеном в терапии пациентов с ПРЛ, поскольку этиологическое и патогенетическое медикаментозное лечение данного расстройства отсутствует. В данном клиническом случае пациентка 24 лет, ранее проходившая комбинированное психотерапевтическое и фармакологическое лечение депрессивного эпизода, спустя 2 месяца ремиссии вновь обратилась за помощью в ситуации эмоционального дистресса, с представленными в клинической картине симптомами ПРЛ, которые ранее не были обнаружены. Состояние пациентки было переоценено, она была госпитализирована в психиатрический стационар, где получала оланзапин в дозировке 10 мг/сут и посещала группу тренинга навыков диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ), в которой участвовала и после выписки. Также после выписки была начата индивидуальная терапия с ДБТ-терапевтом. Спустя полгода наблюдения состояние пациентки значительно улучшилось. Этот клинический случай демонстрирует, насколько важным в психотерапевтическом лечении является определение мишеней и задач терапии, соответствующих психопатологии пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клинический случай, депрессивное расстройство, тревога, пограничное расстройство личности, коморбидность, психотерапия

КОНТАКТЫ: Прусова Татьяна Игоревна, ta_prusova@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8844-0622
Васильева Анна Владимировна, annavdoc@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-5116-836X
Караваева Татьяна Артуровна, tania_kar@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8798-3702

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Прусова Т.И., Васильева А.В., Караваева Т.А. Описание случая: депрессивное расстройство и невыявленное своевременно коморбидное пограничное расстройство личности // Современная терапия психических расстройств. — 2025. — № 1. — С. 67–74. — DOI: 10.48612/psyph/2n75-f9fa-ur2h

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ФИНАНСИРОВАНИЕ: исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XS0Z 2024 0014).

Clinical Case: Depressive Disorder and Undiagnosed Comorbid Borderline Personality Disorder

T.I. Prusova¹, A.V. Vasileva^{1, 2}, T.A. Karavaeva^{1, 3, 4, 5}

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

³ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

⁴ National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Saint Petersburg, Russia

⁵ I.I. Mechnikov North-Western Medical State University, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

The problem of diagnosis and treatment of patients with comorbid mental disorders has remained relevant for many years. Routine practice challenges medical professionals, even psychotherapists, who tend to limit their consultations to a symptomatic assessment of patients' condition. This approach may be appropriate for the identification of affective disorders, but leads to an underestimation of the coexisting personality pathology as symptoms of a personality disorder are rarely presented among patients' complaints. Moreover, borderline personality disorder (BPD) may be a common diagnosis worldwide, but lack of close alternatives from the traditional Russian psychiatric school contributes to the complexity of BPD recognition in our country. Data indicate a high comorbidity of anxiety and depressive disorders with BPD, and depressive episodes in this group of patients may occur without any typical trigger situations for personality disorder decompensation. The development of appropriate psychotherapeutic tactics becomes the crucial step in the BPD management because of the absence of etiological and pathogenetic pharmacological treatment for this disorder. In this clinical case, a 24-year-old female patient, who had previously undergone combined psychotherapeutic and pharmacological treatment for the depressive episode, sought help again in the situation of emotional distress after 2 months of remission. BPD symptoms were detected for the first time only during second admission and subsequently her condition was re-evaluated. She was then admitted to a psychiatric facility, where she received olanzapine at a dosage of 10 mg per day and started dialectical behavioral therapy (DBT) skills training. She continued to attend training after discharge, and individual DBT therapy was added to the treatment plan. After six months of follow-up, the patient's condition significantly improved. This clinical case demonstrates the importance of defining psychotherapeutic targets, particularly those appropriate to the patient's psychopathology.

KEYWORDS: clinical case, depressive episode, anxiety, borderline personality disorder, comorbidity, psychotherapy

CONTACTS: Prusova Tatyana Igorevna, ta_prusova@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8844-0622

Vasileva Anna Vladimirovna, annavdoc@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-5116-836X

Karavaeva Tatiana Arturovna, tania_kar@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8798-3702

CITATION: Prusova T.I., Vasileva A.V., Karavaeva T.A. Clinical Case: Depressive Disorder and Undiagnosed Comorbid Borderline Personality Disorder // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. – 2025. – No. 1. – Pp. 67–74. – DOI: 10.48612/psyph/2n75-f9fa-ur2h [in Russian].

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

FUNDING: the study was carried out within the framework of the state assignment of V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation for 2024–2026 (XSOZ 2024 0014).

Введение

История поиска эффективных методов психотерапии для лечения непсихотических психических расстройств неразрывно связана с представлением клинических случаев, однако с приходом эры доказательной медицины на авансцену науки вышли рандомизированные клинические исследования и метаанализы. Отметим, что эти методы имеют свои ограничения, связанные с тем, что исследовательская выборка довольно сильно отличается от пациентов, которых специалисты видят в рутинной практике. Кроме того, в научных журналах публикуются в основном исследования с положительным результатом, что приводит к так называемому публикационному смещению и, конечно, нельзя исключить человеческий фактор и искажения, обусловленные установками авторов метаанализов [1, 2].

Появившиеся в XXI веке возможности обработки больших массивов данных, собранных из разных научных и практических центров, повлияли на возросший интерес к представлению клинических случаев. Анализ историй удачного лечения пациентов может способствовать развитию персонализированного подхода в медицине, позволить лучше понять, какой метод лечения и какая интервенция будут наиболее полезными для определенного типа пациентов в реальных условиях клинической практики, избежать

диагностических ошибок в сложных ситуациях, особенно при наличии коморбидных психических расстройств [3–5].

Проведенное Российским обществом психиатров исследование выявило, что более половины коллег при постановке диагноза не используют Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [6]. Представление сложных клинических случаев может помочь специалистам улучшить свои практические навыки в отношении постановки диагноза, обучаясь на конкретных примерах. Существенной проблемой правильной диагностики и планирования лечения при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), помимо полиморфизма симптоматики и наличия перекрестных с другими расстройствами симптомов, является то, что ПРЛ часто сочетается именно с теми «расстройствами, дифференциальная диагностика с которыми и представляет наибольшую трудность», как отмечают А.К. Хасанова, С.Н. Мосолов в своей работе, посвященной дифференциальной диагностике ПРЛ [7]. Также авторы [7] говорят об отсутствии конкретных аналогов для данного диагноза в отечественной систематике психопатий. Одновременно с этим крупное эпидемиологическое исследование, проведенное R.C. Kessler et al. [8], выявило, что лишь у половины пациентов с ПРЛ диагностируется одно психическое расстройство, тогда как остальные имеют один или более коморбидных

диагнозов, в частности, высока коморбидность ПРЛ с аффективными нарушениями [9, 10]. У лиц с ПРЛ в 48,0–83,5 % случаев также есть и большое депрессивное расстройство [11, 12], причем случаи коморбидного течения ПРЛ и других расстройств более суицидоопасны [13, 14] и резистентны к терапии [15].

В рутинной практике не всегда достаточно подробно собирается анамнез, к тому же, в отличие от симптомов депрессии или тревоги, такие патогномичные симптомы ПРЛ, как чувство внутренней пустоты, неустойчивость образа «Я», повторяющиеся паттерны разрывов межличностных отношений, редко предъявляются в качестве жалоб или проблем по причине их эгосинтонности [16]. Данный клинический случай интересен тем, как в процессе динамического наблюдения за пациентом и сбора новой информации об анамнезе его заболевания и жизни диагноз был в значительной степени изменен, что повлияло на тактику медикаментозного и психотерапевтического лечения. Данное описание случая было подготовлено в соответствии с рекомендациями CARE [3].

Информация о пациенте

Пациентка — женщина 24 лет, студентка медицинского университета. Обратилась амбулаторно к врачу-психотерапевту с жалобами на эмоциональную подавленность, ощущение бессмысленности жизни, диффузную тревогу, чувство внутреннего напряжения, периодическую взвинченность, «опустошенность», чувство вины после расставания с партнером, проблемы со сном (многократные пробуждения в течение ночи), ощущение напряжения в мышцах спины и шеи (неврологическая патология была исключена неврологом, медицинская документация на руках).

Пациентка отмечает, что для нее всегда были характерны «эмоциональность и некоторая неустойчивость настроения», в анамнезе присутствует несколько явных эпизодов эмоциональных и поведенческих нарушений. В возрасте 15–16 лет зафиксирован первый эпизод несуйцидального самоповреждения (НССП): пациентка расцарапала поверхность предплечий ножницами после расставания с романтическим партнером. В возрасте 16–17 лет впервые появились антивитальные переживания, связанные с тем, что сама пациентка называет «кризисом идентичности»: «Я не понимала, зачем эту жизнь вообще проживать, поняла, что я — как все, скучная и серая». В возрасте 18–19 лет вовлекалась в потенциально опасные для себя формы поведения импульсивно без учета их возможных последствий. Все эпизоды связывает с межличностными конфликтами. К примеру, употребила 2–3 бутылки пива в течение 20 минут, чтобы «забыть о своих переживаниях и почувствовать хоть что-то», упоминает о мыслях по типу «либо я умру прямо здесь, либо мне станет хоть немного лучше». При первом обращении о вышеперечисленных инцидентах не рассказывала: «Никто не спрашивал, а сама я не посчитала это чем-то особенным или важным».

Первое ухудшение состояния, которое пациентка считает патологическим и по поводу которого позже обратилась к психотерапевту, отмечалось в марте

2023 г., когда ей стало тяжелее радоваться «простым вещам вокруг», которые ранее доставляли ей удовольствие, появилось нежелание что-либо делать (было трудно заставить себя готовиться к экзаменам, убирать дома), возникло устойчивое снижение концентрации внимания; позже, в июне, усилилась тревога, нарушился сон («могла то вообще не спать 2 ночи подряд, то спала 1–2 недели по 15–17 часов в сутки»). Суточная динамика состояния отсутствовала. На фоне возникших нарушений часто ругала себя за «лень», называла «никчемной». Также пациентка отмечает, что из-за плохого самочувствия стала меньше общаться с друзьями. Затрудняется с чем-либо связать свое состояние. Ранее подобных периодов снижения настроения в течение жизни не возникало. Эпизоды выраженного, необычного для нее подъема настроения, раздражительности, которые сопровождались бы ускорением течения мыслей, повышенной общительностью, повышением либидо, аппетита, снижением потребности во сне, отрицает.

В мае 2023 г. пациентка впервые обратилась к психиатру-психотерапевту с вышеуказанными жалобами, ей был выставлен диагноз F32.10 «Депрессивный эпизод средней степени тяжести без соматических симптомов». Отмечает, что после постановки диагноза депрессии она «даже как-то успокоилась», поскольку «теперь можно было себя обозначать и идентифицировать еще и так, и в жизни появилась какая-то определенность». Было принято решение о комбинации фармакологического и психотерапевтического лечения. Пациентке был назначен сертралин в начальной дозе 25 мг/сут с постепенной титрацией до средней терапевтической — 100 мг/сут. Она принимала его 7,5 месяцев, а также прошла курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), всего 26 психотерапевтических сессий с регулярностью 1 раз в неделю в течение 6 месяцев и еще 2 месяца — 1 раз в 2 недели. Длительность депрессивного эпизода составила 5 месяцев (в августе 2023 г. состояние пациентки уже не соответствовало критериям депрессивного эпизода). Ни во время первого приема, ни в дальнейшем пациентка не сообщала об эпизодах НССП. На момент окончания лечения пациентка жалоб не предъявляла.

Следующее ухудшение состояния возникло в феврале 2024 года. Пациентка объясняет его расставанием с партнером, которое произошло по ее инициативе. После она стала чувствовать вину за расставание, актуализировался страх «навсегда остаться одной», усилилась тревога. На фоне переживаний настроение снизилось, тяжело переносила одиночество, по вечерам ее охватывало чувство покинутости, несмотря на то что она была инициатором расставания. У пациентки не получалось помочь себе с помощью техник и навыков, изученных в ходе психотерапевтической работы. Было предложено стационарное лечение с целью уточнения диагноза, динамического наблюдения, назначения медикаментозной терапии и психотерапевтического лечения (группа тренинга навыков диалектической бихевиоральной терапии — (ДБТ), госпитализация была проведена на добровольной основе.

Анамнез жизни

Родилась в 2001 г. в полной семье, единственный ребенок. Наследственность психопатологически не отягощена. Развивалась в соответствии с возрастными нормами. Отношения в семье описывает как «почти идеальные», при повторном обращении и более подробном расспросе были выявлены признаки непоследовательности в поведении родителей пациентки: они могли проводить с ней вместе несколько недель, а затем практически не принимать участия в ее жизни на протяжении нескольких месяцев. Характеризует себя в детстве как «более чувствительного ребенка, чем все остальные». Родители всегда критиковали эту черту ее характера, часто повторяли: «Сильный человек руководит своими эмоциями, а не наоборот» (сейчас, когда пациентке не удается сдерживать эмоции, ей кажется, что с ней что-то не так).

Посещала детское дошкольное учреждение с 3 лет, школу — с 7, в коллективах адаптировалась удовлетворительно, с учебой справлялась на 3–4 из-за недостатка мотивации на выполнении монотонных рутинных заданий. В 18 лет поступила в медицинский университет на платное обучение. С учебой часто не справлялась, «на 1–2-м курсах из-за ненужных предметов было очень скучно», в настоящий момент находится в четвертом академическом отпуске.

Себя описывает как очень эмоциональную, общительную, энергичную, влюбчивую, уточняет: «Это то, как обычно меня описывают со стороны, наверное, это так и есть». Обычно уже через 2–3 недели после знакомства с молодыми людьми завязывает с ними отношения, строит планы на будущее, однако позже отношения либо довольно быстро заканчиваются, либо приобретают характер нестабильных, с многократными расставаниями и примирениями. В перерывах между отношениями сближается со своими подругами, поскольку «без поддержки становится довольно сложно и очень пусто».

Наркологический анамнез: однократное употребление неизвестного психоактивного вещества (ПАВ)

в возрасте 18–19 лет с рекреационными целями (эффект — эйфоризирующий). Алкоголь употребляет эпизодически, по праздникам. Не курит.

Перенесенные заболевания: соматических заболеваний не имеет, на постоянной основе медикаментозную терапию не принимает.

Гинекологический анамнез: беременностей — 2, роды — 0, медикаментозных аборт — 2 (2021, 2022 гг.).

Клинические данные

Психический статус (февраль 2024 г.)

Сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована всесторонне верно. Во время беседы выглядит взволнованно, тревожно, несколько печально, активно делится своими переживаниями. Настроение снижено, без суточного колебания аффекта, сохранена его ситуативная реактивность, когда остается одна — настроение ухудшается, усиливается тревога, при встрече с подругами становится чуть легче. В беседе фиксирована на расставании с молодым человеком, склонна к сокращению дистанции со специалистом, просит обнять, несколько раз спрашивает его, как бы он поступил в этой ситуации, считает ли он, что пациентка виновата в сложившейся ситуации. Импульсивна, для снятия внутреннего напряжения использует самоповреждающее поведение. Сон поверхностный с ночными пробуждениями, засыпание затруднено из-за мыслей о покинутости. Аппетит нестабильный, в компании получает удовольствие от еды. Сексуальных отношений нет, при уточненном расспросе либидо не снижено. Отмечает трудности сосредоточения из-за тревоги. Речь модулированная, в нормальном темпе. Мышление без нарушений по темпу и продуктивности. На момент осмотра обманы восприятия бредовые идеи отсутствуют. Есть отдельные мысли о самоубийстве, которые как жалобу не предъявляет, делится мыслями при более подробном расспросе. При осмотре

Таблица. Хронология событий (Chronology)
Table. Chronology

Временной период	Событие
2015–2016	Первый эпизод НССП
Март 2023	Первое ухудшение состояния, расцененное пациенткой как патологическое
Май 2023	Установление диагноза «Депрессивный эпизод средней степени тяжести без соматических симптомов», начало психотерапевтического лечения и прием сертралина
Ноябрь 2023	Окончание основного курса психотерапевтического лечения депрессии
Декабрь 2023	Прекращение приема сертралина
Февраль 2024	Повторное обращение к психотерапевту. Установление диагноза ПРП. Добровольная госпитализация в психиатрическое отделение. Начало приема оланзапина и посещения группы тренинга навыков ДБТ
Апрель 2024	Выписка из стационара в удовлетворительном состоянии, начало личной терапии в ДБТ-подходе
Июнь 2024	Отмена оланзапина в связи со стабилизацией состояния пациентки
Сентябрь 2024	Сохранение стабильного состояния, отсутствие НССП с февраля 2024 г., антивитаальных переживаний — с мая 2024 г.

на предплечьях обнаруживаются множественные порезы, нанесенные пациенткой накануне вечером (вид порезов соответствует срокам нанесения, названным пациенткой). Мотивирована на проведение фармакологического и психотерапевтического лечения. Критика к своему состоянию частичная, считает ухудшение состояния рецидивом депрессии.

Диагностические вмешательства

Соматический статус (февраль 2024 г.): без особенностей, клинический и биохимический анализы крови в пределах нормы.

Неврологический статус (февраль 2024 г.): данных об актуальной неврологической патологии не выявлено.

ЭЭГ: признаков эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Заключение клинического психолога по результатам патопсихологического экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования

Выявлены признаки аффективного и аномально-личностного (эмоционально-неустойчивый тип) патопсихологических симптомокомплексов. При оценке эмоционально-личностной сферы на первый план выходят черты экстраверсии, повышенной чувствительности и эмоциональной неустойчивости, снижение способности к саморегуляции эмоций и поведения. Неадаптивной копинг-стратегией в эмоциональной сфере является обращение к НССП при возникновении интенсивных эмоциональных переживаний. Также у пациентки наблюдается дефицит навыков проблемно-решающего поведения, дефицит навыков межличностного общения и в частности, навыков поведения в ходе межличностных конфликтов. Среди механизмов психологических защит у пациентки преобладают незрелые защиты: проекция, расщепление, идеализация, обесценивание. Текущее состояние характеризуется депрессивными симптомами и высоким уровнем безнадежности, умеренным уровнем тревоги, при этом присутствует как повышенная ситуативная, так и личностная тревожность.

Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика

На основании жалоб (на эмоциональную неустойчивость, подавленность, опустошенность, ощущение бессмысленности жизни, частые ночные пробуждения, чувство внутреннего напряжения, тревогу), данных анамнеза заболевания (эпизоды импульсивного рискованного поведения, где пациентка действовала без учета последствий своих действий, эпизоды НССП, дебют эмоциональных и поведенческих нарушений в подростковом возрасте, триггером которых часто являлись расставания и ссоры со значимыми другими, фиксируемая с подросткового возраста не-

устойчивость образа «Я»), жизни (описываемая пациенткой с детства повышенная эмоциональная чувствительность, непоследовательность в поведении родителей, паттерн неустойчивых отношений с обесцениванием и идеализацией с текущим и предыдущими романтическими партнерами, непереносимость одиночества в периоды между романтическими отношениями, трудности в поддержании деятельности, которая не предполагает немедленного вознаграждения), данных объективного обследования (реактивность настроения, антивитаальные переживания, стремление к сокращению дистанции со специалистом, порезы на предплечьях), данных дополнительного обследования (отсутствие неврологической и соматической патологии, данные патопсихологического обследования, свидетельствующие о наличии у пациентки аффективного и аномально-личностного патопсихологических симптомокомплексов) был выставлен диагноз F60.31 «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, состояние декомпенсации. Тревножно-депрессивный синдром». Отметим, что состояние пациентки также соответствует триаде Ганнушкина — Кербикова: личностные черты пациентки нарушают социальную адаптацию, стабильны во времени и проявляются практически во всех сферах жизни, т. е. являются тотальными.

Дифференциальная диагностика была проведена со следующими состояниями:

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР): состояние пациентки отличается выраженной эмоциональной реактивностью; отсутствуют, помимо эмоциональной подавленности, иные основные симптомы депрессивного эпизода (ангедония, снижение энергетического потенциала), изменение аппетита и вкуса пищи, снижение либидо; присутствуют стабильные эмоциональные и поведенческие нарушения (в том числе НССП, импульсивность, сложности с поддержанием деятельности, не приносящей немедленного результата), неопределенность образа «Я», сложности с поддержанием стабильных длительных межличностных отношений, которые наблюдаются с подросткового возраста и не объясняются лишь течением РДР.

Биполярное аффективное расстройство (БАР): эмоциональные и поведенческие нарушения не имеют фазного течения, наблюдаются стабильно с подросткового возраста, присутствуют неопределенность образа «Я», сложности с поддержанием стабильных длительных романтических отношений с выраженным паттерном идеализации и обесценивания, которые не объясняются течением БАР. Наличие личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса по результатам экспериментально-психологического обследования, отсутствие в анамнезе эпизодов выраженного, необычного для пациентки подъема настроения, раздражительности, которые сопровождались бы ускорением течения мыслей, повышенной общительностью, повышением либидо, аппетита, снижением потребности во сне.

Посттравматическое и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР и КПТСР): в анамнезе пациентки отсутствуют ситуации исключительно угрожающего или катастрофического

характера, а в клинической картине отсутствуют флешбэки, сверхнастороженность и избегание ситуаций, связанных с каким-либо травматическим опытом. Дифференциальная диагностика с данными состояниями требуется из-за того, что эмоциональная дисрегуляция, негативное самовосприятие, трудности в формировании близких отношений с другими встречаются как при ПТСР и кПТСР, так и при ПРЛ [7].

Лечебные вмешательства

Пациентка была госпитализирована в психиатрический стационар (режим III) с целью подбора фармакологического лечения и начала проведения психотерапии. Пациентке назначен оланзапин с целью коррекции импульсивности и эмоциональной лабильности в начальной дозировке 2,5 мг/сут с дальнейшей титрацией до 10 мг/сут, с положительным эффектом. Через 7 дней после госпитализации пациентка начала посещать группу тренинга навыков ДБТ. В психотерапевтическом лечении пациентки были выделены следующие мишени (с планированием индивидуальной психотерапии амбулаторно после выписки):

I. *Симптоматические мишени психотерапии:*

- 1) эмоциональная нестабильность; 2) депрессивное настроение; 3) тревога; 4) суицидальные мысли; 5) самоповреждающее поведение; 6) диссомния; 7) напряжение в мышцах шеи психогенной природы; 8) чувство внутреннего напряжения.

II. *Мишени, связанные с межличностным функционированием пациента:* 1) чувство вины после расставания с партнером; 2) паттерн стремительных интенсивных отношений с идеализацией и обесцениванием; 3) дефицит навыков межличностного общения, и в частности — навыков поведения в конфликтах; 4) отсутствие реалистичных представлений об отношениях между людьми; 5) чрезмерные усилия избежать предполагаемой или реальной покинутости, в том числе — путем проявления инициативы в расставании.

III. *Мишени, связанные с личностными особенностями и психическим статусом пациента:* 1) неопределенность образа «Я»; 2) самообвинение, самокритика, негативная оценка себя; 3) эмоциональная уязвимость (как устойчивая личностная особенность); 4) импульсивность; 5) преимущественная ориентация на мнение окружающих при принятии решений и оценке собственных поступков; 6) повышенная личностная тревожность.

IV. *Мишени, связанные с защитно-компенсаторными механизмами:* 1) незрелые психологические защиты (проекция, расщепление, идеализация, обесценивание, отреагирование вовне); 2) неадаптивные копинг-стратегии и недостаток навыков проблемно-решающего поведения; 3) эгосинтонное отношение к симптомам расстройства.

Спустя месяц после госпитализации пациентка освоила навыки эмоциональной регуляции, стала лучше контролировать импульсы к НССП, также ей стало легче отслеживать свои эмоциональные состояния и мысли, ведущие к НССП и к суицидальным размышлениям, у пациентки нормализовался сон,

снизилось чувство внутреннего напряжения, болевые ощущения в мышцах шеи. Она была выписана из стационара спустя 6 недель после госпитализации в стабильном состоянии с учетом продолжения психотерапевтического и медикаментозного лечения после выписки. Спустя 3 месяца и 2 недели приема оланзапина пациентка в плановом порядке обратилась на прием к психиатру для решения вопроса о продолжении его приема, сильно переживала из-за прибавки массы тела. В связи с отсутствием в течение 1,5 месяцев суицидальных мыслей, побуждений к НССП, стабилизацией эмоционального состояния и регулярным посещением пациенткой индивидуальной и групповой психотерапии было принято решение об отмене оланзапина. Отмену препарата перенесла удовлетворительно.

На момент сентября 2024 г. она продолжает посещать групповой тренинг навыков и индивидуальную психотерапию, по оценке личного и группового психотерапевтов пациентка проявляет меньшую импульсивность и раздражительность в ситуациях межличностного общения, более быстро и эффективно использует навыки эмоциональной регуляции в ситуациях эмоционального дистресса, стала легче переносить ситуации межличностных конфликтов и одиночество.

Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует, насколько важным для планирования лечебных интервенций является сбор полного анамнеза и выявление устойчивых неадаптивных эмоциональных и поведенческих паттернов: лица с расстройствами личности могут не предъявлять жалобы «согласно» критериям МКБ-10. Более того, многие симптомы свойственны как для клинической картины ПРЛ, так и для аффективных расстройств [17], например, лабильность настроения, склонность к аффективным колебаниям, дисфория, раздражительность, тревога [13, 18]. Т. Wu et al. предполагают, что диагноз ПРЛ целесообразно выставлять в отсутствии кризисной ситуации, после наблюдения за пациентом, поскольку не все люди, которые в условиях стресса озлоблены, раздражительны, тревожны и прибегают к дезадаптивным стратегиям совладания, вне периода стресса соответствуют критериям диагноза ПРЛ [19]. М. Zimmerman et al. обращают внимание на то, что клиницисты редко задают «скрининговые» вопросы для того, чтобы обнаружить ПРЛ подобно тому, как, например, вопросы про наличие или отсутствие чрезмерного беспокойства на протяжении шести и более месяцев задаются для скрининга генерализованного тревожного расстройства [20].

Мишени психотерапевтического и фармакологического лечения могут достаточно сильно различаться у лиц с ПРЛ и депрессией. При первом обращении пациентки за помощью не были выделены такие важные мишени психотерапии, как неопределенность, неустойчивость образа «Я», чувство внутренней пустоты, самоповреждающее поведение, повторяющиеся деструктивные паттерны межличностных отношений. В дальнейшем это привело к дестабилизации

состояния пациентки после триггерного стрессового воздействия. В случаях коморбидного течения ПРЛ и депрессивного расстройства приоритетной является психотерапия ПРЛ [21], и эффективность выбранного при первичном обращении метода психотерапии не является сопоставимой с такими общепринятыми методами психотерапевтического лечения ПРЛ, как ДБТ [22, 23], схема-терапия [24], терапия, основанная на ментализации [25] и терапия, сфокусированная на переносе [26].

Учитывая то, что в состоянии пациентки было достигнуто улучшение, ПРЛ и депрессивный эпизод имели коморбидное течение, а также то, что диагноз расстройства личности, как это было сказано ранее, часто требует более длительного наблюдения за пациентом, данный случай нельзя считать полностью неуспешным. Скорее это свидетельствует о необходимости пересмотра стратегии лечения пациента в ходе работы с ним, о чем, в частности, говорят специалисты в когнитивно-поведенческой терапии — концептуализация случая дополняется в ходе лечения и может меняться при получении новых данных [27].

Стоит также коснуться проблемы медикаментозного лечения. Этиологического и патогенетического лечения ПРЛ не существует, и терапия носит либо симптоматический характер, либо направлена на коморбидную патологию [28,29]. При первом обращении сертралин был вариантом выбора терапии первой линии [30] при умеренном депрессивном эпизоде у пациентки, ранее не получавшей медикаментозной терапии. При повторном обращении и госпитализации с целью коррекции эмоциональной лабильности и импульсивности назначен оланзапин в дозировке 10 мг/сут. На момент лечения пациентки и подготовки клинического случая к публикации на территории Российской Федерации действовала версия клинических рекомендаций (КР), где оланзапин был одним из препаратов, рекомендованных к применению для коррекции эмоциональной лабильности и импульсивности (актуальная версия клинических рекомендаций по специфическим рас-

стройствам личности применяется с января 2025 г. [28]), в текущей версии КР есть указание на то, что антипсихотические средства могут быть использованы с целью коррекции эмоционально-поведенческих нарушений и контроля импульсивности, в частности, «для курсового лечения рекомендуется назначение атипичных антипсихотических средств на период не более 3 месяцев», однако оланзапин среди препаратов не указан (как и другие атипичные антипсихотики). Все препараты, упомянутые в КР, используются на территории РФ для лечения расстройств личности off-label, т. е. расстройства из данной группы отсутствуют в официальных инструкциях по медицинскому применению указанных в КР препаратов. Существуют смешанные данные об эффективности оланзапина при ПРЛ, и их стоит использовать с осторожностью, учитывая низкую достоверность результатов ряда рандомизированных клинических исследований оланзапина, на что указывают авторы систематического обзора и метаанализа G. Gartlehner et al. [29]. Однако препарат, наряду с ламотриджином, имеет более обширную доказательную базу по применению при ПРЛ, нежели другие препараты. Согласно обновленной версии клинических рекомендаций, а также с учетом профиля побочных эффектов, допустимой опцией терапии могли бы являться антидепрессанты из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако дальнейшие исследования необходимы для того, чтобы разработать протоколы медикаментозного лечения ПРЛ с высоким уровнем доказательности.

В заключение необходимо отметить, что представленный случай демонстрирует, насколько врачам-психиатрам и психотерапевтам важно полно собирать анамнез, оценивать характер отношений со значимыми другими в период формирования личности пациента, выявлять устойчивые когнитивные, эмоциональные и поведенческие паттерны, в том числе и в сфере межличностных отношений, правильно определять мишени и методы психотерапевтических интервенций.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

- Munder T., Brüttsch O., Leonhart R. et al. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33 (4). – Pp. 501–511. – <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>
- Wampold B.E., Flückiger C., Re A.C. et al. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy // *Psychotherapy Research*. – 2017. – Vol. 27 (1). – Pp. 14–32. – <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Gagnier J.J., Kienle G., Altman D.G. et al. CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development // *J Clin Epidemiol*. – 2014. – Vol. 67 (1). – Pp. 46–51. – <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>
- Kazdin A.E. Single-case experimental design. Evaluating intervention in research and clinical practice // *Behaviour Research and Therapy*. – 2019. – Vol. 117. – Pp. 3–17. – <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Незнанов Н.Г., Васильева А.В., Салагай О.О. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье // *Общественное здоровье*. – 2022. – Т. 2 (2). – С. 40–57. – <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57>
- Мартынихин И.А. Использование МКБ-10 для диагностики психических расстройств в России согласно Национальной статистике и обзору опыта психиатров // *Consort Psychiatr*. – 2021. – Т. 2 (2). – С. 35–44. – <https://doi.org/10.17816/CP69>
- Хасанова А.К., Мосолов С.Н. Пограничное расстройство личности: клиника, классификация и дифференциальная диагностика // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2023. – № 5. – С. 4–17.
- Munder T., Brüttsch O., Leonhart R. et al. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33 (4). – Pp. 501–511. – <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>
- Wampold B.E., Flückiger C., Re A.C. et al. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy // *Psychotherapy Research*. – 2017. – Vol. 27 (1). – Pp. 14–32. – <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Gagnier J.J., Kienle G., Altman D.G. et al. CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development // *J Clin Epidemiol*. – 2014. – Vol. 67 (1). – Pp. 46–51. – <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>
- Kazdin A.E. Single-case experimental design. Evaluating intervention in research and clinical practice // *Behaviour Research and Therapy*. – 2019. – Vol. 117. – Pp. 3–17. – <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Neznanov N.G., Vasil'eva A.V., Salagaj O.O. Rol' psihoterapii, kak medicinskoj special'nosti, v obshchestvennom zdorov'e // *Obshchestvennoe zdorov'e*. – 2022. – Т. 2 (2). – С. 40–57. – <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57>
- Martynihin I.A. Ispolzovanie MKB-10 dlja diagnostiki psicheskikh rasstrojstv v Rossii so-glasno Nacional'noj statistike i obzoru opyta psihiatrov // *Consort Psychiatr*. – 2021. – Т. 2 (2). – С. 35–44. – <https://doi.org/10.17816/CP69>
- Hasanova A.K., Mosolov S.N. Pogranichnoe rasstrojstvo lichnosti: klinika, klassifikacija i differencial'naja diagnostika // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. – 2023. – № 5. – С. 4–17.

8. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch Gen Psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – Pp. 593–602. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>. PMID: 15939837
9. Eskander N., Emamy M., Saad-Omer SM. et al. Impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder // Cureus. – 2020. – Vol. 12 (8). – e9581. – <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
10. Shah R., Zanarini M.C. Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions // Psychiatr Clin North Am. – 2018. – Vol. 41 (4). – Pp. 583–593. – <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
11. Romanowicz M., Schak K.M., Vande Voort J.L. et al. Prescribing practices for patients with borderline personality disorder during psychiatric hospitalizations // Journal of Personality Disorders. – 2020. – Vol. 34. – Pp. 736–749. – <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.405>
12. Zanarini M.C., Athanasiadi A., Temes C.M. et al. Symptomatic disorders in adults and adolescents with borderline personality disorder // Journal of Personality Disorders. – 2021. – Vol. 35, suppl. B. – Pp. 48–55. – <https://doi.org/10.1521/pedi.2021.35.502>
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
14. Söderholm J.J., Söcäda J.L., Rosenström T.H. Borderline personality disorder and depression severity predict suicidal outcomes: A six-month prospective cohort study of depression, bipolar depression, and borderline personality disorder // Acta Psychiatr Scand. – 2023. – Vol. 148 (3). – Pp. 222–232. – <https://doi.org/10.1111/acps.13586>
15. Choi K.W., Kim Y.K., Jeon H.J. Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment // Adv Exp Med Biol. – 2020. – Vol. 1191. – Pp. 219–235. – https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14
16. Paris J. Egosyntonic and egodystonic: accounting for continuities and discontinuities between personality traits and personality disorders // Ann Clin Psychiatry. – 2015. – Vol. 27 (1). – Pp. 44–48.
17. Chapman J., Jamil R.T., Fleisher C., Torrico T.J. Borderline personality disorder // StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.
18. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ–10, адаптированный для использования в Российской Федерации. – М.: Российское общество психиатров, 1998.
19. Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А. и др. Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2022. – Т. 56 (4). – С. 77–84. – <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-77-84>
20. Zimmerman M., Multach M.D., Dalrymple K. et al. Clinically useful screen for borderline personality disorder in psychiatric out-patients // Br J Psychiatry. – 2017. – Vol. 210 (2). – Pp. 165–166. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182121>
21. Rao S., Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder // Australas Psychiatry. – 2019. – Vol. 27 (6). – Pp. 573–577. – <https://doi.org/10.1177/1039856219878643>
22. Chen S.Y., Cheng Y., Zhao W.W. et al. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis // J Psychiatr Ment Health Nurs. – 2021. – Vol. 28 (6). – Pp. 1128–1139. – <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
23. Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // Cochrane Database Syst Rev. – 2020. – Vol. 5. – CD012955. – <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
24. Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 992 с.
25. Vogt K.S., Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review // Psychol Psychother. – 2019. – Vol. 92 (4). – Pp. 441–464. – <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
26. Setkowski K., Palantza C., van Ballegooijen W. et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis // Psychol Med. – 2023. – Vol. 53 (8). – Pp. 3261–3280. – <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
27. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2024. – 512 с. – Сер. «Когнитивно-поведенческая психотерапия».
28. Клинические рекомендации. Специфическое расстройство личности / Российское общество психиатров. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/397_3 [дата обращения 14.01.2025].
29. Gartlehner G., Crotty K., Kennedy S. et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis // CNS Drugs. – 2021. – Vol. 35 (10). – Pp. 1053–1067. – <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>
30. Клинические рекомендации. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство / Российское общество психиатров. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/301_3 [дата обращения 14.01.2025].
8. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch Gen Psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – Pp. 593–602. – <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>. PMID: 15939837
9. Eskander N., Emamy M., Saad-Omer SM. et al. Impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder // Cureus. – 2020. – Vol. 12 (8). – e9581. – <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
10. Shah R., Zanarini M.C. Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions // Psychiatr Clin North Am. – 2018. – Vol. 41 (4). – Pp. 583–593. – <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
11. Romanowicz M., Schak K.M., Vande Voort J.L. et al. Prescribing practices for patients with borderline personality disorder during psychiatric hospitalizations // Journal of Personality Disorders. – 2020. – Vol. 34. – Pp. 736–749. – <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.405>
12. Zanarini M.C., Athanasiadi A., Temes C.M. et al. Symptomatic disorders in adults and adolescents with borderline personality disorder // Journal of Personality Disorders. – 2021. – Vol. 35, suppl. B. – Pp. 48–55. – <https://doi.org/10.1521/pedi.2021.35.502>
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
14. Söderholm J.J., Söcäda J.L., Rosenström T.H. Borderline personality disorder and depression severity predict suicidal outcomes: A six-month prospective cohort study of depression, bipolar depression, and borderline personality disorder // Acta Psychiatr Scand. – 2023. – Vol. 148 (3). – Pp. 222–232. – <https://doi.org/10.1111/acps.13586>
15. Choi K.W., Kim Y.K., Jeon H.J. Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment // Adv Exp Med Biol. – 2020. – Vol. 1191. – Pp. 219–235. – https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14
16. Paris J. Egosyntonic and egodystonic: accounting for continuities and discontinuities between personality traits and personality disorders // Ann Clin Psychiatry. – 2015. – Vol. 27 (1). – Pp. 44–48.
17. Chapman J., Jamil R.T., Fleisher C., Torrico T.J. Borderline personality disorder // StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.
18. Mezhunarodnaja klassifikacija boleznej, 10-j peresmotr. Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedenija. Klass V MKB–10, adaptirovannyj dlja ispol'zovanija v Rossijskoj Federacii. – M.: Rossijskoe obshhestvo psichiatrov, 1998.
19. Kuleshov A.A., Krylova E.S., Beburishvili A.A. i dr. Dinamika autoagressivnogo povedenija v junosti v traektorii pogranichnogo rasstrojstva lichnosti // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva. – 2022. – T. 56 (4). – S. 77–84. – <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-77-84>
20. Zimmerman M., Multach M.D., Dalrymple K. et al. Clinically useful screen for borderline personality disorder in psychiatric out-patients // Br J Psychiatry. – 2017. – Vol. 210 (2). – Pp. 165–166. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182121>
21. Rao S., Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder // Australas Psychiatry. – 2019. – Vol. 27 (6). – Pp. 573–577. – <https://doi.org/10.1177/1039856219878643>
22. Chen S.Y., Cheng Y., Zhao W.W. et al. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis // J Psychiatr Ment Health Nurs. – 2021. – Vol. 28 (6). – Pp. 1128–1139. – <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
23. Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // Cochrane Database Syst Rev. – 2020. – Vol. 5. – CD012955. – <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
24. Psihoterapija: nacional'noe rukovodstvo / pod red. A.V. Vasil'evoj, T.A. Karavaevoj, N.G. Neznanova. – M.: GJeOTAR-Media, 2023. – 992 s.
25. Vogt K.S., Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review // Psychol Psychother. – 2019. – Vol. 92 (4). – Pp. 441–464. – <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
26. Setkowski K., Palantza C., van Ballegooijen W. et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis // Psychol Med. – 2023. – Vol. 53 (8). – Pp. 3261–3280. – <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
27. Bek Dzh. Kognitivno-povedencheskaja terapija. Ot osnov k napravlenijam. – SPb.: Piter, 2024. – 512 s. – Ser. «Kognitivno-povedencheskaja psihoterapija».
28. Klinicheskie rekomendacii. Specificheskoe rasstrojstvo lichnosti / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/397_3 [data obrashhenija 14.01.2025].
29. Gartlehner G., Crotty K., Kennedy S. et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis // CNS Drugs. – 2021. – Vol. 35 (10). – Pp. 1053–1067. – <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>
30. Klinicheskie rekomendacii. Depressivnyj jepizod. Rekurrentnoe depressivnoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/301_3 [data obrashhenija 14.01.2025].