

Леонова А.В. ✉, Раева Т.В.

Тюменский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия

Диагностика пограничного личностного расстройства в подростковом возрасте: обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Леонова А.В. – сбор материала, обработка, написание текста, утверждение рукописи для публикации;
Раева Т.В. – проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Подана: 17.08.2022

Принята: 23.12.2022

Контакты: a.v.kononova@gmail.com

Резюме

Пограничное расстройство личности – это расстройство, характеризующееся импульсивностью, низким самоконтролем, эмоциональной неустойчивостью, высокой тревожностью и выраженным уровнем десоциализации. Несмотря на то, что официальное признание расстройства произошло более полувека назад, до настоящего времени оно существенно отстает по количеству исследований, касающихся лечения, семейного психообразования и других аспектов, по сравнению с другими психическими нарушениями. С внедрением новой классификации болезней 11-го пересмотра станет возможной диагностика пограничного личностного расстройства у лиц подросткового возраста, что представляет собой неоднозначный вопрос, требующий многомерного подхода к его решению. Доказанные методы терапии, появившиеся в последнее время, и позитивные прогностические данные раннего вмешательства говорят в пользу необходимости обучения специалистов для осуществления своевременной диагностики расстройства и его лечения.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, подростковый возраст, диагностика, прогноз

Alena V. Leonova ✉, Tatyana V. Raeva

Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Tyumen, Russia

Borderline Personality Disorder in Adolescence: A Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Leonova A. – data collection and analysis, manuscript drafting, final approval; Raeva T. – critical important content checking, final approval.

Submitted: 17.08.2022

Accepted: 23.12.2022

Contacts: a.v.kononova@gmail.com

Abstract

Borderline Personality Disorder is a disorder characterized by impulsivity, low self-control, emotional instability, high anxiety, and severe levels of desocialization. Despite the fact that the disorder was officially recognized more than half a century ago, it still lags far behind for research on treatment, family psychological education, and other aspects compared to other mental disorders. With the implementation of the new, 11th revision, of the Classification of Diseases, the diagnosis of borderline personality disorder in adolescents will be possible, which is an ambiguous issue requiring multidimensional approaches towards its management. Evidence-based therapies recently emerged and a positive prognostic evidence for early intervention support the need for specialist training for timely diagnosis and treatment of this disorder.

Keywords: borderline personality disorder, adolescence, diagnostics, prediction

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является серьезным психическим заболеванием, характеризующимся нестабильностью отношений, настроений, образа жизни и поведения. ПРЛ представляет собой биосоциальное расстройство, которое начинается с биологической (или темпераментной) предрасположенности, которая усугубляется воздействием факторов социальной среды. Люди, страдающие ПРЛ, эмоционально не сдержаны и на многие вещи реагируют более выражено, чем большинство.

До сих пор существуют споры о том, уместно ли диагностировать ПРЛ у подростков. Многие эксперты утверждают, что диагноз не должен устанавливаться у лиц моложе 18 лет, поскольку их личность еще не полностью сформирована. Однако исследования показывают, что дети в возрасте 11 лет способны описать свое поведение и мотивации в достаточной мере для постановки точного диагноза [1]. Проявления пограничного личностного расстройства, как правило, сначала появляются в детстве, усиливаются в подростковом и продолжают проявляться во взрослом возрасте.

Хотя некоторые клиницисты считают, что неуместно диагностировать расстройство личности у подростков, мозг которых все еще находится на стадии развития, современные данные показывают, что диагностические критерии ПРЛ у человека в возрасте до 18 лет столь же надежны, как и у взрослых, а диагноз остается стабильным

с течением времени. Соответственно, диагноз может быть поставлен подростку в возрасте 12–18 лет, который соответствует диагностическим критериям ПРЛ.

По данным Национального института психического здоровья (NIMH), 1,4% взрослых в возрасте старше 18 лет страдают от ПРЛ. Распространенность среди лиц пубертатного возраста несколько выше. Это может быть связано с тем, что некоторые подростки проявляют признаки ПРЛ в реакциях на стрессовые события, однако со временем часто происходит изменение симптоматики. Средняя распространенность ПРЛ в общей популяции подростков составляет около 3%. Французское исследование, в котором использовались данные диагностического интервью для пограничников (DIB-R), выявило высокую распространенность ПРЛ у подростков – 10% у мальчиков и 18% у девочек [2]. Китайское исследование сообщило о более скромной распространенности в 2% [3]. В целом эпидемиологических данных по детям и подросткам недостаточно, а выборки гораздо меньше, чем среди взрослого населения. При этом частота встречаемости расстройства одинакова для обоих полов [4]. В клинических популяциях женский пол составляет три четверти всех пациентов. Однако предполагается, что это может быть связано с более низкой с психологической точки зрения доступностью медицинской помощи, особенно психотерапии, для мужчин [5]. Этот эффект также наблюдается среди подростков [6]. Следует отметить, что проблема не является специфичной для ПРЛ, она встречается и при других психических расстройствах [7]. Клиническая распространенность ПРЛ колеблется от 11% среди подростков, получающих помощь амбулаторно, до 78% среди лиц пубертатного возраста, госпитализированных в отделение неотложной помощи [8].

В числе основных воздействий, оказывающих влияние на возникновение ПРЛ у подростков, можно выделить генетические и средовые факторы. При этом не только факторы внешней среды оказывают влияние на генетическую предрасположенность, но и генетика оказывает влияние на среду. Так, определенные паттерны поведения способствуют, например, применению к подросткам с ПРЛ жестокого обращения со стороны родителей.

Наследуемость ПРЛ составляет около 40%. Часто расстройство встречается внутри одной семьи, но, по данным исследований, абсолютный риск у родственников первой степени варьирует от 0,8% до 18,3%. Этот разброс объясняется различиями в применяемых методах и подходах к диагностике ПРЛ [9, 10].

Пациенты с ПРЛ имеют особенности как в структуре головного мозга, так и в его функционировании. У людей, страдающих ПРЛ, происходит значительно более выраженная активация лимбической системы, области мозга, которая контролирует страх, гнев и агрессию, чем у людей без ПРЛ. Клинически такая особенность выражается симптомами эмоциональной нестабильности [11]. Новые исследования также обнаружили связь между гормоном окситоцином и развитием ПРЛ [12], а также изменением в гене, контролирующем высвобождение серотонина [13]. Однако люди, имеющие эту особенность, с большей вероятностью могут быть подвержены развитию ПРЛ только в случае воздействия на них негативных социальных факторов в детском возрасте. Небольшое проспективное когортное исследование выявило высокую предрасположенность детей с диагнозом СДВГ к возникновению ПРЛ в подростковом и молодом возрасте. Так, диагноз пограничного личностного расстройства был выставлен у 14% в группе с СДВГ и у 3% в группе без данной патологии [14].

Неблагоприятное социальное воздействие на детей, включающее физическое и/или сексуальное насилие, пренебрежение в детском возрасте, отсутствие заботы, раздельное проживание или потерю родителей, слабо адаптивное воспитание, негативный школьный опыт, демографические характеристики (низкий социально-экономический статус семьи, неполная семья), и психические заболевания родителей (депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, антисоциальное личностное расстройство) служат факторами риска для возникновения ПРЛ в подростковом и взрослом возрасте [15, 16]. Однако эти обстоятельства не могут рассцениваться как прямые причины развития ПРЛ. Хотя детский травматический опыт широко распространен в этой популяции, он присутствует не во всех случаях, а если существует, то не всегда вызывает ПРЛ [17–20].

Большое проспективное когортное исследование проводилось на группе детей с наличием фактов физического или сексуального насилия в возрасте до 11 лет, контрольная группа соответствовала основной по возрасту, полу, этнической принадлежности и социальному положению. Уровень ПРЛ был выше в основной группе (14,9% против 9,6%). Именно физическое насилие и пренебрежение, а не сексуальное насилие были факторами риска возникновения ПРЛ. Другими причинами, способствующими возникновению ПРЛ, были злоупотребление родителями алкоголем и наркотиками, депрессивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство, диагностированные у матери или отца [21].

Существуют значительные трудности в определении симптомов, относящихся к ПРЛ у подростков. Отчасти это связано с тем, что эмоциональная нестабильность в некоторой степени характерна для самого подросткового возраста. Типичное подростковое поведение зачастую можно принять за ПРЛ. Но даже если поведение выглядит аналогичным, его причины различны у типичных подростков и тех, кто страдает ПРЛ. Так, типичные подростки экспериментируют с алкоголем из любопытства и импульсивности, в то время как люди с ПРЛ используют его, чтобы избежать остро болезненных чувств. Они могут искать сексуальные контакты, например, потому что чувствуют себя брошенными, им требуется именно эмоциональная близость.

В качестве стратегии саморегуляции подростками часто используется самоповреждающее поведение: они используют нанесение себе ран, чтобы облегчить эмоции, которые воспринимаются ими как невыносимые. При этом проблема заключается в кратковременности действия используемых методов, что приводит к многократному их повторению. Одно из распространенных суждений заключается в том, что самоповреждающее поведение, включающее попытки самоубийства, является манипулятивным. Однако суицидальные чувства у людей с ПРЛ отражают их отчаянную необходимость избежать выраженных эмоциональных страданий.

Признаки ПРЛ сходным образом проявляются у подростков и взрослых. При оценке симптомов у подростков важно учитывать типичность развития соответствующих паттернов поведения. Например, аффективность, рискованное поведение, самоповреждения и капризность чаще встречаются в подростковом возрасте, чем во взрослом. Аффективная нестабильность представляет собой ключевой симптом у подростков, находящихся на амбулаторном лечении, тогда как нарушение идентичности – у госпитализированных подростков, страдающих более тяжелыми формами ПРЛ [22, 23].

Хотя при диагностике ПРЛ в подростковом возрасте была установлена прогностическая валидность категориального подхода, некоторые клиницисты предпочитают

говорить о чертах личности, а не о расстройстве. Это привело к введению альтернативной модели МКБ-11 для расстройств личности в качестве дополнения к ныне существующей. Многомерный диагностический подход более совместим со многими возможными течениями расстройства [24]. Кроме того, такой метод лучше объясняет флуктуации развития и повышенную гетерогенность симптомов в подростковом возрасте [25].

Диагноз ПРЛ у подростков должен ставиться только после всестороннего обследования специалистом, имеющим опыт и навыки в оценке проблем психического здоровья у молодых людей. Оценка включает в себя анамнез жизни и заболевания, предпочтительно с участием родителей, опекунов или ближайших родственников молодого человека.

Чтобы диагностировать ПРЛ у подростков, необходимо фиксировать не только поведение человека, но и его мотивацию. Например, употребление психоактивных веществ не обязательно является признаком того, что у человека есть ПРЛ. Однако, если подросток делает это, чтобы избежать негативных чувств или справиться с эмоциями, это может считаться одним из симптомов расстройства.

В качестве дополнения к диагностическому подходу, направленному на регистрацию симптомов, указывающих на диагноз ПРЛ, может быть использована оценка показателей психологического функционирования: степени интеграции личности, уровня защитных свойств и способности к тестированию реальности.

Имеются данные в поддержку использования специальных инструментов скрининга у лиц подросткового возраста [26–28]. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) – это один из тестов, созданных на основе шкалы дисфункциональных убеждений при расстройствах личности PBQ (Beck, 1990). Опросник SCID-II – полуструктурированное диагностическое интервью для классификации расстройств личности в DSM-IV. Пункты методики точно соответствуют диагностическим критериям каждого расстройства, в том числе пограничного. Инструмент скрининга Маклина на пограничное расстройство личности (MSI-BPD) представляет собой самоотчет, специально разработанный для ПРЛ. Следует отметить, что использование данных опросников лишь предваряет основную часть процедуры по выявлению личностного расстройства. Для диагностики ПРЛ у подростков следует применять тщательное клиническое обследование с использованием полуструктурированного интервью.

Высокий уровень самоубийств, связанный с ПРЛ, всегда должен побуждать врача исследовать суицидальные мысли подростка [29]. Фактически 68% подростков, поступивших в отделение неотложной помощи после попытки самоубийства, страдают ПРЛ. Активные суицидальные мысли обнаруживаются у 59% подростков с ПРЛ, а не-суицидальное самоповреждающее поведение наблюдается у 58% [30]. Для оценки тяжести суицида и суицидального риска у лиц подросткового возраста рекомендуется использовать Колумбийскую шкалу серьезности суицидальных намерений (C-SSRS).

Ранняя диагностика ПРЛ у подростков имеет решающее значение. Прежде всего это связано с возможностью развития навыков эмоциональной регуляции в период, когда паттерны слабо адаптивного поведения еще не появились или не закрепились в достаточной мере [31, 32]. Другая причина заключается в снижении неточной диагностики более распространенных расстройств, таких как СДВГ, депрессия и биполярное аффективное расстройство. Иногда эти нарушения представляют собой

сопутствующие проблемы, но часто это неправильные диагнозы [33]. В результате подростки получают неэффективное лечение.

Согласно обзору, опубликованному в 2015 году, уровень ремиссии для подростков с ПРЛ может колебаться от 50% до 65%. При этом возможна дезактуализация только части симптомов при сохранении других, количество или выраженность которых больше не соответствуют диагностическим критериям ПРЛ [34]. По-видимому, существует два кластера симптомов: один, характеризующийся гневом и чувством покинутости, имеет тенденцию быть стабильным и стойким, в то время как другой, характеризующийся несуицидальным самоповреждающим поведением и попытками самоубийства, нестабилен и является менее стойким [35]. Большое исследование, которое проводилось среди пациентов с ПРЛ в течение 12 лет, показало, что 74% участников не имели активных симптомов спустя 6 лет [36]. Исследователи назвали ПРЛ «диагнозом хорошего прогноза», так как в случае начала терапии в подростковом возрасте ее результаты являются оптимистичными.

Однако, несмотря на высокую частоту ремиссий, наличие ПРЛ в подростковом возрасте увеличивает риск возникновения другой психической патологии. Так, 80% подростков с ПРЛ будут страдать от расстройства личности во взрослом возрасте, при этом пограничного только в четверти случаев [37].

Вопрос о том, следует ли устанавливать диагноз ПРЛ подростку, является спорным. Некоторые специалисты предпочитают этого не делать, даже будучи уверенными в его точности, из-за опасений по поводу стигматизации и дискриминации, с которыми может столкнуться пациент. Однако вероятные преимущества существенно перевешивают потенциальные негативные эффекты. Так, молодые люди часто испытывают облегчение, когда узнают, что трудности, с которыми они сталкиваются, могут быть связаны с выявленным расстройством, для которого существуют эффективные методы лечения. Таким образом, медицинским работникам необходимо ставить диагноз ПРЛ подросткам, симптомы которых соответствуют диагностическим критериям, чтобы терапия могла начаться своевременно [38].

Диагностика ПРЛ у лиц подросткового возраста требует от специалистов опыта и глубоких знаний в области психического здоровья детей и подростков. При этом раннее выявление приведет к более высокому уровню диагностики ПРЛ среди подростков и молодых людей, которым потребуются доступ к терапевтическим услугам, ориентированным на молодежь. Повышенный спрос может привести к необходимости расширения услуг, ориентированных на молодое население, и от большего числа медицинских работников потребуются наличие специальной подготовки. Для реализации рекомендаций по диагностике ПРЛ у подростков необходимо разрабатывать образовательные и информационно-просветительские программы, ориентированные на ключевые профессиональные группы [39].

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Guilé J.M., Boissel L., Alaux-Cantin S. (2018) Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*, vol. 9, pp. 199–210. doi: 10.2147/AHMT.S156565
2. Chabrol H., Chouicha K., Montovany A. (2002) Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents. *Encephale*, vol. 28, pp. 520–524.
3. Leung S.W., Leung F. (2009) Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, vol. 23, pp. 494–513. doi: 10.1521/pedi.2009.23.5.494
4. Leischnering F., Leibing E., Kruse J. (2011) Borderline personality disorder. *Lancet*, vol. 377, pp. 74–84.

5. Goodman M., Patil U., Steaffel L. (2010) Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 16, pp. 155–163. doi: 10.1097/01.pra.0000375711.47337.27
6. Cailhol L., Jeannot M., Rodgers R. (2012) Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of personality disorders*, vol. 27, no 2, pp. 252–259. doi: 10.1016/S0924-9338(11)72717-1
7. O'Loughlin R.E., Duberstein P.R., Veazie P.J. (2011) Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatric Services*, vol. 62, pp. 740–746. doi: 10.1176/ps.62.7.pss6207_0740
8. Greenfield B., Henry M., Weiss M. (2008) Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 17, no 4, pp. 197–201.
9. Kendler K.S., Aggen S.H., Czajkowski N. (2008) The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twinstudy. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 65, pp. 1438–1446.
10. Distel M.A., Middeldorp C.M., Trull T.J. (2011) Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med*, vol. 41, pp. 849–860. doi: 10.1017/S0033291710001297
11. Ruocco A.C., Carcone D. (2016) A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harv Rev Psychiatry*, vol. 24, no 5, pp. 311–29. doi: 10.1097/HRP.0000000000000123
12. Brüne M. (2016) On the role of oxytocin in borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*, vol. 55, no 3, pp. 287–304. doi: 10.1111/bjc.12100
13. Maurex L., Zaboli G., Ohman A. (2010) The serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and affective symptoms among women diagnosed with borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*, vol. 25, no 1, pp. 19–25. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.001
14. Fischer M., Barkley R.A., Smallish L. (2002) Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Child Psychol*, vol. 30, pp. 463–475. doi: 10.1023/a:1019864813776
15. Wang W., Hung H., Chung C. (2022) Risk of Personality disorders among childhood maltreatment victims: A nation-wide population-based study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, vol. 305, pp. 28–36. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.109
16. Geselowitz B., Whalen D.J., Tillman R. (2021) Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 60, no 5, pp. 612–622. doi: 10.1016/j.jaac.2020.07.908
17. Wilson N., Robb E., Gajwani R. (2021) Nature and nurture? A review of the literature on childhood maltreatment and genetic factors in the pathogenesis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 137, pp. 131–146. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.025
18. Steele K.R., Townsend M.L., Grenyer B.F.S. (2019) Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*, vol. 14, no 10. doi: 10.1371/journal.pone.0223038
19. Hessels C.J., Laceulle O.M., van Aken M.A.G. (2018) Differentiating BPD in adolescents with NSSI disorder: the role of adverse childhood experiences and current social relationships. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*, pp. 5–20. doi: 10.1186/s40479-018-0097-5
20. Winsper C. (2018) The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current opinion in psychology*, vol. 21, pp. 105–110. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.10.005
21. Widom C.S., Czaja S.J., Paris J. (2009) A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, vol. 23, pp. 433–446. doi: 10.1521/pedi.2009.23.5.433
22. Speranza M., Pham-Scottet A., Revah-Levy A. (2012) Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *Can J Psychiatry*, vol. 57, no 4, pp. 230–237. doi: 10.1177/070674371205700406
23. Becker D.F., Mcglashan T.H., Grilo C.M. (2006) Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Compr Psychiatry*, vol. 47, no 2, pp. 99–105. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.07.003
24. Carreiras D., Cunha M., Castilho P. (2022) Trajectories of borderline features in adolescents: A three-wave longitudinal study testing the effect of gender and self-disgust over 12 months. *Personality and Individual Differences*. 191. doi: 10.1016/j.paid.2022.111577
25. Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. (2008) Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, vol. 28, pp. 969–981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
26. Van Alebeek A., van der Heijden P.T., Hessels C. (2017) Comparison of Three Questionnaires to Screen for Borderline Personality Disorder in Adolescents and Young Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 33, pp. 123–128. doi: 10.1027/1015-5759/a000279
27. Poreh A.M., Rawlings D., Claridge G. (2006) The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord*, vol. 20, pp. 247–260. doi: 10.1521/pedi.2006.20.3.247
28. Zanarini M.C., Vujanovic A.A., Parachini E.A. (2003) A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord*, vol. 17, pp. 568–573. doi: 10.1521/pedi.17.3.233.22147
29. Stead V., Boylan K., Schmidt L.A. (2019) Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, vol. 6, no 3. doi: 10.1186/s40479-019-0100-9
30. Knafo A., Guilé J.M., Breton J.J. (2015) Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, vol. 60, no 2, Suppl. 1, pp. 46–54.
31. Chanan A.M., Thompson K.N. (2014) Preventive Strategies for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, vol. 1, pp. 358–368. doi: 10.1007/s40501-014-0029-y
32. Lenzenweger M., Castro D. (2005) Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. *Development and Psychopathology*, vol. 17, no 4, pp. 1207–1237. doi: 10.1017/s0954579405050571
33. Preyde M., DiCrocce M., Parekh Sh. (2022) Exploring screening for borderline personality disorder in pediatric inpatients with psychiatric illness. *Psychiatry Research*, Mar; 309:114397. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114397
34. Biskin R.S. (2015) The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, vol. 60, no 7, pp. 303–308. doi: 10.1177/070674371506000702
35. Shea M.T., Stout R., Gunderson J. (2002) Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, pp. 2036–2041. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.2036
36. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J. (2005) The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord*, vol. 19, no 5, pp. 505–523. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.505
37. Deschamps P., Vreugdenhil C. (2008) Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review. *Tijdschrift voor psychiatrie*, vol. 50, no 1, pp. 33–41.
38. Boylan K. (2018) Diagnosing BPD in Adolescents: More good than harm. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 27, no 3, pp. 155–156.
39. Koren' E., Kupriyanova T. (2020) «Пограничное личностное расстройство» в детском психиатрическом стационаре [“Borderline personality disorder” in a children's psychiatric hospital]. *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, vol. 20, no 4, pp. 87–94. (in Russian)