

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ КОМОРБИДНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Исагулова Елена Юрьевна

*Кандидат психологических наук, директор
НМУ «Клинический центр психического здоровья»
9477877@gmail.com*

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR COMORBID WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

E. Isagulova

Summary: Patients with addictive behaviors comorbid with borderline personality disorder experience worse clinical outcomes. Significant gaps remain in determining the optimal treatment pathway for this group of patients. This is primarily due to the difficulty in diagnosing addictive behaviors in their combination with borderline personality disorder, which may be a product of psychological features of adolescence that aggravate the course of such comorbid conditions.

The aim of the study was to identify psychological features of adolescents with addictive behavior comorbid with borderline personality disorder.

Keywords: borderline personality disorder, addictive behavior, addictions, dependence, comorbidity, destructiveness, deficiency.

Аннотация: Пациенты с аддиктивным поведением коморбидным с пограничным расстройством личности испытывают худшие клинические результаты. Остаются значительные пробелы в определении оптимального пути лечения этой группы пациентов. Это в первую очередь связано с трудностью диагностики аддикций в их сочетании с пограничным расстройством, что может являться продуктом психологических особенностей подросткового возраста, усугубляющих течение подобных коморбидных состояний.

Цель исследования – выявить психологические особенности подростков с аддиктивным поведением коморбидным с пограничным расстройством личности.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, аддиктивное поведение, аддикции, зависимость, коморбидность, деструктивность, дефицитарность.

Введение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) описано в DSM-5 как характеризующееся нарушением и всеобъемлющей дисрегуляцией аффектов, образа себя, межличностных отношений и поведения. Было обнаружено, что оно присутствует примерно у 2–6 % взрослого населения и у 3 % подростков в возрасте 12–14 лет [6]. По сравнению с общей популяцией, лица с ПРЛ в два раза чаще имеют сопутствующее химическое и/или психологическое аддиктивное расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, нарушением пищевого или сексуального поведения, игроманией, интернет-зависимостью и т.д. [5]. У более чем 20% лиц с ПРЛ регистрируются те или иные аддикции. Аналогичным образом, люди с аддиктивным поведением более чем в 15% случаев имеют сопутствующее психическое заболевание, в частности ПРЛ [4].

По данным исследований Кулешова А.А. и соавт., структура ПРЛ в юношеском возрасте отличалась клинической неоднородностью, что позволило выделить три типологических разновидности: с явлениями «аффективного шторма», характеризующуюся доминированием аффективных нарушений, в том числе после завершения юношеского возраста с некоторой стабили-

зацией личностной структуры (I тип); с доминированием расстройств влечений по типу «аддиктивной адреналиномании», при которой одну из ключевых позиций занимали нарушения влечений, с постоянной потребностью в поиске новых экстремальных увлечений, употреблением психоактивных веществ, которые сохранялись после завершения юношеского возраста (II тип); с преобладанием «когнитивной диссоциации», которая характеризовалась наиболее полиморфной картиной расстройств, с преобладанием нарушений самоидентификации с диссоциативными нарушениями, сохраняющими свою выраженность после завершения юношеского возраста (III тип) [1, 2].

Сложные механизмы, приводящие к коморбидности аддиктивного поведения и ПРЛ, предположительно объясняются генетической, экологической и, действительно, двунаправленной причинностью [6]. Эти коморбидные расстройства являются огромной проблемой в программах лечения пациентов с ПРЛ подросткового возраста. Исследования показали, что у подростков с коморбидными аддикциями и диагнозом ПРЛ результаты психотерапии хуже, поскольку они в недостаточной степени могут быть диагностированы и имеют более хроническую и устойчивую к лечению траекторию [3].

В связи с этим актуальным является как можно более раннее выявление психологических особенностей подростков с аддиктивным поведением коморбидным с ПРЛ, что может являться важным в профилактике прогрессирования симптомов этих расстройств.

Цель исследования – выявление психологических особенностей подростков с аддиктивным поведением коморбидным с пограничным расстройством личности.

Материал и методы

Исследование психологических особенностей подростков с аддиктивным поведением коморбидным с ПРЛ проведено на базе кафедры клинической психологии и психологической помощи Института психологии в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена» в период с 2023 по 2025 годы с участием 300 подростков в возрасте от 12 до 18 лет, которые соответствовали ряду критериев для включения в исследуемую группу (подростковый возраст, наличие информированного письменного согласия на участие в исследовании, диагноз «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» (МКБ-10 F60.31). Среди подростков с ПРЛ было 51% девушек и 49% юношей. Большинство подростков проживали в неполных семьях (58,7%). Среди всех подростков с ПРЛ были выявлены склонности к таким аддикциям, как: сексуальная

(у 35,3%), нарушение пищевого поведения (у 52%), риск табакокурения (41,7%), риск употребления алкогольных напитков (у 19%), риск употребления наркотических веществ (у 6%), интернет-зависимость (у 7,7%).

Выявление психологических особенностей подростков с аддиктивным поведением коморбидным с ПРЛ проводили с помощью ряда психодиагностических тестов: Я-структурный тест Аммона (ISTA) и опросник СМИЛ (ММПИ) (авт. С. Хатуэй, Дж. Маккинли, в адаптации Л.Н. Собчик).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2020). Выборка не соответствовала нормальному распределению (критерий Колмогорова-Смирнова). Полученные результаты интерпретировали с помощью вычисления абсолютных показателей (n) и описания долевого соотношения (%), средних медианных значений (Me), максимума и минимума (max:min), квартилей [межквартильный интервал] (Q1-Q3). Для оценки результатов выборки в процессе сравнения с нормативными показателями шкал использовали χ^2 -критерий Пирсона.

Результаты

Согласно данным, полученным в ходе проведения тестирования подростков анализируемой выборки по методике ММПИ, были выявлены повышенный уровень

Таблица 1.

Результаты психодиагностики профиля подростков анализируемой выборки по шкалам опросника ММПИ.

Шкалы	высокие значения		средние значения шкалы		низкие значения шкалы		Me (max:min)	Q1-Q3
	n	%	n	%	n	%		
0 шкала «интроверсии»	101	33,7	163	54,3	36	12,0	46 (88:21)	[32,00-55,00]
1 шкала «невротического сверхконтроля»	37	12,3	221	73,7	42	14,0	47 (102:25)	[31,00-66,00]
2 шкала «пессимистичности»	20	6,7	218	72,7	62	20,7	60 (82:20)	[33,00-62,00]
3 шкала «эмоциональной лабильности»	30	10,0	203	67,7	67	22,3	54 (83:20)	[52,00-72,00]
4 шкала «импульсивности»	103	34,3	188	62,7	9	3,0	63 (85:23)	[48,00-73,00]
5 шкала «мужественности-женственности»	73	24,3	203	67,7	24	8,0	61 (97:20)	[53,00-65,00]
6 шкала «ригидности»	49	16,3	227	75,7	24	8,0	59 (99:22)	[61,00-72,00]
7 шкала «тревожности»	105	35,0	179	59,7	16	5,3	68 (88:22)	[55,00-77,00]
8 шкала «индивидуальности»	139	46,3	155	51,7	6	2,0	63 (88:22)	[41,00-50,00]
9 шкала «оптимистичности»	38	12,7	202	67,3	60	20,0	47 (83:20)	[7,00-12,00]

общего рассогласования в системе личности испытуемых, акцентуаций и психопатических черт характера, а также уровня невротизации (табл. 1).

Особый интерес в рамках изучаемой проблемы представляют собой шкалы невротического сверхконтроля, пессимистичности и эмоциональной лабильности (группа невротической триады), а также шкалы импульсивности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности (группа психотической тетрады). Так, по первой группе (невротической триаде) определяется доминирование показателя по шкале «пессимистичности» (60 (82:20) [33,00-62,00] баллов), показатель «эмоциональной ла-

бильности» в среднем составил 54 (83:20) [52,00-72,00] баллов, показатель «невротического сверхконтроля» находился на уровне 47 (102:25) [31,00-66,00] баллов.

По второй группе (психотической тетраде) установлено доминирование показателей «Шкала индивидуалистичности» и «Шкала тревожности» – 63 (88:22) [41,00-50,00] и 68 (88:22) [55,00-77,00] баллов. Показатели «Шкала ригидности» и «Шкала импульсивности» имели менее выраженные проявления – на уровне 59 (99:22) [61,00-72,00] и 63 (85:23) [48,00-73,00] баллов соответственно.

Таблица 2.

Результаты тестирования подростков с аддиктивным поведением при ПРЛ по методике «Я-структурный тест Аммона».

Шкалы		Уровень						Me (max:min)	Q1-Q3
		Ниже нормы		Норма		Выше нормы			
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Агрессия	конструктивная	0	0,0	164	54,7	136	45,3	60 (80:40)	52-66
	деструктивная	97	32,3	60	20,0	143	47,7	68,5 (88:30)	59-77
	дефицитарная	166	55,3	102	34,0	32	10,7	36,0 (81:15)	32-44
Страх	конструктивный	140	46,7	116	38,7	44	14,7	40,0 (74:15)	32-52
	деструктивный	124	41,3	138	46,0	38	12,7	41,0 (87:15)	36-50
	дефицитарный	23	7,7	198	66,0	79	26,3	52,0 (76:15)	44-62
Внешнее Я-отграничение	конструктивное	175	58,3	90	30,0	35	11,7	36,0 (81:15)	32-44
	деструктивное	100	33,3	181	60,3	19	6,3	44,0 (77:18)	36-50
	дефицитарное	1	0,3	168	56,0	131	43,7	60,0 (80:25)	52-66
Внутреннее Я-отграничение	конструктивное	136	45,3	124	41,3	40	13,3	40,0 (74:15)	32-50
	деструктивное	115	38,3	118	39,3	67	22,3	44,0 (88:15)	36-58
	дефицитарное	24	8,0	174	58,0	102	34,0	54,0 (88:15)	48,5-63
Нарциссизм	конструктивный	205	68,3	61	20,3	34	11,3	36,0 (73:15)	28-40
	деструктивный	144	48,0	99	33,0	57	19,0	40,0 (73:15)	32-57
	дефицитарный	88	29,3	168	56,0	44	14,7	44,0 (71:18)	39-55
Сексуальность	конструктивная	200	66,7	66	22,0	34	11,3	36,0 (73:15)	28-44
	деструктивная	185	61,7	30	10,0	85	28,3	54,0 (70:20)	50-63
	дефицитарная	195	65,0	102	34,0	3	1,0	36,0 (76:15)	31-44
Индексы МОПЗ									
Блок конструктивности А		171	57,0	129	43,0	0	0,0	43,1 (56.5:28.7)	38-46
Блок деструктивности В		0	0,0	2	0,7	298	99,3	43,0 (56.8:25.8)	44-50
Блок дефицитарности С		0	0,0	1	0,3	299	99,7	51,4 (65.2:27.5)	47-55
α-индекс		30	10,0	237	79,0	33	11,0	-0,3 (19.8:27)	
β-индекс		133	44,3	165	55,0	2	0,7	-8,3 (10.5:27.2)	

Результаты тестирования подростков с аддиктивным поведением при ПРЛ с помощью Я-структурного теста Аммона представлены в таблице 2.

Согласно результатам исследования, у большей доли подростков с аддиктивным поведением при ПРЛ выявлен более высокий уровень деструктивной агрессии (у 47,5%) при дефицитарном страхе (у 26,3%), дефицитарном внешнем (у 43,7%) и внутреннем (у 34,0%) Я-отграничении. У 19,0% подростков выявлен деструктивный нарциссизм, а у 34% подростков – деструктивная сексуальность. Следует отметить существенные вариации уровня выраженности показателей по всем анализируемым шкалам среди подростков. Их медианные показатели были на уровне умеренной выраженности (кроме шкалы «деструктивная агрессия» с высоким уровнем выраженности и шкал «Агрессия дефицитарная», «Внешнее Я-отграничение конструктивное», «Нарциссизм конструктивный», «Сексуальность конструктивная», «Сексуальность дефицитарная» с низким уровнем выраженности).

Обсуждение

Таким образом у большинства подростков выраженность симптомов невротической триады находилась на среднем уровне. Высокие показатели по шкале «пессимистичности» выявлены у 6,7% подростков анализируемой выборки. У данных подростков есть поведенческие и мыслительные характеристики, которые включают избегание неудач, склонность к мышлению, медлительность в принятии решений, глубокие эмоциональные реакции, аналитический склад ума, вербальное мышление и некоторую нерешительность. В этой возрастной группе наблюдается повышенное желание эмоциональной поддержки, внимания и позитивного отношения к себе. Глубокое понимание своих внутренних проблем и отказ от достижения запланированных целей приводят к ухудшению настроения. У 10,0% подростков выявлены высокие показатели по шкале «эмоциональной лабильности». Они проявляют желание быть замеченными, сосредоточены на себе, стремятся к успеху, имеют переменчивое настроение и любят капризничать. Высокие показатели по шкале «невротического сверхконтроля» выявлены у 12,3% подростков анализируемой выборки. Анализ данных показывает, что эти подростки проявляют повышенное внимание к своему благополучию, большую склонность к невротическому контролю и физическим проявлениям тревоги, а также желание избежать неудач. Для данного типа людей характерно проявление эмоциональной нестабильности и истерических черт характера из-за их социальной пассивности и влияния на них.

При этом у 34,3% подростков выявлены высокие показатели по шкале импульсивности. Они характеризуются

отрицанием общепринятых норм и ценностей, которые могут проявляться в различных формах, включая нонконформизм, оппозицию, протест и антиобщественное поведение, включая нарушение законов, что может восприниматься как антиобщественное поведение. Трудности адаптации к новым обязанностям взрослой жизни могут быть вызваны отсутствием положительной модели поведения в детстве и негативным отношением к авторитаризму. Этот процесс приводит к фиксации определенных типов поведения, начиная от небольшого отклонения от общепринятых стандартов и заканчивая явно антиобщественным поведением. Отказ от установленных правил поведения, неспособность извлекать уроки из негативного опыта, спонтанность, склонность к формированию антисоциальных групп могут способствовать злоупотреблению наркотиками и алкоголем.

Около 16,3% подростков проявляют чрезмерную скованность, что приводит к чрезмерным неблагоприятным ситуациям, нарушению отношений с друзьями, учителями или родителями, которые принимают форму «несправедливых конфликтов». В некоторых случаях возможна переоценка действий других людей, с избытком недоверия и подозрительности.

У 35% подростков высокий уровень тревожности. Этой группе подростков трудно выполнять повседневные задачи и общаться из-за чувства тревоги, внутреннего беспокойства и незащищенности. В стрессовых ситуациях возникает предчувствие негатива и возникают сомнения из-за мелочей, которые вызывают страх неудачи. Сильная чувствительность может привести к длительному депрессивному состоянию после негативных событий.

Синдром с навязчивыми состояниями, ритуальное поведение и ипохондрический синдром встречаются реже среди патологических образований. У 46,3% подростков выявлен высокий уровень индивидуализма, что может указывать на аутистические тенденции и отсутствие эмоциональной реакции на социальные взаимодействия. Отсутствие адекватной обратной связи со стороны общества часто приводит к тому, что подросткам трудно понять свои отношения с другими и оценить последствия своих действий. Поведение подростков, склонных к аутизму, может проявляться по-разному, что не всегда вписывается в нынешнюю среду. Кроме того, они часто не проявляют прямолинейности и интенсивности эмоциональных переживаний, типичных для их возраста. Обычно наблюдаются различные эмоциональные выражения, которые могут быть противоположны друг другу, такие как холодность и чувствительность.

Повышение показателей по определенным шкалам профиля, которые связаны с психологией возраста, может свидетельствовать о склонности к протестным

реакциям, особенно в подростковом возрасте, а также о погружении во внутренний мир, особом восприятии ситуации, переоценке собственных возможностей и оптимистическом настрое. Такие подростки проявляют заметные признаки изменения поведения, проявляющиеся в агрессивности, конфликтности, перепадах настроения и интересов, а также пренебрежении общепринятыми нормами и ценностями. Возникает чрезмерное беспокойство, нерешительность в принятии решений, постоянные сомнения в выборе и целях, подозрительность, неуверенность.

«Шкала мужества-женственности» демонстрирует средний уровень выраженности ($60,7 \pm 19,05$ баллов), что закономерно в связи с практически равным в анализируемой выборке подростков количеством девушек и юношей в пределах 1,04:1. Высокие баллы по этой шкале у 24,3% указывают на возможность несоответствия между формальной принадлежностью подростка к определенному полу и его (или ее) идентификацией с социальной и культурной ролью мужчины или женщины. 8% подростков с низкими баллами, как правило, отождествляют себя со своим полом, что может указывать на возможность чрезмерной компенсации противоположных сексуальных желаний.

Сочетание пиков клинических шкал (шкалы 3-7) показало наличие у большинства этих подростков тревожные и фобические расстройства, которые проявляются через желание привлечь внимание окружающих, проявить бессилие и желание получить поддержку. Точное выполнение задач, внимание к деталям и акцент на социальной вежливости не всегда сочетаются с желанием привлечь к себе внимание, эгоцентризмом и стремлением к лидерству. Когда требуется много внимания, одобрения и проявления эмоций, реакция на негативные признаки остается сильной и чувствительной. Проявляется поведение, признаки которого указывают на желание получить сочувствие и поддержку от окружающих, используя это воздействие на близких людей. Эта возрастная группа имеет недооценку собственной ценности и склонность к негативному взгляду на будущее (шкалы 2-3). Интрапунитивность стабильна и сочетается с постоянной внутренней напряженностью, тревогой или страхами, с ощущением собственной неполноценности (шкалы 2-7).

Поведение может проявляться в ярких эмоциональных реакциях, а также в усилении критики и использовании саркастических высказываний. Энергия, которую необходимо выразить, проявляется в нестабильных визуализациях или ужасающих снах. У таких людей также возникают проблемы с управлением своими эмоциями и способностью контролировать свои действия, которые могут быть временными или постоянными. Даже если подростки с высокими показателями по этой шкале

проявляют только агрессию по отношению к окружающим, это все равно негативно сказывается на их способности адаптироваться в обществе из-за создания вокруг них негативной атмосферы.

В психологии человека страх дефицита интерпретируется как стремление избежать встречи лицом к лицу со своими страхами, что приводит к отказу бороться за свою индивидуальность. Подросток с дефицитом страха испытывает чувство вялости, скуки или внутренней пустоты вместо страха. Страх перед другими людьми также мало влияет на наши собственные страхи, что может привести к улучшению отношений и эмоциональной независимости, а также к более объективной оценке поведения других людей. Приобретенный опыт не способствует личностному росту, а новые дружеские отношения не приносят пользы обеим сторонам.

Подростки с высоким баллом по шкале дефицита страха характеризуются отсутствием тревожной реакции в различных ситуациях, склонностью к рискованным поступкам без учета возможных последствий, эмоциональным отчуждением от важных событий и отношений, таких как расставания и потери близких.

При высоком уровне дефицитарного страха существует вероятность того, что в качестве компенсации люди будут употреблять алкоголь, наркотики или психотропные вещества. Чувство бессилия перед лицом смерти может увеличить вероятность возникновения зависимости, преступной деятельности и самоубийства. Выравнивание этого недостатка может мешать использованию эффективных стратегий для выхода из трудных ситуаций. Границы личности подростков с личностной и бумажной лабильностью проявляются в более выраженном дефиците внутреннего и внешнего самоопределения. Молодые люди, которые часто ищут поддержки и одобрения, часто в значительной степени лишены индивидуальной независимости и предпочитают поддерживать групповые нормы и ценности, не всегда способны выработать собственную точку зрения. Эти люди часто предпочитают очень близкие отношения зрелым, взаимовыгодным отношениям и часто испытывают проблемы с поддержанием здоровых связей, особенно когда им приходится разрывать отношения.

Характерные черты подростков с высокими показателями по шкале дефицита внутренней самооценки включают эмоциональную нестабильность, отсутствие самоконтроля, трудности с принятием решений, чувство «переполненности» различными эмоциями и мыслями и трудности с установлением интимных отношений. Поведенческий аспект деструктивного нарциссизма проявляется в неправильном восприятии себя и других, неадекватной самооценке, осторожности в общении, страхе перед интимными отношениями и стремлении к обще-

ственному признанию. Иногда люди могут чувствовать, что их внутренний мир недоступен для окружающих, не доверять им и испытывать уныние и апатию. Высокие значения по этой шкале указывают на трудности в самопонимании, противоречивость внутренних убеждений, нестабильность в отношениях с самим собой и окружающими, чувствительность, страх, скрытность, стремление к контролю над собой, сдержанность и подозрительность. Им трудно строить глубокие и близкие отношения из-за проблем с интимной близостью. Поэтому они предпочитают избегать или разрывать эти отношения, используя различные методы замещения. В контакте присутствуют только разрозненные части личности, а не целое. Использование этого вида сексуальной практики не учитывает важность взаимного уважения и интимности, что делает сексуальные отношения менее значимыми и безличными для участников. Интерес к интимным отношениям часто фокусируется на специфических характеристиках партнера, что может привести к фетишизации. Сексуальные фантазии и интимные развлечения проявляются в особом формате. Часто между партнерами возникают разногласия по поводу сексуальных предпочтений из-за ограничений в сексуальном поведении. Деструктивная сексуальность часто сопровождается сильными негативными эмоциями после интимных событий. Прошлые интимные отношения воспринимаются как негативный опыт, который может быть вредным или унижительным. Обычно это сопровождается чувством вины, потерей самоуважения или неприятным ощущением манипулирования. Подростки, сталкивающиеся с высоким уровнем деструктивной сексуальности, часто испытывают трудности с установлением полных и глубоких эмоциональных связей в сексуальной сфере и предпочитают избегать близости, открытости и тепла. Обычно в отношениях с сексуальным партнером возникает интерес к каким-то особым аспектам, которые могут вызвать возбуждение, например, к новизне или нестандартным особенностям. У некоторых подростков деструктивное сексуальное поведение может проявляться в агрессивном поведении, включая склонность к конфликтам или даже физическому насилию и саморазрушительным действиям.

При изучении взаимосвязи между различными признаками и проявлениями ПРЛ у подростков были обнаружены определенные виды проблем, связанных с зависимым поведением, такие как:

- I тип – ПРЛ с преобладанием эмоциональных расстройств по типу аффективного шторма – 99 (33%);
- II тип – ПРЛ с доминированием расстройств влечения и аддиктивной адреналиномании – 118 (39,3%);
- III тип – ПРЛ с нарушениями самоидентификации – 73 (24,3%).

Похожие результаты были получены в исследованиях различных аддикций у подростков с ПРЛ, которые наиболее часто проводились среди лиц с зависимостью от психоактивных веществ [1, 2, 8, 9].

Авторами публикаций отмечено, что только точное выявление и диагностика лиц с расстройством личности с сопутствующим аддиктивным расстройством, является ключом к правильному лечению подобных расстройств.

Заключение

У большинства подростков уровень выраженности признаков невротической и психотической симптоматики был средним. Установлено доминирование показателей по шкалам индивидуалистичности и тревожности. Результаты тестирования подростков с аддиктивным поведением при ПРЛ показали высокий уровень деструктивной агрессии (у 47,5%) при дефицитном страхе (у 26,3%), дефицитном внешнем (у 43,7%) и внутреннем (у 34,0%) Я-отграничении. У 19,0% подростков выявлен деструктивный нарциссизм, у 34% подростков – деструктивная сексуальность.

Разнообразие проявлений коморбидности аддиктивного расстройства и ПРЛ с неравномерным распределением симптомов в ходе исследования позволяет сделать вывод о разнообразии изучаемых личностных особенностей подростков этой группы. Самыми тесными оказались выявленные связи ПРЛ с курением и наркотической зависимостью с характерным доминированием расстройств влечения и аддиктивной адреналиномании.

При этом нами было отмечено, что особенности подросткового возраста оказывают непосредственное влияние на понимание патологического процесса, что усложняет как сам диагностический процесс, так и принятие решений по психотерапии и прогнозу данной группы подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каледа В.Г. Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте: особенности психопатологии и закономерности течения / В.Г. Каледа, А.А. Кулешов, Е.С. Крылова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 4. – С. 91-97. – DOI 10.17116/jnevro202312304191. – EDN RUIDIL.
2. Кулешов А.А. Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте / А.А. Кулешов // Психиатрия. –

2022. – Т. 20, № 2. – С. 32-41. – DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41. – EDN QSMDSK.
3. Alhammad M., Aljedani R., Alsaleh M. Family, individual and other risk factors contributing to risk of substance abuse in young adults: a narrative review // *Cureus*. 2022. Vol. 14. No 12. DOI:10.7759/cureus.32316
 4. Artioli M., Bougon E., Mathur A., Salles J. Factors associated with a borderline personality disorder diagnosis in the emergency department. *Front Psychiatry*. 2022. Vol. 28. No 13. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.925462.
 5. Brager-Larsen A., Zeiner P., Mehlum L. Sub-threshold or full-syndrome borderline personality disorder in adolescents with recurrent self-harm - distinctly or dimensionally different? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2023. Vol. 10. No 1. P. 26-30. DOI: 10.1186/s40479-023-00234-z.
 6. Ellison W.D., Rosenstein L.K., Morgan T.A., Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018. Vol. 41. No 4. P. 561-573. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008
 7. Gendy M.N.S., Remers S., Costello J., Rush B., MacKillop J. Characterizing clinical heterogeneity in an inpatient service treating mental, substance use and concurrent disorders. *PLOS Ment Health*. 2024. Vol. 1. No 2. DOI: 10.1371/journal.pmen.0000074.
 8. Guilé J.M., Zavaglia E., Berthiaume C., Bergeron L. Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population aged 12-14 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021. Vol. 56. No 11. P. 2053-2062. DOI:10.1007/s00127-021-02067-z
 9. Ross S., Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol*. 2012. Vol. 35. No 5. P. 235-243. DOI:10.1097/WNF.0b013e318261e193

© Исагулова Елена Юрьевна (9477877@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»