

ДЕТСКАЯ ТРАВМА И ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

E. Isagulova

Summary: The article highlights an analytic review of the current literature on the problem of the relationship between borderline personality disorder and psychotraumatization in childhood, as well as on the role of the interaction between childhood traumatization and other predictors of the development and progression of borderline personality disorder. The ecologist hypothesis (the myth of simple trauma), the biosocial hypothesis (the myth of complex trauma), and the genetic entanglement hypothesis were revealed to explain the features of the mutual influence of childhood psychotrauma and borderline personality disorder in the future. It is clarified that the pathway from trauma to borderline personality disorder is through genes and is not causal, and that trauma is causally related to borderline personality disorder, but the effect is mitigated by the individual's genes.

Theories of the relationship between psychotrauma and borderline personality disorder from an ecological and biosocialist perspective are analyzed to explain why childhood trauma may be causally related to borderline personality disorder.

It is concluded that there is no simple causal relationship between psychotrauma and BPL: none of the studies could exclude potential distorting variables, including genetics, whereas childhood trauma has minimal causal significance. Instead, genetics and environmental factors explain differences in PRL symptoms. Some forms of psychotrauma are likely adaptive in that they trigger painful memories and ruminations that motivate the individual to avoid the circumstances that led to the traumatic event. However, the notion that psychotrauma is a pervasive causal variable that accounts for PDP symptomatology is ambiguous and not fully proven.

Keywords: borderline personality disorder, childhood trauma, psychological trauma, child abuse, empathy, emotional regulation, social cognition.

Исагулова Елена Юрьевна

кандидат психологических наук, директор НМУ

«Клинический центр психического здоровья»

9477877@gmail.com

Аннотация: Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященной проблеме взаимосвязи между пограничным расстройством личности и психотравматизацией в детском возрасте, а также о роли взаимодействия между детской травматизацией и другими предикторами развития и прогрессирования пограничного расстройства личности. Раскрыты гипотеза эколога (миф о простой травме), биосоциальная гипотеза (миф о сложной травме) и генетическая гипотеза о запутывании, объясняющие особенности взаимного влияния психотравмы детского возраста и пограничного расстройства личности в будущем. Уточнено, что путь от травмы к пограничному расстройству личности проходит через гены и не является причинно-следственным, а также то, что травма причинно связана с пограничным расстройством личности, но эффект смягчается генами индивидуума.

Проанализированы теории связи психотравмы и пограничного расстройства личности с позиций экологии и биосоциализма, объясняющие, почему детская травма может быть причинно связана с пограничным расстройством личности.

Сделан вывод об отсутствии простой причинно-следственной связи между психотравмой и ПРЛ: ни одно из исследований не могло исключить потенциальные искажающие переменные, включая генетику, тогда как детская травма имеет минимальное причинно-следственное значение. Вместо этого генетика и факторы окружающей среды объясняют различия в симптомах ПРЛ. Некоторые формы психотравмы, вероятно, являются адаптивными, поскольку вызывают болезненные воспоминания и размышления, которые мотивируют человека избегать приведших к травмирующему событию обстоятельств. Но представление о том, что психотравма является всепроникающей причинной переменной, которая обуславливает симптоматику ПРЛ, неоднозначно и в полной мере не доказано.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, детская травма, психологическая травма, жестокое обращение с детьми, эмпатия, эмоциональная регуляция, социальное познание.

Введение

Главным принципом психологического благополучия личности является наличие гармоничных отношений с социумом, компетентности, самовосприятия, определенной автономии и стремления к личностному росту. Развитие когнитивного и эмоционального компонентов происходит под влиянием внешних обстоятельств и внутреннего личного опыта, которые одновременно формируют и актуализируют самосознание человека [1]. Длительные кризисы и травмирующие ситуации приводят к формированию негативных психических установок, которые могут продуцировать стойкие деструктивные состояния, влияющие на жизнь человека [25].

Одним из таких патологических состояний является

пограничное расстройство личности (ПРЛ), характеризующееся персистирующей нестабильностью настроения, межличностных отношений, самовосприятия и поведения [10]. Люди с ПРЛ часто страдают от сильных эмоций, импульсивности и имеют трудности в поддержании стабильных отношений. ПРЛ предшествуют определенные факторы, среди которых в качестве возможных причин эмоциональной нестабильности выделяют влияние негативного опыта социальных отношений, особенности воспитания, агрессивное поведение в раннем детстве, индивидуальную чувствительность к стрессу [8]. При этом, первые признаки ПРЛ появляются в детстве, но чаще всего выраженность проблемы эмоциональной нестабильности достигается в пубертатном возрасте [9]. ПРЛ также демонстрирует высокий уровень коморбидности. Например, регистровое исследование, в кото-

ром приняли участие более 11 000 людей с клинически диагностированным ПРЛ, показало, что 95,7% из них получили по крайней мере один другой психиатрический диагноз, причем наиболее распространенными сопутствующими состояниями были тревожные расстройства (75,7%), аффективные расстройства (76%) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (48,6%) [29]. Наиболее тревожным является существенное увеличение риска попыток самоубийства и завершённых самоубийств среди лиц с ПРЛ, среди которых приблизительно 75% совершат по крайней мере одну попытку самоубийства, при этом 2-5% завершат ее в течение 5-14 лет, а 8-10% завершат самоубийство в течение 15-27 лет после постановки диагноза [3].

На протяжении многих лет исследователи изучали различные факторы, способствующие развитию и проявлению симптомов ПРЛ, и одной из таких областей интереса является роль психологической травматизации в детском возрасте. Дети чувствительны к психотравме в силу своей высокой эмоциональной лабильности и общей уязвимости психики [2]. Разрушение психической безопасности ребенка под воздействием кризисных жизненных обстоятельств порождает риски развития расстройств и предшествует дезадаптации на социальном, психологическом и физическом уровнях [5]. Ключевым аспектом являются условия, в которых растет ребенок, поскольку травматический опыт может формировать не только определенные типы поведения, но и провоцировать стойкие психические состояния деструктивного характера, включая ПРЛ [10].

Однако связь между психологической травматизацией ребенка и ПРЛ не является бесспорной, поскольку ис-

следования дали противоречивые результаты, а точные механизмы, лежащие в основе влияния детской травмы на симптомы ПРЛ остаются малоизученными [18]. Кроме того, дальнейшего изучения требует выявление роли взаимодействия между травматизацией детского возраста и другими биологическими, психологическими и факторами окружающей среды в развитии и прогрессировании ПРЛ.

Целью данного литературного обзора является анализ и критическая оценка существующих научных исследований о выявлении взаимосвязи между пограничным расстройством личности и психотравматизацией в детском возрасте, а также о роли взаимодействия между детской травматизацией и другими предикторами развития и прогрессирования ПРЛ.

Материалы и методы исследования

Сочетая расширенный перечень ключевых слов, связанных с терминами «пограничное расстройство личности» и «детская психологическая травма» был проведен поиск литературных источников в системах Scopus, PubMed, MedLine, The Cochrane Library, eLIBRARY, CyberLeninka, РИНЦ без временных и языковых ограничений.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно обобщению данных литературы существуют три гипотезы, которые могут объяснить связь между ПРЛ и детской травмой (рис. 1).

Гипотеза эколога (миф о простой травме) говорит о том, что в причинно-следственной связи между детской

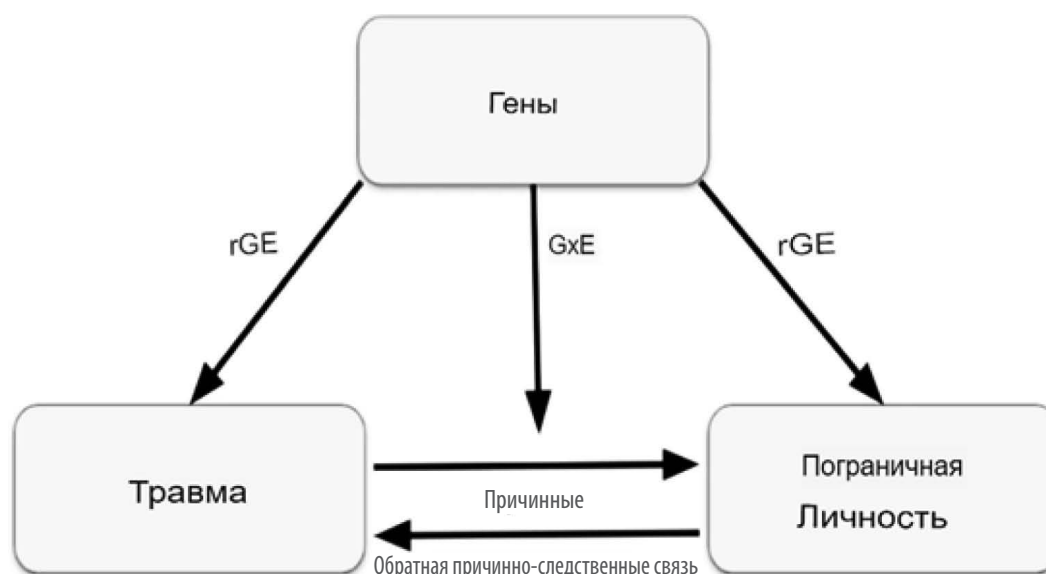


Рис. 1. Возможные причинно-следственные связи между травмой и ПРЛ

rGE = корреляция ген-среда. Путь от травмы к ПРЛ проходит через гены и не является причинно-следственным.

GxE = взаимодействие ген-среда. Травма причинно связана с ПРЛ, но эффект смягчается генами индивидуума.

травмой и развитием ПРЛ определяющую роль играет окружающая среда. Гипотеза эколога утверждает, что любой ребенок или подросток, переживший психологическую травму, имеет потенциал для развития пограничных симптомов, а в тяжелых случаях – для прогрессирования клинического ПРЛ. Более того, эта гипотеза предполагает дозозависимый ответ: тяжесть травмы положительно коррелирует с тяжестью пограничных симптомов. В отличие от других гипотез, генетика не считается причинным фактором развития ПРЛ, что приводит к низкой или нулевой наследуемости, в то время как влияние общих факторов окружающей среды, как ожидается, будет умеренным или большим.

Биосоциальная гипотеза (миф о сложной травме) подразумевает связь между ПРЛ и детской травмой, которая является причинно-следственной только у индивидов с определенными характеристиками, способствующими развитию пограничных симптомов после пережитой травмы (взаимодействие генов и окружающей среды = GxE).

В моделях этих двух гипотез наследуемость может варьироваться от умеренной до высокой, в то время как общие и/или необщие эффекты окружающей среды, как ожидается, будут способствовать вариации пограничных симптомов.

Генетическая гипотеза о запутывании говорит о том, что наблюдаемая связь между ПРЛ и травмой является ложной и вызвана корреляцией между генетикой и окружающей средой (r_{GE}). То есть гены, которые связаны с ПРЛ, также связаны со средой, характеризующейся более высокими показателями травматического опыта. Например, родители, обладающие такими чертами, как низкий контроль над импульсами и высокая эмоциональная реактивность, могут передавать гены, связанные с этими чертами, своим детям. Более того, эти же родители с большей вероятностью создают хаотичную домашнюю обстановку, физически и эмоционально оскорбляют своих детей. С этой точки зрения пережитая травма не является причинной; вместо этого именно гены, переданные от родителей детям, способствуют развитию ПРЛ.

Исследователи выдвинули множество теорий с позиций экологии и биосоциализма, для того чтобы объяснить, почему детская травма, может быть, причинно связана с ПРЛ. Эти теории не обязательно являются взаимоисключающими, но имеют различия в акцентах.

Так, еще в 1992 г. Д.Л. Герман [14] ввела понятие сложного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), чтобы объяснить набор симптомов, возникающих в результате хронического воздействия экстремального стресса, особенно в ситуациях, когда человек находится под контролем другого человека, например,

в семьях, где присутствует насилие. Автор заметила, что выжившие в таких обстоятельствах демонстрируют более сложный, размытый и трудный для лечения профиль симптомов по сравнению с простым ПТСР.

ПРЛ и ПТСР при этом являются отдельными состояниями психического здоровья, но они могут возникать одновременно, что затрудняет диагностику и лечение. ПРЛ характеризуется нарушением эмоциональной регуляции, импульсивным поведением и сильным страхом быть покинутым, в то время как ПТСР включает повторное переживание травматических событий посредством воспоминаний, кошмаров и повышенной реактивности [27]. По мнению Д.Л. Герман, ПРЛ можно рассматривать как расстройство травматического спектра, в котором основные симптомы ПРЛ являются адаптивными или неадаптивными реакциями на среду, характеризующимися хроническим насилием и контролем [10]. Например, диссоциация может служить для пациентов с ПРЛ механизмом преодоления, чтобы ориентироваться в подавляюще ужасающей реальности, в то время как депрессия может возникать из-за глубокой потери веры и надежды. Кроме того, соматические симптомы, такие как головные боли и желудочно-кишечные расстройства, могут возникать из-за длительного сверхконтроля и вызванного им стресса для организма человека.

Бессель ван дер Колк и соавт. [35] предположили, что переживание длительной и тяжелой травмы, особенно в детстве, может привести к трудностям в адаптивной регуляции эмоций, фрагментированному чувству себя и задержке развития. Они предположили, что симптомы пограничного расстройства личности являются попытками людей успокоиться, используя механизмы преодоления, выработанные во время травматического опыта. Например, диссоциация служит средством преодоления подавляющего стресса путем ограничения сознания и отстранения как от физического, так и от психологического стресса. Кроме того, феномен расщепления, который включает колебания между крайней идеализацией и обесцениванием других, отражает модели взаимодействия, перенесенные из детства, и отсутствие целостной личности.

Л. Келер и Д. Фрейд [16] утверждали о более конкретной связи между травмой предательства с ненадежным стилем привязанности и чертами пограничной личности. Травма предательства происходит, когда родители, которые должны обеспечивать поддержку и безопасность, становятся источником травмы. Причинные факторы этого развития включают эмоциональное пренебрежение и физическое или сексуальное насилие.

Последствия сексуального насилия в детстве в его различных проявлениях были предметом постоянного изучения в детской психологии, с особым интересом к

развитию личности и стилей привязанности [4, 17]. Такие исследователи, как G. Tingtin et al. [32] попытались систематизировать последствия сексуального насилия в детстве и обнаружили, что в основном в жизни детей, подвергшихся насилию, сохраняется глубокий дискомфорт и дисфорическое эмоциональное состояние, которое проявляется взрывообразно как абреакция в разное время в ситуациях, которые бессознательно связаны с насилием или с фигурой обидчика. Благодаря этой информации можно сделать вывод, что значительная часть психики пациента остается фиксированной в этом событии, по крайней мере на бессознательном уровне. Указанные последствия не ограничиваются только психологическими и физическими аспектами, но также физиологическими, неврологическими, социальными и даже духовными аспектами [19]. Это может быть тесно связано с возможностью формирования расстройств личности и интенсивных изменений в поведении жертвы на протяжении всей ее жизни, таких как эмоциональная дисрегуляция, депрессия и снижение уверенности в себе [7]. Поэтому можно с уверенностью сказать, что существует важная связь между травматическими событиями, такими как сексуальное насилие, и внутриличностным опытом, в основном влияющим не только на отношения с собственным телом и собственной сексуальностью, но также на стили привязанности и инструменты формирования межличностных отношений [12].

Поскольку привязанность ребенка к родителям/другим значимым фигурам имеет решающее значение для его выживания, они часто чувствуют себя обязанными поддерживать отношения даже перед лицом серьезного насилия. Чтобы справиться с травмой предательства, люди могут использовать такие стратегии, как диссоциация, амнезия и репрессия, чтобы не допустить проникновения угрожающей информации в их сознание [1]. Поэтому люди, страдающие от травмы предательства, как ожидается, будут иметь типичные для ПРЛ проблемы с привязанностью (отсутствие доверия) и когнитивную диссоциацию. Эти выводы предполагают, что предательство может быть ключевой особенностью ПРЛ.

М.М. Линехан и соавт. [20] предложила теорию, связывающую детскую травму и ПРЛ на основе сочетания определенных биологических уязвимостей и влияния окружающей среды, что способствует проявлению пограничных симптомов (GxE). Эта теория предполагает, что ПРЛ может быть результатом взаимодействия между биологическими и психосоциальными факторами. В ее основе лежат биологические уязвимости и дефициты, травматический опыт в детстве. Центральной биологической уязвимостью является эмоциональная дисрегуляция, которая приводит к повышенной эмоциональной чувствительности. Когда уязвимые люди воспитываются в среде, которая препятствует или нерегулярно и ненадлежащим образом реагирует на выражение личных

переживаний и эмоций («неприемлемая среда»), они не могут научиться необходимым инструментам для регулирования своих эмоциональных реакций, а также не могут научиться понимать, маркировать, регулировать или терпимо относиться к эмоциональным реакциям. Они оказываются в состоянии дисбаланса между эмоциональным подавлением и крайней эмоциональной нестабильностью, демонстрируя колебания между эмоциональными крайностями и высокий уровень эмоциональной лабильности.

В то время как рассмотренные теории фокусируются на приблизительных психологических и, в меньшей степени, физиологических механизмах, которые приводят от детской травмы к ПРЛ, некоторые другие теории фокусируются на конечных или эволюционных объяснениях этого расстройства личности [23]. Эволюционно обоснованные объяснения постулируют, что некоторые признаки и симптомы, связанные с ПРЛ, можно рассматривать как патологический вариант адаптивных реакций на ранние неблагоприятные факторы окружающей среды. Эта точка зрения частично основана на теории истории жизни [30], предполагающей, что индивидуальные различия в распределении ресурсов для соматического роста или воспроизводства зависят от бессознательной оценки будущей доступности ресурсов. Соответственно, если прогнозируется, что ресурсы (которые здесь включают эмоциональную доступность и надежность значимых других) будут скудными, люди могут быть склонны принимать «более быструю» стратегию жизненного цикла (Life History Strategy (LHS)), то есть вкладывать больше в репродуктивную деятельность, чем в поддержание тела и восстановление тканей, в результате чего ранний социальный стресс в форме насилия или пренебрежения может «подготовить» человека на нейробиологическом уровне к борьбе с будущей угрозой и недоброжелательностью [33].

Различие между «быстрым» и «медленным» LHS отражает крайности в континууме, с изменениями в течение жизни, которые критически зависят от сигналов окружающей среды [30]. Гипотеза о компромиссе между воспроизводством и поддержанием жизненного цикла, опосредующем связь между невзгодами раннего периода жизни и ПРЛ, помогает понять высокую размерность, которая характеризует физиологические и поведенческие корреляты ПРЛ [6].

Ранние исследования причин ПРЛ были психодинамическими по своей ориентации и фокусировались на разлуке или потере родителей и нарушенном родительском воспитании. Начиная с конца 1980-х годов исследователи начали изучать связь между рядом детских травм (включая физическое и сексуальное насилие) и развитием ПРЛ. Как правило, исследователи использовали ретроспективные методы случай-контроль, сравнивая

пациентов с диагностированным ПРЛ с клиническими не пограничными контрольными группами.

Например, Д.Л. Герман и соавт. [14] обнаружили, что 81% пациентов с ПРЛ перенесли травму, тогда как в контрольной группе травма была выявлена у 52%. Пациенты с ПРЛ подвергались сексуальному насилию более чем в два раза чаще, чем в группе без ПРЛ (67% против 26%). Аналогичным образом, Вестен Д. и соавт. [36] обнаружили, что пациенты с ПРЛ чаще страдали от физического, сексуального насилия и пренебрежения, чем клинический контроль.

Хотя последовательность ассоциации является важным критерием для вывода о причинно-следственной связи, этого недостаточно. Кроме того, исследования случай-контроль страдают от многих потенциальных предубеждений, неспособны исключить сопутствующие переменные и, таким образом, обычно не могут считаться высококачественными.

Однако более поздние проспективные когортные исследования обнаружили аналогичную связь между детской травмой и последующим развитием ПРЛ, как и эпидемиологические исследования, основанные на репрезентативных выборках [11, 28].

Самый полный и актуальный обзор наблюдательных исследований, метаанализ 2020 года, включающий 97 исследований, показал, что 71% людей с ПРЛ сообщили по крайней мере об одном неблагоприятном опыте травматизации в детстве, при этом 48,9% сообщили о физическом пренебрежении, 42,5% сообщили об эмоциональном, 36,4% - о физическом и 32,1% - о сексуальном насилии [26].

Из 36 пациентов с ПРЛ 44,4%, принявших участие в исследовании, М. Preethi et al. [22] сообщили об истории определенного психотравмирующего фактора. Большинство психотравм, связанных с ПРЛ, имели характеристики начала в возрасте 7-12 лет, до 10 случаев насилия, насильник был близким родственником или близким знакомым. Нарушения идентичности ($P = 0,0354$), рецидивирующее суицидальное/самоповреждающее поведение ($P = 0,0177$) и связанные со стрессом параноидальные/диссоциативные симптомы ($P = 0,0177$) были в значительной степени связаны с наличием психотравмирующего фактора, тогда как нестабильные межличностные отношения ($P = 0,001$) были в значительной степени связаны с отсутствием психотравмы.

Большинство исследований детской травмы и ПРЛ обнаружили, что более тяжелая травма связана с худшими симптомами и худшим прогнозом. Так, М.П. Хенгартнер М.П. [13] обнаружили зависимость «доза-реакция» между общим баллом шкалы неблагополучия в детстве

и ПРЛ. Они также отметили, что травматизация в детстве объясняла 27,8% дисперсии пограничных симптомов. Издевательства и насилие в школах, а также эмоциональное насилие, по-видимому, являются более выраженными маркерами общей патологии личности, чем другие формы невзгод детства. Х. Турнианский и соавт. обнаружили, что у пациентов с ПРЛ с сексуальным насилием в детском возрасте было больше госпитализаций, попыток самоубийства и более высокие показатели употребления алкоголя, чем у пациентов с ПРЛ, не подвергавшихся такому насилию [34].

Переживание более тяжелых психотравм в раннем возрасте было значительно связано с более высоким риском диагностирования ПРЛ в более позднем возрасте (прямой относительный риск = 0,268; SE, 0,067; $P < 0,001$) [6]. Важно отметить, что этот риск был дополнительно увеличен на 56,5% среди респондентов, которые отдавали приоритет краткосрочным репродуктивным целям над соматическим поддержанием.

Представленные выше доказательства кажутся убедительными, однако существуют серьезные ограничения для причинно-следственного вывода из наблюдательных исследований. Независимо от того, насколько последовательна связь между детской травмой и симптомами ПРЛ, ученые не могут контролировать все потенциальные искажающие переменные.

Так, Портер и соавт. проверили наличие публикационной ошибки в своем комплексном метаанализе и обнаружили, что в целом в исследованиях случай-контроль отношение шансов (ОШ) между детскими психотравмами и ПРЛ при корректировке на публикационную ошибку снизилось почти на 18% (OR с 16,86 до 13,91) [26]. Кроме того, размеры эффекта были намного меньше в эпидемиологических исследованиях (2,56) и проспективных когортных исследованиях (2,59), чем в исследованиях случай-контроль.

Существует множество возможных объяснений обнаружения меньших эффектов в перспективных исследованиях. Исследования случай-контроль выбирают людей с более тяжелыми симптомами ПРЛ, которые часто находятся в стационарных лечебных учреждениях. У этих пациентов, вероятно, существует более тяжелая история детских травм, чем у индивидов с более умеренными симптомами ПРЛ. Однако, учитывая, что люди с ПРЛ страдают от напряженных межличностных отношений и часто в конечном итоге обесценивают членов семьи и близких, также возможно, что они склонны переосмысливать неоднозначные детские события и взаимодействия как травмирующие, чтобы сформировать осмысленное повествование, которое помогает рационализировать их душевные страдания, хронические чувства пустоты, одиночества и трудности в отношениях. В

этом сценарии уменьшение диссонанса и оправдание постфактум приводят к переоценке травм в ретроспективных исследованиях [37].

Другая возможность заключается в том, что люди с ПРЛ подвержены повышенному риску выдумывания воспоминаний о детском насилии и травме, которые, по их мнению, они подавили. Крупный репрезентативный опрос [25] показал, что из 1082 человек, проходящих терапию, 20,1% сообщили, что их терапевт обсуждал возможность того, что они подвергались насилию в детстве, и подавлял воспоминания. А 11,3% сообщили, что пришли к убеждению, что они подвергались насилию в детстве, хотя ранее у них не было таких воспоминаний. Люди с ПРЛ часто пользуются психиатрическими услугами и индивидуальной терапией, поэтому, если даже небольшой процент придет к убеждению, что они подвергались насилию, это может существенно исказить ретроспективные оценки детской травмы.

Наконец, вполне вероятно, что небольшая доля людей с ПРЛ выдумывают истории сексуального, физического и эмоционального насилия, чтобы получить сочувствие и манипулировать другими [24].

Заключение

ПРЛ частично наследуется генетически, а частично является функцией стрессовых переживаний во время

роста и развития. ПРЛ следует считать расстройством травматического спектра. Психологическая травма может трактоваться как трансдиагностическая конструкция, связанная с почти утроенным риском возникновения психопатологии, включая ПРЛ. Однако простая связь между травмой и ПРЛ не является причинно-следственной. Ни одно из исследований не могло исключить потенциальные искажающие переменные, включая генетику. В конкретном случае ПРЛ исследования свидетельствуют о том, что детская травма имеет минимальное причинно-следственное значение. Вместо этого генетика и факторы окружающей среды объясняют различия в симптомах ПРЛ. Некоторые формы травмы, вероятно, адаптивны, поскольку вызывают болезненные воспоминания и размышления, которые мотивируют человека избегать обстоятельств, приведших к травмирующему событию. Но представление о том, что психотравма является всепроникающей причинной переменной, ответственной за симптоматику ПРЛ, неоднозначно.

Тем не менее, учитывая высокую распространенность детской травмы и пограничных черт личности, скрининг этих факторов имеет решающее значение. Выявление детской психотравматизации у лиц с ПРЛ может информировать и улучшать управление часто изменчивой и сложной природой этих сопутствующих заболеваний, что приводит к более эффективным и индивидуальным стратегиям лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур, Е.С. Нарушения личностной саморегуляции при переживании эмоциональной травмы у пациентов с пограничными психическими расстройствами / Е.С. Мазур, Е.Я. Гайда // *Российский психиатрический журнал*. – 2013. – № 4. – С. 56–65. – EDN RBTKSJ.
2. Петрова, Е.А. Феномен психотравмы: теоретический аспект / Е.А. Петрова // *Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого*. – 2013. – Т. 2. – № 74. – С. 89–91. EDN: RURCTJ
3. Álvarez-Tomás, I. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies / I. Álvarez-Tomás, J. Ruiz, G. Guilera, A. Bados // *European Psychiatry*. 2019. – № 56(1) – P. 75–83. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.010
4. Arntz, A. Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis / A. Arntz, K. Mensink, W.R. Cox, R.E. Verhoef, A.A. van Emmerik, S.A. Rameckers, R.P. Grasman // *Psychological Medicine*. – 2023. – № 53(3). – P. 668–686.
5. Baptista, A. The Cognitive, Ecological, and Developmental Origins of Self-Disturbance in Borderline Personality Disorder / A. Baptista, D. Cohen, P. Jacquet // *Front Psychiatry*. 2021. – № 5 – P. 12–17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.707091>
6. Baptista, A. Associations Between Early Life Adversity, Reproduction-Oriented Life Strategy, and Borderline Personality Disorder / A. Baptista, V. Chambon, N. Hoertel, M. Olfson, C. Blanco, D. Cohen, O.P. Jacquet // *JAMA psychiatry*. 2023. – № 80(6). – P. 558–566. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0694>
7. Bounoua, N. Dimensions of childhood maltreatment and adult risky behaviors: Differential affective and inhibitory control mechanisms. / N. Bounoua, N. Sadeh // *Child Abuse & Neglect*, 2023. 134 p. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105877>
8. Bozzatello, P. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. / P. Bozzatello, C. Garbarini, P. Rocca // *Diagnostics*. – 2021. – № 11. doi:<https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
9. Campbell, K. Borderline personality disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. / K. Campbell, K. Clarke, D. Massey // *Int J Ment Health Nurs*. 2020 – №29(5) – P.972-981. doi:<https://doi.org/10.1111/inm.12737>
10. Garland, J. Borderline personality disorder: part 1 – assessment and diagnosis. / J. Garland, S. Miller // *BJPsych Adv*. 2020. – №26(3) – P.159–172. doi:<https://doi.org/10.1192/bja.2019.76>
11. Gewirtz-Meydan, A. Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. / A. Gewirtz-Meydan, N. Godbout // *Child Abuse & Neglect*, 2023. 141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>
12. Gewirtz-Meydan, A. Sex in the shadow of child sexual abuse: the development and psychometric evaluation of the post-traumatic sexuality (PT-SEX) scale. /

- A. Gewirtz-Meydan, D. Lassri // *J. Interpers. V. 38.* – P. 4714–4741. doi: 10.1177/08862605221118969
13. Hengartner, M.P. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. / M.P. Hengartner, V. Ajdacic-Gross, S. Rodgers, M. Müller, W. Rössler // *European Psychiatry*. 2013. – № 28(8). – P. 476–482. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.04.004
 14. Herman, J.L. Childhood trauma in borderline personality disorder. / J.L. Herman, J.C. Perry, B.A. Van der Kolk // *The American Journal of Psychiatry*. 1989. – № 146(4), 490–495. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
 15. Herman, J.L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. / J.L. Herman // *Journal of Traumatic Stress.* – 1992. – № 5 – P. 377–391.
 16. Kaehler, L.A. Borderline personality characteristics: A betrayal trauma approach. / L.A. Kaehler, J.J. Freyd // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2009. – № 1(4) – P. 261–268. <https://doi.org/10.1037/a0017833>
 17. Khanjani, Z. Structural relationships of borderline personality disorder symptoms and attachment styles with obsessive-compulsive disorder symptoms. / Z. Khanjani, T. Hashemi, N. Rahmatyabadi // *Psychological Achievements*, 2023. – № 30(1) – P.395–416.
 18. Kramer, U. Future Challenges in Psychotherapy Research for Personality Disorders. / U. Kramer, C. Eubanks, K. Bertsch // *Curr Psychiatry Rep.* – 2022. – № 24 – P.613–622. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01379-4>
 19. Letkiewicz, A. Cumulative childhood maltreatment and executive functioning in adulthood. / A. Letkiewicz, A. Weldon, C. Tengshe, M. Niznikiewicz, W. Heller // *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma.* – 2020. – № 30(4). – P. 547–563
 20. Linehan, M.M. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. / M.M. Linehan, S.E. Crowell, T.P. Beauchaine // *Psychological Bulletin*, 2009. – № 135(3). – P. 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
 21. Massoni, L. Epigenetic and Mental Diseases: The Role of Psychotherapy. / L. Massoni // *International Journal of Translational Medicine.* – 2024 – № 4(3) – P. 450–462. <https://doi.org/10.3390/ijtm4030030>
 22. Preethi, M. Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. / M. Preethi, B. Chaudhari, S., Daniel, S. Bhattacharya // *Industrial Psychiatry Journal*. 2016. – № 25. – P. 101–115. 10.4103/0972-6748.196046.
 23. Otto B. Borderline Personality Disorder in a «Life History Theory» Perspective: Evidence for a Fast «Pace-of-Life-Syndrome». / B. Otto, L. Kokkelink, M. Brüne // *Front Psychol*. 2021 – № 12:715153. doi: 10.3389/fpsyg.2021.715153.
 24. Paris, J. Memories of Abuse in Borderline Patients: True or False? / J. Paris, *Harvard Review of Psychiatry*, 1995. – 3(1) – P. 10–17. <https://doi.org/10.3109/10673229509017160>
 25. Patihis, L. Reports of Recovered Memories in Therapy in Undergraduate Students. / L. Patihis, R. S.Wood, M. H.Pendergrast, M. E. Herrera, // *Psychological reports*, 2022. – №125(1). – P. 129–147. <https://doi.org/10.1177/0033294120971756>
 26. Porter, C. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. / C. Porter, J. Palmier-Claus, A. Branitsky, W. Mansell, H. Warwick, F. Varese // *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2020. – № 141(1), – P. 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
 27. Riemann, G. Borderline personality features in relationship to childhood trauma in unipolar depressive and bipolar disorders. / G. Riemann // *Journal of affective disorders*, 17 Jul. – 2024, S0165-0327(24)01160-1. doi:10.1016/j.jad.2024.07.101
 28. Robin, M. Clinical stakes of sexual abuse in adolescent psychiatry. / Robin, M., Schupak, T., Bonnardel, L., Polge, C., Couture, M.B., Bellone, L., et al. // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* – 2023. – 20:1071. doi: 10.3390/ijerph20021071
 29. Skoglund, C. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. / Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C. et al. // *Mol Psychiatry* – 2021. – № 26, – P. 999–1008 <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0>
 30. Stearns, S.C. *The Evolution of Life Histories*. Oxford, NY: Oxford University Press. (1992).
 31. Stearns, S.C. On the use of “life history theory,” in evolutionary psychology. / Stearns, S. C., Rodrigues A. M. M. // *Evol. Hum. Behav.* 2020. - №41, - P. 474–485. 10.1016/j.evolhumbehav.2020.02.001
 32. Tingtin, G. Roles of psychological distress and social support in the Relationship between Childhood Maltreatment and Perceived needs for Mental Health Care. / Tingtin, G., Mei, S., Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. // *Journal of Interpersonal Violence*, 2021. - №. – P. 28. https://doi.org/10.1177_08862605211006368.
 33. Troisi, A. Social stress and psychiatric disorders: evolutionary reflections on debated questions. / A. Troisi // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2020. - №116, - P. 461–469. 10.1016/j.neubiorev.2020.07.016
 34. Turniansky, H. A history of prolonged childhood sexual abuse is associated with more severe clinical presentation of borderline personality disorder in adolescent female inpatients - A naturalistic study. / H. Turniansky // *Child abuse & neglect* 2019. - vol. 98:104222. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104222
 35. van der Kolk, B.A. Trauma and the development of borderline personality disorder. / B.A. van der Kolk // *The Psychiatric clinics of North America* 1994. - vol. 17(4). – P.715-30.
 36. Westen, D. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. / D. Westen // *The American journal of orthopsychiatry* 1990. - vol. 60 (1). – P. 55-66. doi:10.1037/h0079175
 37. Yong, J.C. Not so much rational but rationalizing: Humans evolved as coherence-seeking, fiction-making animals. / Yong, J. C., Li, N. P., Kanazawa, S. // *American Psychologist*, 2021. - №76(5), - P. 781–793. <https://doi.org/10.1037/amp0000674>.

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

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»