

УДК: 159.97

Исагулова Елена Юрьевна

кандидат психологических наук, директор
НМУ "Клинический центр психического здоровья",
9477877@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3075-6330

Elena Yu. Isagulova

Candidate of Psychological Sciences,
Director
Non-State Medical Institution "Clinical Center for Mental Health"
9477877@gmail.com

Проблемы идентичности пациента с пограничным расстройством личности

Identity problems of a patient with borderline personality disorder

Аннотация. Статья освещает аналитический обзор современной литературы, посвященной проблеме идентичности пациента с пограничным расстройством личности. Уточнено, что патологическое функционирование, связанное с идентичностью, является основной чертой пограничного расстройства личности, которая крайне недостаточно представлена в эмпирической литературе.

Растущие данные указывают на то, что патология идентичности многогранна, находится под влиянием взаимодействий между социальными и эндогенными процессами и связана с широким спектром неадаптивных результатов. Хотя исторически она определялась моделями нестабильности, накапливающиеся исследования показывают, что патология идентичности также проявляется как дистресс и функциональное нарушение, связанное с чрезмерной ригидностью и/или несоответствующим поведением.

Исследования патологии идентичности значительно отстают от эмпирических исследований других признаков ПРЛ, отчасти из-за концептуальных, методологических и связанных с измерением проблем. Поэтому несмотря на сложную природу этой конструкции и ее центральное место в ПРЛ, исследователи часто оценивают патологию идентичности косвенно, неадекватно или не могут измерить ее полностью.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, идентичность, нарративная идентичность, самосхема, деперсонализация.

Annotation. The article highlights an analytical review of the current literature on the identity problem of the patient with borderline personality disorder. It is clarified that pathological identity-related functioning is a core feature of borderline personality disorder that is severely underrepresented in the empirical literature.

Growing evidence suggests that identity pathology is multifaceted, influenced by interactions between social and endogenous processes, and associated with a wide range of maladaptive outcomes. Although historically defined by patterns of instability, accumulating research suggests that identity pathology also manifests as distress and functional impairment associated with excessive rigidity and/or maladaptive behaviors.

Research on identity pathology has lagged far behind empirical studies of other PWL traits, in part due to conceptual, methodological, and measurement-related challenges. Therefore, despite the complex nature of this construct and its centrality to PWL, researchers often assess identity pathology indirectly, inadequately, or fail to measure it fully.

Keywords: borderline personality disorder, identity, narrative identity, self-schema, depersonalization.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – это психиатрическое расстройство, характеризующееся интенсивными эмоциональными колебаниями, неконтролируемыми эмоциональными реакциями и гневом, хронической суицидальностью и чувством пустоты, возникающими

из-за сильного страха быть покинутым, что приводит к нестабильному ощущению себя и межличностных отношений. Чаще всего это расстройство развивается как защитный механизм от детской травмы или пренебрежения. Нарушение самофункционирования и идентичности является критерием ПРЛ в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) [13]. Расстройства на уровне идентичности распределены по множеству переживаний себя: чувства пустоты и несуществования, меняющиеся взгляды на себя, быстрая смена ролей, ценностей, целей и отношений, отсутствие четкой концепции саморазвития, чувства болезненной непоследовательности, развитие «ложного Я» и симптомы дереализации и деперсонализации [18]. Идентичность может быть концептуализирована как внутренняя психологическая структура, специфическое содержание личности и психики, а также имеет непрерывный процесс. Самосхема «Я неудачник» является примером специфического содержания идентичности. Структура относится к уровню интеграции содержания, то есть к концепции «я», а процесс – к тому, как информация о себе, других людях и собственном прошлом, настоящем и будущем непрерывно обрабатывается [17]. Если взглянуть на психопатологическую литературу, связанную с нарушениями «Я», то можно найти такие понятия, как минимальное «Я», ядро «Я», нарративное «Я», нейронное «Я», социальное «Я» и т. д., и пока не ясно, как эти различные понятия должны обозначать аспекты одного и того же опыта бытия собой.

Так, нарративная идентичность может быть определена как интернализированная и развивающаяся история себя, которую человек конструирует, чтобы придать смысл своей жизни. История, лежащая в основе нарративной идентичности, состоит из выборочной реконструкции личного прошлого и ожиданий своего будущего [13]. Т. Fuchs интерпретировал ПРЛ как «фрагментацию нарративного Я». Эта концепция подразумевает «значимую связность личного прошлого, настоящего и будущего, которая подобна единству истории, которую мы рассказываем» [11]. Таким образом, нарративная идентичность – это вид идентичности или постоянства во времени, который возникает из объединения жизни и ее тройственной временности (прошлое, настоящее, будущее) в историю. Концепция нарративной идентичности является одной из основ для многих исследований ПРЛ, которые предлагают анализ историй, созданных людьми с ПРЛ, в соответствии с тематическими элементами (например, свобода воли, удовлетворение от общения и т.д.), структурными особенностями (например, согласованность повествования) или явное содержание. Эти исследования сосредоточены на откровенных рассказах, создаваемых людьми с ПРЛ, в то время как другие исследования, которые находятся в центре внимания настоящей статьи, рассматривают структуры самоощущения, которые в первую очередь делают возможным рассказывание историй. Идентичность как постоянство во времени изначально является философской проблемой и, в частности, касается общего опыта сохранения неизменности [16].

По словам Т. Fuchs, хотя истории проживаются (разыгрываются) до того, как их рассказывают, люди, тем не менее, являются их соавторами. Таким образом, нарративная идентичность предполагает «способность индивида интегрировать противоречивые аспекты и тенденции в связное, всеобъемлющее чувство и представление о своем Я». Т. Fuchs предполагает, что эта способность находится под угрозой у людей с ПРЛ: их импульсивность и дробность удерживают их в настоящем, с которым они себя отождествляют, и мешают им интегрировать различные прошлые и будущие события своей жизни [11]. Таким образом, каждое настоящее изолировано от временной структуры, которая придает жизни ее связность. Таким образом, повествовательное «я» фрагментировано, что приводит к ряду нарушений в самовосприятии. Эта интерпретация ПРЛ была оспорена N. Gold и M. Kuratsous, которые подвергают сомнению как нарративное понимание этого расстройства, так и, в более общем плане, нарративное измерение самости. Согласно ненарративной модели, каждый человек состоит из «команды временных агентов», которые обязательно эпизодичны и имеют свои собственные проекты и временные рамки. Агенты предлагают согласованность идентичности для себя, когда они идентифицируют себя с командой посредством «внутриличностного командного рассуждения», которое состоит в ответе на вопрос «Чего я, как личность (команда) с течением времени, хочу и какие действия должен предпринять нынешний я, чтобы этого достичь?» [1212]. По словам N. Gold и M. Kuratsous, люди с ПРЛ страдают от «отсутствия идентификации и чувства непрерывности» между транзитными агентами, что влияет на непрерывность между их целями, проектами и амбициями во времени.

Агентный подход освещает диахроническую идентичность и самонаправленность. Нарушение идентичности при ПРЛ имеет как диахронические, так и синхронические элементы. Эти два типа дефицита могут быть связаны. Если у кого-то постоянно меняются ценности и жизнен-

ные цели, то неудивительно, что у него нет последовательного синхронного «Я». Модель агентного «Я» предполагает потенциал для исследования конструкции нестабильности «Я» путем сосредоточения на временных аспектах «Я» и ментальных путешествиях во времени.

По мнению других авторов, проблема в ПРЛ заключается не в отсутствии нарративной и диахронической идентичности, а в нарушении нарративных процессов, причиной и следствием которых являются аффективная и межличностная нестабильность. Авторы предполагают, что «ключевые черты ПРЛ представляют собой значительные модификации протонарративных структур и подавляют развитие нарративной идентичности, что приводит к нарушенному чувству идентичности» [6].

Клинически понятие нарушения идентичности соответствует серьезным трудностям в описании личных черт себя и других, а также проблемам в развитии чувства себя с убеждениями, интересами и жизненными целями, которые остаются стабильными с течением времени. Это может принимать форму крайних и поляризованных представлений о себе, чувства недоумения по поводу изменений в себе, отсутствия связного образа себя, взрывных переходов в состояния, в которых восприятие себя искажено и показывает слабое соответствие с внешней реальностью, отсутствия способности гибко адаптироваться к изменениям, быстрой смене ролей и отношений, прерывистости в опыте себя и отсутствия четкой концепции саморазвития. Пациенты идентифицируют себя только со своими текущими аффективными состояниями и не имеют ощущения их непрерывности с течением времени [12].

Нарушение идентичности в контексте ПРЛ представляет собой сложную конструкцию. Первоначально оно вошло в номенклатуру в результате работы О.Ф. Kernberg et al. Эти теоретики рассматривали идентичность при ПРЛ как диффузную, то есть, она демонстрирует постоянную непоследовательность и отсутствие интеграции с иногда искаженными или фрагментированными представлениями о себе и других. Позднее было выявлено, что взрослые с ПРЛ страдали от четырех различных аспектов нарушения идентичности – поглощения роли, болезненной несогласованности, непоследовательности и отсутствия приверженности [15].

Эмпирические исследования подтвердили эту концептуализацию диффузной природы идентичности. Лица с ПРЛ показали значительно меньшую последовательность, чем здоровый контроль, когда их просили перечислить свои черты личности дважды в течение трехчасового периода в рамках задачи по поддержанию представления о себе и других [5]. Пациенты с диффузией идентичности могут представлять совершенно хаотичное и противоречивое представление о себе, не осознавая природу описания, которое они передают [2121]. Диффузия идентичности сопровождается «тенденцией путать собственные атрибуты, чувства и желания [психические состояния] с атрибутами, чувствами и желаниями [психическими состояниями] другого человека» [10], особенно в близких отношениях, и связанным с этим страхом потерять важные части своей идентичности, если отношения будут нарушены, что приводит к зависимости и чередованию атаки и подчинения в близких отношениях. Диффузия идентичности приводит к тому, что пациенты с ПРЛ становятся более уязвимыми в стрессовых и неструктурированных ситуациях и более склонны использовать примитивные механизмы психологической защиты (такие как расщепление). Из-за отсутствия самоопределения пациенты с ПРЛ не могут связывать себя обязательствами с миром, другими людьми и долгосрочными целями, поскольку у них нет стабильного «я» или внутреннего ядра, чтобы брать на себя эти обязательства [14].

В качестве альтернативы идентичность при ПРЛ концептуализируется как более стабильно негативная. Так, вероятно, пограничная идентичность состоит из переоцененных идей внутренней никчемности и/или плохости с только краткими периодами позитивного отношения к себе [22]. Эмпирические исследования подтверждают и эту точку зрения. Причем результаты свидетельствуют о том, что пациенты с ПРЛ в основном видят себя крайне негативно, а не имеют колеблющееся, нестабильное чувство себя. J.E. Veeneу и соавторы подтвердили ту же точку зрения, но также показали поляризованное состояние идентичности, при котором отсутствует чувство интеграции [5].

Тем не менее, эти исследования сравнивали людей с ПРЛ с субъектами, которые были здоровы или имели другое психическое расстройство, но ни одно исследование не изучало, есть ли варибельность нарушения идентичности в подгруппах пациентов с ПРЛ. Кроме того, исследования данных конструкций были поперечными, таким образом, меньше известно о продолжном течении нарушения идентичности.

Терапия, ориентированная на перенос, подтверждает, что эта неспособность к интеграции является результатом преобладания интернализированных агрессивных объектных отношений

над идеализированными представлениями и чрезмерным использованием примитивных защитных механизмов, таких как проекция, расщепление или диссоциация. Таким образом, индивид остается с одномерными, противоречивыми или фрагментированными внутренними представлениями о себе и других и с трудностями в распознавании более тонких вариаций [8]. Схема-терапевтическая теория рассматривает вариации в содержании, а также в структуре Я-концепции. Теория утверждает, что ПРЛ характеризуется ранними неадаптивными схемами и их режимами, что относится к когнитивным структурам, подобным чертам характера, и к изменчивым аспектам личности, которые можно понимать, как когнитивно-эмоциональные состояния. Индивидуальные схемы могут быть интегрированы в единое целое или разобщены; степень интеграции варьируется. Аналогичным образом, теория когнитивно-аналитической терапии предполагает, что частичная диссоциация, вызванная детской травмой или депривацией, приводит к сохранению отдельных состояний «Я» и, следовательно, для ПРЛ характерны фрагментарные самооценочные состояния [19].

Концепция самосознания в когнитивно-аналитической терапии имеет много общего с концепцией схема-терапии, основанной на схемных модулях. Несмотря на индивидуальные различия, модели терапии, ориентированной на перенос, схематической терапии и когнитивно-аналитической терапии разделяют мнение о том, что Я-концепция при ПРЛ фрагментирована и нестабильна. Два других метода психотерапии ПРЛ, основанных на фактических данных, а именно диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) и основанная на ментализации психотерапия (МБТ), по-видимому, не делает особого акцента на центральной роли нарушения идентичности. Тем не менее, они описывают негативное содержание переживания себя [9].

Более того, как ДПТ, так и терапия, основанная на ментализации (МБТ), направлены на содействие интеграции. В ДПТ предполагается, что трудности в «Я» и самоидентификации возникают из-за неблагоприятного окружения, в котором дети не могут научиться доверять собственным наблюдениям и эмоциям и считать их достоверным отражением реальности. Без подтверждения своих собственных рассуждений, приобретая опыт, дети учатся смотреть на других в попытке понять, что им думать или чувствовать, тем самым делая идентичность хрупкой.

Попытки подавить ментальное содержание, и связанная с этим неспособность переживать, перерабатывать и интегрировать травмирующие события также могут способствовать отсутствию сильного чувства идентичности. Терапия, основанная на ментализации, предполагает, что интенсивные негативные представления о себе, возникающие при ПРЛ, вызваны травмой, пренебрежением и неудачным отражением ребенка родителями. В связи с этим неконгруэнтно отражая свои психические состояния, ребенок может воспринимать психическое состояние воспитателя как «чужое «я», порождая разрыв внутри себя. Что касается «я» или идентичности как процесса, то признаки сбоя в самоорганизации становятся очевидными в моменты нарушения ментализации. Можно пытаться устранить внутреннюю несогласованность с помощью экстернализации. Другими словами, можно проецировать чужеродную часть своего «Я» переносится на другого человека, который затем становится носителем этих неприятных или невыносимых аспектов. Они также могут попытаться смягчить эту непоследовательность с помощью суицидальных действий [16].

Исследования показывают, что люди с ПРЛ имеют явно выраженную негативную, низкую самооценку. Они склонны испытывать стыд, а также высокую степень самообвинения и пренебрежения в сочетании со сниженной любовью к себе. Люди с ПРЛ также склонны испытывать самостигматизацию – интроекцию негативного общественного восприятия, отражающую неадаптивный процесс, при котором индивиды принимают социальные предрассудки и интегрируют эту оценку в свою собственную самооценку. Те лица, кто подвергается стигматизации, превращаются «из цельной и обычной личности в испорченную, обесцененную», и этот процесс приводит к «испорченной» идентичности [6].

В исследованиях было установлено, что пациенты с ПРЛ сообщали о четырех внутренних состояниях, связанных с нарушением идентичности, более чем в три раза чаще, чем в группе сравнения с любым другим расстройством личности. Обе группы продемонстрировали значительное снижение во всех четырех внутренних состояниях. Более того, снижение происходило с одинаковой скоростью для всех четырех изученных внутренних состояний, за исключением «Я чувствую себя злым», для которого пограничные пациенты испытали значительно более резкое снижение. Другими словами, относительный уровень этих внутренних состояний у пограничных пациентов по сравнению с субъектами сравнения оставался одинаковым с течением времени для

трех внутренних состояний («Я чувствую себя никчемным», «Я чувствую себя полным неудачником», «Я чувствую себя плохим человеком»), тогда как разрыв между двумя группами со временем уменьшался для «Я чувствую себя злым». Эти результаты подтверждают, что пограничная психопатология, как правило, оказывается более тяжелой как субъективно, так и на уровне психосоциальных нарушений. Кроме того, нарушение идентичности является одним из критериев ПРЛ, и ни одно другое расстройство личности не разделяет этот критерий [18]. В целом, эти данные подтверждают идею о том, что идентичности пациентов с ПРЛ определяются устойчиво негативными представлениями о себе. Кроме того, они подчеркивают взаимодействие между этими негативными представлениями о себе и выздоровлением, особенно потому, что в случае наличия ПРЛ пациенты сообщали о более высоких уровнях всех этих негативных внутренних состояний.

Важно отметить, что в настоящее время исследования начинают изучать, как обрабатывается информация, основанная на самореференции. Результаты этого потока исследований свидетельствуют о негативных тенденциях в обработке информации при ПРЛ. R.P. Auerbach и соавторы показали, что по сравнению со здоровыми пациентами в подростковом возрасте, пациенты с ПРЛ одобряли, вспоминали и распознавали больше негативных и меньше позитивных слов, относящихся к их самооценке. Они обнаружили, что люди с ПРЛ, получая обратную связь о своих чертах характера, в большей степени учитывали нежелательную обратную связь для себя, чем пациенты контрольной группы [3].

Что касается временной стабильности самооценки, P.S. Santagelo и соавторы обнаружили, что предполагаемая вероятность резких изменений самооценки у пациентов с ПРЛ в восемь раз выше, чем у здоровых людей в контрольной группе. Результаты того же исследования также указывают на закономерность, характеризующуюся внезапным резким ухудшением и медленным восстановлением самооценки у пациентов с ПРЛ [20].

Качественных исследований, посвященных Я-концепции и идентичности с субъективной точки зрения людей, страдающих ПРЛ, было меньше. Используя нарративный анализ, J.M. Adler соавторы сравнили нарративные идентичности у пациентов с ПРЛ с группой контроля. Они обнаружили, что, по сравнению с контролем, нарративные идентичности людей с признаками ПРЛ были значительно ниже в таких темах, как свобода воли, удовлетворение от общения и общая согласованность [1]. G. Agnew и соавторами исследовалась идентичность у 5 женщин с симптомами ПРЛ. Все они говорили о чувстве потерянности, нереальности происходящего или конфликтности. Они также чувствовали себя сломленными, деструктивными и беспомощными. Это исследование охватило некоторые аспекты, которые, как можно предположить, отражают последствия травмы и диссоциации для «Я» и идентичности, например, блокирование, разъединение и замалчивание травмирующих событий в их жизни и отсутствие осознанного контроля. Участники также описывали конфликты с самими собой в отношении таких вопросов, как нравственность, доброта и порочность. Все они рассказывали о своих попытках скрыть свое физическое и психологическое состояние от окружающих из-за страха быть осужденными негативно, подвергнуться травме или жестокому обращению. Но в этой работе практически отсутствовали описания изменений, происходящих после инсайта [2].

Наконец, вопрос заключается в том, может ли лечение влиять на содержание, структуру или обработку самоидентичности. Рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивались пациенты с ПРЛ, получающие диалектическую поведенческую терапию или так называемое лечение в сообществе, показало, что участники в обоих случаях начинали терапию с общих враждебных, критических и карающих интроектов. Однако в ходе лечения и в течение одного года наблюдения пациенты, которым была назначена ДПТ, отмечали значительно большее самоутверждение, любовь к себе и самозащиту, а также меньше укоров в свою сторону [4].

Заключение. Таким образом расстройства на уровне идентичности, который часто считается основной осью ПРЛ, в свою очередь, распределены по множеству переживаний себя, которые выходят за рамки перечисления, предложенного DSM-5: чувства пустоты и несуществования, меняющиеся взгляды на себя, быстрая смена ролей, ценностей, целей и отношений, отсутствие четкой концепции саморазвития, чувства болезненной непоследовательности, развитие «ложного Я» и симптомы дереализации и деперсонализации.

Несмотря на то, что существующие исследования, посвященные различным аспектам, Я-концепции и идентичности, а также их обработке, относительно обширны, тем не менее необходима дальнейшая работа, чтобы прояснить, как происходят изменения в Я-концепции и идентичности в процессе терапии и как наилучшим образом можно способствовать этим изменениям.

Хотя кризис идентичности является частью нормативного процесса развития, диффузия идентичности является потенциальным кандидатом на роль подходящей концепции в дальнейшей разработке инструментов скрининга и вмешательств для лечения ПРЛ в подростковом возрасте.

Литература/Referenses

1. Adler, J.M., Chin, E.D., Kolisetty, A.P., Oltmanns, T.F. (2012). *The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation.* *Journal of Personality Disorders*, № 26, pp. 498–512. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
2. Agnew, G., Shannon, C., Ryan, T., Storey, L., McDonnell, C. (2016). *Self and identity in women with symptoms of borderline personality: A qualitative study.* *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, № 3, pp.183–193. [ff10.1159/000526222ff](https://doi.org/10.1159/000526222). [ffhal-04229977f](https://doi.org/10.1159/000526222)
3. Auerbach, R.P., Tarlow, N., Bondy, E., Stewart, J.G., Aguirre, B., Kaplan, C., Yang, W., Pizzagalli, D.A. (2016). *Electrocortical reactivity during self-referential processing in female youth with borderline personality disorder.* *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, № 1(4), pp. 335–344. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.04.004>
4. Bedics, J.D., Atkins, D.C, Comtois, K.A, Linehan, M. M. (2012). *Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, № 80(1), pp. 66–77. <https://doi.org/10.1037/a0026113>
5. Beeney, J.E., Hallquist, M.N., Ellison, W.D., Levy, K.N. (2016). *Self-other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence.* *Personal Disorder*, № 7(1), pp. 28–39. [doi:10.1037/per0000127](https://doi.org/10.1037/per0000127)
6. Bois, C., Fazakas, I., Salles, J., Gozé, T. (2023). *Personal Identity and Narrativity in Borderline Personality Disorder: A Phenomenological Reconfiguration.* *Psychopathology*, № 56(3), pp. 183–193. [doi:10.1159/000526222](https://doi.org/10.1159/000526222)
7. *Borderline Personality Disorder: A Phenomenological Reconfiguration.* *Psychopathology*, (2022).
8. Brian, G. (1998). *Criteria of personal identity.* *Personal identity.* [doi:10.4324/9780415249126-V024-1](https://doi.org/10.4324/9780415249126-V024-1). *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, Taylor and Francis, <https://www.rep.routledge.com/articles/thematic/personal-identity/v-1/sections/criteria-of-personal-identity>.
9. Bois, C., Fazakas, I., Salles, J., Gozé, T. *Personal Identity and Narrativity* № 11(1), 30490. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30490>
10. Ducasse, D., Van Gordon, W., Brand-Arpon, V., Courtet, P., Olié, E. (2020). *Borderline personality disorder: from understanding ontological addiction to psychotherapeutic revolution.* *Euro Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, № 270(8), pp. 941–945. [doi:10.1007/s00406-019-01029-6](https://doi.org/10.1007/s00406-019-01029-6)
11. Fuchs, T. *Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder.* *Psychopathology*. (2007), № 40(6), pp. 379–387. [doi:10.1159/000106468](https://doi.org/10.1159/000106468)
12. Gold, N., Kyratsous, M. (2017). *Self and identity in borderline personality disorder: Agency and mental time travel.* *J Eval Clin Pract.*, № 23(5), pp. 1020–1028. [doi:10.1111/jep.12769](https://doi.org/10.1111/jep.12769)
13. JØrgensen, C.R., Rasmussen, A.S., & BØye, R. (2023). *Level of identity diffusion in patients with borderline, narcissistic, avoidant and other specified personality disorder.* *Nordic Psychology*, № 76(3), pp. 302–316. <https://doi.org/10.1080/19012276.2023.2197561>
14. Kaufman, E.A., Meddaoui, B. (2021). *Identity pathology and borderline personality disorder: an empirical overview.* *Curr Opin Psychol*, № 376 pp. 82–88. [doi:10.1016/j.copsyc.2020.08.015](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.015)
15. Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* Jason Aronson, New York
16. Koivisto, M., Melartin, T., Lindeman, S. (2022). *Self-invalidation in borderline personality disorder: A content analysis of patients' verbalizations.* *Psychother Res.*, №32(7), pp. 922–935. [doi:10.1080/10503307.2022.2025627](https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2025627)
17. Koivisto, M., Melartin, T., Lindeman, S. (2022). *Processing of Self-concept and Identity in Individuals with Borderline Personality Disorder: Findings from a Content-Analytic Follow-up Study.* *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, № 12, pp. 93–110.
18. Mungo, A., Delhayé, M., Blondiau, C., Hein, M. (2024). *Identity Formation in Individuals between 16 and 25 Years Old with Borderline Personality Disorder.* *Journal of Clinical Medicine*, № 13(11), p. 3221. <https://doi.org/10.3390/jcm13113221>

19. Santagelo, P.S., Reinhard, I., Koudela-Hamila, S., Bohus, M. Holtmann, J., Eid, M., Ebner-Priemer, U.W. (2017). *The temporal interplay of self-esteem instability and affective instability in borderline personality disorder patients' everyday lives*. *Journal of Abnormal Psychology*, № 126(8), pp. 1057–1065. <https://doi.org/10.1037/abn0000288>
20. Santangelo, P.S., Kockler, T.D., Zeitler, M.L. (2020). *Self-esteem instability and affective instability in everyday life after remission from borderline personality disorder*. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.*, № 7(1), p. 25. doi:10.1186/s40479-020-00140-8
21. Yen, S., Peters, J.R., Nishar, S. (2021). *Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up*. *JAMA Psychiatry*, № 278(2), pp.187–194. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3598
22. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., McSweeney, L.B. (2007). *The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study*. *Am J Psychiatry*, № 164(6), pp.929–935. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.929