

Анцыборов Лёма Андреевич

врач-психиатр, психиатр-нарколог, психотерапевт

ГБУ РО «Специализированная гинекологическая

больница» в г. Новочеркасске

г. Новочеркасск, Ростовская область

Дубатова Ирина Владимировна

канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный

медицинский университет» Минздрава России

г. Ростов-на-Дону, Ростовская область

DOI 10.21661/r-575269

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ. ЧАСТЬ I

***Аннотация:** в работе рассмотрены две основные концепции диагностики расстройств личности: категориальный и дименсиональный. Представлены исторические аспекты изучения расстройств личности, описаны характеристики нормативного уровня функционирования личности, патологические черты личности, понимание природы расстройств личности. Проведен критический обзор литературных данных, описаны основные теоретические постулаты категориального подхода в диагностике личностных расстройств в рамках различных классификаций (DSM-5, МКБ-10 и др.), показана клиническая неоднородность проявлений различных расстройств личности, указаны недостатки категориального подхода. Обоснована необходимость перехода к дименсиональному подходу в диагностике и изучении клинических проявлений личностных расстройств.*

***Ключевые слова:** категориальная и дименсиональная концепция расстройств личности, уровень функционирования личности, патологические черты личности, МКБ-11, DSM-5, категориальная диагностика расстройств личности, диагностические критерии, критический обзор.*

1. *Категориальный и диансинальный подход в контексте понимания расстройств личности.*

Первые трактаты о природе человеческой личности уходят своими корнями в глубокую древность, когда Гиппократ высказал мысль о том, что темперамент человека можно классифицировать в зависимости от «преобладающей жидкости» в организме человека: 1) сангвиник (кровь), 2) холерик (желчь), 3) меланхолик (черная желчь), 4) флегматик (слизь). Несмотря на то, что теория Гиппократа не нашла своего подтверждения в дальнейших научных исследованиях, человеческая личность по-прежнему является «предметом интереса» различных областей современной науки, в частности, психиатрии и психологии [1–5]. На начальном «атеоретическом» уровне личность человека можно определить как *«совокупность мыслей, эмоций и поведенческих паттернов, представляющих собой вектор и образец жизни человека», «личность человека состоит как из «структур», так и «процессов», являющихся отражением «биологической природы» (генов) и средовых влияний.* Нормативное функционирование личности включает в себя *«воспоминания о прошлом, ментальные репрезентации текущих событий, а также представления и ожидания относительно будущего»* [6, 7]. С этой точки зрения человеческая личность понимается, как некая «надстройка», организующая психическое (душевное) функционирование человека. Личность в целом *представляет собой генетически и средовые детерминированные т.н. «общие закономерности» или «правила», которые можно наблюдать в рамках различных проявлений эмоциональной и когнитивной жизни человека, а также в его поведенческих реакциях* [8]. Психическое функционирование личности может быть нарушено как в рамках отдельных т. н. «специфических областях», так и в более целостном (общем контексте), т. е. в отношении «всей личности» (тотально). Еще в XIX веке в процессе размышлений о природе «морального безумия» высказывалась мысль том, что личность (сама по себе) может быть «больна» (нарушена) [9, 10]. Общее понимание природы расстройств личности заключается в их восприятии через призму выраженного и устойчивого паттерна

функционирования индивидуума в сферах когнитивных и эмоциональных процессов, а также паттернов поведения. Данную модель нельзя объяснить различными характеристиками стадий развития и социокультурными факторами. Расстройство личности вызывает дистресс или в значительной степени ухудшает социальное, профессиональное, семейное или иные важные сферы функционирования [11, 12]. Отдельное указание на *«выраженный и устойчивый паттерн»* подразумевает под собой понимание природы личностных расстройств в контексте определенной «постоянности» («неизменности») и «категоричности» (выраженный паттерн либо присутствует, либо отсутствует). Несмотря на то, что расстройства личности представляют собой глобальные (тотальные) трудности функционирования, в настоящее время они рассматриваются через призму динамики [13, 14] и глубины/степени выраженности [15, 16]. В различных дискуссиях, посвященных дескриптивной концептуализации расстройств личности, прежде всего речь идет о двух способах их понимания: категориальном и дименсиональном (измерительном), которые рассматривают их совершенно по-разному. Каждый из подходов имеет свои богатые традиции и историю. Категориальная концептуализация является основным способом понимания личностных расстройств как в последнем (по дате выхода), 5-м издании DSM-5-TR [17], так и в более ранних изданиях DSM-III [18] и DSM-IV [19], а также в более ранних изданиях МКБ [20]. Кроме этого, большинство научных исследований в области личностных расстройств базировались на «категориальном понимании» личностных расстройств [21–23]. Однако стоит отдельно отметить, что «дименсиональные модели» развивались параллельно с категориальными подходами [24–26]. При этом лишь в последние годы в клинической психиатрии и психологии произошел явный «разворот» в сторону их использования в рутинной клинической работе [17,20], а также в рамках проведения научных исследований [27–32]. Основным «драйвером» для данных процессов (в сторону дименсиональных моделей) послужил тот факт, что данные модели позволяли «обходить» существующие ограничения категориального понимания личностных расстройств [33,34].

При этом это совсем не означает, что «*дименсиональное понимание*» личностных расстройств является идеальным способом их описания. Дименсиональные концептуализации, несмотря на определенные ограничения (см. далее) представляются более «адекватным способом» описания феномена личностных расстройств в сравнении с категориальными моделями [35–37]. Дименсиональные концептуализации позволяют описать «степень выраженности» личностных расстройств на континууме между здоровым функционированием и «краевыми проявлениями» личностных расстройств. Категориальные концептуализации, с другой стороны, описывают отдельные «нозологические единицы» через призму соответствия отдельным диагностическим критериям (симптомам) (см. далее).

2. Категориальная концептуализация расстройств личности.

Как отмечалось ранее, под терминологическим сочетанием «расстройства личности», чаще всего, подразумевают «*выраженные и устойчивые паттерны*» опыта и поведения, которые приводят к трудностям в адаптации и нарушают функционирование в важных сферах жизни индивида [17; 20]. Термин «категория» в контексте категориальной концептуализации расстройств личности обозначает определенный набор диагностических критериев, которые описывают определенный тип расстройства личности [38, 39]. В контексте действующей ранее *категориальной классификации* (как, например, в DSM-5 или ICD-10), расстройства личности определяются, как *отдельные нозологические единицы* (типы/категории), а симптомы (диагностические критерии) описывающие данное расстройство, создают их «целостную картину». Таким образом, отдельные типы расстройств личности имеют «четкие границы», которые позволяют дифференцировать типы расстройств личности, а также отграничивать их от других психических расстройств и вариантов нормативного функционирования личности [40–42]. С помощью категориальных подходов к диагностике расстройств личности апологеты данного метода «пытаются охватить» *весь спектр личностных нарушений*, включая в классификацию все типы расстройств личности, наблюдаемых в рутинной практике. Все перечисленные особенности делают «категориальные модели» гипотетически «удовлетворяющими инструментами»

(описание определенного типа расстройства личности может быть отнесено только к одной диагностической категории), внутренней «согласованности категорий» (диагностическая категория базируется на диагностических критериях, имеющих схожесть и «принципа достаточности» (каждый тип расстройства личности должен быть отнесен к какой-либо диагностической категории) [43]. Кроме этого, классификации, основанные на «категориальном представлении» о личностных расстройствах, относятся к пониманию последних через «политетическую призму» [44]. Политетический характер диагностических категорий на практике означает, что для диагностики определенного типа личностного расстройства необходимо выполнение определенного числа, а не всех возможных диагностических критериев, представленных в классификации. «Категориальное представление» о расстройствах личности уходит корнями в гипотезу Крепелина о том, что все психические расстройства представляют собой *отдельные клинические категории*, которые отличаются как от состояния здоровья, так и друг от друга (дифференциация между различными расстройствами) [45]. Данный подход долгие годы доминировал в работах исследователей, теоретиков психопатологии и врачей-практиков [46]. Потенциальные преимущества их практического применения и относительная простота использования в процессе научных исследований принесли им (категориальным моделям) большую популярность. С точки зрения «академической теории» т. н. «описательная диагностика», основанная на категориальных моделях личностных расстройств, требует от клинициста оценки того, *присутствуют ли в клинической картине определенные диагностические критерии, позволяющие подтвердить наличие тех или иных личностных расстройств*. Таким образом, легкость принятия клинического решения и «ясность» примененного диагноза должны, в конечном итоге, привести к эффективному выбору методов лечения [47] наряду с возможностями в аспектах прогнозирования дальнейшего течения заболевания. Использование категориальной концептуализации личностных расстройств улучшает коммуникацию между представителями профессиональных сообществ, использующих общую

номенклатуру. Врач-психиатр и клинический психолог, используя определенный термин для определения уровня психического функционирования, могут передать все богатство семантических значений о чертах личности, способности регуляции эмоций или возможностях когнитивной обработки внешних стимулов, которые скрываются за «диагностическим сочетанием» [48]. С одной стороны, категориальные модели личностных расстройств можно было бы представить, как «упорядоченные сентенции» о личностных расстройствах, включающие т.н. «клиническое мышление» в процессе применения описательного диагноза. С другой стороны, «внутренняя структура» категориальных моделей в определенной степени ограничивает понимание природы личностных расстройств, поскольку *позволяет описывать их исключительно через призму симптомов/функциональных нарушений*, а из-за «политетичности категорий» (см. далее) искажает истинное значение, которое скрывается за «диагностическим ярлыком» (категорией). Несмотря на многолетние «традиции» категориальных представлений о расстройствах личности в рамках эмпирических исследований и клинической практике, данный подход подвергается широкой критике [49–52]. Критика касается не только самой концепции существования отдельных диагностических категорий, описывающих определенные типы расстройств личности [53], но также слишком частое сочетание различных типов расстройств личности, «спорный характер» некоторых диагностических критериев (в реальности), весьма «произвольные» и «нестабильные» границы между расстройством личности и нормативным функционированием, гетерогенность критериев нарушений функционирования, отнесенных к какой-либо одной диагностической категории [54].

2.1. *Сопутствующие диагнозы личностных расстройств как критика гипотезы о гетерогенности диагностических категорий.*

Литература по данному вопросу демонстрирует множество различных результатов в контексте сопутствующих «категориальных диагнозов» расстройств личности [55–61]. Анализ литературных данных позволяет говорить об относительно высокой частоте применения диагноза более, чем одного расстройства личности. Согласно данным исследования Zilcha-Mano S. et al (2015), в рамках

которого изучались сопутствующие диагнозы пограничного расстройства личности с другими типами расстройств личности продемонстрировано, что у 35% пациентов с «клинической точки зрения» был применен диагноз более, чем одного типа расстройства личности [62]. В аналогичном исследовании (Becker et al., 2002), проведенном среди пациентов, получающих лечение в условиях стационара, было продемонстрировано, что состояние у 49% пациентов подросткового возраста и у 43% взрослых пациентов, участвовавших в исследовании, соответствовало диагностическим критериям другого типа расстройства личности (помимо пограничного расстройства личности) [63]. Согласно данным исследования Hyler S. E. et al (1992), посвященного изучению валидности диагностических интервью, предназначенных для диагностики расстройств личности, базирующихся на диагностических критериях DSM-III, продемонстрировано, что у 13% респондентов, получавших стационарное или амбулаторное лечение, соответствовали диагностическим критериям для применения диагноза более чем одного типа расстройства личности [64]. В исследованиях Weertman A. et al. (2003) продемонстрировано, что состояние пациентов, соответствующее диагностическим критериям расстройств личности шизотипического, избегающего, пограничного и обсессивно-компульсивного типов, в среднем, на 1/4 соответствует диагностическим критериям еще одного типа личностного расстройства (в качестве сопутствующего диагноза). Все эти типы расстройств личности диагностировались в соответствии с критериями DSM-IV [65]. Шизотипическое расстройство личности чаще всего сочеталось с избегающим расстройством личности (48,8%). Избегающее и истерическое расстройства личности представляли собой были наименее «коморбидные» типы (4,7%). Пограничное расстройство личности наиболее часто сочеталось с избегающим расстройством личности (47,4%). Реже всего (1,7%) пограничное расстройство личности сочеталось с шизоидным расстройством личности. Наряду с пограничным расстройством личности, обсессивно-компульсивное расстройство личности сочеталось с другими типами примерно в 1/3 случаев (25,7%). В случаях применения диагноза избегающего рас-

стройства личности у респондентов отсутствовал сопутствующий диагноз истерического расстройства личности. Обсессивно-компульсивное расстройство личности чаще всего являлось коморбидным избегающему расстройству личности (27,5%). Достаточно интересным является тот факт, что «коморбидные» типы расстройств личности при наличии диагноза шизотипического и шизоидного расстройства личности не диагностировались [65]. Согласно данным исследования Allen L. B. et al. (2010), посвященного изучению эффективности когнитивно-поведенческой терапии при лечении тревожных расстройств с приступами паники (при наличии коморбидной патологии в виде расстройств личности) было продемонстрировано, что 11,6% участников исследования в качестве диагноза имели два и более типов расстройств личности [66]. Bastiaansen L. et al. (2016), исследуя связь «личностных трудностей» (проблем) с социальными дисфункциями и наличием других психических расстройств (в качестве коморбидной патологии), продемонстрировали, что среди участников исследования (пациентов врачей-психиатров), получавших амбулаторное лечение, 24,4% имели диагноз более, чем одного типа расстройства личности [67]. Стоит также отметить, что в редакции DSM-5 (APA, 2013) в рамках «категориальной модели» расстройств личности отдельно указано, что более 9% диагнозов расстройств личности касаются «как минимум двух сопутствующих типов личностных нарушений» [11]. Ввиду относительно высокого процента сопутствующих (коморбидных) типов расстройств личности, весьма сомнительной представляется гипотеза о том, что существующие диагностические категории личностных расстройств в реальности представляют собой *отдельные клинические единицы* [68]. Одним из объяснений достаточно частого применения сопутствующих (коморбидных) т.н. «категориальных диагнозов» личностных расстройств может быть т.н. «контаминация симптомов» личностных расстройств, представленных в рамках различных диагностических классификаций [69]. Тщательный анализ существующих диагностических критериев DSM-5 для личностных расстройств, «коморбидных» друг другу довольно часто указывает на то, что пограничное расстройство

личности и избегающее расстройство личности имеют общие черты: *страх от-
вержения, избегание межличностных отношений из-за неуверенности в том,
что тебя полюбят, и в рамках которых можно испытать эмоциональное от-
вержение, или склонность к «обесцениванию» и идеализации* [11; 70]. Таким об-
разом, «отталкиваясь» от гипотезы дифференцированных диагностических кате-
горий, *сопутствующие (коморбидные) диагнозы личностных расстройств на
практике должны означать, что пациент страдает от нескольких (каче-
ственно разных) психических расстройств*. Herpertz et al. (2017) и другие авторы
утверждают, что диагностические категории представляют собой своего рода
«артефакты», которые затрудняют клинический анализ в аспекте «исчерпываю-
щего описания» и трактовки испытываемых пациентом трудностей функциони-
рования и, как следствие, выбора подходящего метода психотерапии и медика-
ментозного лечения [71, 72].

2.2. *«Исчерпывающий характер» диагностических категорий, как ограни-
чение выбора формы терапевтического вмешательства.*

По своему «содержанию» и «наполнению» категориальные классификации
психических расстройств должны носить «исчерпывающий» и «всеобъемлю-
щий» характер, иными словами, охватывать «весь спектр» психических рас-
стройств [73]. Современные категориальные классификации оставляют возмож-
ность диагностировать т. н. «неспецифические» [неуточненные] расстройства
личности [11; 20]. Т. н. «неспецифические» или неуточненные расстройства лич-
ности касаются тех вариантов личностных трудностей (нарушений), которые ас-
социированы с переживанием значительного дистресса и ухудшением функцио-
нирования в важных сферах жизнедеятельности, однако клиническая картина и
особенности функционирования пациента не позволяют наиболее точно «типи-
ровать» один из определенных типов расстройств личности [11]. Данная катего-
рия применяется для описания клинических случаев, в рамках которых, в состо-
янии пациентов *преобладают симптомы, характерные для расстройства лич-
ности*, вызывающие клинически значимый дистресс или нарушения в социаль-
ной, профессиональной и других важных сферах функционирования, но при

этом не соответствуют полным диагностическим критериям *ни одного из типов расстройств диагностического класса «Расстройства личности»* (АРА, 2022). Довольно интересным является тот факт, что «неспецифические» (неуточненные) расстройства личности *являются наиболее часто применяемым диагнозом среди всех расстройств личности* [17]. Согласно данным метаанализа 112 исследований, посвященных изучению эпидемиологии расстройств личности, продемонстрировано, что частота применения данной категории в рутинной практике колеблется от 17% до 29% [74]. Одним из объяснений подобного положения дел является низкий уровень «специфичности» типологии личностных расстройств в рамках существующих диагностических категорий [75, 76], что вынуждает клиницистов к применению диагноза «неспецифических» (неуточненных) расстройств личности. С одной стороны, диагностические критерии, описывающие отдельные типы личностных расстройств, могут быть определены неверно, что «автоматически» создает потенциальную возможность диагностики других «типов» личностных расстройств в рамках «четко описанных» диагностических категорий. Количество симптомов, необходимых для диагностики определенного типа расстройства личности, может быть «чрезмерным», что позволяет говорить о том, что, несмотря на «глобальный характер», определенные типы расстройств личности в реальной жизни могут проявляться «более тонко» [77, 78]. С клинической точки зрения диагноз неспецифических (неуточненных) расстройств личности ограничивает наше понимание трудностей, с которыми сталкивается пациент, поскольку не предоставляет нам более точной информации о его функционировании [79]. На практике, в дальнейшем это приводит к определенным ограничениям в выборе адекватного метода терапевтического вмешательства.

2.3. Произвольность диагностических порогов, как угроза применения неверного диагноза.

Типы личностных расстройств в рамках «категориальной концептуализации» содержат произвольно установленные «диагностические пороги», как правило, не подкрепленные результатами эмпирических исследований, которые

призваны провести границу между «нормативной» и «патологической» личностью. Следует обратить отдельное внимание на то, что количество диагностических критериев, необходимых для применения точного диагноза определенного типа расстройства личности, не находят своего отражения в рамках научных исследований [80,81]. Другим следствием «произвольного определения» диагностических порогов является снижение достоверности эпидемиологических данных в отношении личностных расстройств [82], поскольку отсутствуют научные доказательства того, что «определенный порог» является реальным отражением клинической картины личностных расстройств. Согласно данным литературы, разница между «психическим здоровьем» и «психическим расстройством» порой не так «однозначна», как это описывается в «категориальном континууме» расстройств личности. Многочисленные авторы [83, 84] в своих работах особо подчеркивают тот факт, что между понятиями «здоровья» и «расстройство» существует некий континуум, в длиннике которого можно расположить адаптивность/дезадаптивность функционирования человека. Использование категориального подхода, основанного на произвольно установленных «диагностических порогах», несет в себе определенные негативные последствия для клинической работы в аспектах диагностики расстройств личности. Существующие в настоящее время диагностические критерии позволяют диагностировать расстройства личности только в тех случаях, когда их клинические проявления «максимально выражены» и «очерчены». При этом практически полностью игнорируются т.н. «более тонкие клинические проявления», которые могут быть «клинически значимыми», не соответствуя, однако т. н. «полным» («развернутым») диагностическим критериям [85]. В долгосрочной перспективе существуют определенные риски того, что человек, испытывающий личностные трудности (нарушения), не получит надлежащей помощи от психиатра и психолога из-за феномена «гиподиагностики». Кроме этого, относительная произвольность диагностических пороговых значений существенно сужает возможности прогнозирования результатов терапии личностных расстройств из-за «ограниченной полезности» в контексте определения состояния здоровья/наличия расстройства [86].

2.4. Неоднородность клинических проявлений расстройств личности и степень значимости диагностических рубрик.

Пациенты, к которым был применен диагноз одной и той же диагностической категории личностных расстройств могут в значительной степени отличаться друг от друга по степени выраженности функциональных нарушений. В первую очередь, подобная ситуация возникает из-за политегического характера категориальной концептуализации личностных расстройств. Как отмечалось ранее, с практической точки зрения это означает, что для применения диагноза определенного типа расстройства личности необходимо установить наличие в состоянии пациента определенного числа диагностических критериев и нарушения в различных сферах функционирования. В качестве примера можно привести *пограничное расстройство личности*, которое соответствует девяти *диагностическим критериям*. Однако для *диагностики данного типа расстройства личности достаточно выполнения, как минимум, пяти из них* [11]. Краткий анализ диагностических критериев расстройств личности в рамках категориальной модели DSM-5 демонстрирует, что для диагностики пограничного расстройства личности существует 126 возможных констелляций симптомов; для истерического расстройства личности-56 констелляций; для антисоциального расстройства личности-35 констелляций симптомов [87, 88]. Разнообразие клинической картины отдельных типов расстройств личности может привести к тому, что пациенты с диагнозом одного и того же типа расстройства личности в т.н. «краевых вариантах», на самом деле, будут демонстрировать лишь один симптом или «полное отсутствие» симптомов (для диагностики обсессивно-компульсивного расстройства личности, для которого необходимо наличие, как минимум, 4 из 8 диагностических критериев (APA, 2013)) [11]. Подобная ситуация приводит к возникновению не только значимых различий в оценке функционирования пациентов с одним и тем же диагнозом, но и влечет за собой целый ряд различных негативных последствий. Так, например, возникают трудности в определении роли средовых факторов в формировании определенных типов расстройств личности, сложности в выработке общих рекомендаций в аспектах терапевтического

вмешательства и возможных прогнозов [89, 90]. Кроме этого, в значимой степени снижается достоверность примененных диагнозов [91]. В конечном итоге неоднородность степени выраженности нарушений функционирования пациентов с одним и тем же диагнозом затрудняет эффективную профессиональную коммуникацию, в рамках которой *используется общая номенклатура в отношении отдельных случаев (т. е. в рамках категориального подхода)*. Подобные ситуации могут возникать потому, что в т.н. «краевых вариантах» пациенты, к которым был применен один и тот же диагноз (как, например, обсессивно-компульсивное расстройство личности), могут не демонстрировать ни одного «общего симптома». По данной причине клиническое описание испытываемых ими нарушений, построенное на основе наличия в их состоянии тех или иных симптомов, будет в значительной степени отличаться.

2.5. Другие ограничения категориальных моделей личностных расстройств.

Несмотря на то, что в клинической психологии наблюдается «отчетливый поворот» в сторону дименсионального подхода, стоит отдельно выделить «более актуальные вопросы», касающиеся природы личностных расстройств. Достаточно важным представляется вопрос о динамике личностных расстройств [92], нестабильности личностных расстройств во временном континууме [93–95], гипотезы «общего фактора», лежащего в основе личностных расстройств [96]. По мнению Norwood (2019) расстройства личности следует рассматривать через «призму динамики», чем в контексте постоянных проявлений, определяемых их диагностической категорией, которая в форме клинического диагноза остается с пациентом до конца жизни или, как минимум, до следующего обращения к врачу. Динамика личностных расстройств может носить развивающийся, «межситуационный», «внутриситуационный» и «интропсихический» характер [97]. Долгосрочная (развивающаяся) динамика затрагивает в основном те черты личности, которые могут подвергаться изменениям в долгосрочной перспективе на протяжении всей жизни пациента. Согласно данным литературы, расстройства личности могут развиваться в подростковом возрасте [98–100], в том числе, по

механизмам становления идентичности [101] и потенциальных изменений в основных чертах личности [102]. В результате максимальный риск формирования «очерченных» личностных расстройств приходится на ранний взрослый период. Степень потенциальных рисков может снижаться по мере взросления [103, 104] по механизмам стабилизации функционирования на более поздних этапах развития [105, 106]. Т. н. «межситуационная» динамика относится к тем изменениям в аспектах личностного функционирования, которые возникают в процессе «перехода» («переключения») от одной ситуации к другой. Уровень функционирования пациентов, страдающих расстройствами личности, может характеризоваться динамикой, наблюдаемой в относительно короткий промежуток времени, о чем свидетельствуют данные литературы, как, например, в аспектах «эмоциональной нестабильности» при пограничном расстройстве личности [107, 108] или нестабильности самооценки при нарциссическом расстройстве личности [109, 110]. На динамические процессы также указывает анализ симптомов, отнесенных к определенным диагностическим категориям расстройств личности в DSM-5-TR. Так, например, в контексте пограничного расстройства личности, эксперты АРА указывают, что пациенты страдают от нестабильности в области самооценки, эмоционального функционирования или в области межличностных отношений и являются «(...) очень чувствительными к средовым влияниям» [11]. Примером, иллюстрирующим данный тип динамики, может служить ситуация, в рамках которой мужчина является теплым и любящим мужем и отцом и, в то же время, «дистанцированным» и «доминирующим» руководителем по отношению к сотрудникам, работающим в его команде. Вполне вероятно, что отмеченная выше «межситуационная» нестабильность/динамика личностных расстройств напрямую связана с другим типом изменений, описанных Beck E. D (2020) и другими, возникающих в рамках одной ситуации/на «интрапсихическом» уровне («внутриситуационная» динамика). Данный тип изменений касается прежде всего динамичных условий определенной ситуации, а точнее, способа их интерпретации лицами, участвующими в межличностном взаимодействии [111, 112].

Взяв за основу пример одного из проявлений пограничного расстройства личности, связанный с тенденцией к девальвации/идеализации легко можно представить себе ситуацию, в рамках которой мужчина, идеализирующий свою партнершу, принося ей ежедневно букет цветов, после пережитого (реального или воображаемого) отвержения, например, когда слышит, как его партнерша договаривается о встрече с подругой, начинает воспринимать ее, как «абьюзивную», не удовлетворяющую его потребностям, «девальвируя» ее роль в своей жизни, объясняя для себя тем, что его партнерша не уделяет ему должного времени и занимается только собой [11]. Mulder R. T. (2021) особо отмечает, что данный тип динамики может помочь в диагностике структуры личности, лежащей в основе приведенного выше примера [113]. Другим объяснением, приведенного выше примера, является «устойчивый механизм расщепления» (см. далее), который является одним из защитных механизмов, лежащих в основе пограничного расстройства личности [114]. Описанная выше динамика ассоциирована с проблематикой нестабильности проявления личностных расстройств во временном континууме. В доступной литературе по данному вопросу можно выделить несколько способов понимания «стабильности» личностных расстройств [115]. В рамках настоящего обзора будут рассмотрены два основных типа «стабильности» личностных расстройств: *дифференциальный* и *абсолютный* [116]. *Дифференциальный тип* стабильности касается вопроса прогнозирования степени выраженности симптомов в будущем на основе «первичной оценки» личностных трудностей (нарушений) [116]. В рамках данного типа представлена корреляция наблюдаемых данных, описывающих симптомы (их степень выраженности/количество) личностных расстройств в течение определенного промежутка времени у одной и той же группы пациентов. По данным литературы для личностных расстройств коэффициенты корреляции колеблются от 0,3 до 0,5 с учетом 3–10-летнего интервала между измерениями [117]. Второй тип стабильности т.н. «*абсолютная стабильность*» может базироваться: 1) в сравнении усредненных показателей по количеству симптомов или степени выраженности признаков в

рамках одной группы пациентов на протяжении определенного периода (с учетом отрицательной/положительной динамики личностных расстройств); 2) сравнении процентной разницы пациентов, превышающих «диагностический порог» личностных расстройств в определенный промежуток времени в рамках одной группы [117]. Согласно данным различных наблюдений состояние ремиссии личностных расстройств во временном континууме может «превосходить ожидания» от методов их лечения [118]. Данный феномен может быть связан с отмеченной ранее т. н. «общей тенденцией развития» в аспектах стабилизации психического функционирования на протяжении жизни. В дополнение к теориям нестабильности личностных расстройств можно привести т. н. «гибридную модель» пограничного расстройства личности, согласно которой расстройство личности можно концептуализировать через призму двух «базовых компонентов»: стабильного и динамического [119]. Conway et al., (2018) отмечают, что т.н. «стабильный» компонент относится к постоянным «временным характеристикам» пограничного расстройства личности, которые состоят из генетической предрасположенности и личностных черт, а также «статичных средовых влияний» [120]. «Ситуационный компонент» относится к полиморфизму симптомов расстройств личности, который ассоциирован с влиянием определенных факторов (приемом лекарственных препаратов, сменой места жительства или другими временными психологическими трудностями) на клиническое течение расстройства личности пограничного типа (как, например, гипоманиакальный эпизод) [120]. Согласно данным исследования Conway et al. (2018) продемонстрировано, что менее половины (около 45%) вариаций симптомов пограничного расстройства личности можно объяснить влиянием «постоянных факторов» в то время, как остальную часть клинических проявлений можно объяснить «ситуационными влияниями» [120]. Авторы цитируемого выше исследования делают вывод о том, что расстройства личности следует концептуализировать в контексте определенной постоянности, составляющей «базовую основу» расстройств и факторов «ситуативной изменчивости», составляющей довольно значимую часть клинических проявлений [120]. Другим очень важным аргументом против

рассмотрения различных расстройств личности, как *качественно отдельных диагностических категорий*, является вопрос об «общем факторе» («G-factor»), лежащем в основе *всех типов расстройств личности* [121]. Эксплораторный и конфирмационный факторный анализ, проведенный Sharp et al. (2015) демонстрирует, что все диагностические критерии в рамках «категориального понимания» расстройств личности входят в сферу действия т.н. «общего фактора», лежащего в основе всех типов расстройств личности и почти все типы расстройств личности «питают» данный конструкт. При проведении исследования тщательно анализировались диагностические критерии шести типов расстройств личности (пограничного, избегающего, обсессивно-компульсивного, шизотипического, нарциссического и антисоциального), представленных в основном разделе DSM-5. Остальные четыре типа расстройств личности (шизоидное, истерическое, параноидное, и зависимое) не были включены в анализ из-за низкой частоты встречаемости в группе респондентов (0–0,1%). Авторы обращают отдельное внимание на то, что одним из объяснений решения о включении диагностических критериев пограничного расстройства личности в «G-factor» расстройств личности (в целом), является выраженный компонент личностных затруднений (нарушений) в области психического «Я», наблюдаемых в рамках патологического расстройства личности и межличностного функционирования. Приведенные выше особенности пограничного расстройства личности коррелируют с «описательной частью» т. н. «общих критериев» группы А для всех типов расстройств личности (см. далее), которые рассматриваются в качестве показателя «общего уровня функционирования» личности [11, 121]. Описанная выше динамика и «нестабильность» расстройств личности, а также теоретический конструкт общего фактора («G-factor»), лежащего в основе расстройств личности, представляются аргументами против категориальной концептуализации расстройств личности. Использование диагностических категорий для описания расстройств личности «является не совсем верным выбором», поскольку они (диагностические категории) не учитывают весьма вариабельную динамику их клинической

картины. Данные исследований Sharp et al. (2015) являются дополнительным аргументом в пользу обоснованного рассмотрения расстройств личности как гетерогенных и качественно отличающихся диагностических категорий [121]. Отмеченная ранее проблематика может «поставить под сомнение» обоснованность диагностики расстройств личности, как постоянных и статичных дезадаптивных моделей функционирования индивида. В целом ряде исследований особо отмечается, что более «адекватным направлением» в диагностике личностных расстройств может являться выявление тех личностных аспектов, которые могут носить относительно «постоянный характер», наряду с теми, которые носят характер «переменных» [120]. «Категориальная диагностика» личностных расстройств не учитывает аспектов «межситуационной» и «интрапсихической» динамики личностных расстройств, которые позволяют увидеть «более тонкие» клинические проявления последних. Игнорирование «аспекта изменчивости» в клиническом течении личностных расстройств ограничивает прогностические возможности практикующих врачей, занимающихся диагностикой и лечением личностных расстройств [122]. Вполне обоснованные сомнения в теоретических предпосылках, лежащих в основе категориальных моделей личностных расстройств, а также отсутствие результатов эмпирических исследований, подтверждающих обоснованность классификации личностных расстройств в виде отдельных диагностических единиц [121], способствовали развитию дименсиональных моделей расстройств личности [11,12,17,18,19,20]. Поворот в сторону дименсиональных моделей касается не только расстройств личности, представляя собой общую тенденцию в современной клинической психиатрии и психологии. В качестве наиболее значимого примера, можно привести модель HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology [иерархическая таксономия психопатологии]) [123].

Заключение.

Личность придает специфический облик человеческой цивилизации, определяя в целом вектор ее развития. Роль личности в истории трудно переоценить, поэтому тема изучения личности, как совокупности генетических и средовых

факторов, отражающихся в виде обобщенных «правил» эмоциональной и когнитивной жизни человека, его поведенческих реакциях, тема ее нормативного функционирования, а также наличие патологических черт с давних времен всегда привлекала внимание историков, философов, психологов и, конечно же, психиатров. В «пограничной психиатрии» проблема диагностики личностных расстройств всегда занимала одно из важнейших мест. Начиная еще с XIX столетия высказывались идеи, что личность может быть «больна». В последующем сформировались два способа понимания концепции расстройств личности: категориальный и дименсиональный, которые рассматривают их совершенно по-разному. Каждый из подходов имеет свои богатые традиции и историю. Категориальная концептуализация является основным способом понимания личностных расстройств в изданиях DSM-III (1980), DSM-IV (1994), DSM-5 (2013), МКБ-10 (1990) и в рамках большинства научных исследований в области личностных расстройств. Категориальное представление о расстройствах личности уходит корнями в гипотезу Крепелина о том, что все психические расстройства представляют собой отдельные клинические категории, которые отличаются как от состояния здоровья, так и друг от друга. В контексте перечисленных выше классификаций, основанных на категориальном подходе, расстройства личности определяются, как отдельные нозологические единицы, имеющие «четкие границы», которые позволяют дифференцировать типы расстройств личности, а также отграничивать их от других психических расстройств и вариантов нормативного функционирования личности, а симптомы (диагностические критерии), описывающие данное расстройство, создают их «целостную картину». Относительная простота использования и в процессе научных исследований и в практической деятельности принесли категориальной модели большую популярность. Данный подход долгие годы доминировал как в работе ученых-теоретиков, так и врачей-практиков. Однако категориальная концепция не может объяснить широко встречающееся в практической деятельности врачей-психиатров и психологов частое сочетание различных типов расстройств личности, спорный характер имеют некоторые диагностические критерии, что создает произвольность и

нестабильность границ между расстройством личности и нормативным функционированием, гетерогенность критериев нарушений функционирования, отнесенных к какой-либо одной диагностической категории, а относительная произвольность диагностических пороговых значений, игнорирование аспекта изменчивости, существенно сужает возможности прогнозирования результатов терапии личностных расстройств. Все это способствовало развитию, особенно в последние годы, дименсиональной модели расстройств личности, которая более подробно будут рассмотрена во второй части обзора.

References

1. Murray H.A. Toward a classification of interaction // Toward a general theory of action. 1951. P. 434–464.
2. Strelau J. Temperament, osobowość, działanie. Naukowe, 1985.
3. Costa Jr.P.T., McCrae R.R. Four ways five factors are basic // Personality and individual differences. 1992. Vol. 13. No. 6. P. 653–665.
4. Hein K.E. et al. Perception of stigma across diagnostic models of personality pathology // Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2024. Vol. 15. No. 5. P. 332. <https://doi.org/10.1037/per0000678>. EDN: RQGNCL
5. Pan B., Wang W. Practical implications of ICD-11 personality disorder classifications // BMC psychiatry. 2024. Vol. 24. No. 1. P. 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05640-3>. EDN: JFQKPX
6. Cervone D., Pervin L.A. Personality: Theory and research. John Wiley & Sons, 2022.
7. Clark L.A. et al. Personality disorder coverage, prevalence, and convergence: do the DSM-5's two models of personality disorder identify the same patients? // Psychological Medicine. 2024. Vol. 54. No. 9. P. 2210–2221.
8. Serafim A.P., Ferreira T.C., Barros D.M. Challenges in assessing severity levels in personality disorders // Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2024. Vol. 73. No. 2. P. e20230092.
9. Vaillant G.E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology // Journal of abnormal psychology. 1994. Vol. 103. No. 1. P. 44.

10. Stulcbauer L.B. et al. Mapping Emotion Regulation Patterns Within the Alternative Model of Personality Disorders Personality Traits // Journal of personality disorders. 2024. Vol. 38. No. 4. P. 311–329. <https://doi.org/10.1521/pedi.2024.38.4.311>. EDN: WLSLPY
11. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing. 2013.
12. WHO (15 April 2016). «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: update on the eleventh revision».
13. Hopwood C.J. et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis // Personality and mental health. 2018. Vol. 12. No. 1. P. 82–86.
14. García L.F. et al. The alternative model of personality disorders: Assessment, convergent and discriminant validity, and a look to the future // Annual review of clinical psychology. 2024. Vol. 20.
15. Krueger R.F. et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology // World psychiatry. 2018. Vol. 17. No. 3. P. 282–293.
16. Kim Y.R., Lee Y. The dimensional conceptualization of personality disorders: Personality organization, personality functioning, and personality disorders // Journal of Personality Disorders. 2024. Vol. 38. No. 2. P. 105–125. <https://doi.org/10.1521/pedi.2024.38.2.105>. EDN: FQQYAK
17. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., Text Rev.). 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed.; DSM-III; American Psychiatric Association, 1980
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). 2000. DOI: 10.1176/appi.books.9780890423349
20. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.

21. Sahlsten H. et al. Psychiatric (Axis I) and personality (Axis II) disorders and subjective psychiatric symptoms in chronic tinnitus // International journal of audiology. 2018. Vol. 57. No. 4. P. 302–312.
22. Wiggins J.S., Pincus A.L. Conceptions of personality disorders and dimensions of personality // Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology. 1989. Vol. 1. No. 4. P. 305.
23. Ruchensky J.R. et al. Using the Personality Assessment Inventory to assess the Alternative Model for Personality Disorders: Criterion validity in a clinical sample // Journal of Personality assessment. 2024. Vol. 106. No. 1. P. 72–82. <https://doi.org/10.1080/00223891.2023.2203240>. EDN: TCLTFZ
24. Kernberg O.F. What is personality? // Journal of personality disorders. 2016. Vol. 30. No. 2. P. 145–156.
25. Mullins-Sweatt S.N., Lengel G.J. Clinical Utility of the Five-Factor Model of Personality Disorder // Journal of personality. 2012. Vol. 80. No. 6. P. 1615–1639.
26. Bangash A. Personality difficulty: A useful addition to the literature on personality disturbance // Personality and Mental Health. 2024. Vol. 18. No. 4. P. 435–437. <https://doi.org/10.1002/pmh.1638>. EDN: JDBPJC
27. Christensen A.P., Golino H., Silvia P.J. A psychometric network perspective on the validity and validation of personality trait questionnaires // European Journal of Personality. 2020. Vol. 34. No. 6. P. 1095–1108. <https://doi.org/10.1002/per.2265>. EDN: BCUJAY
28. Salzer S. et al. Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder // Journal of Personality Assessment. 2008. Vol. 90. No. 3. P. 292–299.
29. Lind M., Sharp C., Dunlop W. L. Why, how, and when to integrate narrative identity within dimensional approaches to personality disorders // Journal of personality disorders. 2022. Vol. 36. No. 4. P. 377–398. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_35_540. EDN: QPQUGY
30. Lowyck B. et al. Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders // Journal of personality disorders. 2013. Vol. 27. No. 3. P. 320–336.

31. Lowyck B. et al. Changes in Self and Object Representations as Measured by the Differentiation-Relatedness Scale in Patients with a Personality Disorder During a Hospitalization-Based Psychodynamic Treatment // *Psychoanalytic Inquiry*. 2025. Vol. 45. No. 1. P. 69–79. <https://doi.org/10.1080/07351690.2025.2451016>. EDN: HJPBBM
32. Söderholm J.J. Borderline personality disorder-a narrative review // *Psychiatria Fennica*. 2024. Vol. 55. P. 124–139.
33. Widiger T.A., Trull T.J. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model // *American Psychologist*. 2007. Vol. 62. No. 2. P. 71.
34. Zavlis O. et al. Pressing need for clinical trial research on dimensional personality disorder. 2024.
35. Trull T.J., Durrett C.A. Categorical and dimensional models of personality disorder // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005. Vol. 1. No. 1. P. 355–380.
36. Trull T.J. Dimensional models of personality disorder: Coverage and cutoffs // *Journal of Personality Disorders*. 2005. Vol. 19. No. 3. P. 262–282.
37. Tanaka M. Beyond the boundaries: Transitioning from categorical to dimensional paradigms in mental health diagnostics // *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2024. Vol. 33. No. 12. P. 1295–1301. <https://doi.org/10.17219/acem/197425>. EDN: LZQFUG
38. Jovev M., Jackson H.J. The relationship of borderline personality disorder, life events and functioning in an Australian psychiatric sample // *Journal of personality disorders*. 2006. Vol. 20. No. 3. P. 205–217.
39. Gluschkoff K., Jokela M., Rosenström T. General psychopathology factor and borderline personality disorder: Evidence for substantial overlap from two nationally representative surveys of US adults // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2021. Vol. 12. No. 1. P. 86. <https://doi.org/10.1037/per0000405>. EDN: AVCJOA

40. Widiger T.A., Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground // *Journal of personality disorders*. 2005. Vol. 19. No. 2. P. 110–130.
41. Widiger T.A. Personality disorders in the 21st century // *Journal of Personality Disorders*. 2000. T. 14. No. 1. P. 3–16.
42. Widiger T.A., Livesley W.J., Clark L.A. An integrative dimensional classification of personality disorder // *Psychological assessment*. 2009. Vol. 21. No. 3. P. 243.
43. Lewis K.C., Ridenour J.M. Paranoid personality disorder // *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer, Cham, 2020. P. 3413–3421.
44. Shedler J. et al. Personality disorders in DSM-5 // *American Journal of Psychiatry*. 2010. Vol. 167. No. 9. P. 1026–1028.
45. Clark L.A., Livesley W.J., Morey L. Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity // *Journal of Personality Disorders*. 1997. Vol. 11. No. 3. P. 205–231.
46. Livesley W.J., Dimaggio G., Clarkin J.F. (ed.). Integrated treatment for personality disorder: A modular approach. Guilford Publications, 2015.
47. Hopwood C.J. et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis // *Personality and mental health*. 2018. Vol. 12. No. 1. P. 82–86.
48. Monaghan C., Bizumic B. Dimensional models of personality disorders: Challenges and opportunities // *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14. P. 1098452. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1098452>. EDN: JUZZTZ
49. Bach B., Tracy M. Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022. Vol. 13. No. 4. P. 369. <https://doi.org/10.1037/per0000527>. EDN: OFSBLJ
50. Wright A.G.C. Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder // *Personality Assessment in the DSM-5*. 2014. P. 115–124.
51. Morey L.C. et al. Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders // *Personality Disorders: Theory, Research,*

and Treatment. 2022. Vol. 13. No. 4. P. 305. <https://doi.org/10.1037/per0000551>. EDN: TUKDLE

52. Bornstein R.F., Natoli A.P. Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019. Vol. 10. No. 6. P. 479.

53. Widiger T.A. et al. Personality disorder research agenda for the DSM-V // *Journal of personality disorders*. 2005. Vol. 19. No. 3. P. 315–338. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.315>. EDN: XPZLYV

54. Hörz-Sagstetter S., Ohse L., Kampe L. Three dimensional approaches to personality disorders: A review on personality functioning, personality structure, and personality organization // *Current psychiatry reports* 2021 Vol. 23. P. 1–16.

55. Morey L.C. et al. Personality disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model // *Current psychiatry reports*. 2015. Vol. 17. P. 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>. EDN: YWFTFJ

56. Sharp C., Miller J. D. Ten-year retrospective on the DSM-5 alternative model of personality disorder: Seeing the forest for the trees // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022. Vol. 13. No. 4. P. 301. <https://doi.org/10.1037/per0000595>. EDN: PFJOFC

57. Yang M., Coid J., Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey // *The British Journal of Psychiatry*. 2010. Vol. 197. No. 3. P. 193–199.

58. Zanarini M. C. et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses // *Journal of personality disorders*. 2000. Vol. 14. No. 4. P. 291–299.

59. Zimmerman M., Rothschild L., Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients // *American journal of psychiatry*. 2005. Vol. 162. No. 10. P. 1911–1918.

60. Morse J.Q., Pilkonis P.A. Screening for personality disorders // *Journal of personality disorders*. 2007. Vol. 21. No. 2. P. 179–198.

61. Keefe J.R. et al. What is the effect on comorbid personality disorder of brief panic-focused psychotherapy in patients with panic disorder? // *Depression and Anxiety*. 2018. Vol. 35. No. 3. P. 239–247.
62. Zilcha-Mano S. et al. Are there subtypes of panic disorder? An interpersonal perspective // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. Vol. 83. No. 5. P. 938.
63. Becker D.F. et al. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159. No. 12. P. 2042–2047. EDN: GRWIUV
64. Hyler S.E. et al. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity // *American Journal of Psychiatry*. 1992. Vol. 149. No. 2. P. 213–220.
65. Weertman A. et al. Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II) // *Journal of Personality disorders*. 2003. Vol. 17. No. 6. P. 562–567.
66. Allen L.B. et al. Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010. Vol. 32. P. 185–192. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9151-3>. EDN: LMXWCI
67. Bastiaansen L. et al. The twofold diagnosis of personality disorder: How do personality dysfunction and pathological traits increment each other at successive levels of the trait hierarchy? // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016. Vol. 7. No. 3. P. 280.
68. Arnocky S. Self-perceived mate value, facial attractiveness, and mate preferences: Do desirable men want it all? // *Evolutionary Psychology*. 2018. Vol. 16. No. 1. P. 1474704918763271.
69. Livesley W.J., Jackson D.N., Schroeder M.L. A study of the factorial structure of personality pathology // *Journal of Personality Disorders*. 1989. Vol. 3. No. 4. P. 292–306.

70. Wyssen A. et al. Comparing the new concept of impairment in personality functioning with borderline personality disorder: differential psychosocial and psychopathological correlates in a clinical adolescent sample // *European child & adolescent psychiatry*. 2025. Vol. 34. No. 3. P. 1183–1193.
71. Herpertz S.C. et al. The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders // *Journal of personality disorders*. 2017. Vol. 31. No. 5. P. 577–589.
72. Skodol A.E. et al. The ironic fate of the personality disorders in DSM-5 // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013. Vol. 4. No. 4. P. 342.
73. Perea H., Malalagama A., Perera S. The puzzling symptom of paranoia // *Sri Lanka Journal of Psychiatry*. 2010. Vol. 1. No. 2.
74. Skodol A.E. et al. Personality disorder types proposed for DSM-5 // *Journal of personality disorders*. 2011. Vol. 25. No. 2. P. 136–169.
75. Trull T.J. Dimensional models of personality disorder // *Current Opinion in Psychiatry*. 2000. Vol. 13. No. 2. P. 179–184.
76. Fossati A. et al. A latent structure analysis of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, narcissistic personality disorder criteria // *Comprehensive Psychiatry*. 2005. Vol. 46. No. 5. P. 361–367.
77. Tromp N.B., Koot H.M. Dimensions of personality pathology in adolescents: Psychometric properties of the DAPP-BQ-A // *Journal of personality disorders*. 2008. Vol. 22. No. 6. P. 623–638.
78. Gutiérrez F. et al. Severity in the ICD-11 personality disorder model: Evaluation in a Spanish mixed sample // *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 13. P. 1015489.
79. Hengartner M.P., Lehmann S.N. Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem // *Frontiers in psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 101.
80. Luyten P., Fonagy P. Integrating and differentiating personality and psychopathology: A psychodynamic perspective // *Journal of Personality*. 2022. Vol. 90. No. 1. P. 75–88. <https://doi.org/10.1111/jopy.12656>. EDN: CJKYWR

81. Furnham A. et al. A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders // *Psychology*. 2014. Vol. 5. No. 14. P. 1646.
82. Hopwood C.J., Morey L.C., Markon K.E. What is a psychopathology dimension? // *Clinical psychology review*. 2023. Vol. 106. P. 102356. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102356>. EDN: MSQRXK
83. Pincus A.L., Cain N.M., Halberstadt A.L. Importance of self and other in defining personality pathology // *Psychopathology*. 2020. Vol. 53. No. 3–4. P. 133–140. <https://doi.org/10.1159/000506313>. EDN: AAJCHO
84. Oldham J.M. DSM models of personality disorders // *Current opinion in psychology*. 2018. Vol. 21. P. 86–88.
85. Aluja A., Blanch A., Balada F. Normal personality versus pathological personality: Dimensional and predictive study // *Personality and Mental Health*. 2013. Vol. 7. No. 4. P. 288–297.
86. Thomas K.M. et al. The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains // *Assessment*. 2013. Vol. 20. No. 3. P. 308–311.
87. Maffly-Kipp J., Morey L.C. Comparing the DSM-5 categorical model of personality disorders and the alternative model of personality disorders regarding clinician judgments of risk and outcome // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2024. Vol. 15. No. 5. P. 315.
88. Paladin L. Classification of personality disorders: categorical vs dimensional approach: diss.-University of Split. Faculty of Humanities and Social Sciences, 2024.
89. Furnham A. et al. A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders // *Psychology*. 2014. Vol. 5. No. 14. P. 1646.
90. Hopwood C.J. et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis // *Personality and mental health*. 2018. Vol. 12. No. 1. P. 82–86.
91. Krueger R.F. et al. DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2014. Vol. 21. No. 3. P. 245.

92. Roche M.J. Examining the alternative model for personality disorder in daily life: Evidence for incremental validity // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018. Vol. 9. No. 6. P. 574.
93. Rodriguez-Seijas C. et al. Diversity and the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) // *Nature Reviews Psychology*. 2023. Vol. 2. No. 8. P. 483–495. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00200-0>. EDN: PBUGJK
94. Ringwald W.R., Forbes M.K., Wright A.G. C. Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model // *Psychological medicine*. 2023. Vol. 53. No. 2. P. 533–546.
95. d'Huart D. et al. The stability of personality disorders and personality disorder criteria: A systematic review and meta-analysis // *Clinical psychology review*. 2023. Vol. 102. P. 102284. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102284>. EDN: EBOZUP
96. Sharp C., Miller J.D. Ten-year retrospective on the DSM-5 alternative model of personality disorder: Seeing the forest for the trees // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022. Vol. 13. No. 4. P. 301. <https://doi.org/10.1037/per0000595>. EDN: PFJOFC
97. Hopwood C.J., Pincus A.L., Wright A.G.C. The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention // *Using basic personality research to inform personality pathology*. 2019. P. 94–121.
98. Johnson J.G. et al. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood // *Comprehensive psychiatry*. 2001. Vol. 42. No. 1. P. 16–23.
99. Sharp C., Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence-recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56. No. 12. P. 1266–1288.
100. Chanen A.M. et al. Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people // *Current psychiatry reports*. 2020. Vol. 22. P. 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>. EDN: ZKPYWZ

101. Loewald H.W. Ego and reality // The International Journal of Psycho-Analysis. 1951. Vol. 32. P. 10.
102. Roberts B.W., DelVecchio W.F. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies // Psychological bulletin. 2000. Vol. 126. No. 1. P. 3. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>. EDN: LNNMAF
103. Bleidorn W. et al. Personality trait stability and change // Personality Science. 2021. Vol. 2. No. 1. P. e6009.
104. Wright A.G.C. et al. Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology // Journal of abnormal psychology. 2016. Vol. 125. No. 8. P. 1120.
105. Zanarini M.C. et al. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder // American Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 160. No. 2. P. 274–283. EDN: GKHPHJ
106. Klimstra T.A., McLean K.C. Reconsidering normative interpretations in personality research // European Journal of Personality. 2025. Vol. 39. No. 1. P. 122–134.
107. Álvarez-Tomás I. et al. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies // European Psychiatry. 2019. Vol. 56. No. 1. P. 75–83.
108. Stein K.F. Affect instability in adults with a borderline personality disorder // Archives of psychiatric nursing. 1996. Vol. 10. No. 1. P. 32–40.
109. Day N.J.S., Townsend M.L., Grenyer B.F.S. Living with pathological narcissism: a qualitative study // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2020. Vol. 7. P. 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00132-8>. EDN: JYXCTH
110. Di Sarno M. et al. Shame behind the corner? A daily diary investigation of pathological narcissism // Journal of research in personality. 2020. Vol. 85. P. 103924. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103924>. EDN: KKWDDJ

111. Beck E.D., Jackson J.J. Consistency and change in idiographic personality: A longitudinal ESM network study // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2020. Vol. 118. No. 5. P. 1080. <https://doi.org/10.1037/pspp0000249>. EDN: MJXQHY
112. Hopwood C.J. Interpersonal dynamics in personality and personality disorders // *European Journal of Personality*. 2018. Vol. 32. No. 5. P. 499–524.
113. Mulder R. T. ICD-11 personality disorders: utility and implications of the new model // *Frontiers in psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>. EDN: ROUKOQ
114. Gunderson J.G. et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics // *Journal of personality disorders*. 2000. Vol. 14. No. 4. P. 300–315.
115. Costa P.T., McCrae R.R. Concurrent validation after 20 years: The implications of personality stability for its assessment // *Advances in personality assessment*. Routledge. 2013. P. 31–54.
116. Blonigen D.M. et al. Stability and change in personality traits from late adolescence to early adulthood: A longitudinal twin study // *Journal of personality*. 2008. Vol. 76. No. 2. P. 229–266.
117. Ringwald W.R. et al. Dynamic features of affect and interpersonal behavior in relation to general and specific personality pathology // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2021. Vol. 12. No. 4. P. 365. <https://doi.org/10.1037/per0000469>. EDN: NOSGVA
118. Wright A.G. C. et al. An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5 // *Assessment*. 2012. Vol. 19. No. 3. P. 263–275.
119. Krueger R.F. et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology // *World psychiatry*. 2018. Vol. 17. No. 3. P. 282–293.
120. Conway C.C. et al. Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients // *Journal of abnormal psychology*. 2018. Vol. 127. No. 6. P. 590.

121. Sharp C. et al. The structure of personality pathology: Both general («g») and specific («s») factors? // Journal of abnormal psychology. 2015. Vol. 124. No. 2. P. 387.

122. Morey L.C. et al. Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders // Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2022. Vol. 13. No. 4. P. 305. <https://doi.org/10.1037/per0000551>. EDN: TUKDLE

123. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. etc. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence // Annual Review of Clinical Psychology. 2021 Vol. 17 (1). P. 83–108. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304. EDN: IHPPDQ