

Современная диагностика пограничного расстройства личности: соотношение категориального и дименсионального подходов

Александр Владимирович Диденко^{1,2}, Руслан Рубинович Гайнутдинов², Николай Александрович Бохан^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

Автор для корреспонденции: Александр Владимирович Диденко, dedzone@yandex.ru

Резюме

Обоснование: в связи с переходом от категориальной диагностики к дименсиональной модели, основанной на характеристике доменов личностных черт и оценке тяжести клинических проявлений, возникают сложности в дифференциации пограничного расстройства личности (ПРЛ). **Цель исследования:** анализ опубликованных работ, касающихся категориального подхода и особенностей дименсиональных характеристик доменов черт, связанных с пограничным расстройством личности. **Материал и методы:** по ключевым словам «пограничное расстройство личности», «категориальная и дименсиональная модели», «диагностика расстройств личности» проведен поиск статей на русском и английском языках в базах данных PubMed и eLibrary за период с 2000 по 2024 г. **Заключение:** анализ опубликованных работ показал, что диагностика ПРЛ требует учета клинической гетерогенности и динамической изменчивости симптоматики ПРЛ, коморбидности с другими психическими нарушениями. Использование в диагностике только категориального подхода не позволяет полностью охватить сложность и изменчивость клинических проявлений ПРЛ. Применение пятифакторной модели оценки доменов личностных черт имеет ограничения при диагностике пограничного расстройства личности. Эти ограничения обусловлены использованием опросников самоотчета, неспецифичностью дименсиональных факторов, а также наличием дополнительных размерных характеристик, выходящих за рамки пятифакторной модели, но обладающих высокой чувствительностью к проявлениям пограничного паттерна. Обоснована необходимость проведения исследований соответствия категориальных, прототипических характеристик ПРЛ дименсиональным оценкам, не ограниченным рамками пятифакторной модели.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, диагностика, дименсиональная и категориальная модели, личностные черты

Финансирование Исследование выполнено в рамках государственного задания: «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири», регистрационный номер 122020200054-8».

Для цитирования: Диденко А.В., Гайнутдинов Р.Р., Бохан Н.А. Современная диагностика пограничного расстройства личности: соотношение категориального и дименсионального подходов. *Психиатрия*. 2025;23(4):93–102. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-93-102>

REVIEW

UDC 616.89-008.45:616-079.3:159.938.2:161.163 (048.8)

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-93-102>

Modern Diagnostics of Borderline Personality Disorder: the Relationship between Categorical and Dimensional Approaches

Alexander V. Didenko^{1,2}, Ruslan R. Gainutdinov², Nikolay A. Bokhan^{1,2}

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMCC), Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

² Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Corresponding author: Alexander V. Didenko, dedzone@yandex.ru

Summary

Background: the transition from a categorical diagnostics to a dimensional model based on the characteristics of personality trait domains and assessment of clinical symptoms severity has created difficulties in differentiating borderline personality disorder. **The aim of the study** is to analyze published works on the categorial approach and features of the dimensional characteristics of trait domains associated with borderline personality disorder. **Materials and Methods:** the keywords «borderline personality disorder», «categorical and dimensional models», «diagnosis of personality disorders» used to search for articles in Russian and English in the PubMed and e-Library databases for the period from 2000 to 2024. **Conclusion:** the analysis of published works shows that the diagnosis of borderline personality disorder requires taking into account clinical heterogeneity, dynamic variability

of symptoms, and comorbidity with other mental disorders. Using only a categorical approach in diagnostics does not fully cover the complexity and variability of clinical features of borderline personality disorder. The used five-factor model of assessing the domains of personality traits has limitations in the diagnosis of borderline personality disorder due to use of self-report questionnaires, non-specificity of dimensional factors, as well as the presence of additional dimensional characteristics that go beyond the five-factor model, but have high sensitivity to the manifestations of the borderline pattern. The need for research on the correspondence of categorical, prototypical characteristics of borderline personality disorder, dimensional not limited by the framework of the five-factor model is substantiated.

Keywords: borderline personality disorder, diagnosis, dimensional and categorical models, personality traits

Funding The study was carried out within the framework of the state assignment: «Biopsychosocial mechanisms of pathogenesis and clinical polymorphism, adaptive potential and predictors of therapy effectiveness in patients with mental and behavioral disorders in the Siberian region», registration number 122020200054-8", Case No. 147 / 6.2021.

For citation: Didenko A.V., Gainutdinov R.R., Bokhan N.A. Modern Diagnostics of Borderline Personality Disorder: the Relationship between Categorical and Dimensional Approaches. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(4):93–102. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-93-102>

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы актуализировались проблемы теоретического обоснования и определения клинко-диагностических границ личностной патологии в связи с использованием дименсиональной (размерной) модели оценки психических расстройств. По мнению Р. Турег и соавт. [1], 11-я редакция международной классификации болезней (МКБ-11) представляет собой «наиболее радикальное изменение в истории классификации расстройств личности». В этом ключе одним из сложных вопросов является клиническая диагностика пограничного расстройства личности (ПРЛ) как отдельной диагностической категории с использованием предлагаемых диагностических процедур [2].

Распространенность ПРЛ в общей популяции составляет от 0,7 до 2,7%, с тенденцией накопления пациентов в амбулаторной (11–12%) и стационарной (22%) сети [3]. Социальное значение ПРЛ связано с высоким уровнем трудовой и семейной дезадаптации, снижением продолжительности жизни в силу частоты завершающих суицидов. Коморбидность с аддиктивными расстройствами утяжеляет клинические проявления зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и увеличивает вероятность совершения криминальных действий [4–6].

Категориальная концепция ПРЛ неоднократно подвергалась критике, как имеющая слабую эмпирическую поддержку в связи с диагностическим перекрытием с различными типами расстройств личности (РЛ), клинической гетерогенностью симптоматики и частотой коморбидности с другими психическими расстройствами [7–9]. Результаты исследований говорят о низкой осведомленности и распознаваемости психиатрами проявлений ПРЛ [10–12]. При первичном обращении за психиатрической помощью в условиях амбулаторной сети диагностика ПРЛ затруднена из-за коморбидности с рекуррентной депрессией [13].

Пятое издание классификации психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-5) предлагает прежнюю категориальную диагностическую систему и альтернативную модель РЛ — *Alternative Model for Personality Disorders* (AMPD) с оценкой уровня (тяжести) функционирования личности

и выделением шести РЛ, в том числе и ПРЛ [14]. Несмотря на попытку достижения компромисса между различными моделями оценки личностной патологии через разработку AMPD, у специалистов существуют сомнения в клинической полезности указанного дименсионального диагностического подхода в силу преобладания роли психометрии над клинко-психопатологической оценкой РЛ [15].

Атеоретическая описательная система МКБ-11, так же как и AMPD DSM-5, предлагают устанавливать диагноз РЛ на основании оценки тяжести клинических проявлений с выделением пяти доменов черт личности [16–18]. ПРЛ в МКБ-11 представлено в виде отдельного спецификатора — т.н. пограничного паттерна, используемого в дополнение к указанным ключевым характеристикам РЛ и отвечающего не менее чем 5 из 9 критериев для ПРЛ, адаптированных из DSM-5 [19].

По мнению Т. Millon [20], пограничная личность находится в континууме от относительно нормального функционирования до выраженных психотических (тяжелых циклофренических) проявлений и представляет множество подтипов, связанных как с аффективными расстройствами, так и с расстройствами шизофренического спектра. Использование дименсионального подхода в диагностике с учетом клинко-динамических, возрастных особенностей, связанных с изменчивой экспрессией и тяжестью проявлений, с анализом коморбидности и влиянием контекстуальных факторов, позволило бы существенно расширить клиническое понимание ПРЛ [21, 22].

Целью исследования является анализ научных публикаций об особенностях клинической диагностики ПРЛ с использованием категориальной и дименсиональной моделей, с уточнением возможной преимущества дименсионального подхода в аспекте выделения ключевых характеристик пограничных личностных черт.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представленный обзор литературы включает преимущественно данные о результатах исследований, опубликованных за последние 25 лет (2000–2024 гг.). Дополнительно в обзор вошли отдельные

основополагающие исследования, соотносимые с более ранними датами. Язык публикаций английский или русский. В основном отбирались публикации в виде систематических и метааналитических обзоров, оригинальных исследований из базы данных PubMed и национальной библиографической базы данных e-Library. Ключевые слова, используемые для поиска: «пограничное расстройство личности», «категориальная и дименсиональная модели», «диагностика расстройств личности». Критерии включения: полнотекстовые статьи на русском и английском языках; оригинальные исследования и клинические наблюдения; монографии и клиничко-диагностические руководства. Критерии невключения: материалы конференций, депонированные рукописи, наборы данных, диссертации, отчеты, патенты. Всего для научного обзора было отобрано 112 литературных источников, в данной публикации был проанализирован 71 литературный источник (из них 18 публикаций на русском языке).

Этические аспекты

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ Томский НИМЦ РАН (протокол заседания локального этического комитета № 147 от 22 ноября 2021 года — Дело №147/6.2021).

Ethical aspects

The review writing was approved by Local Ethical Committee of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMC) of the Russian Academy of Sciences (protocol No. 147 dated November 22, 2021).

ОБСУЖДЕНИЕ

Использование диагноза ПРЛ в клинической практике началось с третьей редакции DSM с описания диагностической категории, включавшей в себя паттерны импульсивности, самоповреждений, суицидальности, эмоциональной и межличностной нестабильности, представленные в восьми диагностических критериях. Одним из источников концепции ПРЛ в этот период были клинические описания субпсихотических случаев шизофрении (латентная, псевдоневротическая, пограничная шизофрения), которые включали в себя проявления расстройств экспрессивности, нарушений аффективной сферы, формальные расстройства мышления, амбивалентность и близкие к психотическим проявления дезинтеграции «Я» [23].

Другой источник категории ПРЛ — психотерапевтическая практика, описывающая пациентов экстравертированного драматического кластера (кластер В) с интенсивными, но нестабильными межличностными отношениями, колеблющимися между идеализацией и обесцениванием, а также с трудностями построения терапевтического альянса [24]. В попытках выделения базовой, феноменологически наблюдаемой и оцениваемой конфигурации РЛ, представители психодинамического направления сформулировали модель объектных

отношений личности, интегрирующих в себе элементы психологии развития, теории привязанности, результаты нейробиологических исследований, а также черты классического психоанализа [25, 26]. Результаты исследований позволили выделить два ключевых аспекта оценки РЛ, включенных в психодинамическое диагностическое руководство (*Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM-2): уровень личностной организации (интегрированности) и специфический личностный стиль [27]. Оценка тяжести расстройства личности в концепции PDM-2 тесно связана со структурной моделью O. Kernberg с дифференциацией между нормальным, невротическим, пограничным и психотическим уровнем организации личности как качественно различными режимами психического функционирования [28].

Структурно-динамическая концепция пограничной личностной организации O. Kernberg повлияла на разработку критериев ПРЛ (диффузия идентичности и использование определенного типа защитных механизмов в виде расщепления). Однако т.н. «пограничный паттерн» рассматривают не как отдельную диагностическую категорию, а как трансдиагностическое измерение, дополнительный спецификатор, способный существенно трансформировать проявления любых других личностных черт [29]. T. Millon [30] представил описания четырех феноменологически различных вариантов пограничной личности, сочетающих избегающие, негативистические, гистрионические и мазохистические черты. Спецификой рассмотрения пограничных личностных черт с позиции T. Millon является оценка их проявлений в континууме от адаптивных и эволюционно выгодных до неадаптивных и патологических с использованием эволюционно-нейрогенетического подхода, при котором ПРЛ характеризуется отчетливой дисгармонией полярных и изменчивых черт, сталкивающихся между собой по осям «удовольствие-боль», «пассивность-активность» и «Я-другие» [20].

Отдельные исследователи утверждают, что категориальный подход не способен полностью охватить сложность и изменчивость клинической палитры ПРЛ, а высокая коморбидность с другими РЛ повышает вероятность более широкого рассмотрения ПРЛ как гетерогенной диагностической категории без точно определяемых границ и нестабильной клинической картиной с течением времени [31]. В этой связи, при оценке пациента с отчетливыми, но конфликтными структурными «дефектами», которые характеризуют ПРЛ, предлагается учитывать не только поведенческие особенности личности с пограничными чертами, но также проводить и инструментальную оценку «структурных дефектов личности» с использованием специализированных методик, с акцентом на половых и возрастных особенностях пациентов [32, 33].

Исследование возможностей сходства характеристик ПРЛ в рамках раздела II DSM-5 и AMPD DSM-5 с оценкой вероятности перехода от политегического подхода в диагностике к размерным характеристикам

РЛ показало, что критерии черт личности AMPD DSM-5 могут охватывать существенную долю дисперсии в традиционной концептуализации ПРЛ, составляющей около 74% [34]. Вероятность диагностики ПРЛ возрастает при использовании структурированных клинических интервью либо с применением специальных опросников для диагностики ПРЛ. К их числу можно отнести *Structured Clinical Interview for the DSM-5-Personality Disorders — Clinician Version* (SCID-5-PD/CV) [35], *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* [36] или российскую разработку «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы „А“» [37]. Распознавание личностных проявлений как аномальных с использованием структурированных интервью упрощает диагностику ПРЛ, но не способствует установлению точного диагноза. В этой связи необходимы оценка субклинической симптоматики и тяжести нарушений в каждой области личностного функционирования (что применяется в рамках дименсионального подхода), учет фактора гетерогенности проявлений симптомов ПРЛ в культуральном аспекте и близости ПРЛ с расстройствами аффективного и шизофренического спектров [38–40].

Многомерные, дименсиональные модели призваны улучшить диагностику РЛ в отсутствие четких границ между категориальными диагнозами, а также в связи с клинической неоднородностью внутри отдельной диагностической категории. Основной проблемой использования мультименсиональных систем оценки РЛ является их несогласованность с действующими диагностическими категориями в силу того, что категориальные и размерные классификации расстройств личности не являются одинаково валидными, а выбор различных инструментов оценки РЛ определяется целями, стоящими перед диагностом (лечебно-диагностические, исследовательские, профессиональный отбор и пр.) [41]. В качестве дименсиональных характеристик разработчики современных классификаций предлагают использовать оценку личностных черт и оценку степени тяжести расстройства (или уровня функционирования личности), что позволяет учитывать изменчивость РЛ с течением времени и влияние контекстуальных факторов.

«Пятифакторная модель» (*Five-factor model*, FFM), используемая в рамках AMPD DSM-5, включает изменения 1) нейротизма, 2) экстраверсии, 3) открытости опыту (чувствам, действиям), 4) сотрудничества (доброжелательности) и 5) добросовестности (сознательности) [18, 42]. Рассмотрим некоторые особенности дименсиональных характеристик доменов черт, связанных с ПРЛ.

Рассмотрение ПРЛ в рамках концепции множественного диатеза выделяет симптомы эмоциональной дисрегуляции, импульсивности и нарушения межличностных отношений как центральные компоненты, составляющие нейробиологическую базу нейротизма [43]. Фактор негативной аффективности также включен в структуру черт ПРЛ, однако он больше

связан с аффективной патологией (дистимией, тревожными проявлениями) [44]. Предложенная М. Linehan биосоциальная теория [45] базируется на факторах эмоциональной уязвимости и эмоциональной дисрегуляции как биологической основе психопатологического процесса при ПРЛ. Эта концепция не нашла полного подтверждения в современных исследованиях, поскольку большинство изучаемых психофизиологических маркеров представляют собой неспецифическую меру эмоциональной реакции, не формирующей уникального паттерна ПРЛ [46].

Психологическую модель т.н. «темной триады» (макиавеллизм, психопатия и нарциссизм) связывают с биологическим кластером, формирующим эволюционную стратегию ПРЛ, направленную на извлечение сиюминутной выгоды, оппортунизм и эксплуатацию окружающих. Данную модель предлагают использовать в качестве дополнительной дименсиональной характеристики при оценке ПРЛ [47].

Хотя генетические исследования подтверждают ассоциацию высокого уровня нейротизма и предполагаемую корреляцию высокого уровня открытости опыту с ПРЛ, все же нейротизм как генетический фактор риска может связывать ПРЛ и с другими (коморбидными) психическими расстройствами, а также с другими РЛ [48]. То же касается и других характеристик нейротизма, прототипически связанных с ПРЛ. Среди них выделяют эмоциональную лабильность, тревожность, агрессивную враждебность, депрессивность и уязвимость [49]. Относительно характеристики открытости опыту известно, что в близнецовых исследованиях показана умеренная генетическая корреляция с критериями DSM-IV для ПРЛ ($rg = 0,24$), но не получены доказательства генетической корреляции с непатологическими пограничными чертами личности, что объясняется несогласованностью инструментов категориальной диагностики ПРЛ [50].

Высокого уровня экстраверсия, импульсивность и аффективная нестабильность в рамках FFM описаны как основные черты, дифференцирующие ПРЛ от аффективной патологии [51]. Импульсивность, избегание оставления (избегание быть брошенным) и неконтролируемый гнев рассматриваются как биологическая предрасположенность ПРЛ к т.н. «экстернализующим расстройствам» [52]. Эгоистические черты, тенденцию к доминированию в отношениях и высокую межличностную активность рассматривают как дополнительные характеристики, не полностью представленные в рамках доменов черт FFM, что требует добавления соответствующих указаний при описании ПРЛ [53].

В качестве одного из центральных клинических проявлений ПРЛ, связанных с эмоциональной нестабильностью и определяющей тяжесть расстройства, рассматривают нарушение идентичности, ведущее свое начало с подросткового периода [54]. Исследования с использованием «Опросника нарушения идентичности» (*Identity Disturbance Questionnaire*, IDQ)

документально подтверждают тот факт, что данное проявление личностной аномалии существует с подросткового возраста, клинически отличается от проявлений нормативного развития и сохраняется во взрослой жизни [55]. Исследователи признают, что нарушение идентичности верифицируется как основная черта ПРЛ у взрослых, а изучение этой черты в подростковом возрасте заслуживает дальнейшего эмпирического исследования и клинической оценки [56, 57].

Установлены генетические корреляты между низкими значениями показателей FFM «добросовестность-дружелюбие», высокими значениями «нейротизма» и диагнозом ПРЛ [48]. Динамическая оценка указанных параметров с повышением уровня эмоциональной стабильности, экстраверсии и отчасти добросовестности позволяет использовать данные показатели в ходе проводимой терапии ПРЛ как критерии положительной динамики [58].

Использование дополнительной размерной характеристики в виде нарушения привязанности считают перспективным направлением в диагностике ПРЛ [59]. В качестве триггерного фактора развития психоэмоционального возбуждения (гиперреактивности) при ПРЛ могут рассматриваться негативные интерпретации социальных ситуаций, связанных с межличностным взаимодействием, на основе сформированного в ранний период жизни небезопасного типа привязанности [60]. При обследовании пациентов с ПРЛ установлены отрицательные корреляции между избегающим типом привязанности и экстраверсией, открытостью опыту и личностным ростом, а тревожный тип привязанности отрицательно связан с чувством автономности, компетентности, позитивным самоотношением и самопринятием [61]. Кроме этого, нарушения привязанности (особенно тип «Д-привязанности» с нарушением на уровне понимания эмоций, чувств и потребностей ребенка) тесно связаны с детской психической травмой и проявлениями диссоциации, утяжеляющими клинику ПРЛ [62].

Одними из диагностически значимых dimensional признаков, связанных с ПРЛ, считают необычные убеждения и переживания, оцениваемые как высокий уровень психотизма, в сочетании с симптоматикой в виде параноидной идеации и obsessions-компульсий. Авторы предлагают рассматривать эту конституцию черт AMPD DSM-5 и психотической симптоматики как альтернативный способ характеристики субпсихотических феноменов, отражающих близость ПРЛ с расстройствами шизофренического спектра и аффективными расстройствами [63, 64]. Другие исследования также поддерживают критерий подозрительности и черты психотизма (необычные убеждения и опыт, эксцентричность и перцептивная дисрегуляция) в качестве дополнительных ассоциаций с ПРЛ [65, 66]. Однако когнитивная уязвимость к психотическим проявлениям и субпсихотические эпизоды не рассматриваются как специфические диагностические признаки ПРЛ в случаях коморбидности [67].

При всей прозрачности процесса оценки доменов черт с использованием FFM и специализированных инструментов все же имеются ограничения, связанные с использованием опросников самоотчета. Оценка личностных черт может производиться и без комплексной клинической оценки, в т.ч. непрофессионалами в области психопатологии, а также при осуществлении онлайн-анкетирования без соответствующих контрольных процедур [68]. Ограничения использования опросников самоотчета могут быть связаны со специфической для ПРЛ дисрегуляцией психических процессов при переживании чувства зависти и стыда. С целью защиты от этих разрушительных паттернов пациенты с ПРЛ используют отрицание тех аспектов своей личности, которые расходятся с идеальным образом себя [69].

Другая проблема заключается в неспецифичности dimensional факторов FFM при характеристике доменов DSM-5 и МКБ-11, что связано с наличием дополнительных измерений ПРЛ, выходящих за пределы анализируемых факторов [70]. В исследовании с использованием FFM было обнаружено, что ПРЛ связано с высоким уровнем нейротизма, а также с низкой уступчивостью [71]. Однако в большой выборке, полученной из проекта *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (CLPS), четыре типа расстройства личности (пограничное, шизотипическое, избегающее и obsessive-компульсивное) имели схожие профили черт [70].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Традиционные принципы диагностики, базирующиеся на категориальном, политегетическом подходе, в силу клинической неоднородности ПРЛ вызывают у специалистов диагностические трудности. Несомненно, что в диагностике важную роль играют комплексная оценка множества факторов и клинический опыт выделения прототипических характеристик ПРЛ. Однако субъективизм оценки и произвольность в определении значимых или незначимых диагностических характеристик приводит к гипер- или гиподиагностике ПРЛ. Представленный обзор литературы показывает, что использование в качестве базовой пятифакторной dimensional оценки доменов черт в рамках DSM-5 или МКБ-11 недостаточно для всеобъемлющего клинического анализа ПРЛ. Другая dimensional характеристика, не рассмотренная в данном обзоре, касается тяжести РЛ и нарушений межличностного функционирования и требует дополнительного осмысления в контексте диагностики ПРЛ.

В этой связи концептуальный взгляд на ПРЛ как самостоятельную диагностическую категорию должен быть поддержан этиопатогенетическими (биологическими), клинико-динамическими данными и дополнительными патопсихологическими измерениями. Эти измерения, не представленные при характеристике пограничного паттерна, играют решающую роль в выборе

терапевтической стратегии (анализ типов привязанности, диффузия идентичности, особенности проявлений сексуальности как измерения объектных отношений или межличностного функционирования при оценке тяжести ПРЛ и др.). Для решения указанной проблемы потребуется проведение дополнительных исследований, направленных на изучение соответствия категориальных, прототипических характеристик ПРЛ многомерным, не ограниченным только рамками пятифакторной модели (FFM).

Использование комплекса многомерных характеристик в диагностике позволит дополнить и более точно характеризовать феноменологию ПРЛ и представить эмпирически обоснованные пороговые значения данных характеристик с целью клинико-динамической оценки, значимые для прогноза эффективности терапии и использования полученных данных в психотерапевтической работе.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019;15:481–502. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736
2. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18029. doi: 10.1038/nrdp.2018.29
3. Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Curr Opin Psychol*. 2018;21:28–32. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.001
4. Клименко ТВ, Козлов АА, Положий БС, Игумнов СА, Игонин АЛ, Шустов АД. Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности. *Суицидология*. 2019;10(3):87–92. doi: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92
Klimenko TV, Kozlov AA, Polozhii BS, Igumnov SA, Igonin AL, Shustov AD. Suicidal behavior as a marker of progression of alcohol addiction in persons with a personality disorder *Suicidology*. 2019;10(3):87–92. (In Russ.). doi: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92
5. Mansoor M, Butt SR, Satnarine T, Ratna P, Sarker A, Ramesh AS, Tello CM, Jamil D, Tran HH, Khan S. The Association between Borderline Personality Disorder and Criminal Activity and Self-harm, Including Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Journal of Medical and Health Studies*. 2022;3(4):08–19. doi: 10.32996/jmhs.2022.3.4.2
6. Wagner T, Assmann N, Köhne S, Schaich A, Alvarez-Fischer D, Borgwardt S, Arntz A, Schweiger U, & Fassbinder E. The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(4):741–752. doi: 10.1007/s00406-021-01332-1
7. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005; 19(2):110–130. doi: 10.1521/pedi.19.2.110.62628
8. Mulder RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, Tyrer PJ. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *J Pers Disord*. 2011;25(3):364–377. doi: 10.1521/pedi.2011.25.3.364
9. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*. 2023;329(8):670–679. doi: 10.1001/jama.2023.0589 PMID: 36853245.
10. Романов ДВ. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности. *Известия Самарского научного центра РАН*. 2014;16(5–4):1309–1311.
Romanov DV. Diagnostic mistakes of psychiatrists at recognition the borderline personality disorder. *Izvestia of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 2014;16(5–4):1309–1311. (In Russ.).
11. Paris J. Why Psychiatrists are Reluctant to Diagnose: Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(1):35–39 PMID: 20805927; PMCID: PMC2922389.
12. Хасанова АК, Мосолов СН. Пограничное расстройство личности: клиника, классификация и дифференциальная диагностика. *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П.Б. Ганнушкина*. 2023;25(5):4–17
Khasanova AK, Mosolov SN. Borderline personality disorder, clinic, classification and differential diagnosis. *Psychiatry and psychopharmacotherapy. Gannushkin Journal*. 2023;25(5):4–17. (In Russ.).
13. Петрова НН, Чарная ДИ, Хоменко АЕ, Маматходжаева ТБ, Чумаков ЕМ. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(12):111–116. doi: 10.17116/jnevro202212212111
Petrova NN, Charnaia DI, Khomenko AE, Mamatkhojaeva TB, Chumakov EM. Borderline personality disorder in clinical outpatient practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(12):111–116. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202212212111
14. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman S, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garralda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mari J, Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao M, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius PA, Bährer-Köhler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19. doi: 10.1002/wps.20611

15. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, Michels R, Westen D. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1026–1028. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050746
16. Goldberg LR. An alternative “description of personality”: the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(6):1216–1229. doi: 10.1037//0022-3514.59.6.1216
17. McCrae RR, Costa PT. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory-professional manual. Psychological Odessa, FL: Assessment Resources, 1992:101.
18. Widiger TA, Costa PT, McCrae RR. A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five factor model. In: Costa PT, Widiger TA editors, Personality disorders and the five factor model of personality 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2002:431–456.
19. Bach B, Sellbom M. Continuity between DSM-5 Categorical Criteria and Traits Criteria for Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. 2016;61(8):489–494. doi: 10.1177/0706743716640756
20. Millon T. Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal — 3rd ed. Hoboken, New Jersey: JohnWiley & Sons, Inc., 2011:1136.
21. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(7):51. doi: 10.1007/s11920-019-1040-1 PMID: 31161404; PMCID: PMC6546651.
22. Усов ГМ, Чумаков ЕМ, Чарная ДИ, Коломыцев ДЮ, Стаценко ОА. Коморбидность биполярного аффективного расстройства II типа и пограничного расстройства личности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(4):48–56.
Usov GM, Chumakov EM, Charnaya DI, Kolomytsev DYU, Statsenko OA. Comorbidity of bipolar affective disorder II type and borderline personality disorder. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(4):48–56. (In Russ.).
23. Zandersen M, Parnas J. Borderline personality disorder or a disorder within the schizophrenia spectrum? A psychopathological study. *World Psychiatry*. 2019;18(1):109–10. doi: 10.1002/wps.20598
24. Залуцкая НМ. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2012;(2):2–8.
Zalutskaya NM. Borderline Personality Disorder: problems of diagnostics and treatment *Current Therapy of Mental Disorders*. 2012;(2):2–8. (In Russ.).
25. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967;15(3):641–685. doi: 10.1177/000306516701500309
26. Kernberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press, 1984:381.
27. Lingardi V, McWilliams N. The psychodynamic diagnostic manual — 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*. 2015;14(2):237–239. doi: 10.1002/wps.20233 PMID: 26043343; PMCID: PMC4471982.
28. Lingardi V, McWilliams N. Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press, 2017:1078.
29. Zimmermann J, Kerber A, Rek K, Hopwood CJ, Krueger RF. A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(9):92. doi: 10.1007/s11920-019-1079-z
30. Millon T, Millon CM, Meagher SE, Grossman SD, Ramnath R. Personality Disorders in Modern Life, 2nd Edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004:610.
31. Carreiras D, Cunha M, Sharp C, Castilho P. The Clinical Interview for Borderline Personality Disorder for Adolescents (CI-BOR-A): Development, acceptability and expert panel evaluation. *Personal Ment Health*. 2023; 17(4):377–386. doi: 10.1002/pmh.1586 PMID: 37183381
32. Choca JP, Grossman SD. Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *J Pers Assess*. 2015;97(6):541–549. doi: 10.1080/00223891.2015.1055753 PMID: 26151730.
33. Aggen SH, Neale MC, Røysamb E, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS. A psychometric evaluation of the DSM-IV borderline personality disorder criteria: age and sex moderation of criterion functioning. *Psychol Med*. 2009;39(12):1967–1978. doi: 10.1017/S0033291709005807 PMID: 19400977; PMCID: PMC2844893.
34. Sellbom M, Sansone RA, Songer DA, Anderson JL. Convergence between DSM-5 Section II and Section III diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(4):325–332. doi: 10.1177/0004867413511997 PMID: 24253360.
35. Bayad S, Alp-Topbaş Ö, Kocabaş T, Elbir M, Gökten-Ulusoy D, Korkmaz U, Araz O, Ergüner-Aral A, Karabekiroğlu A, Aydemir Ö. Adaptation and the Psychometric Properties of Turkish version of the Structured Clinical Interview for the DSM-5-Personality Disorders — Clinician Version (SCID-5-PD/CV). *Türk Psikiyatri Derg*. 2021;32(4):267–274. English, Turkish. doi: 10.5080/u25484 PMID: 34964101
36. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Bou-langer JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord*. 2003;17(3):233–242. doi: 10.1521/pedi.17.3.233.22147
37. Ласовская ТЮ. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А». *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;(2):48–77.
Lasovskaya TYu. The questionnaire for assessment of borderline personality disorder form “A”. *Counseling*

- Psychology and Psychotherapy*, 2014;(2):48–77. (In Russ.).
38. Смулевич АБ. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012:336.
Smulevich AB. Rasstroistva lichnosti. Traektoriya v prostranstve psikhicheskoi i somaticheskoi patologii. Moscow: OOO «Izdatel'stvo «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2012:336. (In Russ.).
 39. Choudhary S, Gupta R. Culture and Borderline Personality Disorder in India. *Front Psychol.* 2020;11:714. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00714 PMID: 32373034; PMCID: PMC7186391.
 40. Васильев ВВ, Искандерова РЭ. Пограничное расстройство личности как нозологическая единица. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* 2021;(3):21–29.
Vasilyev V.V, Iskanderova RE. Borderline personality disorder as a nosological unit. *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples.* 2021;(3):21–29. (In Russ.).
 41. Furnham A, Milner R, Akhtar R, De Fruyt F. A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology.* 2014;5(14):1646–1686. doi: 10.4236/psych.2014.514175
 42. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:355–380. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009 PMID: 17716092.
 43. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry.* 2002;51(12):936–950. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01324-0
 44. Bradley B, Westen D, Mercer KB, Binder EB, Jovanovic T, Crain D, Wingo A, Heim C. Association between childhood maltreatment and adult emotional dysregulation in a low-income, urban, African American sample: moderation by oxytocin receptor gene. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):439–452. doi: 10.1017/S0954579411000162
 45. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford, 1993:558.
 46. Bortolla R, Cavicchioli M, Fossati A, Maffei C. Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Theoretical Considerations Based on a Meta-Analytic Review of Laboratory Studies. *J Pers Disord.* 2020;34(1):64–87. doi: 10.1521/pedi_2018_32_382
 47. Куфтяк ЕВ, Слюсарев АС, Козлов МЮ, Иваницкая ЕД. Сравнение черт темной триады и типов привязанности у пациентов с пограничным расстройством личности и депрессией. *Российский психиатрический журнал.* 2022;(6):45–52.
Kuftyak EV, Slyusarev AS, Kozlov MY, Ivanickaya ED. Comparison of dark triad traits and attachment styles in patients with borderline personality disorder and depression. *Russian Journal of Psychiatry.* 2022;(6):45–52. (In Russ.). doi: 10.47877/1560-957X-2022-10606
 48. Streit F, Witt SH, Awasthi S, Foo JC, Jungkunz M, Frank J, Colodro-Conde L, Hindley G, Smeland OB, Maslahati T, Schwarze CE, Dahmen N, Schott BH, Kleindienst N, Hartmann A, Giegling I, Zillich L, Sirignano L, Poisel E, Chen CH, Nöthen MM, Mobascher A, Rujescu D, Lieb K, Roepke S, Schmahl C, Bohus M, Ripke S, Rietschel M, Andreassen OA. Borderline personality disorder and the big five: molecular genetic analyses indicate shared genetic architecture with neuroticism and openness. *Transl Psychiatry.* 2022;12(1):153. doi: 10.1038/s41398-022-01912-2 PMID: 35411043; PMCID: PMC9001677.
 49. Trull TJ, Widiger TA. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013;15(2):135–146. doi: 10.31887/DCNS.2013.15.2/trull
 50. Czajkowski N, Aggen SH, Krueger RF, Kendler KS, Neale MC, Knudsen GP, Gillespie NA, Røysamb E, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. A Twin Study of Normative Personality and DSM-IV Personality Disorder Criterion Counts: Evidence for Separate Genetic Influences. *Am J Psychiatry.* 2018;175(7):649–656. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17050493
 51. Bayes A, Parker G, Paris J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(12):125. doi: 10.1007/s11920-019-1120-1122
 52. Hyatt CS, Owens MM, Gray JC, Carter NT, MacKillop J, Sweet LH, Miller JD. Personality traits share overlapping neuroanatomical correlates with internalizing and externalizing psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 2019;128(1):1–11. doi: 10.1037/abn0000391
 53. Даренский ИД. Домены пограничного расстройства личности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2019;1(102):12–17. doi: 10.26617/1810-3111-2019-1(102)-12-17
Darensky ID. Domains of borderline personality disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2019;1(102):12–17. (In Russ.). doi: 10.26617/1810-3111-2019-1(102)-12-17
 54. Westen D, Defife JA, Bradley B, Hilsenroth MJ. Prototype Personality Diagnosis in Clinical Practice: A Viable Alternative for DSM-V and ICD-11. *Prof Psychol Res Pr.* 2010;41(6):482–487. doi: 10.1037/a0021555
 55. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(4):528–541. doi: 10.1176/appi.ajp.157.4.528
 56. Кулешов АА. Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. *Психиатрия.* 2022;20(2):32–41. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41
Kuleshov AA. Clinical and Psychopathological Features of Borderline Personality Disorder in

- Adolescence. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):32–41. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41
57. Исагулова ЕЮ. Проблемы идентичности пациента с пограничным расстройством личности. *Национальное здоровье*. 2024;(4):50–56. doi: 10.24412/2412-9062-2024-4-21
Isagulova EYu. Identity problems of a patient with Borderline personality disorder. *National Health*. 2024;(4):50–56. (In Russ.). doi: 10.24412/2412-9062-2024-4-21
 58. Куфтыак ЕВ, Козлов МЮ, Иваницкая ЕД, Емельянов РВ. Связь параметров модели «большой пятерки» и показателей психологического благополучия у пациентов с пограничным расстройством личности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2023;3(120):87–94. doi: 10.26617/1810-3111-2023-3(120)-87-94
Kufatyak EV, Kozlov MYu, Ivanitskaya ED, Emelyanov RV. Relationship between Big Five model parameters and indicators of psychological well-being in patients with borderline personality disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2023;3(120):87–94. (In Russ.). doi: 10.26617/1810-3111-2023-3(120)-87-94
 59. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(1):103–122. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70146-5
 60. Mosquera D, Gonzalez A, Leeds AM. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1:15. doi: 10.1186/2051-6673-1-15 PMID: 26401299; PMCID: PMC4579498.
 61. Козлов МЮ, Иваницкая ЕД. Нарушенный тип привязанности, «большая пятерка» и показатели психологического благополучия у пациентов с пограничным расстройством личности. В сборнике материалов Российской научной конференции: «МКБ-11: гимн или реквием психиатрии?». Ростов-на-Дону: ООО «Экспо-Медиа», 2022:58–60.
Kozlov MYu, Ivanitskaya ED. Narushennyi tip privyazannosti, «bol'shaya pyaterka» i pokazateli psikhologicheskogo blagopoluchiya u patsientov s pogranichnym rasstroistvom lichnosti. In: Sbornik materialov rossiiskoi nauchnoi konferentsi: «МКБ-11: гимн или реквием психиатрии?». Ростов-на-Дону: ООО «Экспо-Медиа», 2022:58–60. (In Russ.).
 62. Агарков ВА. Диссоциация и пограничное расстройство личности. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;22(2):10–37. eLIBRARY ID: 21834286
Agarkov VA. Dissociation and borderline personality disorder. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2014;22(2):10–37. (In Russ.).
 63. D'Agostino A, Rossi Monti M, Starcevic V. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(1):22–26. doi: 10.1097/YCO.0000000000000462
 64. Осколкова СН. Вопросы диагностики и судебно-психиатрической оценки пограничного расстройства личности. *Российский психиатрический журнал*. 2023;(5):81–97. doi: 10.34757/1560-957X.2023.27.5.009
Oskolkova SN. Diagnosis and forensic psychiatric assessment of borderline personality disorder. *Russian Journal of Psychiatry*. 2023;(5):81–97. (In Russ.). doi: 10.34757/1560-957X.2023.27.5.009
 65. Evans CM, Simms LJ. Assessing inter-model continuity between the Section II and Section III conceptualizations of borderline personality disorder in DSM-5. *Personal Disord*. 2018;9(3):290–296. doi: 10.1037/per0000243
 66. Orbons IMJ, Rossi G, Verheul R, Schoutrop MJA, Derksen JLL, Segal DL, van Alphen SPJ. Continuity Between DSM-5 Section II and III Personality Disorders in a Dutch Clinical Sample. *J Pers Assess*. 2019;101(3):274–283. doi: 10.1080/00223891.2018.1467427
 67. Moritz S, Schilling L, Wingenfeld K, Köther U, Wittekind C, Terfehr K, Spitzer C. Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(3):349–354. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.003
 68. Mullins-Sweatt SN, Edmundson M, Sauer-Zavala S, Lynam DR, Miller JD, Widiger TA. Five-factor measure of borderline personality traits. *J Pers Assess*. 2012;94(5):475–487. doi: 10.1080/00223891.2012.672504
 69. Бениашвили КЕ, Холмогорова АБ. Нарушения социального познания при пограничном расстройстве личности как важная мишень психотерапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2017;(3):16–26. doi: 10.21265/PSYPH.2017.42.6850
Beniashvili KE, Kholmogorova AB. Impairments of Social Cognition in Borderline Personality Disorder as an Important Target of Psychotherapy. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2017;(3):16–26. (In Russ.). doi: 10.21265/PSYPH.2017.42.6850
 70. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. 2005;19(5):487–504. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.487
 71. Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):233–236. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00739.x

Сведения об авторах

Александр Владимирович Диденко, доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, отделение пограничных состояний, НИИ психического здоровья, ФГБНУ Томский НИМЦ РАН; профессор, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

dedzone@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>

Руслан Рубинович Гайнутдинов, ассистент, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

zypheere@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0006-3475-1429>

Николай Александрович Бохан, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, НИИ психического здоровья ФГБНУ Томский НИМЦ РАН; заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

mental@tnimc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Information about the authors

Alexander V. Didenko, Dr. Sci. (Med.), Docent, Leading Researcher, Department of Borderline States, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

dedzone@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>

Ruslan R. Gainutdinov, assistant, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

zypheere@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0006-3475-1429>

Nikolay A. Bokhan, Academician of RAS, Professor, Dr. Sci. (Med.), Director, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences,; Head of Department, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

mental@tnimc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Вклад авторов

Диденко А.В. — концептуализация, формулирование идеи, формулирование исследовательских целей и задач, методология, разработка или проектирование методологии исследования, написание — обзор и редактирование;

Гайнутдинов Р.Р. — концептуализация, формулирование идеи, формулирование исследовательских целей и задач, написание — первоначальный проект, обзор и редактирование;

Бохан Н.А. — методология, разработка или проектирование методологии исследования, администрирование проекта, надзор.

Authors' contribution

Alexander V. Didenko — Conceptualization, Methodology Writing — review and editing;

Ruslan R. Gainutdinov — Conceptualization, Writing — original draft, review and editing;

Nikolay A. Bokhan — Methodology, Project administration, Supervision.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Авторы несут ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

The authors declare no conflict of interests. The authors are responsible for provision of the final version of the manuscript.

Дата поступления 01.03.2025 Received 01.03.2025	Дата рецензирования 20.04.2025 Revised 20.04.2025	Дата принятия к публикации 02.06.2025 Accepted for publication 02.06.2025
--	--	--