

Расстройства личности: от исторических аспектов к современным представлениям

Шишковская Т.И.¹, Леонова А.В.², Петрова Н.Н.³

¹Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

²Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Обзорная статья

Резюме: В данной статье представлен нарративный обзор ключевых теоретических и клинических подходов к пониманию расстройств личности. Рассматривается историческая эволюция самого понятия, начиная с первых психиатрических описаний и до современных классификаций в рамках DSM-5 и МКБ-11. Обсуждаются различия в определении расстройств личности, а также плюсы и минусы категориальных и дименсиональных систем диагностики. Особое внимание уделяется сопоставлению психодинамического, когнитивно-поведенческого и нейробиологического подходов, включая их влияние на выбор стратегий лечения. В статье подробно анализируются нейробиологические модели личностных расстройств, включая данные о структурных и функциональных изменениях головного мозга, нейрохимических дисбалансах и генетических факторах, а также обсуждаются их потенциал для дальнейшего развития биомаркеров и индивидуализированной терапии. Кроме того, излагаются принципы психотерапевтического лечения в зависимости от теоретической модели: от психоаналитически ориентированной терапии и схема-терапии до диалектической поведенческой терапии. Освещены также возможности и ограничения фармакотерапии, включая современные данные о её эффективности и применимости при различных типах личностной патологии. Обзор направлен на комплексное представление о современном состоянии проблемы и может быть полезен как специалистам в области психиатрии и психотерапии, так и исследователям, интересующимся развитием интегративных моделей диагностики и лечения расстройств личности.

Ключевые слова: расстройства личности, МКБ-11, личностные черты, фармакотерапия расстройств личности, психотерапия расстройств личности

Информация об авторах:

Шишковская Татьяна Игоревна* – e-mail: ttnszy@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9154-4104>

Леонова Алена Владимировна - e-mail: a.v.kononova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2353-4905>

Петрова Наталия Николаевна - e-mail: petrova_nn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

Как цитировать: Шишковская Т.И., Леонова А.В., Петрова Н.Н. Расстройства личности: от исторических аспектов к современным представлениям

Конфликт интересов: Н.Н. Петрова является членом редакционного совета

Personality disorders: from historical aspects to contemporary views

Tatiana I. Shishkovskaia¹, Alena V. Leonova², Natalia N. Petrova³

¹Mental Health Research Center, Moscow, Russia

²Surgut State University, Surgut, Russia

³Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Review article

Abstract: This article presents a narrative review of the key theoretical and clinical approaches to understanding personality disorders. It traces the historical evolution of the concept, from early psychiatric descriptions to its current formulations in the DSM-5 and ICD-11 classifications. The review discusses differences in the definition of personality disorders and evaluates the advantages and disadvantages of categorical versus dimensional diagnostic systems. Special attention is given to comparing psychodynamic, cognitive-behavioral, and neurobiological models, including their influence on treatment strategies. The article provides a detailed analysis of neurobiological models of personality disorders, including data on structural and functional brain changes, neurochemical imbalances, and genetic factors, as well as their potential for the development of biomarkers and individualized therapies. Furthermore, it outlines the principles of psychotherapeutic interventions according to different theoretical frameworks—from psychoanalytically oriented therapy and schema therapy to dialectical behavior therapy. The review also examines the possibilities and limitations of pharmacotherapy, including current data on its efficacy and applicability across various types of personality pathology. This comprehensive overview aims to present the current state of the field and may be of interest to professionals in psychiatry and psychotherapy, as well as researchers exploring the development of integrative models for the diagnosis and treatment of personality disorders.

Key words: personality disorders, ICD-11, personality traits, pharmacotherapy of personality disorders, psychotherapy of personality disorders

Information about the authors:

Tatiana I. Shishkovskaia* – e-mail: ttnszy@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9154-4104>

Alena V. Leonova - e-mail: a.v.kononova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2353-4905>

Natalia N. Petrova - e-mail: petrova_nn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

To cite this article: Shishkovskaia TI, Leonova AV, Petrova NN. Personality disorders: from historical aspects to contemporary views

Conflict of interest: Natalia N. Petrova - member of the editorial council.

***Автор, ответственный за переписку:** Шишковская Татьяна Игоревна, e-mail ttnszy@gmail.com

Corresponding author: Tatiana I. Shishkovskaia, e-mail ttnszy@gmail.com

Расстройства личности (РЛ), по определению Международной классификации 10 пересмотра (МКБ-10), представляют собой тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, включающие обычно несколько сфер психики и сопровождающиеся личностной и социальной дезинтеграцией. В нозологической психиатрии 18 века состояние, схожее с РЛ, впервые описал Филипп Пинель, приводя клинический случай «мании без бреда» у молодых людей, склонных к импульсивности и агрессии, он связал это состояние с воспитанием [41]. Следующая концепция, сходная с РЛ, в истории психиатрии – «моральное помешательство» Джеймса Причарда [30]. В 19 веке специфические типы характера описал французский психолог Теодюль Рибо: он выделял «сенситивный», «активный» и «апатический типы», которые далее делились на подтипы, и подчеркивал, что характер – стабильное на протяжении жизни свойство, на которое интеллект оказывает большое модифицирующее влияние [43]. Герард Хейманс впервые применил в описании типов характера методы экспериментальной психологии Вильгельма Вундта; он представил концепцию «куба Хейманса» с тремя осями, которые отражали дименсии характера: уровень активности, эмоциональность и уровень импульсивности (в виде биполярной шкалы, на которой личность располагалась в континууме от импульсивной до склонной действовать по плану), при этом выделялись личностные типы, которые располагались на вершинах куба в соответствии с крайней выраженностью определенных черт [19]. Из работ за этот период также можно выделить труды Александра Федоровича Лазурского, который описал «эндопсихическую» и «экзопсихическую» составляющие личности, где к «эндопсихической» относятся биологически обусловленные черты темперамента и характера, а к «экзопсихической» - происходящие из них особенности социального функционирования. Их взаимодействие рождает уровни функционирования личности: низкий, средний и высокий [3]. В 20 веке Эмиль Крепелин впервые ввел термин «психопатия» и выделил несколько типов: возбудимые, нерешительные, эксцентричные, следующие инстинктам, патологические лжецы, «враги общества» и кверулянты. Он подчеркивал, что граница между патологией и нормой в сфере личностных особенностей не может быть четко определена [26].

Еще одна известная классификация психопатических личностей принадлежит Курту Шнайдеру, который характеризовал психопатическую личность как «страдающую от своих наклонностей и причиняющую страдания окружающим» - характеристика, которая широко использовалась в дальнейшем. Среди типов он выделял гипертимных, депрессивных, неуверенных, фанатичных, ищущих признания, эмоционально лабильных, эмоционально сглаженных, слабовольных и астенических психопатов [46]. В тот же период Зигмунд Фрейд

разрабатывал психоаналитическую теорию характера [18]. Новой страницей в исследованиях личностной психопатологии стали работы Реймонда Кеттела, который статистическими методами анализировал описательные характеристики личности на разных языках. Некоторые черты часто встречаются вместе и могут быть организованы в несколько дименсий с двумя полюсами, на одном из которых находится крайняя степень выраженности одного признака, а на другом – крайняя степень выраженности противоположного ему [1]. В отечественной психиатрии широкую известность приобрели работы П.Б. Ганнушкина, который дал определение «психопатии», разработал принципы ее изучения в «статике» и «динамике» [2].

Современный этап изучения РЛ отсчитывается с момента создания психиатрических классификаций, которые основаны на перечисленных работах [16]. В ранних версиях DSM были выдвинуты определения личностных расстройств с опорой на психоанализ, однако их было трудно использовать в научных целях. DSM-III опиралась на категориальный подход, впервые предложенный Кребелиным, и выдвигала операциональные критерии расстройств личности. DSM-IV и МКБ также использовали категориальный подход, в них предлагается прототипическая диагностика личностных расстройств: классификация предлагает яркие типы, устанавливаются соответствия между ними и конкретными клиническими случаями. За период использования этих классификаций были выявлены их многочисленные недостатки:

- один и тот же человек может соответствовать критериям нескольких расстройств личности одновременно, поскольку критерии между разными расстройствами перекрываются;
- яркие типы редко встречаются в реальной клинической практике, и большинство пациентов относятся к промежуточным случаям;
- пациенты, у которых диагностируется одно и то же расстройство личности, могут разительно отличаться друг от друга;
- классификация предполагает однозначное отсутствие либо наличие расстройства личности, в то время как в реальности случаи скорее распределяются на континууме от нормы до патологии.

В связи с этим диагнозы отдельных РЛ устанавливались редко, клиницисты чаще пользовались диагнозом смешанного расстройства личности [35]. Многие из этих проблем отмечались исследователями ранее по мере изучения концепции личностных расстройств [8, 9].

В DSM-5 и МКБ-11 в качестве основы для диагностики личностных расстройств предлагается пользоваться подходом Кеттела, который описывал личность как набор характеристик, представляющих собой точку на континууме от некой личностной черты до противоположной ей. Существуют разные представления о том, сколько таких дименсий следует выделять, и наиболее широко принята версия, в которой выделяются пять дименсий, основанных на Пятифакторном опроснике Айзенка [7]. В так называемую большую пятерку входят пять

континуумов личностных черт: нейротизм-эмоциональная стабильность, дружелюбие-антагонизм, импульсивность-сознательность, консервативность – открытость опыту и экстраверсия-отстраненность. Отдельные части этих континуумов содержат дезадаптивные черты, которые и предполагается выделять при характеристике патологической личности. В DSM-5 из таких дезадаптивных черт выделялись негативная аффективность, диссоциальность, расторможенность, отстраненность и психотизм (набор характеристик, во многом соответствующий шизотипическому расстройству) [15, 27]. В МКБ-11 шизотипическое расстройство выделено в отдельный спецификатор, а основных патологических черт, на которых предполагается основывать качественную диагностику расстройства личности, также 5: черты негативной аффективности, отстраненности, расторможенности, диссоциальности и ананкастные черты [20, 52].

Именно этот подход к описанию характера привлек внимание исследователей, поскольку перечисленные пять факторов имеют нейробиологические корреляты [35].

Наибольшее количество работ посвящено негативной аффективности/нейротизму [17, 23, 24]. Так, обнаружены корреляты в сфере функциональной нейровизуализации, генетических маркеров, неспецифических показателей активации центральной нервной системы, исследованиях по работе автономной нервной системы, функционированию оси гипоталамус-гипоталамус-надпочечники [38]. Обнаружена положительная корреляция между уровнем нейротизма и функциональной коннективностью области вентрального стриатума, активностью генов, связанных с синаптической передачей, долговременной потеннциацией, вовлеченностью циркадных ритмов, зависимой от медиаторов воспаления работой потенциалзависимых каналов [54]. Исследуется генетическая структура импульсивных черт [32, 34]. Есть исследования по функциональной коннективности, ассоциированной с такой чертой, как открытость [4, 33].

Устанавливаются соответствия между факторами Большой пятерки и классификациями RDoC и HiTOP, основанными на статистическом анализе психопатологических симптомов и на нейронауках [25]. На рисунке 1 отражены эти соответствия [28]. Такому фактору, как нейротизм, соответствует склонность к интернализационной симптоматике, которая отчетливо связана с особенностями переживания негативных эмоций, а также с общей нервной возбудимостью и эмоциональной регуляцией. Черта импульсивности связана с экстернализованными симптомами из разряда расторможенности, а они, в свою очередь, с особенностями переживания позитивных эмоций. В формировании таких черт, как экстраверсия, импульсивность и антагонизм, принимают участие процессы, связанные с социальным познанием. Способность к планированию в противоположность импульсивности и открытость новому опыту в противоположность консерватизму обнаруживают тесную связь с базовыми когнитивными функциями.

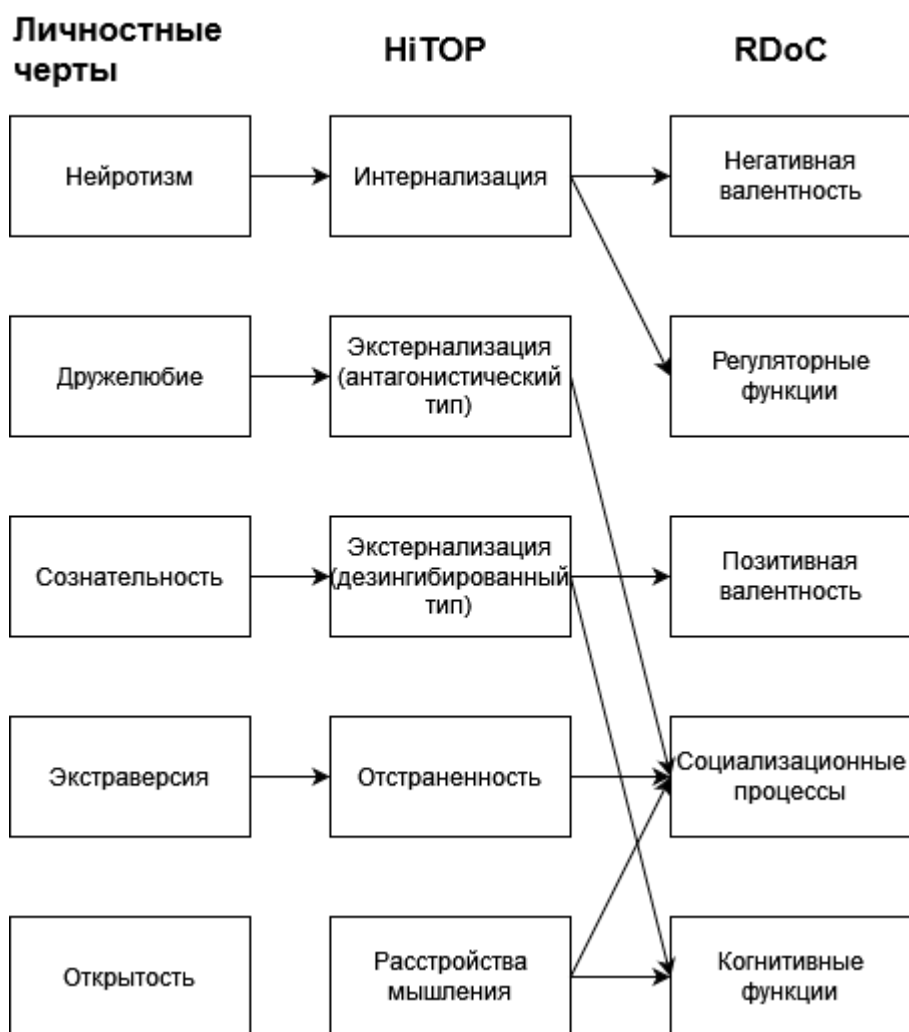


Рис. 1 Ассоциация между чертами личности в модели Айзенка, HiTOP и RDoC

Fig. 1. Association between personality traits in Eysenck's model, HiTOP, and RDoC

Таким образом, концепция расстройств личности становится ближе к понятию болезни в медицинском понимании, то есть состоянию с известным патогенезом. В свою очередь, из знания о биологических механизмах патогенеза могут исходить методы биологической терапии, что создает основания для применения психофармакотерапевтических средств в лечении личностных расстройств.

В теории существует несколько подходов к фармакотерапии расстройств личности [51]:

1. Казуальная фармакотерапия исходит из точки зрения, что препараты могут повлиять на нейробиологические процессы, лежащие в основе личностных расстройств. Это косвенно подтверждается тем, что черты личности имеют высокие показатели наследственности, составляющей около 50% [21, 31]

2. Терапия «по аналогии» исходит из того факта, что существует схожесть между отдельными психиатрическими нозологиями и расстройствами личности, где личностные расстройства могут рассматриваться как «хроническая форма» определенного расстройства, как часть спектра, в котором они предусмотрены как один из компонентов континуума психических

расстройств [47]. Например, избегающее расстройство личности может рассматриваться как «хроническая форма» социальной фобии и подлежать соответствующему лечению. В этой конструкции шизотипические и параноидные расстройства личности (кластер А) являются субсиндромом шизофрении.

3. Симптоматическая терапия личностных расстройств основывается на предположении, что препараты могут повлиять на отдельные, четко очерченные проявления личностных расстройств. Из них выделяются:

- агрессия и нарушение контроля импульсов;
- аффективные симптомы;
- тревога;
- когнитивно-перцептуальные нарушения.

Наибольшее количество работ посвящено симптоматической терапии пограничного РЛ [14, 40, 49].

Таким образом, используются те фармакологические средства, терапевтический эффект которых при других психических расстройствах схож с тем, что необходим при РЛ.

Однако, каждый из приведенных пунктов имеет ряд ограничений. Аномалии в нейробиологических функциях, обнаруживаемые при расстройствах личности, могут не быть связанными исключительно с этим состоянием. Доказательством служит высокий процент коморбидных расстройств, сосуществующих с РЛ [6, 13, 42, 44]. Именно они могут накладывать свой отпечаток на формирование отклонений в строении головного мозга. Субсиндромальная модель также не получила широкой поддержки, так как не существует доказательств того, что РЛ являются предшественниками более тяжелого психического заболевания. Как показывает практика, расстройства личности часто имеются у человека наряду с другими психическими расстройствами [53] или присутствуют отдельно от них. Кроме того, согласие с первыми двумя пунктами означало бы, что препараты при личностных расстройствах назначаются на неопределенно долгий срок. При этом на данный момент не существует исследований, которые подтверждали бы эффективность такого подхода. Для части специалистов нормой является назначение симптоматической терапии, что не всегда имеет научное обоснование именно при РЛ. Опасность симптоматической терапии РЛ заключается в том, что фармакологические назначения препаратов с небольшим научным обоснованием являются нормой для части специалистов. Важным продолжает быть «экспертное мнение» относительно того или иного лекарственного средства.

Исходя из данных, представленных выше, становится очевидным имеющееся в настоящее время разделение специалистов в сфере психического здоровья в отношении подходов к терапии

РЛ. Одни придерживаются взглядов, включающих обязательное наличие фармакотерапевтического вмешательства у людей с данным диагнозом. Другие указывают на возможность обходиться психотерапевтическими методами для коррекции расстройств.

В крупном исследовании подходов к терапии РЛ, включающем все немногочисленные материалы, имеющиеся на тот момент, авторы пришли к выводу о существовании очень низкой вероятности того, что фармакотерапия сможет «вылечить» это расстройство [45]. В настоящее время количество проведенных исследований возросло многократно, но и сейчас отсутствуют данные относительно конкретных препаратов, которые следует использовать при тех или иных типах РЛ. Важным моментом является то, что Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) не одобрило ни одно лекарственное средство для лечения любого РЛ, и все лекарственные препараты сейчас используются не по назначению. Но, несмотря на эти данные, 90% пациентов с расстройствами личности, которые обращаются за помощью, получают лекарственные назначения [50].

Обращение к международным гайдлайнам не дает однозначного ответа на вопрос о лечении РЛ. Так, клинические рекомендации Американской психиатрической ассоциации определили ряд критериев в качестве мишеней для лекарственной терапии - нарушение аффективной регуляции (включая подавленное настроение, тревогу, гнев и лабильность настроения), нарушение импульсивно-поведенческого контроля и когнитивно-перцептивные симптомы [5]. Специально отмечается, что препараты должны назначаться на краткосрочный период (не более нескольких месяцев) в минимально возможных дозировках. Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования Великобритании (NICE) указывает, что медикаментозная терапия не рекомендуется, кроме как для лечения сопутствующих психических расстройств или для контроля специфических острых симптомов во время кризиса и при краткосрочном назначении [36]. Центральная роль в лечении отводится психотерапии. Австралийский национальный совет по здравоохранению и медицинским исследованиям (2012) [37] использует промежуточный подход: признана роль медикаментов в качестве второй линии или вспомогательного лечения и психотерапии - в качестве лечения первой линии.

После ряда исследований, показывающих эффективность психотерапии для пациентов с РЛ, в настоящее время существует довольно оптимистичный взгляд на излечимость РЛ [48]. Среди ведущих направлений психотерапии, рекомендуется использовать одну из научно обоснованных программ, таких как диалектическая поведенческая терапия, схематическая терапия и лечение на основе ментализации [10, 22, 29].

Тем не менее ключевое место все же продолжает занимать фармакотерапия. Высокая доступность делает ее главным средством среди психиатров при выборе необходимого воздействия. Несмотря на то, что психотерапевтические методы имеют эффективность при

лечении РЛ, их применение сопряжено с выраженными сложностями. Так, психотерапия требует длительного времени, связанного, прежде всего, с обучением квалифицированных специалистов, что ведет к малой доступности метода. Эффект от психотерапевтических интервенций наступает зачастую отсрочено, чего нельзя сказать о применении некоторых фармацевтических средств. Стоимость человеческих ресурсов в психотерапии составляет значительно более существенные финансовые издержки, в сравнении с затратами на большинство лекарств. В итоге, все перечисленное оставляет врачей, желающих немедленно реагировать на сложные ситуации пациентов, с недостаточным набором вариантов. Самый простой выбор - сосредоточиться на фармакологической терапии отдельных симптомов, а не на расстройстве личности в целом (Paris, 2015).

Вопрос разработки точных клинических рекомендаций по лечению РЛ встречает ряд трудностей. Это связано с различными ограничениями имеющихся исследований: популяции пациентов неоднородны из-за различных используемых критериев оценки; небольшие размеры выборки и кратковременное наблюдение; как правило, существует плохой контроль существующей коморбидности с другими психическими заболеваниями [12]. Так, размеры выборок в большинстве клинических испытаний в среднем насчитывает 22,4 участника в основной группе и 19,3 в контрольной группе, а средняя продолжительность лечения составляет в среднем 13,2 недели [47].

В отсутствии однозначных всеобъемлющих данных, очень сложно понять, как работают препараты при РЛ, или понять, в каких случаях помогает психотерапия. Современная психиатрия, делая акцент на “биопсихосоциальной” модели лечения, сочетает эти стандартные вмешательства как между собой, так и со многими другими видами терапии. Специалисты в области психического здоровья полагают, что необходимо интегрировать биологическую, психологическую и социальную сферы, а также духовную сферу. Этого теоретического подхода часто не хватает в клинической практике, занимающей позицию редукционизма в психиатрии. Информирование пациентов о медицинском понимании терапевтического процесса может внести важный вклад в установление терапевтического альянса и сотрудничества между пациентом и врачом. Именно оптимальный терапевтический альянс в работе с пациентами с РЛ имеет решающее значение для положительного результата терапии. Сотрудничество основано на чувстве совместной работы для достижения общего понимания и целей. Предварительная психообразовательная работа, проявление эмпатии при взаимодействии с пациентами, имеющими РЛ, способны изменить взгляд на психофармакотерапию, имеющую важное значение в ряде случаев [11]. Комплексный и индивидуализированный подход в итоге приводит к улучшению общего функционирования человека и уменьшению степени тяжести РЛ.

Таким образом, пройдя многовековую историю исследований и видоизменений, РЛ и в современной психиатрии являются предметом дискуссий среди ученых и специалистов практической направленности. В вопросах коррекции расстройств ясно одно: фармакотерапия не может рассматриваться как «лечение» для РЛ. Тем не менее, она играет определенную роль в работе с тяжелыми сопутствующими нарушениями, особенно расстройствами настроения и тревогой, которые широко распространены у людей с РЛ. Бесконтрольное использование лекарственных препаратов у лиц с РЛ может отражать стремление врачей немедленно реагировать на сложные ситуации, в то время как доступ к более подходящей специализированной психотерапевтической помощи ограничен. Подготовка специалистов для работы с людьми, имеющими РЛ, в перспективе может привести к уменьшению чрезмерного использования фармакологических препаратов.

Литература / References

1. Валиуллина Е.В. Изучение и исследование индивидуально-психологических особенностей личности с помощью методики Р.Б. Кеттелла. Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты: Сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Том II. – Кемерово: Общество с ограниченной ответственностью "Западно-Сибирский научный центр"; 2017.
Valiullina E.V. Izuchenie i issledovanie individual'no-psihologicheskikh osobennostej lichnosti s pomoshch'yu metodiki R.B. Kettella. Fundamental'nye nauchnye issledovaniya: teoreticheskie i prakticheskie aspekty: Sbornik materialov V Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Tom II. – Kemerovo: Obshchestvo s ogranichennoj otvetstvennost'yu «Zapadno-Sibirskij nauchnyj centr»; 2017. (In Russ.).
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Н. Новгород: Медицинская книга, 1998.
Gannushkin P.B. Klinika psikhopatii: ikh statika, dinamika, sistematika. N. Novgorod: Meditsinskaya kniga, 1998. (In Russ.).
3. Леонтьев Д.А. Теория личности А.Ф. Лазурского: от наклонностей к отношениям. Методология и история психологии. 2008;3:7–20.
Leont'ev DA. A.F. Lazursky's theory of personality: from inclinations to relationships. Metodologiya i istoriya psikhologii. 2008;3:7–20. (In Russ.).
4. Abu Raya M, Ogunyemi AO, Broder J, Carstensen VR, Illanes-Manrique M, Rankin KP. The neurobiology of openness as a personality trait. Front Neurol. 2023;14. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1235345>

5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:52.
6. Asp M, Lindqvist D, Fernström J, Ambrus L, Tuninger E, Reis M et al. Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care. *PLoS One*. 2020;15:e0227364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227364>
7. Bach B, Mulder R. Clinical Implications of ICD-11 for Diagnosing and Treating Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24:553–63. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01364-x>
8. Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E. ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: Finding a common ground. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52:425–34. <https://doi.org/10.1177/0004867417727867>
9. Bach B, Simonsen S. How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34:54–63. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000658>
10. Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171:305–22. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
11. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
12. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *The Lancet*. 2015;385:735–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
13. Choate AM, Fatimah H, Bornovalova MA. Comorbidity in borderline personality: understanding dynamics in development. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:104–8. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.015>
14. Chumakov E, Charnaia D, Petrova N. Pharmacotherapy and psychotherapy interventions in patients with borderline personality disorder in outpatient clinical practice. *European Psychiatry*. 2024;67:118–118. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.280>
15. Clark LA, Watson D. The trait model of the DSM–5 alternative model of personality disorder (AMPD): A structural review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022;13:328–36. <https://doi.org/10.1037/per0000568>
16. Crocq M-A. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15:147–53. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq>
17. Deodato M, Seeber M, Mammeri K, Michel CM, Vuilleumier P. Combined effects of neuroticism and negative emotional context on spontaneous EEG dynamics. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2024;19. <https://doi.org/10.1093/scan/nsae012>
18. Freud S. *Character and anal erotic*. London: The Hogarth Press; 1959.

19. Gauchet F, Lambert R. La caractérologie d'Heymans et Wiersma. Paris: Presses Universitaires de France; 1959.
20. Huprich SK. Personality Disorders in the ICD-11: Opportunities and Challenges for Advancing the Diagnosis of Personality Pathology. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22:40. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01161-4>
21. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Jackson DN. Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94:438–44. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09887.x>
22. Keefe JR, McMain SF, McCarthy KS, Zilcha-Mano S, Dinger U, Sahin Z, et al. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2020;11:157–69. <https://doi.org/10.1037/per0000382>
23. Kim Y, Saunders GRB, Giannelis A, Willoughby EA, DeYoung CG, Lee JJ. Genetic and neural bases of the neuroticism general factor. *Biol Psychol.* 2023;184:108692. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108692>
24. Kolla NJ, Boileau I, Bagby RM. Higher trait neuroticism is associated with greater fatty acid amide hydrolase binding in borderline and antisocial personality disorders. *Sci Rep.* 2022;12:1126. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-04789-9>
25. Koudys JW, Traynor JM, Rodrigo AH, Carcone D, Ruocco AC. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Initiative and Its Implications for Research on Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:37. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1023-2>
26. Kraepelin E. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. Auflage. II. Band. Klinische Psychiatrie. Leipzig: Verlag Barth; 1904.
27. Krueger RF, Hobbs KA. An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology.* 2020;53:126–32. <https://doi.org/10.1159/000508538>
28. Latzman RD, Krueger RF, DeYoung CG, Michelini G. Connecting quantitatively derived personality–psychopathology models and neuroscience. *Personal Neurosci.* 2021;4:e4. <https://doi.org/10.1017/pen.2021.3>
29. Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry.* 2011;199:15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
30. Leigh D. James Cowles Prichard, M.D., 1786-1848. *Proceedings of Royal Society of Medicine.* 1955;48:586–90.
31. Livesley W, Jang K, Jackson D, Vernon P. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1993;150:1826–31. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1826>

32. Mallard TT, Tubbs JD, Jennings M, Zhang Y, Gustavson DE, Grotzinger AD, et al. The pleiotropic architecture of human impulsivity across biological scales. 2023. <https://doi.org/10.1101/2023.11.28.23299133>
33. Marstrand-Joergensen MR, Madsen MK, Stenbæk DS, Ozenne B, Jensen PS, Frokjaer VG, et al. Default mode network functional connectivity negatively associated with trait openness to experience. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2021;16:950–61. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab048>
34. Miller AP, Gizer IR. Dual-systems models of the genetic architecture of impulsive personality traits: neurogenetic evidence of distinct but related factors. *Psychol Med*. 2024;54:1533–43.
35. Mulder RT. ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Front Psychiatry*. 2021;12. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003367>
36. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Personality Disorders: borderline and antisocial. [nice.org]. nice; 2015. Available at: www.nice.org.uk/guidance/qs88. 2015.
37. National Health and Medical Research Council. Australian Government. Clinical Practice guidelines for the management of borderline personality disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council. [bpdfoundation.org.au]. bpdfoundation; 2012. Available at: https://bpdfoundation.org.au/images/mh25_borderline_personality_guideline.pdf
38. Ormel J, Bastiaansen A, Riese H, Bos EH, Servaas M, Ellenbogen M, et al. The biological and psychological basis of neuroticism: Current status and future directions. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37:59–72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.09.004>
39. Paris J. Why Patients With Severe Personality Disorders Are Overmedicated. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:e521–e521. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09441>
40. Pascual JC, Arias L, Soler J. Pharmacological Management of Borderline Personality Disorder and Common Comorbidities. *CNS Drugs*. 2023;37:489–97. <https://doi.org/10.1007/s40263-023-01015-6>
41. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris, 1801.
42. Post RM, Leverich GS, McElroy S, Kupka R, Suppes T, Altshuler L, et al. Relationship of comorbid personality disorders to prospective outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2020;276:147–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.031>
43. Ribot T. *La psychologie des sentiments*. Paris; 1896.
44. Rinaldi C, Attanasio M, Valenti M, Mazza M, Keller R. Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World J Psychiatry*. 2021;11:1366–86. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1366>
45. Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011;14:1257–88. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000071>
46. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart, 1976.

47. Siever L, Davis K. A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:1647–58. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>
48. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2>.
49. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;8(8):CD005652 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
50. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22:37. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
51. Stoffers-Winterling J, Völlm B, Lieb K. Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opin Pharmacother*. 2021;22:393–5. <https://doi.org/10.1080/14656566.2021.1873277>
52. Svrakic D, Cloninger R. Psychobiological Model of Personality: Guidelines for Pharmacotherapy of Personality Disorder. *Curr Psychopharmacol*. 2013;2:190–203.
53. Swales MA. Personality disorder diagnoses in ICD-11: Transforming conceptualisations and practice. *Clinical Psychology in Europe*. 2022;4 Special Issue. <https://doi.org/10.32872/cpe.9635>
54. Tyrer P, Gunderson J, Lyons M, Tohen M. Special Feature: Extent of Comorbidity Between Mental State and Personality Disorders. *J Pers Disord*. 1997;11:242–59. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.242>
55. Xu Q, Liu F, Qin W, Jiang T, Yu C. Multiscale neurobiological correlates of human neuroticism. *Hum Brain Mapp*. 2020;41:4730–43. <https://doi.org/10.1002/hbm.25153>

Сведения об авторах:

Шишковская Татьяна Игоревна – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник Отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (115522, г. Москва, Каширское шоссе, дом 34), e-mail: ttnszy@gmail.com

Леонова Алена Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии (628400, Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра АО, г. Сургут, проспект Ленина, дом 1), e-mail: a.v.kononova@gmail.com

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, дом 7–9), e-mail: petrova_nn@mail.ru

