

ОПРОСНИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА ФОРМЫ «А»

Т.Ю. ЛАСОВСКАЯ

В статье рассматриваются основные этапы разработки «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» формы «А». Опросник показал следующие психометрические характеристики: Альфа Кронбаха 0,86; ретестовая надежность 0,90; чувствительность 84%; специфичность 97%. Определена внутренняя (конструктивная) и внешняя валидность.

Ключевые слова: личностные расстройства, пограничное личностное расстройство, диагностика пограничного личностного расстройства

Личности с пограничным личностным расстройством (ПРЛ) составляют около 23% общей популяции [Swartz et al., 1990; Zimmerman, Koryell 1989]. Среди пациентов психиатров амбулаторного звена их около 15%, а из числа госпитализированных в психиатрические клиники 25% [Koenigsberg et al., 1985; Widiger, Weissman, 1991]. Среди диагностированного ПРЛ преобладают женщины, они составляют 75% [Gunderson, 2001]. Актуальность создания специального диагностического инструмента для диагностики ПРЛ обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Наличием двух диагностических подходов, описывающих сходное по клиническим проявлениям личностное расстройство. Принятое в большинстве стран «пограничное личностное расстройство» (DSM-IV) и «эмоционально-неустойчивое расстройство личности» (по ICD-10, МКБ-10). Lai С.М., et al. (2012) показано, что при применении диагностических критериев DSM-IV-TR и ICD-10 (ПРЛ и эмоционально-неустойчивого) на выборке 1.419 психиатрических пациентах, эти два диагностических подхода дают совпадение в диагностике в 83% случаев [Lai et al., 2012]. Основная разница в этих двух диагностических подходах связана с тем, что в основу критериев DSM положены отобранные экспертами клинические признаки ПРЛ, а в основу ICD-10 — теоретическая модель неустойчивости.

2. Неоднородность клинической картины ПРЛ и связь его отдельных клинических проявлений с социальной адаптацией. Asnaani A. et al.

(2007) показано, что в подавляющем большинстве случаев, когда у пациентов присутствуют 5 и 6 диагностических критериев ПРЛ, их социальная адаптация не отличается от здоровых. Пациент начинает испытывать трудности социальной адаптации только при наличии у него 7, 8 или всех 9 клинических критериев диагностики [Asnaani A. et al., 2007]. С другой стороны, наличие у человека отдельных диагностически значимых пар (то есть всего двух критериев DSM, но в определенном их сочетании), является предиктором нарушения социальной адаптации. Это приводит к ряду исследований по диагностике черт ПРЛ в неклинической популяции [Sar et al., 2006].

3. Установление диагноза ПРЛ по клиническим критериям DSM встречает некоторые трудности. С одной стороны, это связано с тем, что стандартное клиническое интервью плохо приспособлено для диагностики личностных расстройств. Структурированное интервью как инструмент диагностики является более специфичным и надежным для выявления личностных расстройств [Egan et al., 2003]. Zanarini сравнивал результаты диагностики ПРЛ при обычном интервью и с применением специального опросника для диагностики этого расстройства. Показано, что обычное интервью, проводимое психиатром на амбулаторном приеме, диагностирует ПРЛ в 0,4% случаев, а при применении опросника — в 15% случаев [Gunderson, 2001].

Возможно, что именно эти трудности клинической диагностики привели к созданию и усовершенствованию специальных психодиагностических методов для выявления личностных расстройств, включая большое количество тестов, структурируемых интервью и скринингов. Наиболее известен тест Теодора Миллона и Висконтский опросник, адаптированные варианты современных версий которых используются в Канаде, Испании, Мексике, США и других странах. В некоторых странах имеются свои интервью и опросники, адаптированные к культуральным особенностям той или иной популяции, например в Бельгии, Корее, Японии и Китае. Культуральные различия настолько значимы, что даже в англоязычных странах опросники, созданные в одной стране, лучше всего «работают» в месте создания. Так, при сравнении результатов диагностики в Канаде по трем методикам — Канадской, США, и Британской, лучшие результаты показала Канадская методика [Cheung et al., 2003; Robles — Garcia et al. 2003; Rossi et al., 2003; Lyoo et al. 2003; Skinner et al., 2003; Osone, Takahashi 2003; Moran et al., 2004]. Для России проблема диагностики ПРЛ является важной, поскольку до настоящего времени не имеется инструмента для диагностики личностных расстройств. Тест Теодора Миллона запрещен к ввозу и использованию в России разработчиками.

В 2004—2014 гг. на базе кафедры клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета проведена разработка «Опросника для диагностики ПРЛ» (формы «А»). Разработка проводилась в соответствии с этапами, рекомендуемыми рядом авторов для конструирования теста:

Этап № 1. Спецификация теста

Прежде чем приступить к созданию теста, необходимо знать, для чего он нужен. Поэтому первым шагом является формулирование цели будущего теста. После этого выделяются содержательные области и манифестации (проявления) каждой из них. Например, при конструировании «опросника супружеского статуса» выделяются такие содержательные области как «зависимость-независимость», «вербальная — невербальная коммуникация» и т.д. Решение вопроса о количестве заданий, включаемых в тест, также крайне важно, так как для обеспечения надежности теста требуется не менее 20 заданий [Бурлачук, 2002]. Купер К. рекомендует разработать первоначально такое количество заданий, чтобы в последующем была возможность уменьшить количество заданий не менее чем на 20 [Купер, 2000].

Основной задачей этого этапа стало определение выбора теоретического конструкта из двух групп диагностических критериев (DSM-III-R и МКБ-10), описывающих сходный дезадаптивный паттерн поведения.

В DSM-III-R диагностика ПРЛ осуществляется при наличии 5 и более из восьми диагностических критериев:

1. Паттерн нестабильных и интенсивных интерперсональных отношений, характеризующийся экстремальными колебаниями между чрезмерной идеализацией и чрезмерной недооценкой.

2. Импульсивность, по меньшей мере, в 2-х областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например, трата денег, секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, кутежи (не включаются суицидальное и самоповреждающее поведение, указанное в п.5.)

3. Аффективная нестабильность: выраженные отклонения от изоляции со стороны настроения к депрессии, раздражительность, тревога, обычно продолжающиеся несколько часов и только редко более нескольких дней.

4. Неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, например, пациент часто обнаруживает вспыльчивость, злобу, нападает на других.

5. Повторные суицидальные угрозы, жесты или поведение, или же самоповреждающее поведение.

6. Выраженное нарушение идентификации, проявляющееся неуверенностью, по меньшей мере, в 2-х из следующих областях: самооценке или образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке долгосрочных целей и выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, предпочитаемых ценностях.

7. Хроническое ощущение пустоты и скуки.

8. Неистовые попытки избежать реального или воображаемого ужаса быть покинутым (не включается суицидальное или самоповреждающее поведение, отмеченное в п. 5) [Каплан, Сэдок, 1998].

В МКБ-10 импульсивный подтип эмоционально-неустойчивого расстройства личности, устанавливается при наличии трех из пяти признаков: 1) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 2) отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими, особенно при воспрепятствовании импульсивным действиям или порицании их; 3) склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение; 4) трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением; 5) лабильное и непредсказуемое настроение.

Диагноз пограничного подтипа эмоционально-неустойчивого расстройства личности устанавливается в том случае, если имеется, по крайней мере, три признака, сформулированных для импульсивного типа (F 60.30), и дополнительно не менее двух из нижеследующих стереотипов: 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные); 2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов; 3) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества; 4) повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его; 5) стойкое чувство внутренней пустоты [Попов, Вид, 2000].

Возникает вопрос: «В том случае, если в двух классификациях рассматриваются диагностические критерии для одного и того же дезадаптивного паттерна поведения, выбор каких диагностических критериев будет оптимальным для определения теоретического конструкта создаваемого опросника?».

Widiger Т.А. (1992) в монографии, посвященной ПРЛ, указывает на основное различие в происхождении диагностических критериев этих двух классификаций: в основе диагностических критериев ICD-10 (МКБ-10) лежит теоретический конструкт неустойчивости; в основе же DSM-III-R — отобранные психиатрами-экспертами клинические проявления ПРЛ (в общей сложности из 105 клинических признаков). Именно эмпирическое происхождение диагностических критериев

DSM-III-R и их высокая прогностическая значимость определили окончательный выбор теоретического конструкта «Опросника для диагностики ПРЛ» в пользу DSM-III-R [Widiger, 1992].

В то же время, при создании шкал опросника, было принято решение сохранить теоретический конструкт нестабильности, что приобрело вид шкалы «нестабильность, импульсивность» объединяющей первый, третий и шестой критерии DSM-III-R. Первый критерий DSM-III-R отражает нестабильность в межличностных отношениях; третий критерий — нестабильность настроения; шестой — нестабильность в образе себя, выборе карьеры, предпочитаемых друзьях. Таким образом, шкалы «Опросника для диагностики ПРЛ» сочетают в себе и диагностические критерии DSM-III-R, и теоретический конструкт неустойчивости МКБ-10.

При разработке опросника предложены следующие шкалы:

1. Нестабильность, импульсивность — объединяет первый, третий и шестой критерии DSM-III-R, поскольку все они отражают нестабильность. Первый критерий DSM-III-R отражает нестабильность в межличностных отношениях; третий критерий — нестабильность настроения; шестой — нестабильность в образе себя, выборе карьеры, предпочитаемых друзьях.

2. Самоповреждающее поведение — этот критерий объединяет второй, четвертый и, частично, пятый критерии DSM-III-R, выделяя самоповреждающее поведение как таковое, причем четвертый критерий DSM-III-R (неадекватная злоба) также включен.

3. Непереносимость одиночества — объединяет седьмой и восьмой критерии DSM-III-R, поскольку чувство пустоты и скуки усиливается в одиночестве, отсюда — страх покидания другим.

4. Суицидальное поведение — данный критерий представляет собой частично пятый критерий DSM-III-R. Выделение его в отдельный критерий в предлагаемом способе целесообразно по той причине, что для тяжелого течения ПРЛ характерны многократные попытки самоубийства.

Этап № 2. Разработка заданий и оформление опросника

Купер К. (2000) отмечает, что разработка заданий — решающий шаг в разработке теста. Если задания написаны плохо, то никакая психометрическая премудрость не сможет обеспечить надежную и валидную шкалу [Купер, 2000].

Kline (1986) сформулировал следующие правила для написания заданий:

1. Задания должны быть соответствующим образом подобраны и касаться каждой отдельной стороны концепта. Опросник по диагностике

депрессии должен включать вопросы, касающиеся разных видов поведения (например, нарушения сна или привычек питания), также как и чувств. Целесообразно составить список основных граней оцениваемого феномена и написать равное количество заданий, затрагивающих каждую грань. Для более полного и законченного понимания предмета, рекомендуются руководства такие как DSM-IV.

2. Тест должен быть достаточно длинным для гарантии того, что он охватит все аспекты изучаемого предмета и включать не менее 30 заданий.

3. Каждое задание должно оценивать только ту черту, для измерения которой оно предназначено. Ответы на задания не должны зависеть от индивидуальных различий в словарном запасе, социальной желательности и т.д.

4. Каждое задание должно быть тщательно проанализировано в соответствии с культуральными особенностями (цит. по [Купер, 2000]).

Купер К. (2000) рекомендует несколько правил для подготовки заданий, если они разрабатываются для личностных тестов:

1. Утверждения необходимо писать так, чтобы они были четкими, недвусмысленными и требовали как можно меньше самоанализа. Меньше обращаться к чувствам и больше — к поведению. Например, «на прошлой неделе тревоги не давали мне возможность заснуть».

2. В каждом пункте может быть задан только один вопрос. Например, не рекомендуется использовать утверждения «Временами я чувствовал себя подавленным и пытался совершить самоубийство», поскольку крайне депрессивные люди, которые не помышляют о попытке самоубийства, не согласятся с этим утверждением.

3. Следует избегать утверждений с двойным отрицанием, таких, как «Мне не нравятся студенты». Поскольку ответ может быть «Да, не нравятся» или «Нет, не нравятся».

4. Рекомендуется избегать вопросов, касающихся частоты и количества. Например, вместо вопроса «Вы много читаете?», задается вопрос «Перечислите книги, которые вы прочитали ради удовольствия в прошлом месяце?».

5. Необходимо убедиться, что ни один вопрос не допускает двойного толкования. Например, в один личностный вопросник был включен вопрос: «Получаете ли вы удовольствие от веселых вечеринок?», хотя слово «веселый» (Gay) по-английски может означать индивидуума с гомосексуальной ориентацией.

6. Если вы должны спросить о чем-то социально нежелательном, рассмотрите возможность формулировки утверждения как бы с точки зрения другого человека, например: «Вы скупой?» — не годится, лучше как «Некоторые люди могут описывать меня как скупого».

7. Рекомендуется иметь текст инструкции, чтобы она призывала респондентов давать первый ответ, который естественным образом приходит в голову и не искать скрытые смыслы в заданиях [Купер, 2000].

После формулировки заданий необходимо решить вопрос, в каком виде разработчик хочет получить ответы. Какие либо правила, определяющие количество вариантов выбора ответа, отсутствуют. В личностных опросниках, как правило, используют три типа заданий: дихотомические, трихотомические и задания с рейтинговыми шкалами. Дихотомические задания (или задания с альтернативным выбором) обладают рядом достоинств, а именно, они просты для понимания, легки и удобны в обработке, и требуют наименьшего времени для ответа. К их недостаткам относится то, что испытуемые часто не удовлетворены предлагаемой альтернативой и требуют больше вариантов ответа. Трихотомические задания имеют преимущества, так как помогают испытуемому более точно выразить себя, так как на утверждения теста предлагаются ответы «Да», «Нет», «Не знаю». Рейтинговые шкалы предполагают варианты выбора до семи для более точного выражения испытуемым самого себя [Бурлачук, 2002].

В соответствии с этими требованиями, на каждую из данных четырех шкал составлено 20 заданий, описывающих поведение, чувства и мысли — всего 80 заданий, которые размещены в опроснике в случайном порядке.

Примерами заданий шкалы «нестабильность, импульсивность» являются: «Думаю, мне понравилась бы работа, где все быстро меняется: окружающие люди, ситуация, города и пр.», «Мое настроение чаще хорошее, ровное и стабильное», «Иногда случалось так, что я не завершал почти уже готовую работу, так как она переставала интересовать меня».

Примерами заданий шкалы «самоповреждающее поведение» являются: «Я иногда причиняю себе физическую боль с целью выяснить: «А что я еще могу выдержать?», «Я испытываю небывалый подъем настроения, если удается выиграть хотя бы небольшую сумму денег (например, в карты или казино)», «В моей жизни были случаи, когда я наносил себе повреждения (резал бритвой руки, прижигал кожу сигаретой и пр.)».

Примерами заданий шкалы «непереносимость одиночества» являются: «В одиночестве на меня «нападает» скука и тоска», «В одиночестве я чувствую себя неуютно, мне трудно заняться чем-либо», «Мне трудно пойти куда-либо одному (кафе, театр и др.)».

Примерами заданий шкалы «суицидальное поведение» являются: «мне часто приходит в голову мысль, что жизнь не имеет смысла», «В моем опыте была хотя бы одна суицидальная попытка», «Иногда я испытываю такое чувство скуки и тоски, что готов уйти из жизни».

Этап № 3. Оформление методики

Оформление методики представляет собой очевидную (лицевую) валидность. От оформления зависит, насколько серьезно воспринимается методика как диагностический инструмент обследования. В обязательном порядке должен быть представлен блок основной информации, включающей имя испытуемого, возраст, пол, образование.

Инструкция к заполнению должна быть ясной и доступной для понимания. В ней должно быть указано, каким образом выбирать ответ и каким образом отмечать его в опроснике. Здесь же содержится информация, которую разработчик считает необходимым сообщить обследуемому. Например, «отвечайте настолько быстро, насколько это возможно», или «отвечайте на каждый вопрос искренне, это очень важно для того, чтобы мы могли оказать вам необходимую помощь». Выделяется информация, способствующая эффективной работе испытуемого, например, о соблюдении конфиденциальности.

При оформлении теста рекомендуется пронумеровать задания, расположить текст заданий, отделив одно от другого и придать опроснику эстетически привлекательный вид (особенности шрифта, бумаги, и др.) [Бурлачук, 2002].

На этом этапе проведено оформление опросника с инструкцией для респондентов, разработка бланка для ответов и ключей — масок для быстрой обработки результатов.

Этап № 4. Пилотажное исследование

Прежде чем проводить проверку надежности и валидности теста, необходимо убедиться, что все задания измеряли один и тот же конструкт. Чтобы сделать это, необходимо предъявить тест большой выборке людей (более 200), по своим характеристикам сходным с теми, которые будут, в конечном счете, тестироваться при помощи этого теста. Если, например, опросник предназначен для лиц, имеющих проблемы с алкоголем, то пилотажное обследование должно проводиться в соответствующих клиниках и центрах. Или, если тест будет проводиться для окончивших обучение соискателей в определенную организацию, нельзя проводить пилотажное исследование на 16-летних школьниках (из-за разницы в академической подготовке) и пенсионерах (из-за разницы в возрасте). Если невозможно создать репрезентативную выборку, обычно достаточно составить выборку, приблизительно похожую на репрезентативную. Минимальное количество респондентов, которое требуется для пилотажного исследования, должно быть в два раза больше, чем количество заданий [Купер, 2000; Бурлачук, 2002].

Пилотажное исследование проводилось в г. Новосибирске в период с сентября 2004 по май 2005 года на базе кафедры клинической психологии Новосибирской государственной медицинской академии. В пилотажном исследовании приняли участие 293 человека. Испытуемые подбирались особым образом: в пилотажную выборку включались лица, среди которых, по данным литературы, наиболее часто встречается ПРЛ (Таблица № 1).

Этап № 5. Анализ заданий (определение эффективности заданий и дискриминативности диагностических критериев DSM-III-R)

Оценка того, насколько хорошо или плохо «работает каждое задание» проводилась путем определения индекса эффективности задания. Этот показатель подсчитывается делением количества обследуемых, давших «ключевой» ответ (ответ, совпавший с ключом), на общее количество обследуемых. В идеале этот индекс для каждого задания должен располагаться в интервале от 0,25 до 0,75 [Бурлачук, 2002]. В опроснике Формы А индекс эффективности 76-ти утверждений из 80 располагается в указанном интервале. Бурлачук Л.Ф. отмечает, что только автор может решить, оставить ли утверждения в опроснике. Поэтому, был проведен анализ «работы» оставшихся четырех заданий и оказалось, что эти

Таблица № 1

Категории лиц, включенных в пилотажное исследование

Категории лиц	Количество человек
1. Пациенты туберкулезного диспансера с криминальным прошлым	17
2. Учащиеся вечерних школ	44
3. Пациенты наркологического диспансера — анонимные наркоманы	15
4. Гэмблеры	20
5. Лица, увлекающиеся ролевыми играми	13
6. Ветераны войны в Чечне, получившие инвалидность с симптомами ПТСР	8
7. Осужденные женской колонии	36
8. Осужденные мужской колонии	76
9. Воспитанники колонии для несовершеннолетних	19
10. Пациенты с установленным клинически диагнозом ПРЛ	18
11. Подростки с диагнозом «нарушение поведения», состоящие на учете в психоневрологическом диспансере по поводу самоповреждающего и суицидального поведения	27
Итого заполнено протоколов	293
Исключено из обработки из-за неправильного заполнения	20
Обработано в пилотажном исследовании	273

задания эффективны на определенной категории — у лиц с тяжелыми симптомами пограничного личностного расстройства и склонностью к самоповреждающему поведению. После чего, было принято решение оставить эти четыре задания в опроснике. Таким образом, все разработанные утверждения были включены в окончательную версию опросника формы «А» [Ласовская, 2005].

Задания только тогда следует включать в окончательную версию опросника, если они измеряют те же самые личностные особенности, что и другие, предназначенные для этого задания. Для определения дискриминативности заданий используется коэффициент корреляции каждого задания с общим баллом теста. Чем выше коэффициент корреляции, тем выше дискриминативность, тем лучше задание. Это основной критерий. Минимальная корреляция 0,2. Однако, окончательное решение об оставлении или исключении задания необходимо принимать только с учетом ряда факторов. Например, можно оставить задание с низкой дискриминативностью, если заданий, измеряющий определенный параметр, мало. Исключение ряда заданий может повлиять на баланс заданий с прямыми и обратными ответами, и т.д. Все это скажется на валидности и надежности теста. Поэтому только разработчик выносит окончательное решение об оставлении или исключении задания из окончательной версии опросника [Бурлачук, 2002].

В ходе исследования определены значения дискриминативности заданий, соответствующие отдельным диагностическим критериям ПРЛ. Показано, что диагностический критерий № 5, отражающий суицидальное и самоповреждающее поведение, представлен самым большим количеством заданий (15 заданий), большинство из которых имеют высокие значения дискриминативности, лежащие в пределах 0,3567 до 0,5457. «В моменты тяжелых душевных переживаний у меня возникают мысли о самоубийстве или нанесении себе повреждений» (0,5457); «Иногда мне внезапно хочется сделать что-то, что может закончиться (или не закончиться) моей смертью, например, принять большую дозу лекарств» (0,4758). Таким образом, можно говорить о высокой диагностической ценности суицидального и самоповреждающего поведения. Это согласуется с данными японских исследователей, выявившими высокий уровень дискриминативности диагностического критерия № 5 [Kazuko, Inoue, 2009].

Также обращает на себя внимание, что ряд вопросов, отражающих клинические проявления ПРЛ, такие как интерес к тематике смерти и сильные чувства при виде крови, имеют высокие значения дискриминативности. Значения задания «У меня бывают фантазии, связанные с моей смертью» составили 0,4825.

В связи с этим проведено дополнительное исследование, которое ставило задачей изучить распространенность признака привлекательности тематики смерти у лиц с диагнозом ПРЛ. Обследовано 30 человек с установленным диагнозом ПРЛ, из них 17 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 21,2 лет). При проведении структурированного интервью всем предлагались вопросы, отражающие тематику смерти, например, «Бывают или нет у вас фантазии на тему собственной смерти?», «Привлекают или нет вас телепередачи о смерти, о том, что может быть после?», «Считаете ли вы неприятным для себя посещение кладбищ или присутствие на похоронах?».

Результаты исследования показали, что привлекательность темы смерти является характерной чертой лиц с диагнозом ПРЛ. 18 из опрошенных (60%) отметили, что у них бывают фантазии, связанные с собственной смертью. Как правило, мысль (образ) возникает внезапно, резко контрастируя с актуальным состоянием. Например, респондент А., 19 лет, пол женский: «...Я иду по улице с отцом, мне ничего не угрожает, я в безопасности. Но место незнакомое, вокруг люди. Я начинаю думать, что было бы, если бы отца не было бы рядом. Наверное, эти люди вокруг, которые мне не очень приятны, набросились бы на меня. Ограбили бы или, непременно, убили.... Или я еду в машине и мне думается, что вот было бы хорошо, если бы машина врезалась во что-нибудь. ... А вообще, мысли о смерти не пугают, а сопровождаются приятным чувством, правда, в некоторых случаях к ним примешивается чувство безысходности...».

20 человек из 30 (67%) отметили, что посещение кладбищ, похороны и пр. не вызывают у них неприятных чувств. Наоборот, места, где можно столкнуться со смертью, притягивают. Респондент М., 32 года, пол мужской: «...Моя работа связана с частыми поездками на машине по Новосибирской области. Когда я вижу аварию, у меня возникает непреодолимое желание приблизиться. Я непременно останавливаюсь, как бы я не спешил. Останавливаюсь и принимаю участие в спасательных работах или помогаю бригаде скорой помощи, например, несу носилки. В эти моменты у меня возникает возбуждение, похожее на то, когда принимаешь допинг. Возбуждение и мгновенная мобилизация, сопровождающаяся повышением настроения». Один из опрошенных рассказал, что в тот момент, когда у его жены случилось состояние клинической смерти, то в первую очередь он взял фотоаппарат «Полароид» и сделал несколько снимков, и только после этого начал проводить закрытый массаж сердца. 16 человек (53%) отметили, что они обязательно досмотрят телепередачу до конца, если в ней затрагивается тематика смерти. Таким образом, показано, что фантазирование на тему собственной

смерти является патогномоничным признаком ПРЛ и может считаться дополнительным признаком диагностики ПРЛ [Ласовская и соавт., 2010].

Значения дискриминативности задания «В моей жизни были эпизоды, когда вид истекающей крови (например, при порезах), успокаивал меня» составило 0,4752. Можно предположить, что данные клинические проявления, описанные как единичные наблюдения Hirayama Y. et al. (2003), являются характерными для ПРЛ и обладают высокой диагностической ценностью наряду с заданиями, отражающими суицидальное и самоповреждающее поведение [Hirayama, 2003].

Максимальные значения дискриминативности получены по диагностическому критерию № 4, отражающим трудности в контроле гнева («Если я действительно зол, то могу легко оскорбить человека или спровоцировать драку» (0,5032); «Иногда у меня возникает сильная злость, которую трудно сдерживать» (0,4520).

Представляет интерес, что аффективная нестабильность, отраженная в критерии № 3 имеет невысокие значения дискриминативности от 3,599 до 3,695. Аффективная нестабильность занимает в клинике ПРЛ одно центральное место и практически не меняется в динамике [Paris, 2002].

Критерий № 7 представлен заданиями с достаточно высокими значениями дискриминативности «Иногда я ощущаю такое чувство тоски и скуки, что готов уйти из жизни» (0,5304) и «Иногда я испытываю такое чувство пустоты, что готов разбить себе пальцы молотком, чтобы почувствовать, что я живой» (0,3836). Содержание заданий отражает связь чувства пустоты и скуки с суицидальным и самоповреждающим поведением. Это согласуется с исследованиями Klonsky E.D., который при уточнении содержания этого диагностического критерия, выявил связь между переживанием пустоты и скуки, депрессивными переживаниями, суицидальными мыслями и суицидальными попытками [Klonsky, 2008].

Близкие по значениям к критерию № 7 значения дискриминативности установлены по критерию № 8, отражающим страх быть покинутым (или низкую толерантность к одиночеству).

Критерий № 8 представлен заданиями «Если мне предстоит провести вечер одному, то я стараюсь избежать этого, например, напросившись в гости к другу и пр.» (0,3886) и «Я плохо переношу одиночество, так как на меня «нападает» скука и тоска» (0,3705). Klonsky E.D. также указал на связь скуки и тоски с переживанием изоляции. Таким образом, можно говорить о связи седьмого и восьмого диагностических критериев [Klonsky, 2008].

Высокие значения дискриминативности получены по критерию № 2. Импульсивность в потенциально самоповреждающих областях представлена заданием «Меня можно назвать «рисковым парнем» — мне нравится все, что помогает почувствовать яркость мира — вести машину на большой скорости, прокутить большие деньги, поэкспериментировать с алкоголем или наркотиками» (0,5032). Влечение к риску осознается, и лица с ПРЛ охотно делятся с окружающими эмоциями, пережитыми в экстремальных ситуациях.

Одна из осевых характеристик ПРЛ — расщепление отражена в критерии № 1. Однако, задание по этому критерию имеет невысокое значение дискриминативности «Я часто разочаровываюсь в людях, которые казались мне идеальными» (0,3270). Это может быть связано с особенностью механизма расщепления — и идеализация, и недооценка не осознаются.

Также, низкие значения дискриминативности получены по критерию № 6 («Иногда случалось так, что я не завершал почти уже готовую работу, так как она переставала интересовать меня» (0,3397); «Я считаю, что даже самую неинтересную работу нужно всегда доводить до конца» (0,3282). Задания по этому критерию отражают отношение к работе. На начальных этапах разработки диагностических критериев ПРЛ отношение к работе включалось как один из диагностических критериев ПРЛ, но исключено из поздних версий из-за низкой диагностической ценности.

Таким образом, наибольшей диагностической ценностью обладают диагностические критерии ПРЛ № 5 (суицидальное и самоповреждающее поведение); № 4 (неадекватно сильный гнев); № 7 (чувство пустоты и скуки), № 2 (импульсивность в потенциально самоповреждающих областях). Дополнительными диагностическими критериями могут быть интерес к смерти и сильные чувства при виде крови [Короленко и соавт., 2008].

Этап № 6. Стандартизация опросника

Первоначальный суммарный балл, подсчитанный с помощью ключа, не является показателем, который можно диагностически интерпретировать. Его называют «сырым тестовым баллом». Применение тестовых норм в профессионально организованной психодиагностике основывается на переводе тестовых баллов из «сырой» шкалы в «стандартную». Эта процедура называется «стандартизация тестового балла» [Шмелев, 1996].

Перед тем, как начать стандартизацию, важно было выяснить два основных вопроса. Первое: различаются или нет значения суммы баллов и отдельных критериев у мужчин и женщин. Достоверных различий в

пилотажной группе по гендерному признаку выявлено не было. Это означает, что полученные в результате стандартизации таблицы могут применяться как для мужчин, так и для женщин. Второе: известно, что с возрастом изменяется выраженность отдельных черт (импульсивность, самоповреждающее и суицидальное поведение) ПРЛ, и не все, кому был поставлен в диагноз в возрасте 20 лет, имеют его в 40—50 лет [Paris, 2002]. Поэтому, проведено сравнение средних значений суммы баллов всех критериев и средних значений отдельных критериев между возрастными подгруппами.

С учетом установленных достоверных различий, с помощью процедуры нелинейной нормализации была проведена стандартизация опросника, в результате чего были созданы конверсионные таблицы для перевода сырых баллов в стены с учетом возраста испытуемого (Таблицы №№ 2—5). Таким образом, результатом стандартизации явилось установление диагностических границ для диагностики ПРЛ. Диагностическими границами является набор испытуемым 8 стенов и более по сумме баллов, либо по критерию «импульсивность», либо по критерию «самоповреждающее поведение», либо по критерию «суицидальное поведение». Набор 8 стенов по критерию «непереносимости одиночества» не может быть использован как диагностический, что показано при проведении перекрестной валидации. Важен лишь его вклад в общую сумму баллов [Ласовская и соавт., 2012].

Таблица № 2

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «импульсивность-нестабильность»

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—17 лет	До 6	7—8	9	10—11	12	13—14	15	16—17	18	19 и более
Возраст 18—47	До 4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14—15	16	17 и более
Возраст 48 и старше	0—1	2—3	4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14 и более

Таблица № 3

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «самоповреждающее поведение»

Стены	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—27 лет	0—1	2—3	4—5	6—7	8—9	10—11	12—13	14—15	16 и более
Возраст 28 и старше	0	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15 и более

Таблица № 4

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «суицидальное поведение»

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—27 лет		0	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15 и более
Возраст 28—37			0—1	2—3	4—5	6—7	8—9	10—11	12—13	14 и более
Возраст 38—47 и старше	0—1	2—3	4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14 и более
48 и старше		0	1	2	3	4	5	6	7	8 и более

Таблица № 5

Конверсионная таблица для перевода суммы сырых баллов в стенированные

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—17 лет	До 19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60 и более
Возраст 18—27	До 15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56 и более
Возраст 28 и старше	До 11	12—15	16—21	22—25	26—31	32—35	36—41	42—45	46—51	52 и более

Этап № 7. Определение надежности

1. Надежность по внутренней согласованности (синонимы коэффициент альфа, альфа Кронбаха). Значения альфа Кронбаха не может быть менее 0,7 [Купер, 2000]. При проведении пилотажного исследования по предлагаемому тесту вычислялся альфа Кронбаха, который равен 0,86.

2. Ретестовая надежность. «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» заполнили 104 студента НГМУ с интервалом тестирования в четыре недели (средний возраст 19,2 лет). По результатам тестирования вычислялся коэффициент корреляции результатов, полученных при подсчете суммарного балла первого и второго тестирования. Показано, что ретестовая надежность по суммарному баллу «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» составляет 0,90. При определении ретестовой надежности определялась надежность не только по сумме баллов опросника, но и значений его отдельных шкал. Ретестовая надежность шкалы «самоповреждающего поведения оказалась самой высокой» — 0,92. Также, высокие значения получены по шкале «импульсивность, нестабильность» — 0,91. Ретестовая надежность шкалы «суицидальное поведение» составила 0,88;

шкалы «непереносимость одиночества» 0,81. Полученные значения ретестовой надежности можно оценить как высокие, так как наименьшим удовлетворительным значением для ретестовой надежности является коэффициент корреляции равный 0,7 [Ласовская и соавт., 2012].

3. Надежность частей теста. Вычисление надежности частей теста проводилось двумя способами — определение надежности по формуле Рюлона и по формуле Спирмена-Брауна) для двух категорий испытуемых.

1. Выборка пилотажного исследования. С учетом предназначения «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» форма А диагностировать пограничное личностное расстройство, надежность частей теста определялась на выборке объемом 141 испытуемый, в которой, по данным литературы, ПРЛ встречается чаще (лица с криминальным прошлым, подростки с нарушением поведения — амбулаторные пациенты психоневрологического диспансера, пациенты наркологического диспансера с алкогольной аддикцией, анонимные гэмблеры, учащиеся вечерней школы). Определение надежности по формуле Рюлона: рассчитывалась дисперсия частей теста (1—40 вопрос; 41—80 вопрос) и дисперсия целого теста. Дисперсия частей теста составила соответственно 32,9 и 27,8. Дисперсия целого теста — 129,6 α -коэффициент Рюлона рассчитывалась по формуле: $\alpha = 1 - (S_e^2 / S_x^2)$. Значение -коэффициента Рюлона, характеризующего надежность частей теста составило 0,96.

Определение надежности по формуле Спирмена-Брауна проводилось определением корреляции между результатами, полученными от каждой из половин теста, который равнялся 0,747. Затем этот результат вставлялся в формулу Спирмена-Брауна: $R = 2R / (1+R)$. $R = 2 \cdot 0,747 / 1+0,747 = 0,85$. Таким образом, надежность частей теста по формуле Спирмена-Брауна составила 0,85. На выборке пилотажного исследования рассчитывалась Альфа Кронбаха. Значения Альфа Кронбаха 0,86.

2. Выборка неклинической популяции. Предполагается, что опросник формы «А» будет использоваться на неклинической популяции молодых людей для выявления лиц с ПРЛ, то надежность частей теста определялась и на неклинической популяции. Неклиническую выборку составили студенты в количестве 200 человек, студенты ВУЗов г. Новосибирска (Сибирский независимый институт, Новосибирский государственный педагогический университет, Новосибирский государственный медицинский университет). Средний возраст 19,4 года.

Определение надежности по формуле Рюлона: рассчитывалась дисперсия частей теста (1—40 вопрос; 41—80 вопрос) и дисперсия целого теста. Дисперсия частей теста составила соответственно 21,7 и 20,9.

Дисперсия целого теста — 67,0 α -коэффициент Рюлона рассчитывалась по формуле: $\alpha = 1 - (S_e^2 / S_x^2)$. Значение -коэффициента Рюлона, характеризующего надежность частей теста составило 0,988.

Определение надежности по формуле Спирмена-Брауна проводилось определением корреляции между результатами, полученными от каждой из половин теста, который равнялся 0,62. Затем этот результат вставлялся в формулу Спирмена-Брауна: $R = 2R / (1+R)$. $R = 2 \cdot 0,62 / 1+0,62 = 0,765$. Таким образом, надежность частей теста по формуле Спирмена-Брауна составила 0,765 [Ласовская и соавт., 2012].

Этап № 8. Определение валидности

Проводилось определение внешней, конструктивной и ретроспективной валидности.

Определение внешней валидности. Внешняя валидность — мера возможности распространения результатов тестирования на генеральную совокупность. Внешняя валидизация осуществляется путем отработки репрезентативности экспериментальной выборки и перекрестной валидизации, то есть определения валидности теста на выборке, отличающейся от той, на которой отрабатывались стимульные задания к тесту.

Репрезентативность выборки — представительность экспериментальной выборки, которая отражает свойства генеральной совокупности. Репрезентативность определяется путем сопоставления качественных и количественных характеристик экспериментальной выборки с характеристиками исследуемой популяции с целью определить их однородность. К качественным характеристикам могут быть отнесены социально-демографические, видовые, интеллектуальные, профессиональные и другие характеристики популяции, которые являются предметом исследования или существенно влияют на него.

В данном случае, экспериментальная выборка была представлена категориями лиц, среди которых, по данным литературы, наиболее часто встречается ПРЛ — это лица, находящиеся в местах лишения свободы, аддикты, и др. [Нохуров, 2005; Обросов, 2004; Gunderson, 2001]. Таким образом, по своим качественным характеристикам, выборка является репрезентативной.

Количественная характеристика экспериментальной группы — это минимальная численность, которая сохраняет свойства генеральной совокупности. Формирование репрезентативной выборки по количественному признаку осуществляется при помощи теоремы П.А. Чебышева о вероятности ошибки репрезентативности, которая гласит: «С вероятностью сколь угодно близкой к единице можно утверждать, что при достаточно большом числе наблюдений выборочная средняя будет

сколь угодно мало отличаться от генеральной средней». Размер минимальной репрезентативной выборки рассчитывается по формуле: $n = [t^2W(1-W)N] / [d^2N+t^2W(1-W)]$, где n — численность экспериментальной выборки; t — коэффициент кратности ошибки, связанный с вероятностью P_t , с которой требуется гарантировать результаты выборочно-го наблюдения; d — размер допустимой ошибки выборки (0,05); W — доля (частность) данного признака (0,84); $(1-W)$ — доля противоположного признака (0,16); N — численность генеральной совокупности [Носс, 1999].

Далее был произведен расчет минимально-репрезентативной выборки испытуемых, если: $t = 1,98$; $d = 0,05$; $W = 0,84$ (вероятность «угадывания» признака по предлагаемому тесту составляет 0,84); $(1-W) = 0,16$; $N = 5000$. $n = [1,98^2 \cdot 0,84 (1-0,84) 5000] / [0,05^2 \cdot 5000 + 1,98^2 \cdot 0,84 (1-0,84)] = 202$ человека.

Численность испытуемых в пилотажном исследовании предлагаемого теста составила 273 испытуемых, в то время как минимальное количество 202 человека, таким образом, по количественному показателю выборка является репрезентативной.

Для проведения перекрестной валидизации теста авторы сравнили результаты выборки здоровых (891 человек, учащиеся средних и высших учебных заведений г. Новосибирска) и результаты испытуемых, принявших участие в пилотажном исследовании. Средние значения стенированных баллов, стандартное отклонение и достоверность различий представлены в Таблице № 6.

Таблица № 6

Средние значения стенированных баллов группы пилотажного исследования и здоровых

	Пилотажная группа 273 человека	Здоровые 891 человек	t-критерий Стьюдента
Сумма баллов по всем критериям	5,7+1,9	4,0+1,9	14,48
Импульсивность, нестабильность	5,6 + 2,2	4,5+ 2,2	7,31
Самоповреждающее поведение	5,8 + 1,9	3,8+ 1,9	18,46
Непереносимость одиночества	5,9+ 2,2	6,1+ 2,2	-1,72
Суицидальное поведение	5,7 +2,2	4,2 +2,2	12,89

Таким образом показано, что выборки различаются по сумме баллов, импульсивности, самоповреждающему поведению и суицидальному поведению, то есть по всем характеристикам, за исключением непер-

носимости одиночества, что может быть связано с этнокультуральными особенностями. В теоретическую основу «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» заложены критерии диагностики DSM-IV, разработанные на американской популяции и это может ограничивать их использование в других культурах. Работы, проводившиеся в странах Европы, подтверждают это. Например, Grilo et al. (2004) при проведении адаптации критериев DSM-IV к испанской популяции установили, что самыми показательными критериями в плане диагностики являются эмоциональная нестабильность, суицидальное и самоповреждающее поведение, при недостаточной эффективности остальных критериев [Grilo et al., 2004].

Другое объяснение факту, что вопросы, отражающие непереносимость одиночества «не работают», можно представить, обратившись к содержанию разработанных вопросов опросника. Большинство вопросов содержит высказывания типа «Мне трудно пойти куда-либо одному» или «Я скорее предпочел бы иметь рабочее место в одной комнате с коллегами, чем отдельный кабинет», то есть показывают поведение испытуемого в стремлении избежать одиночества, практически не показывая переживаний, которые могут появляться, когда человек один. Поэтому для уточнения переживаний проведено клиническое интервью с пятью пациентами с установленным диагнозом ПРЛ. Показано, что стремление избежать одиночества появляется в связи с невозможностью или трудностью заняться в одиночестве каким-либо делом и появлением неприятных чувств, таких как скука и тоска [Ласовская и соавт., 2012].

Определение конструктивной валидности. Конструктивная (концептуальная) валидность определялась по процедуре, предложенной Д.Т. Кэмпбеллом и Д.В. Фиске. Эта процедура предполагает использование наряду с валидируемым тестом специальной батареи тестов, подобранных таким образом, чтобы в нее входили тесты предположительно связанные с валидируемым тестом, так и не связанные с ним. Экспериментатор должен заранее предсказать, какие тесты будут высоко коррелировать с валидируемым тестом, а корреляция с какими тестами будет низкой. Тесты, которые по предположению, высоко коррелируют с валидируемым тестом, называются конвергирующими, а не коррелирующие — дискриминантными. Концептуальная валидность может считаться удовлетворительной, если коэффициенты корреляций валидируемого теста с группой конвергирующих тестов статистически значимо выше коэффициентов корреляций с группой дискриминантных тестов [Мельников, Ямпольский, 1985].

Определение конструктивной валидности началось с создания батареи конвергирующих тестов. Батарею конвергирующих тестов составили:

1. Шкала диссоциации. Основанием для включения этого теста явились результаты исследований, указывающие на высокую распространенность диссоциативных симптомов у лиц с пограничным личностным расстройством и высокий уровень значений по шкале диссоциации [Van Der Bosch et al., 2003; Sar et al., 2006; Ross, 2007; Zanarini et al., 2008; Korzekwa et al., 2009; Barnow et al., 2011]. В исследовании использована русскоязычная версия шкалы диссоциации Евы Бернштейн и Фрэнка Патнема в адаптации Агаркова В.А. [Агарков В.А., 2002].

2. Шкала оценки суицидального риска Н. Пезешкиана. Основанием для включения этого теста явился высокий уровень коморбидности пограничного личностного расстройства и суицидального поведения. У подростков, совершивших суицидальные попытки пограничное личностное расстройство диагностируется в 56,3% случаев [Kuba et al., 2011]. Отличительной чертой суицидального поведения при пограничном личностном расстройстве является хронический характер суицидальных попыток. Они повторяются неоднократно в течение жизни и, в среднем, каждый пациент имеет в анамнезе по три суицидальные попытки [Links, Gould, Ratnayake, 2003].

3. Шкала депрессии Бека. Основанием для включения этого теста явились исследования, подтверждающие высокий уровень коморбидности пограничного личностного расстройства и депрессии. Ожидается, что все выбранные конвергирующие тесты будут иметь средний уровень корреляции со значениями валидизируемого теста.

В качестве дискриминантных тестов выбран: 1. Тест смысложизненных ориентаций Леонтьева Д.А. Для лиц с пограничным личностным расстройством характерна многократная смена ряда жизненных ориентиров — выбор профессии, целей, непостоянство интересов и др. Поэтому по тесту смысложизненных ориентаций можно ожидать слабой отрицательной корреляционной связи.

2. В качестве дискриминантного параметра выбран также возраст. Так как динамика пограничного личностного расстройства подразумевает изменения ряда симптомов, но в течении длительного времени (20—27 лет), то в случае, если возраст испытуемых находится в пределах 10 лет, то можно ожидать слабой обратной связи при вычислении корреляций со значениями валидизируемого теста. Батареею тестов заполнили 104 студента НГМУ, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст 22,0 лет) педиатрического, стоматологического, факультета, факультетов высшего сестринского образования и клинической психологии). Методом математической обработки выбран корреляционный анализ по Спирмену.

Коэффициенты корреляции валидизируемого опросника и группы конвергирующих тестов находились в пределах: шкала диссоциации 0,47; шкала депрессии Бека 0,46; шкала оценки суицидального риска 0,54.

В целом, гипотеза в отношении средней силы связи с группой конвергирующих тестов подтверждена. Это говорит о том, что кроме диссоциации, депрессии и суицидального риска «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» измеряет еще что-то. Высокие значения корреляции показывали бы, что валидизируемый опросник не измеряет никакой новой черты [Купер, 2000]. Неожиданным явилось выявленная обратная корреляционная связь значений суммы баллов теста смысловых ориентаций и валидизируемого опросника ($-0,43$). С таким параметром как возраст, как и ожидалось, связи не выявлено ($-0,25$).

Поскольку полученные значения уровня корреляции с конвергирующими тестами превышают значения дискриминантных параметров, согласно подходу, предложенному Д.Т. Кэмпбеллом и Д.В. Фиске, тест считается валидным [Ласовская и соавт., 2012].

Определение ретроспективной валидности

Особенностью ПРЛ является диффузная идентичность, которая обуславливает такие клинические проявления как неустойчивость в межличностных отношениях, неустойчивость в отношении к себе, к выбранной профессии и пр. Предполагается, что академическая успеваемость может быть выбрана в качестве критерия, который будет резко отличаться у лиц с ПРЛ и лиц без ПРЛ. У лиц с ПРЛ ожидается низкая академическая успеваемость. По данным заполнения опросника для диагностики ПРЛ студентами факультета клинической психологии были отобраны студенты с ПРЛ (набор 8 и более стенированных баллов по шкалам опросника) в количестве 11 человек. Группу сравнения составили студенты с низкими стенированными баллами (3 и менее) также в количестве 11 человек. Академическая успеваемость оценивалась по результатам экзаменов первых четырех семестров обучения.

В ходе исследования выявлены достоверные различия между сравниваемыми группами по результатам успеваемости (Критерий Манна-Уитни, $P < 0,01$). Средние значения успеваемости студентов с ПРЛ 3,9; студентов без ПРЛ — 465. В 63,6% случаев студенты с ПРЛ находились на повторном обучении из-за низкой академической успеваемости. Среди студентов без ПРЛ находящихся на повторном обучении не выявлено. В четырех случаях из 11, у студентов с ПРЛ отмечалась высокая академическая успеваемость — от 4,0 до 4,9 баллов. Таким образом, студенты с ПРЛ демонстрируют «полярное» отношение к учебе. В ранних версиях диагностических критериев ПРЛ отношение к учебе (работе) представляло собой самостоятельный диагностический критерий. Таким образом, можно говорить о ретроспективной валидности разработанного диагностического инструмента.

Отмечено, также, что студенты с ПРЛ имеют трудности в соблюдении «тайминга». Им трудно прийти во время к началу занятий, экзамена, тестирования и др. При этом, даже если от явки студента зависит многое (например, идет передача экзамена и с этим связано продолжение обучения), лица с ПРЛ не являются в назначенный час без уважительной причины.

Студенты с ПРЛ не посещают занятия большую часть семестра. Количество предметов, по которым они имеют долги — от семи до десяти и более. Как следствие, регулярные отчисления с восстановлением или повторным обучением. В среднем, количество отчисления студентов с ПРЛ — 2,2 раза. В некоторых случаях студент может обучаться на одном курсе три и более лет. Среди студентов, находящихся на повторном обучении или восстановленных после отчисления, ПРЛ диагностируется в 95—100% случаев. Для студентов с ПРЛ характерно «все сорвать в последний момент». Это выражается в немотивированном уходе из вуза на последнем или предпоследнем семестре обучения (при хорошей успеваемости), отказе от защиты дипломной работы и др. [Ласовская и соавт, 2013].

Этап № 9. Определение чувствительности и специфичности

Специфичность теста определяет его способность идентифицировать здоровых как здоровых и определяется на лицах, с исключением диагностируемого признака [Петри, Сэбин, 2003]. В данном случае определение специфичности проводилось на лицах, прошедших специальное исследование, исключающее ПРЛ. Это были сотрудники исполнения наказания, прошедшие профотбор и курсанты школы милиции. Из 29 сотрудников исполнения наказания, 28 по нашему способу диагностировались как здоровые, что составляет 97%. Из 140 курсантов школы милиции, 134 по нашему способу диагностировались как здоровые, что составляет 96%. Таким образом, специфичность теста составляет 96—97%.

Чувствительность теста представляет собой способность идентифицировать лиц с диагностируемым признаком и определяется в группе лиц, где заранее известно наличие диагностируемого признака. В данном случае у пациентов, с установленным клинически диагнозом ПРЛ. Из 25 человек, которым клинически поставлен диагноз «пограничное личностное расстройство», 21 набирают по тесту 8 и более стенов по сумме баллов, критерию «импульсивность», «самоповреждающее поведение» и критерию «суицидальное поведение), что составляет 84% [Ласовская, 2012].

Таким образом, создан диагностический инструмент с высокими психометрическими характеристиками. По результатам разработки оформлен патент.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А.* Диссоциация как механизм психической защиты в контексте последствий психической травмы.: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 — защищена 25.12.02; утв. 21.03.03. — М., 2002. — 201 с.
- Агарков В.А.* Эмпирические исследования диссоциации. // Брушлинский А.В., Журавлев А.Л. (ред.) Современная психология: состояние и перспективы исследований. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИП РАН, 28—29 января 2002 г. Том 1. / М.: Изд-во ИП РАН. 2002. С. 242—244
- Бурлачук Л.* Психодиагностика. — СПб.: Питер. — 2002. — С. 151—152, 154, 156—157, 157—158, 158—159, 160, 161—162, 168
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия / Перевод с англ. В 2-х т. М. — Медицина, 1998. — Т1. — Стр. 655—656
- Короленко Ц.П., Ласовская Т.Ю., Ячников С.В.* Сильные чувства при виде крови как дополнительный критерий диагностики пограничного личностного расстройства / Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 25- летию кафедры психиатрии и наркологии с курсом клинической психологии ФПК и ППВ ГОУ ВПО НГМУ Росздрава (Новосибирск, 28 мая 2008 г.) / под ред. Проф. В.Л. Дресвянникова. — Новосибирск: Сибмедицат; Изд-во ГНТУ, 2008. — С. 62—63
- Купер К.* Индивидуальные различия. / пер. с английского Т.М. Марютиной под ред. И.В. Равич-Шербо. — М. — Аспект-Пресс. — 2000. — С. 304—306; 310—311; 315—316, 430, 431—432, 435, 436, 433—455
- Ласовская Т.Ю.* Этапы конструирования теста: определение эффективности заданий в опроснике для диагностики пограничного личностного расстройства / Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье в XXI веке» 25 мая 2005 г. в г. Новосибирске. — Новосибирск: Сибмедицат, 2005. — С. 118—119
- Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В., Ячников С.В.* Привлекательность тематики смерти в клинической картине пограничного личностного расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2010. — № 6. — С. 31—32
- Ласовская Т.Ю., Ячников С.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А.* Этапы конструирования теста. Определение ретестовой надежности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства / «Будущее клинической психологии-2012». Материалы VI Международной научно-практической конференции 20 апреля 2012 г. Пермь. — 2012. — С. 102—109
- Ласовская Т.Ю., Сарычева Ю.В., Ячников С.В., Пономаренко И.В., Жовнер И.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А.* Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства: определение надежности частей теста // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 2
- Ласовская Т.Ю.* Определение чувствительности и специфичности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства. // Материалы

- IV Международной научно-практической дистанционной конференции «Современная психология: теория и практика» (27–28 марта 2012 г.) — Москва. — 2012. — С. 102–103
- Ласовская Т.Ю., Ячников С.В., Пономаренко И.В., Жовнер И.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А. Валидизация опросника для диагностики пограничного личностного расстройства: определение конструктивной валидности // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 3
- Ласовская Т.Ю., Ячников С.В., Сарычева Ю.В. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А»: определение теоретического конструкта, формулирование заданий, пилотажное исследование и стандартизация. // Материалы международной заочной научно-практической конференции «Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения» (20–21 апреля 2012г.) — Пенза-Москва-Витебск. — 2012. — С. 76–87
- Ласовская Т.Ю., Сарычева Ю.В., Ячников С.В. Определение внешней валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства. // Материалы международной заочной научно-практической конференции (2 апреля 2012 года). — Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов». — 2012. — С. 130–136
- Ласовская Т.Ю., Ларин А.В., Ячников С.В. Определение ретроспективной валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства // Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)», состоявшейся 14–15 февраля 2013 г. В ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. — Москва. 2013. — С. 77–79
- Мельников В.М., Ямольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности: Учебное пособие для слушателей ИПК преподавателей пед. дисциплин ун-тов и пед. ин-в.— М.: Просвещение. — 1985. — С. 172, 186–187
- Носс И.Н. Психодиагностика. Тест, психометрия, эксперимент (информационно-методический конспект материалов к практическим занятиям по психодиагностике и экспериментальной психологии). — М. — «Издательство «КСП+», 1999. — С. 56–65, 57–59
- Нохуров Б.А. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — М. — 2005. — С. 8–9
- Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальный подходы). Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. — М. — 2004. — С. 6–9
- Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с английского В.П. Леонава. — М.: ГОЭТАР-МЕДИА. — 2003. — С. 93
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — 2000, С. 245–251; 168–169

- Шмелев А.Г. Основы психодиагностики. Учебное пособие для студентов педвузов. — Москва, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. — С. 148—152
- Asnaani A., Chelminski I., Young D., Zimmerman M. Heterogeneity of BPD: do the number of criteria met make a difference? // *J Pers.Dis.* 2007; 21(6), 615—625
- Barnow S., Limberg A., Stopsack M., Spitzer C., Grabe HJ., Freyberger HJ., Hamm A. Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder // *Psychol Med.* 2011. Nov 9: 1—12
- Cheung F.M., Kwong J.Y., Zhang J. Clinical validation of the Chinese Personality Assessment Inventory // *Psychol Assess.* 2003 Mar; 15(1): 89—100
- Egan S., Nathan P., Lumley M. Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting // *Aust N Z Psychiatry* 2003 Aug; 37(4): 484—91
- Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. // *J Consult Clin Psychol.* 2004 Feb; 72(1): 126—31
- Gunderson J. Borderline personality disorder. A Clinical Guide. 2001. Washington. — P. 9—14, 38, 39, 50—54; 55
- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y. Fatality caused by self-bloodletting in patients with factitious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Kazuko T., Inoue K. Discriminative features of borderline personality disorder // *Shinrigaku Kenkyu.* 2009 Feb; 79(6): 506—513
- Klonsky E.D. What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder // *J Pers Dis.* 2008 Aug; 22(4): 418—426
- Koenigsberg H., Kaplan R.D., Gilmore M.M., et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2.464 patients // *Am.J. Psychiatry* 1985; 142(2): 207—212
- Korzekwa M.I., Dell P.F., Links P.S., Thabane L., Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look // *J Trauma Dissociation* 2009; 10(3): 346—67
- Kuba T., Yakushi T., Fukuhara H., Nakomoto Y., Singeo ST., Tanaka O., Kondo T. Suicide-related events among child and adolescent patients during short-term antidepressant therapy // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011 Apr; 65(3) 239—45
- Lai C.M., et al. Are DSM-IV-TR borderline personality disorders, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMD-III impulsive personality disorder diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? // *J Pers Dis* 2012 Aug; 16(4): 551—567
- Links P.S., Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder // *Can J Psychiatry* 2003 Jun; 48(5): 301—310
- Lyoo I.K., Youn T, Ha T.H., Park H.S., Kwon J.S. Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorder by the curve fitting method // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug; 57 (4): 417—23
- Moran P., Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry* 2004 Jan; 184: 86

- Osono A, Takahashi S.* Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Oct; 57 (5): 532—8
- Paris J.* Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder // *Harv Rev Psychiatry* 2002 Nov-Dec; 10 (6): 315—23
- Robles-Garcia R., Torres Nabel L.C., Paex Agraz F.* // Study of translation and reliability of the Wisconsin personality disorders inventory (WISPI-IV) // *Actas Esp Psiquiatr* 2003 May-Jun; 31 (3): 133—7
- Ross C.A.* Borderline personality disorder and dissociation // *J Trauma dissociation.* 2007; 8(1): 71—80
- Rossi G., Hauben C., Van den Brande I., Sloore H.* Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorders scale // *Psychol Rep* 2003 Apr; 92 (2): 627—42
- Sar V., Akyuz G, Kugu N., Ozturk E., Ertem-Vehid H., Axis I.* Dissociative Disorder Comorbidity in borderline personality disorder and Reports of Childhood Trauma // *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (10): 1583—1590
- Skinner N.F., Hutchinson L, Lukenda A., Drake G., Boucher J.* National personality characteristics: II Adaptation-innovation in Canadian, American, and British samples // *Psychol Rep* 2003 Feb; 92 (1): 21—2
- Swartz M., Blazer D., George L. et al.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *J Pers Disord* 1990; 4: 257—272
- Van Der Bosch L.M., Verheul R., Langelang W., Van den Brink W.* Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems // *Austr N Z J Psychiatry.* 2003 Oct; 37 (5): 549—555
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42(10): 1015—1021
- Widiger T.A.* Alternative perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder / *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives* / edited by J.F. Clarkin. — The Guilford press.— New York .— 1992.—P. 89—108, 134—137
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Jager-Human S., Reich D.B., Fitzmaurice G.* The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study // *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Oct; 118(4): 291—6
- Zimmerman M., Koryell W.* DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(8); 262—269

THE QUESTIONNAIRE FOR THE DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER FORMS "A"

T.Yu. LASOVSKAJA

The paper examines the main stages of development "Questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder" form "A". Questionnaire showed the following psy-

chometric properties: Cronbach's Alpha 0,86; test-retest reliability of 0,90; sensitivity of 84%; 97% specificity. Defined internal (Construct) and external validity.

Keywords: personality disorders, borderline personality disorder, borderline personality disorder diagnosis

- Agarkov V.A.* Dissociatsiya kak mekhanizm psichicheskoi zaschity v kontexte posledstvii psichicheskoi travmy: dis. ... cand. Psychol. Nauk: 19.00.04 — zaschislena 25.12.2002: etp. 21.03.03. — M., 2002. — 201 s.
- Agarkov V.A.* Empiricheskie issledovaniya dissociatsii // Brushlinsky A.V., Dzuralvliov A.L. (red.) *Sovremennaya psichologia: sostojanie i perspektivy issledovaniy. Tezisy dokladov na jubileinoi nauchnoi konferencii IP RAN, 28–29 janvarja 2002 g. Tom 1.* / M.: Izd-vo IP RAN. 2002. s. 242–244
- Burlachuk L.F.* *Psihodiagnostika.* — SPB.: Piter. — 2002. — S.151–152, 154, 156–157, 157–158, 158–159, 160, 161–162, 168
- Kaplan G.I., Sedok B.Dzh.* *Klinicheskaya psichiatriya/Perevod s angl. V 2-h t. M. — Meditsina, 1998.— T1.—Str. 655–656*
- Korolenko Ts.P., Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V.* Silnyie chuvstva pri vide krovi kak dopolnitelnyiy kriteriy diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva/ Aktualnyie voprosy psichiatrii i narkologii v XXI veke: tezisy dokladov mezhhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyaschenoy 25- letiyu kafedry psichiatrii i narkologii s kursom klinicheskoy psichologii FPK i PPV GOU VPO NGMU Roszdrava (Novosibirsk, 28 maya 2008g.)/ pod red. Prof. V.L. Dresvyanikova. — Novosibirsk: Sibmedizdat; Izd-vo GNTU, 2008. — S. 62–63
- Kuper K.* Individualnyie razlichiya./ per. s angliyskogo T.M. Maryutinyo pod red. I.V. Ravich-Scherbo. — M. — Aspekt-Press. — 2000. — S. 304–306; 310–311; 315–316, 430, 431–432, 435, 436, 433–455
- Lasovskaya T.Yu.* Etapyi konstruirovaniya testa: opredelenie effektivnosti zadaniy v oprosnike dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva/ Aktualnyie problemyi sovremennoy psichiatrii i psichoterapii: Tezisy dokladov Mezhhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem "Psichicheskoe zdorove v XXI veke" 25 maya 2005 g. v g. Novosibirske. — Novosibirsk: Sibmedizdat, 2005. — S. 118–119
- Lasovskaya T.Yu., Korolenko Ts.P., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V.* Privlekatelnost tematiki smerti v klinicheskoy kartine pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva) // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 2010.—№ 6.—S. 31–32
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A.* Etapyi konstruirovaniya testa. Opredelenie retestovoy nadezhnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva / "Buduschee klinicheskoy psichologii-2012". Materialy VI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 20 aprelya 2012 g. Perm. — 2012. — S. 102–109
- Lasovskaya T.Yu., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V., Ponomarenko I.V., Zhovner I.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A.* Oprosnik dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva: opredelenie nadezhnosti chastei testa // Meditsina i obrazovanie v Sibiri. — 2012. — № 2

- Lasovskaya T.Yu. Opredelenie chuvstvitelnosti i spetsifichnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva. // Materialy IV Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy distantsionnoy konferentsii "Sovremennaya psihologiya: teoriya i praktika" (27—28 marta 2012g.) — Moskva. — 2012. — S. 102—103
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Ponomarenko I.V., Zhovner I.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A. Validizatsiya oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva: opredelenie konstruktivnoy validnosti // Meditsina i obrazovanie v Sibiri. — 2012. — № 3
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Saryicheva Yu.V. Oprosnik dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva formy "A": opredelenie teoreticheskogo konstrukta, formulirovanie zadaniy, pilotazhnoe issledovanie i standartizatsiya // Materialy mezhdunarodnoy zaochnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Sotsialnyie nauki i obshchestvennoe zdorove: teoreticheskie podhodyi, empiricheskie issledovaniya, prakticheskie resheniya" (20—21 aprelya 2012g.) — Penza-Moskva-Vitebsk. — 2012. — S. 76—87
- Lasovskaya T.Yu., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V. Opredelenie vneshney validnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva. // Materialy mezhdunarodnoy zaochnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (2 aprelya 2012 goda). — Novosibirsk: Izd. "Sibirskaya assotsiatsiya konsultantov". — 2012. — S. 130—136
- Lasovskaya T.Yu., Larin A.V., Yaichnikov S.V. Opredelenie retrospektivnoy validnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva // Sbornik materialov Vserossiyskoy yubileynoy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Teoreticheskie i prikladnyie problemy meditsinskoy (klinicheskoy) psihologii (k 85-letiyu Yu.F. Polyakova)", sostoyavsheysya 14—15 fevralya 2013 g. V GOU VPO "Moskovskiy gorodskoy psihologo-pedagogicheskiy universitet" i FGBU "NTsPZ" RAMN. — Moskva. 2013. — S. 77—79
- Melnikov V.M., Yampolskiy L.T. Vvedenie v eksperimentalnuyu psihologiyu lichnosti: Uchebnoe posobie dlya slushateley IPK prepodavateley ped.distsiplin un-tov i ped. in-v. — M.: Prosveschenie. — 1985. — S. 172, 186—187
- Noss I.N. Psihodiagnostika. Test, psihometriya, eksperiment (informatsionno-metodicheskiy konspekt materialov k prakticheskim zanyatiyam po psihodiagnostike i eksperimentalnoy psihologii). — M. — "Izdatelstvo "KSP", 1999. — S. 56—65, 57—59
- Nohurov B.A. Sudebno-psihiatricheskaya otsenka rasstroystv lichnosti u podekspertnyih, sovershivshih agressivnyie pravonarusheniya. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskih nauk. — M. — 2005. — S. 8—9
- Obrosov I.F. Rasstroystva lichnosti u osuzhdennyih v mestah lisheniya svobody (kliniko-dinamicheskii i mediko-sotsialnyiy podhodyi). Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskih nauk. — M. — 2004. — S. 6—9
- Petri A., Sebin K. Naglyadnaya statistika v meditsine/ Per. s angliyskogo V.P. Leona-va. — M.: GOETAR-MEDIA. — 2003. — S. 93
- Popov Yu.V., Vid V.D. Sovremennaya klinicheskaya psihiatriya. — 2000, S. 245—251; 168—169
- Shmelev A.G. Osnovy psihodiagnostiki. Uchebnoe posobie dlya studentov pedvuzov. — Moskva, Rostov-na-Donu: "Feniks", 1996. — S. 148—152

- Asnaani A., Chelminski I., Young D., Zimmerman M.* Heterogeneity of BPD: do the number of criteria met make a difference? // *J Pers.Dis.*2007; 21(6), 615—625
- Barnow S., Limberg A., Stopsack M., Spitzer C., Grabe HJ., Freyberger HJ., Hamm A.* Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder // *Psychol Med.* 2011. Nov 9: 1—12
- Cheung F.M., Kwong J.Y., Zhang J.* Clinical validation of the Chinese Personality Assessment Inventory // *Psychol Assess.* 2003 Mar; 15(1): 89—100
- Egan S., Nathan P., Lumley M.* Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting // *Aust N Z Psychiatry* 2003 Aug; 37 (4): 484—91
- Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H.* Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. // *J Consult Clin Psychol.* 2004 Feb; 72(1): 126—31
- Gunderson J.* Borderline personality disorder. A Clinical Guide. 2001.Washing-ton. — P. 9—14, 38, 39, 50—54; 55
- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y.* Fatality caused by self-bloodletting in patients with facititious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Kazuko T., Inoue K.* Discriminative features of borderline personality disorder // *Shinrigaku Kenkyu.* 2009 Feb;79(6): 506—513
- Klonsky E.D.* What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder // *J Pers Dis.*2008 Aug;22(4): 418—426
- Koenigsberg H., Kaplan R.D., Gilmore M.M., et al.* The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2.464 patients // *Am.J. Psychiatry* 1985; 142(2): 207—212
- Korzekwa M.I., Dell P.F., Links P.S., Thabane L., Fougere P.* Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look // *J Trauma Dissociation* 2009;10(3): 346—67
- Kuba T., Yakushi T., Fukuhara H., Nakomoto Y., Singeo ST., Tanaka O., Kondo T.* Suicide-related events among child and adolescent patients during short-term anti-depressant therapy // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011 Apr; 65(3) 239—45
- Lai C.M., et al.* Are DSM-IV-TR borderline personality disorders, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMD-III impulsive personality disorder diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? // *J Pers Dis* 2012 Aug;16(4): 551—567
- Links P.S., Gould B., Ratnayake R.* Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder // *Can J Psychiatry* 2003 Jun; 48(5): 301—310
- Lyoo I.K., Youn T., Ha T.H., Park H.S., Kwon J.S.* Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorder by the curve fitting method // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug; 57 (4): 417—23
- Moran P., Leese M., Lee T., Walters P., Thornicroft G., Mann A.* Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry* 2004 Jan; 184: 86

- Osono A., Takahashi S.* Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Oct; 57 (5): 532—8
- Paris J.* Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder // *Harv Rev Psychiatry* 2002 Nov-Dec; 10 (6): 315—23
- Robles-Garcia R., Torres Nabel LC., Paex Agraz F.* // Study of translation and reliability of the Wisconsin personality disorders inventory (WISPI- IV) // *Actas Esp Psiquiatr* 2003 May-Jun; 31 (3): 133—7
- Ross C.A.* Borderline personality disorder and dissociation // *J Trauma dissociation*. 2007; 8(1): 71—80
- Rossi G., Hauben C., Van den Brande I., Sloore H.* Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorders scale // *Psychol Rep* 2003 Apr; 92 (2): 627—42
- Sar V., Akyuz G, Kugu N., Ozturk E., Ertem-Vehid H., Axis I.* Dissociative Disorder Comorbidity in borderline personality disorder and Repots of Childhood Trauma // *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (10): 1583—1590
- Skinner N.F., Hutchinson L, Lukenda A., Drake G., Boucher J.* National personality characteristics: II Adaptation-innovation in Canadian, American, and British samples // *Psychol Rep* 2003 Feb; 92 (1): 21—2
- Swartz M., Blazer D., George L. et al.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *J Pers Disord* 1990; 4: 257—272
- Van Der Bosch L.M., Verheul R., Langelang W., Van den Brink W.* Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems // *Austr N Z J Psychiatry*. 2003 Oct; 37 (5): 549—555
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42(10): 1015—1021
- Widiger T.A.* Alternative perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder / *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives* / edited by J.F. Clarkin. — The Guilford press. — New York. — 1992. — P. 89—108, 134—137
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Jager-Human S., Reich D.B., Fitzmaurice G.* The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study // *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Oct; 118(4): 291—6
- Zimmerman M., Koryell W.* DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(8); 262—269