

Клинические рекомендации  
Специфическое расстройство личности

МКБ-10: F60/F61  
Возрастная группа: лица старше 18 лет

Медицинские профессиональные некоммерческие организации-разработчики:  
Российское общество психиатров

Год утверждения:

<b>Оглавление</b>	
Список сокращений .....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация .....	5
2. Диагностика .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
3. Лечение.....	16
4. Реабилитация.....	22
Критерии качества оценки медицинской помощи .....	23
Список литературы .....	25
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	30
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	30
Приложение А3. Связанные документы .....	33
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	35
Приложение В. Информация для пациента .....	38
Приложение Г. Информированное согласие на лечение.....	39

### Список сокращений

МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр)

РЛ – расстройство личности

СРЛ – специфическое расстройство личности

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РОП – Российское общество психиатров

ТЦА – Трициклические антидепрессанты

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ММРІ – Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Миннесотский мультифакторный личностный опросник)

IPDE - International Personality Disorder Examination

## Термины и определения

**Клиническое интервью** (расспрос) – основной метод исследования, позволяет собрать субъективный анамнез и выявить клинические факты, определяющее психическое состояние.

**Объективный анамнез** – важный этап диагностики личностного расстройства. С целью получения объективных сведений производят расспрос лиц его ближайшего окружения – родственников, знакомых, сослуживцев. Сведения могут быть получены также из характеристик с места учебы или работы, проживания.

**Расстройства личности** – ряд клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму с детства стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Это дисгармония всех сфер личности с нарушением преимущественно эмоций и воли, своеобразным мышлением. Аномалии личности мало изменяются в течение жизни, в результате этих нарушений может изменяться адаптация индивидуума в социуме.

## **1. Краткая информация**

### **1.1 Определение**

В МКБ-10 под СРЛ понимают тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, включающее обычно несколько сфер психики и сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Расстройства, возникшие в детстве или подростковом возрасте, проявляются в периоде зрелости, представляют собой существенные отклонения от образа жизни обычного человека со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, эмоций и интерперсональных отношений.

**Специфические расстройства личности (СРЛ)** – состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

- 1) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;
- 2) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
- 3) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- 4) указанные проявления всегда возникают в детстве и подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;
- 5) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу;
- 6) как правило, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

### **1.2 Этиология и патогенез**

РЛ возникают на основе взаимодействия двух факторов – рано приобретенной биологической неполноценности головного мозга и влияния внешней среды.

Общим механизмом динамики СРЛ является декомпенсация патологического состояния с включением новых патологических феноменов (аффективные, бредовые).

### **1.3 Эпидемиология**

Средний суммарный показатель распространенности всех типов РЛ среди населения составляет 5-10%. Для каждого конкретного типа РЛ показатель колеблется от 0,5% до 7,8% [4, 9].

#### **1.4 Особенности кодирования по МКБ-10**

##### **Специфические расстройства личности (F60):**

F60.0 – Параноидное (параноическое) РЛ

F60.1 – Шизоидное РЛ

F60.2 – Диссоциальное РЛ

F60.3 – Эмоционально неустойчивое РЛ

F60.30 – импульсивный тип

F60.31 – пограничный тип

F60.4 – Истерическое РЛ

F60.5 – Ананкастное РЛ

F60.6 – Тревожное (уклоняющееся) РЛ

F60.7 – Расстройство типа зависимой личности

F60.8 – Другие СРЛ

F60.9 – РЛ неуточненное

##### **Смешанные и другие расстройства личности (F61)**

Эта категория предназначена для личностных расстройств и аномалий, которые часто причиняют беспокойство, но не проявляются специфическим набором симптомов, которые характеризуют конкретные расстройства.

#### **1.5. Классификация**

##### **Диагностические критерии параноидного (параноического) РЛ (F60.0):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- 2) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, т.е. отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;
- 3) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;
- 4) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

- 5) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;
- 6) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;
- 7) охваченность несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

**Диагностические критерии шизоидного РЛ (F60.1):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) мало, что доставляет удовольствие или вообще ничто;
- 2) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
- 3) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
- 4) слабая ответная реакция, как на похвалу, так и на критику;
- 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);
- 6) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- 7) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;
- 8) непреднамеренное заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей;
- 9) отсутствие близких друзей и доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

**Диагностические критерии диссоциального РЛ (F60.2):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать, по меньшей мере, три признака из числа следующих:

- 1) бессердечное равнодушие к чувствам других людей;
- 2) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
- 3) неспособность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их;
- 4) крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
- 5) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;

- б) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, которые ставят индивидуума в конфликт с обществом.

**Диагностические критерии эмоционально неустойчивого РЛ (F60.3):**

**F60.30 Импульсивный тип.**

- А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).
- Б. Должны присутствовать минимум три признака из числа следующих:
- 1) выраженная тенденция действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия;
  - 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;
  - 3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать "поведенческие взрывы", являющиеся результатом этих эмоций;
  - 4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;
  - 5) нестабильное и капризное настроение.

**F60.31 Пограничный тип.**

- А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).
- Б. Должны отмечаться минимум три из вышеперечисленных симптомов критерия Б для F60.30, и дополнительно два из следующих:
- 1) расстройство и неопределенность образа «Я», целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);
  - 2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;
  - 3) чрезмерные усилия избегать уединения;
  - 4) периодические угрозы и акты самоповреждения;
  - 5) хроническое чувство пустоты.

**Диагностические критерии истерического РЛ (F60.4):**

- А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).
- Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:
- 1) самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций;
  - 2) внушаемость (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств);
  - 3) неглубокая и лабильная эмоциональность;



- 4) постоянное стремление к деятельности, при которой индивидум находится в центре внимания;
- 5) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;
- 6) чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.

**Диагностические критерии ананкастного РЛ (F60.5):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- 2) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- 3) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;
- 4) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- 5) повышенная педантичность и приверженность социальным условностям;
- 6) ригидность и упрямство;
- 7) необоснованные настойчивые требования индивидуума, чтобы окружающие поступали таким же образом, как и он или необоснованное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;
- 8) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

**Диагностические критерии тревожного (уклоняющегося, избегающего) РЛ (F60.6):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия;
- 2) представления о собственной социальной неспособности, непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- 3) излишняя озабоченность быть критикуемым или отвергаемым в социальных ситуациях;
- 4) нежелание вступать во взаимоотношения с людьми, не будучи уверенным в своей привлекательности для них;
- 5) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

- б) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межперсональными контактами, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

**Диагностические критерии зависимого РЛ (F60.7):**

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60 (п.1.4).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- 1) стремление переложить на других ответственности в важнейших решениях своей жизни;
- 2) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых индивидуум зависит, и излишняя податливость их желаниям;
- 3) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;
- 4) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться неспособным позаботиться о себе;
- 5) страх остаться покинутым и предоставленным самому себе;
- 6) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

Отграничение РЛ от основных психических расстройств может представлять затруднения. В некоторых случаях возникает необходимость в клиническом и инструментальном (электроэнцефалография, энцефалография, реоэнцефалография, компьютерная томография, ядерный магнитный резонанс, рентгенологическое, биохимическое и т.д.) исследовании. Для диагностики важны закономерности развития и динамики. Формирование аномального склада происходит постепенно, годами; не характерна значительная изменчивость клинической картины, не связанная с психогенными воздействиями и сопровождающаяся расширением клинических проявлений с падением психической продуктивности и длительной социальной дезадаптацией.

**1.6. Клиническая картина**

В соответствии с МКБ-10 для параноидного РЛ характерны враждебность, подозрительность, раздражительность, односторонность и стойкость аффекта. Могут отмечаться патологическая ревность, критическая настроенность к другим людям, неспособность сотрудничать, сутяжная деятельность. Такие личности могут развивать нереалистичные фантастические идеи. Сверхценные идеи подчиняют себе всю личность, определяют поведение индивидуума. Выявляются аффективные колебания (психогенные и спонтанные). В ответ на стресс, индивидуумы могут испытывать кратковременные

психотические эпизоды (от нескольких минут до нескольких часов). У них часто возникает зависимость от психоактивных веществ.

При шизоидном РЛ с ранних лет постепенно формируется замкнутость (аутизм), дискомфорт в области человеческих общений, обращенность к сфере внутренних переживаний, бедность эмоциональных связей с окружающими. Основой шизоидного темперамента является сочетание чрезмерной чувствительности (гиперестезия) и эмоциональной холодности (анестезия). Обращает на себя внимание дисгармоничность, парадоксальность внешнего облика и поведения. Мимика лишена живости, голос маломодулирован. Увлечения нередко своеобразные, оригинальные.

Для диссоциального РЛ характерны грубое несоответствие между поведением и социальными нормами, поведение, при котором социальные нормы и законы нарушаются. Это люди импульсивные, лишённые чувства ответственности, они не способны извлечь уроки из негативного опыта. В детстве часто отмечаются синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведенческие нарушения, оппозиционное отношение и враждебность к окружающим. Рано обнаруживаются склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, патологическое влечение к азартным играм.

При эмоционально неустойчивом РЛ отмечается импульсивность с тенденцией действовать без учета последствий и самоконтроля, неустойчивость настроения с аффективными вспышками. Личностям с импульсивным типом свойственна выраженная возбудимость, ограничения и запреты вызывают бурные реакции протеста с агрессией, двигательным возбуждением. Дисфории перемежаются периодами страха, паники или отчаяния. Длительные периоды повышенного настроения могут смениться дистимическими фазами, спровоцированными психогенными или соматическими нарушениями.

При истерическом РЛ отмечаются чрезмерная эмоциональность и особенности поведения, которые направлены исключительно для привлечения внимания к себе. Внешний вид и поведение эксцентричны, они склонны преувеличивать свои возможности и способности, фантазируют на эту тему. Особенность психики - отсутствие четких границ между воображаемым и действительным. Лица с этим расстройством могут совершить попытку самоубийства с целью привлечения внимания к себе.

При ананкастном РЛ выявляются чрезмерная озабоченность порядком, перфекционизм, упрямство, ригидность сочетающиеся с неуверенностью и чрезвычайной осторожностью. Обнаруживаются впечатлительность, ранимость, склонность к тревожным опасениям. Внимание к правилам выражено столь значительно, что теряется цель деятельности. Патологическая динамика наблюдается в инволюционном возрасте,

нарастают тревожность, ограничение личных потребностей, патологическая скупость. Обсессивно-фобическая симптоматика носит характер изолированных навязчивостей, компульсий, ритуалов. Навязчивости являются эгосинтонными.

При тревожном РЛ можно выявить гиперчувствительность в сфере интерперсональных отношений, ограничение контактов, нерешительность. Эти лица с детства робки, боязливы, не могут оставаться в одиночестве. В коллективе они чувствуют себя неуютно, в референтной группе выбирают тех, с кем чувствуют себя уверенно. Низкая самооценка и гиперчувствительность к отвержению сочетаются с ограничением межличностных контактов. Основные проблемы проявляются в социальной и профессиональной сферах функционирования.

При зависимом РЛ выявляются пассивность, подчиняемость, внушаемость, постоянная потребность в заботе. В повседневной жизни они малоактивны, утомляемы, им недостает инициативы, способности противостоять чужим желаниям, у них отсутствует уверенность в своих силах. Потребность поддерживать значимую связь часто приводит к искаженным взаимоотношениям. В семье они находятся на положении «взрослых детей».

## **2. Диагностика**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – психодиагностическое интервью. Его принципы: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, что является важным как для дифференциальной диагностики, так и установления сопутствующих патологических состояний.

Сбор жалоб и анамнеза, визуальное обследование, психопатологическое исследование, наблюдение за больным позволяют выявить в психическом статусе пациента признаки преходящих реакций, которые возникают в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Они характеризуются усугублением основных патохарактерологических проявлений, нарушением поведения, появлением аффективных (депрессивные, гипоманиакальные, сдвоенные-биполярные) и бредовых расстройств, а также астенических, истерических, обсессивных и соматоформных симптомокомплексов.

Объективный анамнез включает:

А) данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами; личностных особенностях ближайшего окружения;

Б) данные о характерологических особенностях, особенностях его развития, поведения в детстве, изменения склада личности в течение жизни под влиянием возрастных кризов; данные о семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на патогенные воздействия внешней среды.

Сведения о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, терапевтический анамнез собираются при изучении и анализе медицинской документации.

Приступая к расспросу, следует учитывать отношение пациента к собеседованию. Часто по отношению к психиатру существует настороженность, нередко нежелание подвергаться обследованию. Расспрос должен проводиться врачом в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая факторы, способные создать ощущение торопливости.

Врач должен исключить демонстрацию собственной личностной позиции и не допускать оценивающих, комментирующих и назидательных высказываний.

Предпочтительными считаются вопросы, стимулирующие опрашиваемого к самостоятельному рассказу, который следует деликатно направлять в нужное русло (этап пассивного интервью).

Вопросы должны быть по возможности простыми и понятными пациенту. Их доступность определяется совпадением лексики врача с речевой практикой пациента, что зависит от образовательного, культурного уровня, национальных и этнических факторов.

Анамнестические сведения собирают от прошлого больного к настоящему. При РЛ удается установить, что уже в детском возрасте у пациента проявляются черты характера, которые достигают крайности и влияют на его адаптацию в обществе.

Схема опроса – хронологическая последовательность, она включает школьный, семейный, трудовой, сексуальный, социальный анамнез и анамнез болезни.

Расспрос должен выявлять:

А) психические расстройства с учетом времени их появления, последующего усложнения или обратного развития с оценкой их влияния на различные стороны жизни пациента;

Б) личностные особенности и характерологические изменения;

В) особенности реагирования на психические травмы;

Г) влияние перенесенных экзогенных вредностей (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ) на психическое состояние пациента;

Д) особенности протекания критических возрастных периодов;

Е) эффективность лечения.

Во время расспроса обращается внимание на особенности внешнего вида пациента, его мимику, движения, речь.

Во время беседы с пациентом выявляются:

А) степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности;

Б) особенности мышления, памяти, внимания и их нарушения;

В) особенности эмоционально-волевой сферы, настроения;

Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

При изложении психического состояния применяется описательный метод. В тех случаях, когда обследуемый употребляет слова и выражения, точно описывающие его переживания, их следует приводить как прямую речь.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, нозологической диагностики и выбора терапии.

При интерпретации полученных данных психиатр должен руководствоваться клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу.

## **2.2 Физикальное обследование.**

Внешний осмотр, позволяющий выявить рубцы от самоповреждений, следует рассматривать как один из дополнительных способов верификации анамнестических данных. Выявленные в ходе визуального осмотра следы от инъекций, признаки склерозирования вен, являются признаками, свидетельствующими о склонности обследуемого к употреблению психоактивных веществ.

## **2.3 Инструментальные диагностические исследования**

Для разграничения РЛ с органически и соматически обусловленным поражением ЦНС, выявления очаговых неврологических симптомов и ликворной гипертензии, снижения порога судорожной готовности, эпилептической активности рекомендуется проведение электроэнцефалографического, реоэнцефалографического и эхоэнцефалографического исследования, магнитно-резонансной томографии головного мозга. При выявлении по результатам обследования патологических изменений рекомендуется консультация врача-невролога [1,2].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

#### **2.4 Другие диагностические исследования**

Экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование является одним из методов диагностики. Используются экспериментально-психологические методики-тесты, с помощью которых возможна оценка типа темперамента, особенностей характера, личностных качеств. Исследование направлено на изучение психической деятельности личности, дает возможность выявить внутреннюю структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, сохранные стороны личности, установить индивидуальные особенности личности.

*Для дифференциальной диагностики расстройств личности с малопрогредиентными формами шизофрении рекомендуется исследование мыслительной деятельности с применением следующих методик: исключение предметов и понятий, сравнение и признаки понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям [3].*

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Для оценки выраженности патохарактерологических черт рекомендуется использование опросника ММРІ [4], а также проведение полуструктурированного интервью - Исследование расстройств личности по международной схеме (IPDE - International Personality Disorder Examination) [5,6,7].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Для оценки эмоциональной сферы (эмоциональный фон, интенсивность эмоциональных реакций, их устойчивость, порог возникновения, контроль эмоций), анализа стиля общения, мотивационной сферы, самооценки рекомендуется проведение методик «Тематический апперцепционный тест»,

«Рисунок несуществующего животного», шкала самооценки (по Дембо-Рубинштейн) [8,9,10,11,12].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Комментарий: результаты экспериментально-психологического исследования не могут предопределять то или иное диагностическое заключение и должны оцениваться в совокупности с клиническими данными.

### **3. Лечение**

#### **3.1 Немедикаментозная терапия.**

Цель лечения – купирование симптомов тревоги, дисфории, депрессии, коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.

*Из немедикаментозных методов лечения рекомендуется долгосрочная психотерапия. К основным методам индивидуальной психотерапии относятся психодинамический метод, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, терапия творческим самовыражением [13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28].*

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

**Комментарий.** Прием врача-психотерапевта первичный желателно осуществлять на более ранних сроках начала амбулаторного лечения, при этом необходимо учитывать психическое состояние пациента, позволяющее установить психотерапевтический контакт. Проводится диагностика и определяется нуждаемость в различных видах психотерапевтической работы (как индивидуальной, так и групповой).

Цель – гармонизация поведения и достижение стабильной социальной адаптации пациента. Применяются методы групповой, семейной и индивидуальной психотерапии. Выбор методического приема зависит от типа РЛ и варианта динамики. Групповая психотерапия предусматривает использование взаимоотношения, возникающие между участниками группы, а также между психотерапевтом и группой в целом. Терапия ориентирована на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций и аномального поведения пациента через опосредованное групповым взаимодействием раскрытие, осознание и психологическую переработку имеющихся проблем. В результате групповой терапии устраняются неадекватные установки, когнитивные, эмоциональные и поведенческие стереотипы. Особенно важным является то, что в ходе такой работы пациент приобретает реальный опыт конструктивного преодоления внутри- и межличностных



конфликтов. При лечении пациентов с расстройствами личности должен сохраняться баланс между поддержкой и формированием ответственности пациента, который должен активно включаться в решение проблем.

### **3.2 Медикаментозное лечение**

Этиопатогенетического лечения не существует. Лекарственная терапия назначается в случаях выраженной отрицательной динамики личностных расстройств, проводится непродолжительными курсами, строго индивидуально.

Данных о пользе длительного лечения при расстройствах личности практически нет. Фармакотерапия является частью комплексного плана лечения, включающего психотерапию и социальную работу, при её назначении необходимо учитывать особенности психопатологического оформления болезненных симптомов, их тяжести, а также результаты применявшихся ранее методов лечения. Фармакотерапия не влияет на такие симптомы как хроническое чувство пустоты, избегание возможного отказа, нарушение идентичности, диссоциация [29], в то же время медикаментозная терапия, направленная на чётко определенные симптомы (тревога, депрессия, раздражительность, импульсивность), эффективна у пациентов с тяжелыми расстройствами личности [30] и может быть назначена сроком на 3 месяца, в течение которых должна быть проведена комплексная оценка её эффективности.

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Комментарий: Показания к применению психофармакологических препаратов определяются клиническими признаками, структурой расстройства. При выборе лечения эмоционально неустойчивого расстройства личности следует проводить дифференциальный диагноз между истинной депрессивной симптоматикой и свойственным таким лицам переживанием одиночества, пустоты, скуки и хронической дисфории.

При терапии используются препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики (транквилизаторы), антидепрессанты, антипсихотические препараты (нейролептики), нормотимики, вводимые при необходимости парентерально.

#### **Транквилизаторы**

Для купирования беспокойства, страха, тревоги, напряжения, коррекции нарушения сна рекомендуется назначение диазепама\*\* (5-60 мг/сут), #хлордиазепоксида (5-100 мг/сут), бромазепам (1,5 – 12 мг/сут), #лоразепам\*\* (1-6 мг/сут), тофизопам (50-300 мг/сут), бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)\*\* (0,5-10 мг/сут),

клоназепама\*\* (0,5-20 мг/сут), клобазама (10-30 мг/сут), #нитразепама\*\* (2,5-10 мг/сут), #алпразолама (0,25-6 мг/сут), #триазолама (0,25-1 мг/сут), #мидазолама\*\* (7,5-15 мг/сут), #афобазола (10-60 мг/сут), #гидроксизина\*\* (25-300 мг/сут), #этифоксина (100-200 мг/сут), #буспирона (5-30 мг/сут), #зопиклона\*\* (7,5-15 мг/сут), #золпидема (5-20 мг/сут) [31].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Комментарий: В связи с высокой вероятностью развития зависимости от психоактивных веществ, транквилизаторы должны с осторожностью назначаться пациентам с расстройствами личности [32,33]. Особенно высокий риск формирования психической и физической зависимости может наблюдаться у лиц с пограничным расстройством личности. Прием бензодиазепинов может плохо сочетаться с психотерапией. Кроме того, не исключаются парадоксальные и растормаживающие эффекты.

#### **Нейролептики**

Применение нейролептиков у лиц с расстройствами личности оправдано для купирования психотической симптоматики, возникающей в рамках динамики РЛ, а также коррекции эмоционально-поведенческих нарушений, контроля импульсивности, гневливости. При явлениях острого психомоторного возбуждения в качестве купирующей терапии назначают традиционные нейролептики: #хлорпромазин\*\* (25-1500 мг/сут), #промазин (20-2000 мг/сут), #левомепромазин\*\* (50-400 мг/сут), #тиоридазин\*\* (50-800 мг/сут), #алимемазин (5-30 мг/сут). В последующем для курсового лечения используют атипичные антипсихотики. Рекомендуется назначение нейролептиков на период не более 3-х месяцев [1,31,34].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Комментарий: необходимо тщательно наблюдать за симптомами-мишенями и при отсутствии клинического улучшения приём нейролептика необходимо прекратить.

Перициазин\*\* является традиционным нейролептиком применяемым для коррекции «неспецифической агрессивности» различного генеза, в том числе «психопатической агрессивности» [35]. Для купирования выраженного психомоторного возбуждения с импульсивностью, агрессивными действиями у пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение перициазина\*\* в дозе 3-30 мг/сутки [36,37,38,39,40,41,42,43,44,45].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Комментарий: В связи с малым количеством современных исследований (большинство исследований выполнены в 1960-х г.г.), подтверждающих безопасность перициазина, возможностью развития экстрапирамидных осложнений перициазин не может быть отнесен к препаратам первой линии в лечении пациентов с расстройством личности.

Из традиционных нейролептиков для коррекции гневливости, враждебности, раздражительности, импульсивного поведения пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение галоперидола\*\* в низких дозах (4-5 мг\сут) [46,47].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Комментарий: учитывая выраженность побочных эффектов, усугубление депрессивных симптомов, что может быть связано с ухудшением комплаентности, галоперидол\*\* для лечения пациентов с расстройствами личности не может являться препаратом первой линии [48].

Более целесообразным представляется применение атипичных нейролептиков. В частности, рекомендуется назначение #оланзапина\*\* (2,5-7 мг/сутки) при тревоге, гневливости, импульсивности, агрессивности у лиц с пограничным расстройством личности [49,50,51,52,53,54].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

Сведения о влиянии #оланзапина\*\* на депрессивную симптоматику у лиц с пограничным расстройством личности носят противоречивый характер [55,56,57], поэтому его применение при преобладании в клинической картине депрессивных расстройств не рекомендуется.

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Другим атипичным нейролептиком, который рекомендуется для купирования агрессивности, враждебности и ажитации у лиц с пограничным расстройством личности является #арипипрозол (15 мг/сутки) [58,59].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

При выраженной импульсивности, агрессивном поведении, суицидальных тенденциях рекомендуется назначение клозапина (150-600 мг/сут) [60,61,62].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Комментарий: в связи с риском развития серьезных осложнений (агранулоцитоз) клозапин не может являться препаратом первой линии и назначается только при отсутствии эффекта от других препаратов.

Для купирования депрессивно-тревожных расстройств, импульсивности у пациентов с пограничным расстройством личности не рекомендуется назначение #зипрасидона (40-200 мг/сутки) [63].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

#### **Нормотимики**

Для лечения эмоциональной нестабильности, подавления приступов ярости у пациентов с антисоциальным расстройством личности рекомендуется назначение солей лития. Целевая концентрация лития в крови – 0,6 – 1,3 ммоль/л. Начальная доза – 600 мг/сутки [33].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Комментарий: До лечения необходимо определить клиренс креатинина (должен быть не более 0,17 мл/с) и величину остаточного азота, провести ЭКГ-анализ и общий анализ крови с определением СОЭ, а затем регулярно не менее 1 раза в месяц, контролировать уровень лития в крови через 12 ч после приема последней дозы.

Для уменьшения импульсивности, агрессивности, раздражительности и аффективной лабильности у пациентов с пограничным расстройством личности, рекомендуется назначение #ламотриджина\*\* в дозировке от 50 до 200 мг/сутки [64,65,66].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

При эмоциональной неустойчивости, агрессивности у пациентов с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение #гопирамата\*\* в суточной дозе 50-250 мг [67,68,69,70,71].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

Применение карбамазепина\*\* для лечения расстройств личности не рекомендуется, в связи с отсутствием достоверных клинических исследований. В единственном исследовании не выявлено его эффективности по сравнению с плацебо [72].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

#### **Антидепрессанты**

При РЛ с коморбидными депрессиями, фазовых расстройствах, связанных с аффективным дисбалансом в качестве препаратов выбора рекомендуется использование (в тех же дозах, что и при аффективных заболеваниях) трициклических антидепрессантов (ТЦА), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), обратимых ингибиторов МАО типа А (#пирлиндол – 50-400 мг/сут); антидепрессантов двойного действия (#дулоксетин – 30-120 мг/сут, #венлафаксин – 75-375 мг/сут, #милнаципран – 50-250 мг/сут), #миртазапина (30-60 мг/сут), #агомелатина\*\* (25-50 мг/сут) [1,31].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

Предполагается, что аффективная нестабильность и импульсивность при пограничном расстройстве личности связаны с нарушением обмена серотонина в префронтальной коре, поэтому применение антидепрессантов из группы СИОЗС является патогенетически обоснованным [73]. Для купирования гневливости, тревоги, депрессии у пациентов с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение #флуоксетина\*\* в суточной дозе 20-60 мг. [74,75,76].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Комментарий: Для купирования депрессивной симптоматики у женщин с пограничным расстройством личности рекомендуется сочетание #флуоксетина\*\* (15 мг/сутки) с #оланзапином\*\* (3,3 мг/сутки) [77].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Не рекомендуется добавление #флуоксетина\*\* к лечению в процессе проведения диалектико-поведенческой терапии [78].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

Из других препаратов группы СИОЗС для купирования депрессивной симптоматики у пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение #циталопрама\*\* (20-60 мг/сутки) и #сертралина\*\* (50-150 мг/сутки) [79], #пароксетина (10-40 мг/сут) [80].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – А.**

Помимо СИОЗС для купирования депрессивной симптоматики у пациентов с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение амитриптилина\*\* в суточной дозе 100-175 мг. [46].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 3, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

#### **4. Реабилитация**

Рекомендована долгосрочная психотерапия. Курс терапии – 10-40 сеансов с периодичностью посещения психотерапевта 1-2 раза в неделю [17,18,28].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 2, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – В.**

**Комментарий.** Целью долгосрочной психотерапии является достижение понимания и решение бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Этап долгосрочной профилактической терапии с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций начинается с момента, когда проявления декомпенсации значительно уменьшились, устранены выраженные поведенческие нарушения.

Рекомендуется долгосрочная когнитивно-бихевиориальная терапия, психодинамическая, групповая терапия, направленные на коррекцию защитных механизмов. При необходимости продолжение поддерживающей терапии антидепрессантами, нормотимиками [81].

**Уровень достоверности доказательств (УДД) - 5, уровень убедительности рекомендаций (УУР) – С.**

#### **6. Организация медицинской помощи**

Лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях<sup>1</sup>.

Лечение пациентов с расстройствами личности должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях.

Показаниями для амбулаторного лечения являются невротические, связанные со стрессом расстройства, соматоформные расстройства: тревожно-фобические, обсессивно-

---

<sup>1</sup> Ст.5 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании.

компульсивные, диссоциативные; аффективные расстройства настроения без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций: легкий депрессивный эпизод, расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения.

Показаниями для стационарного лечения (не более 30 дней) являются аффективные расстройства, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, ауто- и гетероагрессивным поведением, не купирующиеся в амбулаторных условиях, транзиторные психотические расстройства различной структуры.

Под неотложной психиатрической помощью понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным либо находящимся в состоянии острого психоза, сопровождающегося возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, либо обнаруживающим, хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих<sup>2</sup>.

Показания для экстренной госпитализации в психиатрическую больницу являются острые психотические состояния различной структуры, возникающие в рамках динамики РЛ, сопровождающиеся ауто- и/или гетероагрессивным поведением [82].

В случае если те же состояния не сопровождаются выраженными ауто- и гетероагрессивными тенденциями рекомендуется лечение в дневном стационаре [83,84].

Пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, возможно только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях<sup>3</sup>. Показанием к выписке пациента из психиатрического стационара является купирование расстройств психотического уровня, которые на момент госпитализации обуславливали опасность для себя или для окружающих.

### Критерии качества оценки медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1	Установлена синдромальная структура расстройства	В	1

<sup>2</sup> Комментарий к ст.16 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании

<sup>3</sup> Ст.5 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании

2	Выполнена психологическая диагностика	В	1
3	Правильно выбраны условия лечения (амбулаторное, стационарное)	В	1
<b>Стационарное лечение</b>			
1	Лечение комплексное, включает патогенетическую и симптоматическую терапию	В	1
2	Купирована острая психопатологическая симптоматика	В	1
3	Подобрана адекватная терапия	С	1
4	Достигнута упорядоченность поведения	С	1
5	Решены социальные вопросы	В	1
<b>Амбулаторное лечение</b>			
1	Подобрана комплексная поддерживающая терапия	С	1
2	Достигнута стабилизация психического состояния с редукцией остаточной симптоматики после выписки из стационара	В	1
3	Поддерживается социальная и трудовая адаптация	В	1



## Список литературы

1. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтера, 2014. – С. 458-493.
2. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 663-668.
3. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М.: Изд. Института психотерапии. 2010. – 414 с.
4. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л.Н.Собчик. – Санкт-Петербург: Речь, 2000. – 219 с.
5. Loranger, A.W. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorders examination (IPDE) / A.W. Loranger, A. Janka, N. Sartorius. – New York: Cambridge University Press, 2007. – 225 p. 7.
6. Widiger T.A. Personality disorder diagnosis // World Psychiatry. – 2003/ - Vol. 2(3). – P.131–135.
7. Ассанович М.А., Дерман Е.В. Оценка психометрических свойств «Исследования расстройств личности по международной схеме (IPDE)» // Журнал ГрГМУ. 2014. №4 (48). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-psihometricheskikh-svoystv-issledovaniya-rasstroystv-lichnosti-po-mezhdunarodnoy-sheme-ipde> (дата обращения: 18.09.2019).
8. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб: Питер, 2004. – 336 с.
9. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. — СПб.: Речь, 2007;
10. Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. – М., 1998.; Мюррей Г. Применение теста тематической апперцепции // Проективная психология. – М., 2000.
11. Лесей С. Рисунок человека как проективный рисунок // Проективная психология. – М., 2000. - С. 238-259.
12. Маховер К. Проективный рисунок человека. – М., 1996.
13. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A, Allmon D, Heard H.L. 1991. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48:1060-1064.
14. Linehan M.M., Tutek D.A., Heard H.L., Armstrong H.E. 1994. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. Am J Psychiatry 151:1771-1776.
15. Linehan M.M. Schmidt H. 3rd, Dimeff L.A., Craft J.C., Kanter J. Comtois K.A. 1999. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict 8:279-292.
16. Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., et al. 2002. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend 67:13-26.
17. Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., et al. 2006. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 63:757-766.

18. Verheul R, Van Den Bosch L.M., Koeter M.W., De Ridder M.A., Stijnen T., Van Den Brink W. 2003. Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the netherlands. *Br J Psychiatry* 182:135-140.
19. Bosch L.M., Koeter M.W., Stijnen T., Verheul R., van den Brink W. 2005. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 43:1231-1241.
20. Bateman A., Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2009; 166(12): 1355–64.
21. Bateman A., Fonagy P. Personality Disorders: Theory, Research and Treatment A Randomized Controlled Trial of a Mentalization-Based Borderline Personality Disorder A Randomized Controlled Trial of a Mentalization-Based Intervention (MBT-FACTS) for Families of People With. 2019; 10(1):70.
22. Möller C., Kalgren L., Sandell A., Falkenström F., Philips B. Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Trials*. 2016/07/14 ed. 2017;27(6):749–65.
23. Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Eur Addict Res*. 2018/02/07 ed. 2018; 24(1):1–8.
24. Kvarstein EH, Pedersen G, Folmo E, Urnes Ø, Johansen MS, Hummelen B, et al. Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder - the impact of clinical severity. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2018. 1-21.
25. Бурно А.А. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под. ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2003. – С. 342-347.
26. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Академический проект; Деловая книга, 2006;
27. Иговская А.С. Краткая история клинической психотерапии пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии//Мед. психология в России. 2012. № 2 (13). – С. 1-4.
28. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. — Москва: Независимая фирма "Класс", 2001. — 464 с.
29. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G et al. Pharmacological intervention for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
30. Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 71. P. 14–25.
31. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. - М.: МИА, 2012. - 336 с.
32. Gardner D.L., Cowdry R.W.: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142:98–100.
33. Cowdry R.W., Gardner D.L.: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:111–119.

34. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ», 2006. – 416 с.
35. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press, 2013.
36. Alapin B., Stanczak T. Neuleptil (propericiazine) – a correcting drug in behavior disorders. Preliminary report (article in Polish). *Neurologia, Neurochirurgia Psychiatria Polska* 1966; 16 (10): 1167–71;
37. Daneel A.B. Neulactil (pericyazine) in the behaviour disturbances of institutionalized mental defectives. *SAJ Med Sci* 1967; 41 (39): 995–8;
38. Nardini L, Pistoni A. Selectivity of action of propericiazine in behavior disorders (article in Italian). *Rivista Sperimentale Freniatria Medicina Legale Alienazioni Mentali*. 1967; 91 (2): 569–75;
39. Nimb M. Proceedings of a symposium on behavioural disorders held in Leeds. Ed. F.A.Jenner. Dagenham, 1965; p. 21;
40. Rasch P.J. Treatment of disorders of character and schizophrenia by pericyazine (Neulactil). *Acta Psychiatr Scand. (Suppl.)* 1966; 191: 200–15;
41. Villa J.L., Nouri A. Therapy of personality problems and behavior in the aged with a phenothiazine derivative (neuleptil) (article in French). *Praxis* 1967; 56 (44): 1500–1;
42. Volmat R. Proceedings of a symposium on behavioural disorders held in Leeds. Ed. F.A.Jenner. Dagenham, 1965; p. 30; Wallis GG. Proceedings of a symposium on behavioural disorders held in Leeds. Ed. F.A.Jenner. Dagenham, 1965; p. 26;
43. Ionescu R, Nica S.U., Oproiu L. et al. Double-blind study in psychopathic behavior disorders (clozapine and pericyazine). *Pharmakopsychiatrie Neuropsychopharmakologie* 1973; 6 (6): 294–9,
44. Калинин В.В. Неулептил: применение в клинической практике. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1993;3(3):134-138.
45. Данилов Д.С. Эффективность и переносимость терапии перициaziном больных шизотипическим расстройством, органическим расстройством личности и пациентов с патохарактерологическими нарушениями в рамках расстройств личности. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2017; 117 (10): 65-71.
46. Soloff P.H., George A., Nathan S., Schulz P.M., Cornelius J.R., Herring J., Perel J.M.: Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9:238–246;
47. Soloff P.H., Cornelius J., George A., Nathan S., Perel J.M., Ulrich R.F.: Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:377–385.
48. Cornelius J.R., Soloff P.H., Perel J.M., Ulrich R.F.: Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1843–1848.
49. Bogenschutz M.P., George Nurnberg H. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:104-109;
50. Zanarini M.C., Frankenburg F.R. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:849-854.
51. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Parachini E.A. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:903-907;

52. Linehan M.M., McDavid J.D., Brown M.Z., et al. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:999-1005;
53. Shafti S.S., Shahveisi B. Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30:44Y47;
54. Soler J., Pascual J.C., Campins J., et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1221-1224.
55. Bogenschutz MP, George Nurnberg H. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:104-109;
56. Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:849Y854,
57. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Parachini E.A. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:903-907.
58. Nickel M.K, Muehlbacher M, Nickel C, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:833-838.
59. Nickel M.K. Aripiprazole treatment of patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:1815-1816.
60. Frankenburg F., Zanarini M.C.: Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 1993; 34:402–405.
61. Benedetti F., Sforzini L., Colombo C., Maffei C., Smeraldi E.: Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:103–107.
62. Chengappa K.N., Baker R.W.: The successful use of clozapine in ameliorating severe self mutilation in a patient with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995; 9:76–82.
63. Pascual J.C., Soler J., Puigdemont D., et al. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:603-608.
64. Tritt K, Nickel C, Lahmann C, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol*. 2005;19:287-291.
65. Leiberich P, Nickel MK, Tritt K, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients. Part II: An 18-month follow-up. *J Psychopharmacol*. 2008;22:805-808.
66. Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2009; 24 (5): 270–5.
67. Loew T.H., Nickel M.K., Muehlbacher M., et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:61-66.
68. Nickel M.K., Nickel C., Mitterlehner F.O., et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1515-1519.

69. Nickel M.K., Nickel C., Kaplan P. et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol. Psychiatry*. 2005;57:495-499;
70. Nickel M. Topiramate reduced aggression in female patients with borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:432-433.
71. Nickel MK, Loew TH. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients. Part II: 18-month follow-up. *Eur Psychiatry*. 2008;23:115Y117.
72. de la Fuente JM, Lotstra F. 1994. A Trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol* 4:470-486.
73. Tang T.Z., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009. Vol. 66. P. 1322–1330.
74. Salzmann C., Wolfson A.N., Schatzberg A., et al. 1995. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 15:23-29.
75. Coccaro E.F., Kavoussi R.J. 1997. Fluoxetine and impulsive aggressive behaviour in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 54:1081-1088.
76. Fan A.H., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature to examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients // *J. Clin. Psychiatry*. 2008. Vol. 69, N 11. P. 1794–803.
77. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Parachini E.A. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:903-907.
78. Simpson E.B., Yen S., Cosatello E., et al. 2004. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 65:379-385.
79. Ekselius L., von Knorring L. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram // *Int. Clin. Psychopharmacol*. 1998. Vol. 13, N 5. P. 205–211.
80. Tang T.Z., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009. Vol. 66. P. 1322–1330.
81. Обухов С.Г. Психиатрия / Под ред. Ю.А. Александровского — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 352 с.
82. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. — М.: Литтера, 2014. — С. 458-493.
83. Bateman, A. and Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563–1569;
84. Chiesa, M. and Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. *Br J Psychiatry* 183: 356–362.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. Горинов В.В. - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.
2. Корзун Д.Н. - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, член РОП;
3. Самылкин Д.В. – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;  
Организационное информационное обеспечение клинических рекомендаций:
4. Букреева Н.Д. - доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ, руководитель Научно-организационного отдела ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член правления РОП;
5. Кутуева Р.В. - младший научный сотрудник Научно-организационного отдела ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, член РОП.

**Конфликт интересов** отсутствует.

## **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты
3. Клинические психологи
4. Врачи общего профиля

**Методы, использованные для сбора доказательств:** поиск в электронных базах данных.

Описание методов: доказательной базой для рекомендаций являются базы данных MEDLINE, глубина поиска составляла 12 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

Консенсус экспертов;

**Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой**

- А) Доказательства убедительны: есть веские аргументы в пользу утверждаемого положения;
- Б) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- В) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- Г) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.
- Д) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

**Доказательства разделяются на несколько уровней:**

1. Доказательства, полученные в ходе мета-анализа или систематического обзора.
2. Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях.
3. Доказательства, полученные в больших проспективных, но нерандомизированных исследованиях.
4. Доказательства, полученные в ретроспективных нерандомизированных исследованиях на большой группе.
5. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных
6. Доказательства, полученные на отдельных больных.

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

**Методы, использованные для формулирования доказательств:**

Консенсус экспертов

Индикаторы доброкачественной практики – базируются на клиническом опыте членов по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:** анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации:**

Внешняя экспертная оценка

Внутренняя экспертная оценка

**Описание метода валидации:** рекомендации были рецензированы экспертами; комментарии экспертов систематизировались и обсуждались.

Консультация и экспертная оценка: изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на съездах и конгрессах. Версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте МЗ РФ.

**Таблица П.1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица П.2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа



3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**II. 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
<b>A</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>B</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>C</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Рабочая группа: рекомендации проанализированы членами рабочей группы, замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск ошибок сведён к минимуму.

**Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года.**

### Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1) Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2) Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

3) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»;

4) Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 800н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при специфических расстройствах личности»

5) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1131н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте».

6) Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

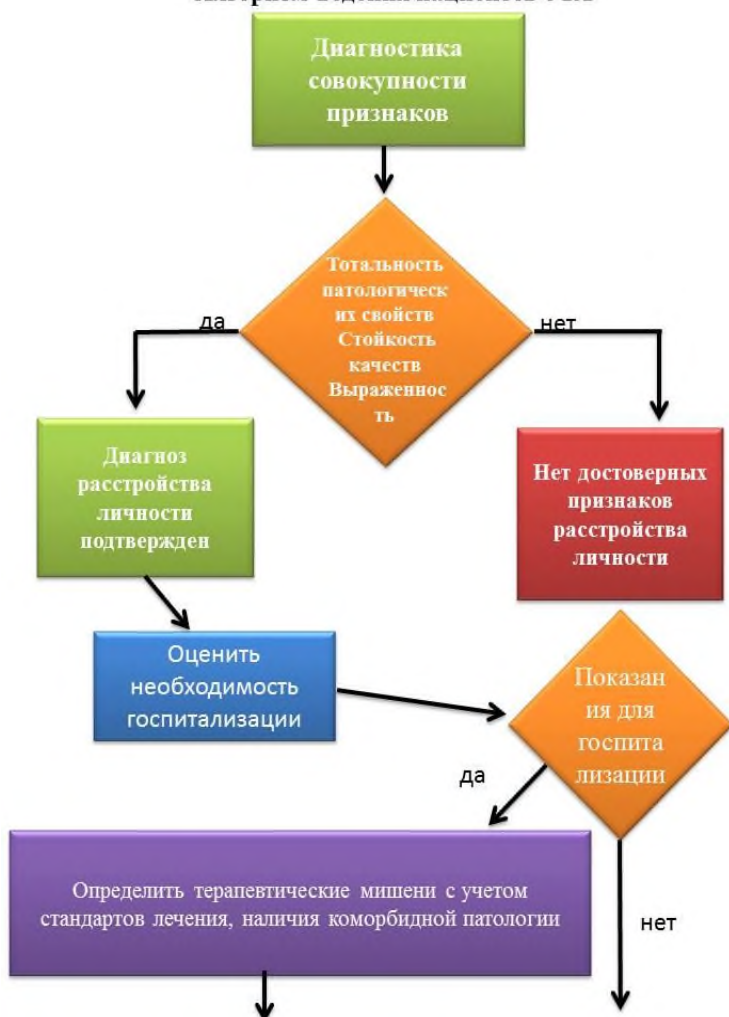
7) Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 N 2738-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

## Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Добавлено примечание ([YSL1]): В блок-схеме не читаемый текст!

Ведение пациента с РЛ, диагностика, выбор лечебной тактики и методов лечения в каждом случае осуществляется индивидуально в зависимости от типа расстройства личности, преобладающего психопатологического синдрома. Диагностика проводится в соответствии с критериями действующей классификации, в ходе лечения оценивается его эффективность. В общем виде ведение пациента с РЛ осуществляется в соответствии со следующим алгоритмом.

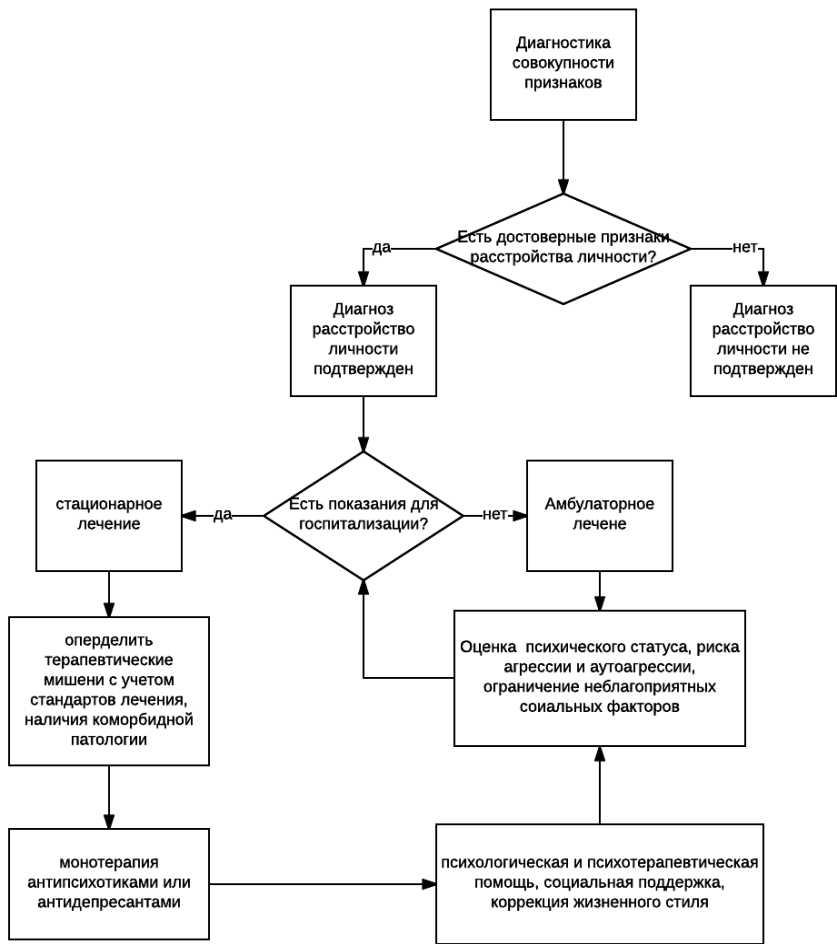
### Алгоритм ведения пациентов с РЛ





**Алгоритм ведения пациентов с РЛ**

**Добавлено примечание ([YSL2]):** Рассмотрите предложенную блок-схему



## **Приложение В. Информация для пациента**

В основе РЛ лежит стойкая аномалия характера, приводящая к повышенной уязвимости таких лиц в отношении стрессовых воздействий. При благоприятных средовых условиях в отношении лиц с РЛ не требуется проведения каких-либо лечебных мероприятий. В том случае, если на фоне стресса или субъективно труднопереносимой ситуации возникают поведенческие нарушения, депрессия, тревога, требуется проведение медикаментозного лечения и психотерапии. В подавляющем большинстве при своевременном начатом лечении подобные состояния имеют благоприятный прогноз. Лечение может осуществляться амбулаторно, а при значительной выраженности симптомов – потребовать госпитализации в психиатрический стационар. Дозы медикаментозных средств, выбор методов психотерапии, длительности лечения и частоты посещения определяются врачом-психиатром.

## Приложение Г. Информированное согласие на лечение

(в психиатрическую больницу, психо-наркологический диспансер, психиатрическом кабинете поликлиники, психиатрической консультации)

Я, \_\_\_\_\_

согласен(на) на обследование и лечение в условиях

Лечащим врачом \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество).

мне даны разъяснения об условиях пребывания в отделении, методах лечения и обследования, назначенных врачом, и включающих в себя:

клиническое обследование у врачей специалистов: терапевта, невролога, окулиста, гинеколога и др.

лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи)

инструментальное исследование (по показаниям)

физиотерапевтическое лечение

лечебную физкультуру (общеукрепляющие и специализированные группы)

психологическое исследование

психотерапию – краткосрочную, долгосрочную, индивидуальную, семейную, групповую и

(или) психологическую коррекцию

медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая)

продолжительность лечения не более \_\_\_\_\_ дней.

Мною получена информация о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, методах лечебного воздействия, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Ознакомлен (а) с режимом работы отделения (кабинета), правилами внутреннего распорядка.

Согласен (а) с назначенным лечащим врачом лечением и вышеизложенными положениями, обязуюсь им строго следовать.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ год.

Подпись пациента \_\_\_\_\_