Специфические расстройства личности

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Специфические расстройства личности — стойкие аномалии характера и поведения, обычно затрагивающие несколько сфер психики и приводящие к личностной и социальной дезадаптации. Рекомендация посвящена клинической диагностике, дифференциальной оценке, психотерапии, симптоматическому применению лекарств и организации помощи.

Главное

- Для расстройства типичны дисгармония личности и поведения в нескольких сферах, хроническое течение, начало в детстве или подростковом возрасте, сохранение проявлений в зрелости, дистресс и ухудшение социальной или профессиональной продуктивности.
- СРЛ формируются во взаимодействии ранней биологической неполноценности головного мозга и внешней среды; декомпенсация может сопровождаться аффективными и бредовыми феноменами.
- Основным методом диагностики является клиническое психопатологическое исследование с анализом развития личности и ее динамики.
- При первичном обращении оценивают тяжесть расстройства по SIFS: коэффициент 1,30–1,89 соответствует легкому, 1,90–2,49 — умеренному, более 2,5 — тяжелому РЛ.
- Всем пациентам рекомендуется экспериментально-психологическое исследование; его результаты не заменяют клиническую оценку. FFiCD используют для определения выраженности дезадаптивных черт и построения личностного профиля.
- Всем пациентам с РЛ рекомендуется психотерапия. Лекарственная терапия не имеет специфического патогенетического действия и применяется преимущественно при коморбидных расстройствах, декомпенсации и отрицательной динамике; данных о пользе длительного лечения РЛ практически нет.

Диагностика

1. Провести психодиагностическое интервью: собрать жалобы, психиатрический, соматический, социальный, семейный, трудовой и сексуальный анамнез, уточнить особенности развития с детства, реакции на психические травмы, употребление психоактивных веществ и эффективность предшествующего лечения.
2. Получить объективный анамнез и изучить медицинскую документацию: наследственную отягощенность, особенности ближайшего окружения, поведение в детстве, возрастную динамику личности, перенесенные экзогенные вредности и психические расстройства.
3. Во время беседы оценить ориентировку, мышление, память, внимание, эмоционально-волевую сферу, настроение и актуальные психические расстройства; отдельно описать внешний вид, мимику, движения и речь.
4. Сопоставить данные с общими критериями СРЛ: стойкая дисгармония в нескольких сферах, хронический и всеобъемлющий стиль поведения, начало в детстве или подростковом возрасте, нарушение адаптации, дистресс и снижение продуктивности.
5. Провести дифференциальную диагностику с депрессией, БАР, циклотимией, обсессивно-компульсивным и генерализованным тревожным расстройствами, расстройствами шизофренического спектра и хроническими бредовыми расстройствами.
6. Всем пациентам рекомендуется экспериментально-психологическое исследование; при первичном обращении рекомендуется провести тестирование SIFS и FFiCD. SIFS оценивает самосознание, самонаправленность, эмпатию и потребность в доверительных отношениях; FFiCD — ананкастность, диссоциальность, расторможенность, отстраненность и негативную аффективность. УДД 3, УУР B для SIFS; УДД 5, УУР C для экспериментально-психологического исследования и FFiCD.
7. Осмотреть пациента на предмет рубцов самоповреждений и следов инъекций.
8. При указании на травмы головы, нейроинфекции или соматическую патологию, способную поражать ЦНС, рекомендуется консультация врача-невролога; по согласованию с ним — проведение ЭЭГ, эхоэнцефалографии и МРТ головного мозга. УДД 5, УУР C.

Лечение

- Назначать психотерапию всем пациентам: индивидуальную, групповую или семейную, а также психодинамическую, гештальт-, когнитивно-поведенческую терапию и терапию творческим самовыражением. Продолжительность — 1–36 месяцев, курс 10–40 сеансов, частота не менее 1–2 сеансов в неделю. УДД 1, УУР А.
- При ПРЛ в первую очередь рассматриваются КПТ и ее разновидности, включая диалектическую поведенческую терапию и схема-терапию, а также терапия, ориентированная на перенос и ментализацию.
- Лекарственную терапию применяют преимущественно при коморбидных психических расстройствах, декомпенсации или отрицательной динамике; показания определяются клинической симптоматикой. Препараты входят в комплексный план вместе с психотерапией и социальной работой; данных о пользе длительного лечения РЛ практически нет.
- Для купирования тревоги, страха, напряжения и нарушений сна могут применяться диазепам 5–60 мг/сут, лоразепам 4–6 мг/сут, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,5–10 мг/сут, гидроксизин 50–100 мг/сут, буспирон 20–30 мг/сут. Бензодиазепины назначают с осторожностью из-за риска зависимости, парадоксальных и растормаживающих эффектов и возможного увеличения суицидального риска. УДД 5, УУР С.
- При психотической симптоматике, импульсивности, гневливости и остром психомоторном возбуждении могут применяться хлорпромазин 25–600 мг/сут, левомепромазин 200–300 мг/сут внутрь или 75–250 мг/сут парентерально, тиоридазин 30–200 мг/сут. Атипичные антипсихотики для курсового лечения назначают не более чем на 3 месяца; при отсутствии улучшения прием антипсихотического средства прекращают. УДД 5, УУР С.
- При депрессивной симптоматике с аффективным дисбалансом применяют антидепрессанты, включая циталопрам 20–60 мг/сут или сертралин 50–150 мг/сут. При ПРЛ для депрессивной симптоматики может назначаться амитриптилин 100–175 мг/сут. Для циталопрама и сертралина УДД 2, УУР А; для амитриптилина УДД 2, УУР А.
- При ПРЛ для коррекции эмоциональной неустойчивости и импульсивности рекомендуется курс ТМС из 15 процедур, однако имеющиеся данные ограничены. УДД 4, УУР С.
- Проводить психосоциальную терапию и реабилитацию с учетом степени социальной дезадаптации, формируя навыки взаимодействия, решения проблем и совладания; после активного этапа использовать поддерживающие мероприятия. При ПРЛ для повышения качества жизни рекомендуется долгосрочная психотерапия. УДД 5, УУР С; для долгосрочной психотерапии при ПРЛ УДД 1, УУР А.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение пациентов с РЛ должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях. Стационарное лечение продолжительностью не более 30 дней показано при декомпенсации с психомоторным возбуждением, аутоагрессивным или гетероагрессивным поведением, не купирующимися амбулаторно, а также при транзиторных психотических расстройствах.
- Экстренно госпитализировать в психиатрическую больницу при острых психотических состояниях в рамках динамики РЛ, если они сопровождаются ауто- и/или гетероагрессивным поведением.
- Если такие состояния не сопровождаются выраженной ауто- или гетероагрессией, рекомендуется лечение в дневном стационаре.
- Выписывать из психиатрического стационара после купирования психотических расстройств, которые при поступлении определяли опасность пациента для себя или окружающих.
- Диспансерное наблюдение устанавливают при хроническом или затяжном психическом расстройстве с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися проявлениями; оно прекращается при выздоровлении или значительном стойком улучшении. Отдельная группа Д-5 включает лиц, склонных к общественно опасным действиям, и пациентов на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении.

Частые вопросы

Какие признаки обязательны для диагноза специфического расстройства личности?

Нужны стойкая дисгармония личности и поведения в нескольких сферах, хронический всеобъемлющий стиль поведения с началом в детстве или подростковом возрасте, нарушение адаптации, личностный дистресс и, как правило, снижение социальной или профессиональной продуктивности.

Нужны ли анализы крови или другие лабораторные тесты для диагностики СРЛ?

Нет. Лабораторные диагностические исследования для диагностики СРЛ не применяются.

Когда назначать медикаменты при расстройствах личности?

Лекарства применяют при коморбидных психических расстройствах, временном ухудшении или декомпенсации и отрицательной динамике. Выбор препарата определяется актуальной симптоматикой; специфического патогенетического лечения РЛ нет.

Как долго и как часто проводить психотерапию?

Психотерапию проводят курсом 1–36 месяцев, 10–40 сеансов, с частотой не менее 1–2 сеансов в неделю.

Когда пациента с РЛ госпитализировать?

Стационар нужен при декомпенсации с некупируемым амбулаторно возбуждением, аутоагрессией или гетероагрессией, а также при транзиторных психотических расстройствах. Экстренная госпитализация показана при остром психозе с ауто- и/или гетероагрессивным поведением.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/397-specificheskie-rasstrojstva-lichnosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/397_3