

## **Клинические рекомендации – Специфические расстройства личности – 2024-2025-2026 (23.08.2024) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 397

По состоянию на 23.08.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

### **Разработчик клинической рекомендации**

- Общественная организация "Российское общество психиатров"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### **Список сокращений**

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

РЛ – расстройство личности

СРЛ – специфическое расстройство личности

ПРЛ – пограничное расстройство личности

БАР – биполярное аффективное расстройство

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

ЭСТ – электросудорожная терапия

ТМС – транскраниальная магнитная стимуляция

ДЛПФК – левая дорсолатеральная префронтальная кора

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

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (N06AB по АТХ-классификации)

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендации

### **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 по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

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 межличностных отношений.

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

СРЛ 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

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

### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

#### **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 (ПРЛ)
- 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):**

F61.0 – Смешанные расстройства личности

F61.1 – Причиняющие беспокойство изменения личности

Для кодирования состояний декомпенсации (реакции) и развития личности следует использовать пятый знак (в подрубрике F60.3x – шестой знак):

F60.x1 – компенсированное состояние;

F60.x2 – состояние декомпенсации (психопатическая реакция);

F60.x3 – развитие личности;

F60.x9 – неуточненное состояние.

### **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

К настоящему моменту не существует единой, общепринятой классификации СРЛ, разделяемой всем научным сообществом. Реализованная в МКБ-10 классификация СРЛ, несмотря на ряд замечаний, в целом соответствует традиционному отечественному подходу, основанному на клиническом феноменологическом описании аномальной личности.

### **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 (ПРЛ)

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

### **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

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, лишенные 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 неудобно, 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **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;
- С) 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 всех пациентов с РЛ рекомендуется завершать систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией, интегративной оценкой выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, эмоции, волевая сфера, критика) для целостного анализа, нозологической диагностики и выбора терапии [2].

УДД – 4, УУР – С.

Комментарий: При интерпретации полученных данных врач-психиатр должен руководствоваться клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу. 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. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с другими психическими расстройствами: истинную депрессивную симптоматику необходимо дифференцировать от свойственных лицам с эмоционально неустойчивыми чертами переживаний чувства одиночества, пустоты, скуки и хронической дисфории; БАР и циклотимию от эмоциональной нестабильности, раздражительности, свойственной для ПРЛ; тревожный и ананкастный типы РЛ – от обсессивно-компульсивного, генерализованного тревожного расстройства; шизоидное РЛ – от расстройств шизофренического спектра; параноидное РЛ – от хронических бредовых расстройств [73, 81].

### **Общие диагностические критерии СРЛ:**

- 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.

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

- А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60.
- 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.
- 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.
- 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;

6) 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.

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 (ПРЛ).

А. Должны выполняться общие критерии СРЛ F60.

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.

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 индивидуум 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.

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.
- 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;
  - 6) 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.
- 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.

## **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. Лабораторные диагностические исследования**

Лабораторные диагностические исследования не применяются для диагностики СРЛ.

## 2.4. Инструментальные диагностические исследования

- При указании в анамнезе пациента на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции), а также соматическую патологию, способную вызвать поражение ЦНС, рекомендуется консультация врача-невролога и проведение по согласованию с ним электроэнцефалографии и эхоэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга с целью дифференциальной диагностики СРЛ с органическими психическими расстройствами [1, 2].

УДД – 5, УУР – С.

## 2.5. Иные диагностические исследования

- Всем пациентам с РЛ с целью выявления структурных личностных особенностей и их выраженности рекомендуется проведение экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования [3, 66].

УДД – 5, УУР – С.

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

- Для определения степени тяжести РЛ при первичном обращении всем пациентам рекомендуется проведение тестирования по [Шкале](#) личностного и межличностного функционирования (The Self and Interpersonal Functioning Scale – SIFS) [67, 68, 69].

УДД – 3, УУР – В.

Комментарий: [Шкала](#) личностного и межличностного функционирования позволяет оценивать тяжесть РЛ на основании личностной дисфункции в четырех сферах [70]:

- самосознание (Identity) – переживание самого себя как уникального, с четкими границами между собой и другими; стабильность и точность самооценки; способность и умение регулировать диапазон различных эмоциональных переживаний;

- самонаправленность (Self-direction) – стремление достигать понятных и осмысленных краткосрочных и жизненных целей; использование конструктивных и просоциальных внутренних стандартов поведения; умение продуктивно рефлексировать;

- эмпатия (Empathy) – понимание и уважительное отношение к чужим переживаниям и мотивации; терпимость к отличающимся точкам зрения; понимание того, как собственное поведение влияет на других;

- потребность в доверительных отношениях (Intimacy) – глубина и продолжительность связи с другими; желание и способность к близости; взаимоуважение, отражающееся в межличностном поведении.

- Для определения выраженности дезадаптирующих личностных черт всем пациентам с РЛ при первичном обращении рекомендуется проведение тестирования Пятифакторным личностным [опросником](#) для МКБ-11 (The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 – FFiCD) [65, 68].

УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: Дименсиональная оценка РЛ позволяет описать все разнообразие дезадаптивного поведения пациентов с РЛ [72]. Пятифакторный личностный [опросник](#) для

МКБ-11 позволяет оценить выраженность пяти дезадаптирующих личностных черт: отстраненность, диссоциальность, расторможенность, ананкастность, негативная аффективность. Каждая из этих черт, в свою очередь, включает в себя несколько субдоменов (аспектов) и нюансов (оттенков), оценка которых позволяет получить более дифференцированный личностный профиль.

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1. Психологические методы и психотерапия**

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

- Из психологических методов лечения всем пациентам с РЛ с целью коррекции психопатологических симптомов, нарушений поведения и патологических защитных механизмов рекомендуется применение групповой, семейной и индивидуальной психотерапии, психодинамическая терапии, гештальт-терапии, когнитивноповеденческой терапии, терапии творческим самовыражением продолжительностью от 1 до 36 месяцев (курс 10-40 сеансов) и частотой не менее 1-2 сеансов в неделю [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 77, 78, 79, 80].

УДД – 1, УУР – А.

Комментарий. Несмотря на разницу в теоретических основах и подходах, различий в эффективности программ специализированной психотерапии не выявлено [77]. Психотерапия может осуществляться в амбулаторных и стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара [81]. Прием врача-психотерапевта первичный желательно осуществлять на более ранних сроках начала лечения, при этом необходимо учитывать психическое состояние пациента, позволяющее установить психотерапевтический контакт. Проводится диагностика и определяется план психотерапевтической работы (как индивидуальной, так и групповой).

Целью психотерапевтической коррекции является гармонизация поведения и достижение стабильной социальной адаптации пациента. Выбор психотерапевтической методики зависит от типа СРЛ и варианта динамики. Групповая психотерапия предусматривает использование взаимоотношения, возникающего 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.

Среди специализированных методов психотерапии в первую очередь при ПРЛ рассматривается КПТ и ее разновидности, в том числе диалектическая поведенческая терапия и схема-терапия, а также терапия, ориентированная на перенос и ментализацию [58].

При лечении пациентов с расстройствами личности должен сохраняться баланс между поддержкой и формированием ответственности пациента, который должен активно включаться в решение проблем. Следует отметить, что психотерапия эффективна при наличии достаточного времени и ресурсов, при этом она имеет ограниченную эффективность при лечении коморбидных аффективных и тревожных расстройств.

### 3.2. Медикаментозное лечение

Специфического патогенетического лечения РЛ не существует. Лекарственная терапия используется преимущественно для лечения коморбидных психических расстройств, либо в случаях временного ухудшения (декомпенсации) состояния и отрицательной динамики РЛ [73, 74, 75]. Показания к применению психофармакологических препаратов определяются клинической симптоматикой. При терапии используются препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики, антидепрессанты, антипсихотические средства, вводимые при необходимости парентерально [76]. Данных о пользе длительного лечения РЛ практически нет. Психофармакотерапия является частью комплексного плана лечения, включающего психотерапию и социальную работу, при ее назначении необходимо учитывать особенности психопатологического оформления болезненных симптомов, их тяжести, а также результаты применявшихся ранее методов лечения. Психофармакотерапия не влияет на такие проявления СРЛ как хроническое чувство пустоты, избегание возможного отказа, нарушение идентичности, диссоциация [20].

#### Анксиолитики

- Для купирования беспокойства, страха, тревоги, напряжения, коррекции нарушения сна рекомендуется назначение диазепама\*\* (5-60 мг/сут), лоразепама\*\* (4-6 мг/сут), бромдигидрохлорфенилбензодиазепина\*\* (0,5-10 мг/сут), гидроксизина\*\* (50-100 мг/сут), бупропиона (20-30 мг/сут), [22, 23, 24].

УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: В связи с высокой вероятностью развития зависимости от психоактивных веществ, анксиолитики бензодиазепиновой структуры должны с осторожностью назначаться пациентам с расстройствами личности [23, 24]. Особенно высокий риск формирования психической и физической зависимости может наблюдаться у лиц с ПРЛ. Прием производных бензодиазепина может плохо сочетаться с психотерапией. Кроме того, не исключаются парадоксальные и растормаживающие эффекты и увеличение суицидального риска [23].

#### Антипсихотические средства

- Применение антипсихотических средств у лиц с РЛ рекомендуется для купирования психотической симптоматики, возникающей в рамках динамики РЛ, а также для коррекции эмоционально-поведенческих нарушений, контроля импульсивности, гневливости. При явлениях острого психомоторного возбуждения в качестве купирующей терапии рекомендуется назначение традиционных антипсихотических средств: хлорпромазин\*\* (25-600 мг/сут), левомепромазин\*\* (пероральная форма – 200-300 мг/сут, парентеральная форма – 75-250 мг/сут), тиоридазин\*\* (30-200 мг/сут). В последующем для курсового лечения рекомендуется назначение атипичных антипсихотических средств на период не более 3 месяцев [1, 22, 24].

УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: необходимо тщательно наблюдать за симптомами-мишенями и при отсутствии клинического улучшения прием антипсихотического средства необходимо прекратить.

Перициазин\*\* является традиционным антипсихотическим средством, применяемым для коррекции "неспецифической агрессивности" различного генеза, в том числе "психопатической агрессивности" [25].

- Для купирования выраженного психомоторного возбуждения с импульсивностью, агрессивными действиями у пациентов с РЛ рекомендуется назначение перициазина\*\* в дозе 10-30 мг/сут [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35].

УДД – 3, УУР – В.

Комментарий: В связи с малым количеством современных исследований (большинство исследований выполнены в 1960-х гг.), подтверждающих безопасность перициазина\*\*, а также возможностью развития экстрапирамидных симптомов перициазин\*\* не может быть отнесен к препаратам первой линии в лечении пациентов с РЛ.

- Из традиционных антипсихотических препаратов для коррекции гневливости, враждебности, раздражительности, импульсивного поведения пациентов с РЛ рекомендуется назначение галоперидола\*\* в низких дозах (4-5 мг/сут) [36, 37].

УДД – 1, УУР – А.

Комментарий: учитывая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов, возможность развития депрессивных симптомов, что может быть связано с ухудшением комплаентности, галоперидол\*\* для лечения пациентов с РЛ не может являться препаратом первой линии [38].

### Антидепрессанты

- При СРЛ, сопровождающихся депрессивной симптоматикой с аффективным дисбалансом, с целью купирования гневливости, тревоги и симптомов депрессии рекомендуется использование неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов (имипрамин\*\* – 50-200 мг/сут (в амбулаторных условиях), 50-300 мг/сут (в стационарных условиях), кломипрамин\*\* – 50-250 мг/сут), СИОЗС (флувоксамин – 50-300 мг/сут, эсциталопрам – 10-20 мг/сут, флуоксетин\*\* – 20-60 мг/сут), других антидепрессантов (пипофезин\*\* – 50-400 мг/сут, тразодон – 75-300 мг/сут, пирлиндол – 50-400 мг/сут, дулоксетин – 60-120 мг/сут, венлафаксин – 75-375 мг/сут, мirtазапин – 30-45 мг/сут, агомелатин\*\* – 25-50 мг/сут) [1, 22, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45].

УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: Предполагается, что аффективная нестабильность и импульсивность при ПРЛ связаны с нарушением обмена серотонина в префронтальной коре, поэтому применение антидепрессантов из группы СИОЗС является патогенетически обоснованным [69].

- Из других препаратов группы СИОЗС с целью купирования депрессивной симптоматики у пациентов с РЛ рекомендуется назначение циталопрама (20-60 мг/сут) или сертралина\*\* (50-150 мг/сут) [46].

УДД – 2, УУР – А.

- С целью купирования депрессивной симптоматики у пациентов с ПРЛ рекомендуется назначение амитриптилина\*\* в суточной дозе 100-175 мг/сут. [47].

УДД – 2, УУР – А.

Комментарий: следует учитывать, что большинство антидепрессантов обладают отсроченным действием (эффект наступает в течение 2-3 нед.), и их назначение, особенно препаратов с психоаналептическим эффектом, требует иногда (особенно на начальных этапах лечения) сочетания с анксиолитиками и снотворными средствами для купирования проявлений тревоги и нарушений сна [2].

### 3.3. Иное лечение

Учитывая недостаточную эффективность медикаментозной терапии для лечения РЛ предпринимались многочисленные попытки использования различных других биологических методов лечения, в том числе нелекарственных. Эти данные носят разрозненный характер и основаны преимущественно на отдельных клинических наблюдениях. Наибольшее число

данных имеется в отношении транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) и электросудорожной терапии (ЭСТ). При этом при применении ЭСТ для лечения коморбидной депрессивной симптоматики ремиссия достигается не более чем в 20% случаев [48].

Имеется также ограниченное количество сведений о применении ТМС при ПРЛ. Большинство данных касается описания отдельных клинических наблюдений [49, 50] и имеется одно небольшое (29 пациентов с ПРЛ) рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с равной эффективностью как высокочастотной (5Hz) области левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК), так и низкочастотной (1Hz) ТМС области правой ДЛПФК с некоторым преимуществом высокочастотной методики в отношении эмоциональной чувствительности, негативного поведения и когнитивной импульсивности [51].

- У пациентов с ПРЛ с целью коррекции эмоциональной неустойчивости и импульсивности поведения рекомендуется проведение курса ТМС (15 процедур) [49, 50, 51, 52].

УДД – 4, УУР – С.

Комментарий: В связи с недостаточностью исследований на данный момент сложно полностью оценить и объяснить эффективность применения ТМС у пациентов с ПРЛ. В первую очередь обращает на себя внимание воздействие прежде всего на коморбидную депрессивную симптоматику, а также положительный эффект различных протоколов ТМС, что не исключает высокую вероятность эффекта плацебо. Принимая во внимание, что первостепенной проблемой у пациентов с ПРЛ является импульсивное поведение, которое, по-видимому, контролируется нейронными сетями в префронтальной коре во взаимодействии с подкорковыми структурами, данные имеющихся исследований позволяют сделать предварительный вывод о положительном влиянии ТМС на аутоагрессивное поведение и снижение импульсивности, что может повысить качество жизни и уровень социального функционирования больных, а также улучшить их семейные и межличностные отношения. Однако отсутствие РКИ с достаточной выборкой больных ПРЛ требует осторожной оценки.

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

- Всем пациентам с РЛ с целью коррекции недостаточных мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, обеспечивающих их интеграцию в обществе рекомендуются психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация [2, 53].

УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии [58]. Психосоциальная работа с пациентами может осуществляться на любом этапе оказания психиатрической помощи. Перед началом вмешательства рекомендуется определить характер и степень социальной дезадаптации, нуждаемость в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия, сформулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть [2]. Рекомендуются групповые формы работы, однако при невозможности включения пациента в группу (например, в случае его отказа и др.) работа проводится в индивидуальном формате; после завершения активных психосоциальных воздействий рекомендуются поддерживающие психосоциальные мероприятия [2].

- С целью повышения качества жизни всем пациентам с ПРЛ рекомендуется долгосрочная

психотерапия [54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64].

УДД – 1, УУР – А.

Комментарий. Целью долгосрочной психотерапии является коррекция защитных механизмов, достижение понимания и решение бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям, достижению и поддержанию трудовой и социальной адаптации.

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

Первичной профилактики РЛ не существует. Вторичная профилактика заключается в проведении долгосрочной психотерапии с коррекцией патологических защитных механизмов и поведенческих реакций и начинается с момента, когда проявления декомпенсации значительно уменьшились и устранены выраженные поведенческие нарушения.

Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. "Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения" (Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", ч. 2 ст. 27). Такое освидетельствование возможно, как при добровольном обращении лица за психиатрической помощью, так и недобровольно, при наличии показаний для недобровольного освидетельствования. Основанием для установления психиатрического диспансерного наблюдения является наличие хронического или затяжного психического расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27 Закона).

### **Примечание.**

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду приказ Минздрава РФ от 30.06.2022 N 453н, а не N 453.

Согласно действующему приказу Минздрава РФ от 30.06.2022 N 453, выделяются 5 групп диспансерного наблюдения: Д-1 – пациенты с частыми (более 1 раза в год) и продолжительными (более 120 дней за 2 года) госпитализациями; Д-2 – пациенты госпитализированные в медицинскую организацию с частотой 1 раз в 2 года продолжительностью госпитализаций менее 120 дней за 2 года; Д-3 – пациенты не госпитализировавшиеся в медицинскую организацию в течение 3-х лет и более; Д-4 – пациенты в состоянии компенсации, не госпитализировавшиеся в медицинскую организацию в течение 5 лет и более; Д-5 – пациенты, склонные к общественно-опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, которые подлежат активному диспансерному наблюдению. Установление диспансерного наблюдения не является пожизненным. В случаях выздоровления или при значительном и стойком улучшении психического состояния пациента, диспансерное наблюдение прекращается.

## 6. Организация оказания медицинской помощи

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

<1> Ст. 5 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

Лечение пациентов с РЛ должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях.

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

Показаниями для экстренной госпитализации в психиатрическую больницу являются острые психотические состояния различной структуры, возникающие в рамках динамики РЛ, сопровождающиеся ауто- и/или гетероагрессивным поведением [1].

В случае, если те же состояния не сопровождаются выраженными ауто- и гетероагрессивными тенденциями, рекомендуется лечение в дневном стационаре [61, 62].

Пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, возможно только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях [2]. Показанием к выписке пациента из психиатрического стационара является купирование расстройств психотического уровня, которые на момент госпитализации обуславливали опасность для себя или для окружающих.

## 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Информация отсутствует.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества диагностики и лечения	Оценка выполнения
1	Выявленные феномены систематизированы, дана их психопатологическая квалификация, проведена интегративная оценка выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, эмоции, волевая сфера, критика)	Да/нет
2	Проведено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (в стационарных условиях и при первичном амбулаторном приеме)	Да/нет
3	Рекомендована консультация врача-невролога при указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции)	Да/нет
4	Проведено тестирование по Шкале личностного и межличностного функционирования (The Self and Interpersonal Functioning Scale – SIFS) (в стационарных условиях и при первичном амбулаторном приеме)	Да/нет

5	Проведено тестирование Пятифакторным личностным опросником для МКБ-11 (The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 – FFiCD) (в стационарных условиях и при первичном амбулаторном приеме)	Да/нет
6	Назначена лекарственная терапия (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет
7	Рекомендована психотерапия	Да/нет

### 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. 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.
5. 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.
6. 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 drugdependence. Am J Addict 8: 279-292.
7. 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: 1326.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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): 1355-1364.
12. 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.
13. Moller C., Kalgren L., Sandell A., Falkenstrom 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): 749-765.

14. 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.
15. Kvarstein EH, Pedersen G, Folmo E, Urnes O, 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.
16. 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.
17. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.:
18. Академический проект; Деловая книга, 2006;
19. Иговская А.С. Краткая история клинической психотерапии пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии//Мед. психология в России. 2012. N 2 (13). – С. 1-4.
20. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies.* – Москва: Независимая фирма "Класс", 2001. – 464 с.
21. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G et al. Pharmacological intervention for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
22. 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.
23. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – М.: МИА, 2012. – 336 с.
24. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moller HJ; WFSBP Task Force on Personality Disorders; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2007; 8(4): 212 – 44.
25. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. М.: "Издательство БИНОМ", 2006. – 416 с.
26. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge university press, 2013.
27. Alapin B., Stanczak T. Neuleptil (propericiazine) – a correcting drug in behavior disorders. Preliminary report (article in Polish). *Neurologia, Neurochirurgiai Psychiatria Polska* 1966; 16 (10): 1167-1171;
28. Daneel A.B. Neulactil (pericyazine) in the behaviour disturbances of institutionalized mental defectives. *SAJ Med Sci* 1967; 41 (39): 995-998;
29. 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): 569-575;
30. Nimb M. Proceedings of a symposium on behavioural disorders held in Leeds. Ed. F.A. Jenner. Dagenham, 1965; p. 21;
31. Rasch P.J. Treatment of disorders of character and schizophrenia by pericyazine (Neulactil). *Acta Psychiatr Scand. (Suppl.)* 1966; 191: 200-215;
32. 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): 1500-1510;
33. 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;
34. 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,

35. Калинин В.В. Неулептил: применение в клинической практике. Социальная и клиническая психиатрия. 1993; 3(3): 134-138.
36. 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.
37. 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.
38. Duivenvoorden H. J. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains//Journal of clinical psychopharmacology. – 2011. – Т. 31. – N. 4. – С. 489-496.
39. 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.
40. Nose M. et al. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials//International clinical psychopharmacology. – 2006. – Т. 21. – N. 6. – С. 345-353.
41. Vita A., De Peri L., Sacchetti E. Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials//Journal of Clinical Psychopharmacology. – 2011. – Т. 31. – N. 5. – С. 613-624.
42. 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.
43. 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.
44. Coccaro E.F., Kavoussi R.J. 1997. Fluoxetine and impulsive aggressive behaviour in personality-disordered subjects. Arch Gen Psychiatry 54: 1081-1088.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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;
49. Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA, et al. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder//Am J Psychiatry – 2004; 161(11): 2073 – 80.
50. Feffer K, Peters SK, Bhui K, Downar J, Giacobbe P. Successful dorsomedial prefrontal rTMS for major depression in borderline personality disorder: Three cases.//Brain Stimul. 2017 May-Jun; 10(3): 716-717.
51. Mohammad A. High frequency TMS for the management of Borderline Personality Disorder: A case report//Asian Journal of Psychiatry – 2013, 6: 614-617.
52. Reyes-Lopez J. et al. Clinical improvement in patients with borderline personality disorder after treatment with repetitive transcranial magnetic stimulation: preliminary results Revista Brasileira de Psiquiatria.//Brazilian Journal of Psychiatry – 2018; 40: 97-104.

53. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Маслеников Н.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в психиатрии/под ред. С.Н. Мосолова/- Иваново: Нейрософт, 2023, 576 с.
54. Prosser A., Helfer B., Leucht S. Biological v. psychosocial treatment: a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy//Br. J. Psychiatr. 2016. Vol. 208. P. 209-211.
55. McLaughlin S. P. B. et al. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials//Psychotherapy. – 2019. – Т. 56. – N. 2. – С. 260.
56. Cristea I. A. et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis//Jama psychiatry. – 2017. – Т. 74. – N. 4. – С. 319-328.
57. Barnicot K. et al. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis//Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2011. – Т. 123. – N. 5. – С. 327-338.
58. Kliem S., Kroger C., Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling//Journal of consulting and clinical psychology. – 2010. – Т. 78. – N. 6. – С. 936.
59. Oud M. et al. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis//Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 52. – N. 10. – С. 949-961.
60. Chakhssi F. et al. Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis//Journal of personality disorders. – 2021. – Т. 35. – N. 2. – С. 255-269.
61. Wilson H. A. Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD//International Journal of Forensic Mental Health. – 2014. – Т. 13. – N. 1. – С. 36-46.
62. 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;
63. Chiesa, M. and Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. Br J Psychiatry 183: 356-362.
64. Spong A. J. et al. Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials//Clinical psychology review. – 2020. – С. 101-937.
65. Gibbon S. et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder//Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2020. – N. 9.
66. Oltmanns J. R. et al. General factors of psychopathology, personality, and personality disorder: Across domain comparisons//Clinical psychological science. – 2018. – Т. 6. – N. 4. – С. 581-589.
67. Derksen J., Sloore H. Psychodiagnostics and Indications for Treatment in Cases of Personality Disorder//Treatment of personality disorders. – Springer, Boston, MA, 1999. – С. 155-166.
68. Gamache D. et al. A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale//Front Psychiatry. 2021. V. 12.
69. Самылкин Д.В., Демидова Л.Ю., Гадисов Т.Г. и др. Предварительная адаптация и валидизация психометрических методик для дименсиональной оценки расстройств личности в рамках перехода к МКБ-11//Российский психиатрический журнал. 2023. N 1. С. 51-59.
70. Самылкин Д.В., Демидова Л.Ю., Гадисов Т.Г. и др. Валидность и внутренняя согласованность русскоязычной версии опросника личностного и межличностного функционирования (SIFS)//Российский психиатрический журнал. 2023. N 4. С. 64-71.
71. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 943 p.
72. Oltmanns J.R., Widiger T.A. The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A FacetLevel Assessment of the ICD-11 Trait Model//Psychol Assess. 2020. Vol. 32. N 1. P. 60.

73. Widiger T.A., Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground//J Pers Disord. 2005. Vol. 19. N 2. P. 110-130.
74. Simonsen S., Bateman A, Bohus M et al, European guidelines for personality disorders: past, present and future. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2019; (6)
75. Stoffers-Winterling J, Vollm B, Lieb K. Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? Expert Opin Pharmacother. 2021 Mar; 22(4): 393-395
76. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, Fortman R, Wines R, Persad E, Viswanathan M. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. CNS Drugs. 2021 Oct; 35(10): 1053-1067.
77. Casale A, Bonanni L, Bargagna P et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. Curr Neuropharmacol. 2021; 19(10): 1760-1779.
78. Christea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017; 74(4): 319-328.
79. McMMain SF, Chapman AL, Kuo JR, Dixon-Gordon KL, Guimond TH, Labrish C, Isaranuwatthai W, Streiner DL. The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. Psychother Psychosom. 2022; 91(6): 382-397.
80. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, Lavender A, Lockwood G, Malogiannis IA, Ruths FA, Schweiger U, Shaw IA, Zarbock G, Farrell JM. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2022 Apr 1; 79(4): 287-299.
81. Iliakis EA, Sonley AKI, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs? Psychiatr Serv. 2019; 70(9): 772-781.
82. Eskander N., Emany M., Saad-Omer S.M. et al. The Impact of Impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. Cureus. 2020; 12(8): 9581.

Приложение А1

### **Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. Ткаченко А.А. – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ "НМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, член правления РОП.
  2. Самылкин Д.В. – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психогений и расстройств личности ФГБУ "НМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, член РОП;
  3. Гадисов Т.Г. – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ "НМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, член РОП;
  4. Илюшина Е.А. – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ "НМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, член РОП.
  5. Гиленко Т.Д. – младший научный сотрудник отделения психогений и расстройств личности ФГБУ "НМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, член РОП.
- Конфликт интересов отсутствует.

## Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-психиатры
- Врачи-психотерапевты
- Врачи – судебно-психиатрические эксперты
- Медицинские психологи

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 метаанализа 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 II.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 метаанализа
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 метаанализа
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 II.2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	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)
С	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 сведен к минимуму.

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

Приложение А3

### **Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

2. Федеральный закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

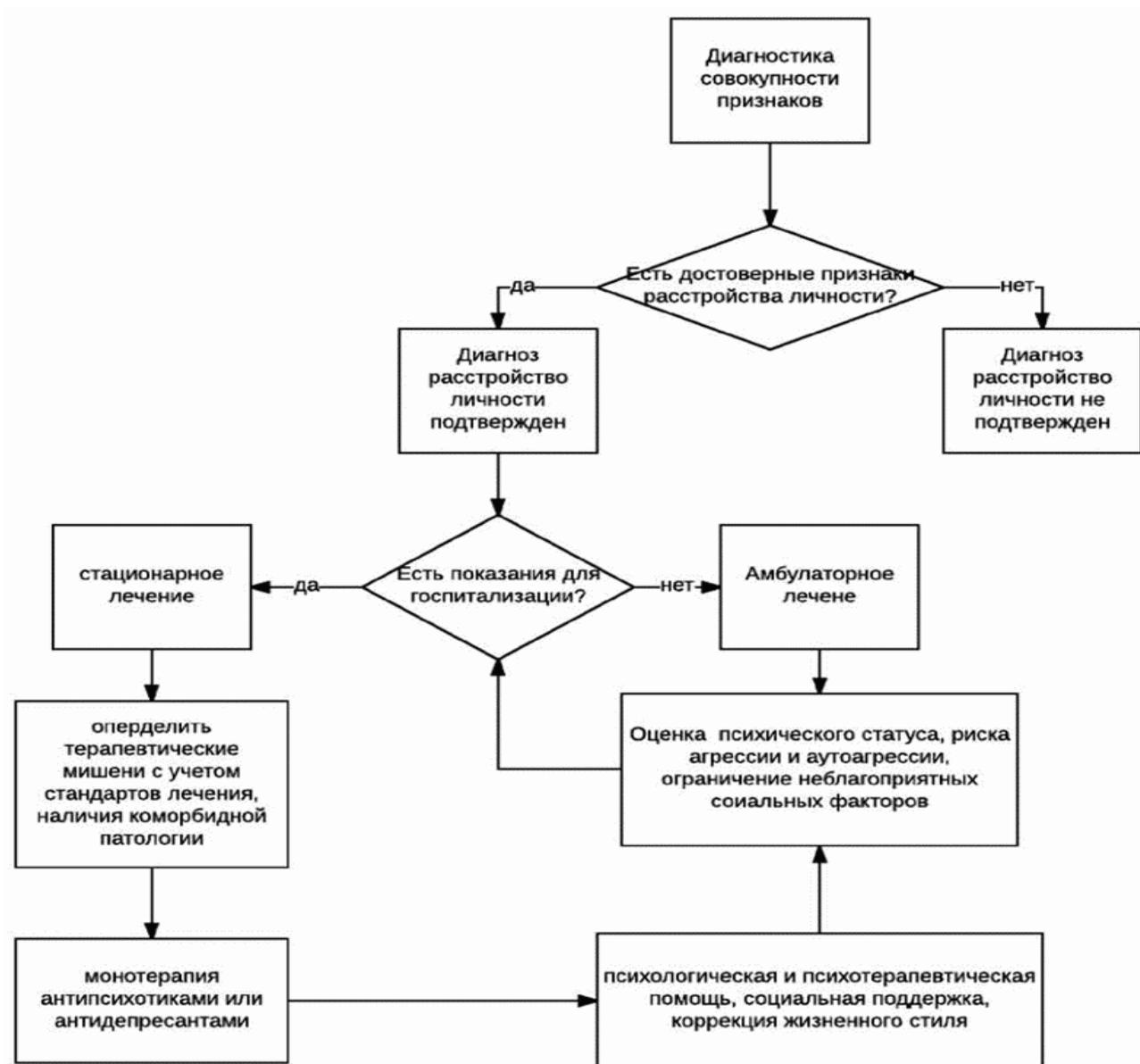
3. Приказ МЗ РФ от 30.06.2022 г. N 453н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями";

4. Приказ МЗ РФ от 14.10.2022 г. N 668н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения".

## Приложение Б

## Алгоритмы действий врача

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.



## 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 своевременно 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 Г1-ГН

### Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

#### Шкала личностного и межличностного функционирования

Оригинальное название: The Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS)

Источник: Gamache D, et al. A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale. Front Psychiatry. 2021; 12.

Samylkin D, Demidova L, Gadisov T, Nikitskiy I, Tkachenko A. The Self and Interpersonal Functioning Scale – SIFS (Russian version) [Internet]. figshare; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from:

[https://figshare.com/articles/journal\\_contribution/The\\_Self\\_and\\_Interpersonal\\_Functioning\\_Scale\\_SIFS\\_Russian\\_version\\_/21856983/1](https://figshare.com/articles/journal_contribution/The_Self_and_Interpersonal_Functioning_Scale_SIFS_Russian_version_/21856983/1)

Тип (подчеркнуть):

- шкала
- индекс
- опросник
- другое (уточнить): \_\_\_\_\_

Назначение: Оценка степени тяжести расстройства личности

Содержание (шаблон): состоит из 4-х подшкал: самосознание, самонаправленность, эмпатия, потребность в доверительных отношениях.

Интерпретация: При коэффициенте тяжести от 1,30 до 1,89 – легкое РЛ, от 1,90 до 2,49 – умеренное РЛ, более 2,5 – тяжелое РЛ.

Эта анкета состоит из 24 утверждений о Вас и о Ваших взаимоотношениях с другими людьми. Пожалуйста, оцените, насколько близко каждое из утверждений описывает Вас, используя следующую шкалу

Утверждение	Утверждение	Утверждение	Утверждение	Утверждение
совсем не	едва	умеренно	во многом	полностью
описывает	описывает	описывает	описывает	описывает
меня	меня	меня	меня	меня
0	1	2	3	4

Пожалуйста, отвечайте спонтанно, в соответствии с собственным впечатлением. Здесь нет

правильных или неправильных ответов, мы хотели бы знать, как вы себя видите. Важно, чтобы вы ответили на все вопросы, и чтобы на каждый вопрос вы давали только один ответ.

1	Я способен выносить большинство своих эмоций и хорошо управлять ими.	0 - 1 - 2 - 3 - 4
2	На моей самооценке сильно сказываются мои неудачи или разочарования	0 - 1 - 2 - 3 - 4
3	Я чувствую глубокую пустоту внутри себя	0 - 1 - 2 - 3 - 4
4	Я склонен путать свои эмоции с эмоциями других людей	0 - 1 - 2 - 3 - 4
5	Я запутался в том, кто я есть на самом деле	0 -
6	Я узнаю себя в том, как меня описывают другие	1 - 2 - 3 - 4
7	Мне часто кажется, что моя жизнь не имеет смысла	0 - 1 - 2 - 3 - 4
8	Я ставлю перед собой разумные цели и предпринимаю реальные меры для их достижения	0 - 1 - 2 - 3 - 4
9	Иногда я не понимаю, почему я вел себя определенным образом или почему принял некоторые решения	0 - 1 - 2 - 3 - 4
10	В своих действиях и решениях я руководствуюсь своими неотложными потребностями, невзирая на все остальное	0 - 1 - 2 - 3 - 4

11	Я часто меняю свои планы и жизненные цели	0 - 1 - 2 - 3 - 4
12	Мои действия и мои решения соответствуют моим ценностям и убеждениям	0 - 1 - 2 - 3 - 4
13	Люди часто негативно реагируют на мои слова или мои действия, и я не до конца понимаю, почему	0 - 1 - 2 - 3 - 4
14	Люди критикуют меня за то, что я нечуток к другим.	0 - 1 - 2 - 3 - 4
15	Я часто нахожусь в замешательстве, почему люди ведут себя по отношению ко мне определенным образом	0 - 1 - 2 - 3 - 4
16	Меня мало интересуют чувства или проблемы других людей	0 - 1 - 2 - 3 - 4
17	Во время беседы мне любопытно и интересно узнать точку зрения других людей	0 - 1 - 2 - 3 - 4
18	Когда кто-то думает не так, как я, или возражает мне, я склонен реагировать негативно или гневно, даже если этот человек вел себя уважительно	0 - 1 - 2 - 3 - 4
19	У меня много межличностных отношений, которые приносят удовлетворение мне и другому человеку	0 - 1 - 2 - 3 - 4
20	Как правило, мои дружеские или любовные отношения длятся не очень долго	0 - 1 - 2 -

		3 - 4
21	Если я нахожусь в отношениях с другими людьми, то это в первую очередь потому, что я хочу, чтобы они удовлетворяли некоторые из моих потребностей	0 - 1 - 2 - 3 - 4
22	На самом деле я не испытываю желаний или интереса, чтобы поддерживать взаимоотношения с другими людьми	0 - 1 - 2 - 3 - 4
23	Я не доверяю другим и предпочитаю держаться с ними на некотором расстоянии, чтобы избежать от них вреда	0 - 1 -
24	В моей жизни есть много людей, с которыми я близок и поддерживаю отношения, основанные на уважении, привязанности и взаимной поддержки	2 - 3 - 4

Инструкция для подсчета:

Самосознание: 1(R), 2, 3, 4, 5, 6(R), 7.

Самонаправленность: 8(R), 9, 10, 11, 12(R).

Эмпатия: 13, 14, 15, 16, 17(R), 18.

Потребность в доверительных отношениях: 19(R), 20, 21, 22, 23, 24(R).

(R) означает обратные пункты.

После получения сырых баллов по каждой шкале рассчитываются средние значения, на основании которых вычисляются два интегративных показателя (Общий балл и Коэффициент тяжести). Общий балл равняется сумме средних значений (Общий балл = Самосознание/7 + Самонаправленность/5 + Эмпатия/6 + Потребность в доверительных отношениях/6). Коэффициент тяжести рассчитывается по формуле "Коэффициент тяжести = Общий балл/4".

Приложение Г2

### Пятифакторный личностный опросник для МКБ-11

Оригинальное название: The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 (FFiCD)

Источник: Oltmanns J.R., Widiger T.A. The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A Facet-Level Assessment of the ICD-11 Trait Model//Psychol Assess. 2020. Vol. 32. N 1. P. 60.

Samylkin D, Demidova L, Gadisov T, Nikitskiy I, Tkachenko A. The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11 – FFiCD (Russian version) [Internet]. figshare; 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: [https://figshare.com/articles/journal\\_contribution/The\\_Five-Factor\\_Personality\\_Inventory\\_for\\_ICD-11\\_FFiCD\\_Russian\\_version\\_/21856938/1](https://figshare.com/articles/journal_contribution/The_Five-Factor_Personality_Inventory_for_ICD-11_FFiCD_Russian_version_/21856938/1)

Тип (подчеркнуть): – шкала – индекс – опросник – другое (уточнить):

Назначение: Оценка выраженности дезадаптивных личностных черт

Содержание (шаблон): состоит из 5 подшкал (ананкастность, диссоциальность, расторможенность, отстраненность, негативная аффективность), каждая из которых включает в себя несколько субдоменов и нюансов.

Интерпретация: Оценка выраженности дезадаптивных личностных черт, субдоменов и нюансов позволяет получить дифференцированный личностный профиль Инструкция: Ниже

приведены некоторые утверждения о Вашем самочувствии или поведении. Пожалуйста, отвечайте на каждый вопрос таким образом, который наилучшим образом описывает Ваше отношение к утверждению по шкале от 1 до 5 баллов, где 1 = абсолютно не согласен, 2 = не согласен, 3 = затрудняюсь ответить (неопределенный ответ), 4 = согласен, и 5 = абсолютно согласен. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и дайте свой ответ, который наиболее соответствует степени Вашего согласия или несогласия. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Опишите себя честно и выразите свое мнение как можно точнее.

1. Моя тревога часто мешает мне делать то, что я хотел бы.
2. Я считаю себя более замкнутым, чем большинство людей.
3. Другие люди говорили, что я очень внимателен к деталям, может даже чересчур.
4. Иногда я чувствую себя очень ранимым.
5. Меня не слишком заботят потребности других людей.
6. Я попадаю в неприятности, потому что не тщательно все продумываю.
7. Мои эмоции могут выйти из-под контроля.
8. Обычно я ловлю себя на том, что думаю о работе даже в разгар отпуска.
9. Я не огорчаюсь из-за страданий других.
10. Я очень раздражаюсь даже при малейших неудачах.
11. Я склонен отступать, когда задача становится трудной.
12. Я постоянно сравниваю себя с другими и никогда не чувствую себя достаточно хорошо.
13. Мои друзья удивились бы, если бы я когда-нибудь запрыгал от радости.
14. От недели к неделе моя жизнь довольно одинакова, и мне это нравится.
15. Я применял физическую силу в отношении других людей.
16. Из-за страха оказаться в неловком положении мне трудно получать удовольствие от общения с друзьями
17. Я плохо организован.
18. Когда кто-то делает для меня что-то хорошее, я задаюсь вопросом, что ему от меня нужно.
19. Я не очень решителен в общении с другими.
20. Всегда важно следовать правилам, даже если я играю в игру один.
21. Я заслуживаю особого отношения.
22. Я часто боялся потерять кого-то, от кого я зависел.
23. Я попадал в неприятности из-за некоторых своих рискованных решений.
24. Я склонен быть серьезным рядом с людьми.
25. Я рассматриваю все детали вопроса прежде, чем принять решение.
26. Я очень сомневаюсь, что многого достигну в жизни.
27. Я довольно легко бросаю дела.
28. Иногда, чтобы преуспеть в чем-то, необходимо использовать других людей.
29. Я склонен делать поспешные выводы.
30. Я прихожу в ярость, когда люди проявляют ко мне неуважение.
31. Я сильно не привязываюсь к людям, даже к своим друзьям.
32. Я предпочитаю перестраховаться, даже если могу упустить какую-либо возможность.
33. Я буду угрожать людям, чтобы заставить их действовать.
34. Я размышлял о том, как убить себя.
35. Я редко довожу дела до конца без помощи других.
36. Когда я понимаю, что в чем-то потерпел неудачу, то чувствую себя униженным.
37. Я человек, который очень тщательно планирует, возможно, даже слишком.
38. Я стараюсь одеваться так, чтобы люди меня замечали.
39. Я часто нервничаю, когда нахожусь среди незнакомых людей. Мораль означает

соблюдение строгого набора правил и принципов.

40. Мне легко манипулировать другими.
41. Я плохо справляюсь с делами под давлением.
42. Мне трудно делать что-то самостоятельно.
43. Вкус еды не доставляет мне особого удовольствия.
44. Мои эмоции могут быстро и непредсказуемо меняться.
45. Меня считают трудоголиком.
46. Я попадал в неприятности из-за прогулов на работе и в школе.
47. Я получаю удовольствие от того, что бросаю вызов так называемым авторитетам.
48. Я часто теряю терпение, когда имею дело с другими людьми.
49. Моя манера речи неорганизованная и плохо продуманная.
50. Я часто по-настоящему пессимистично смотрю в будущее.
51. Я немного замкнут.
52. Мне нравится быть по-настоящему уверенным во всем, прежде чем действовать.
53. Некоторые люди говорят, что я слишком дерзок и самоуверен.
54. Мне кажется, я не могу в достаточной степени контролировать свои чувства.
55. Я совершил много необдуманных поступков в своей жизни.
56. Я твердо верю, что следует всегда играть строго по правилам.
57. Я не чувствую, что мне есть, что предложить другим людям.
58. Я не оказываю большого влияния на окружающих меня людей.
59. Большинство людей слишком мягкосердечны.
60. Я обычно очень чувствителен к оценкам других людей.
61. Я бы хотел, чтобы я мог лучше думать перед тем, как действовать.
62. В том, что люди говорят или делают, я часто чувствую скрытые угрозы или пренебрежение.
63. Если я начинаю что-то, то работаю, пока не доведу дело до конца.
64. Другие люди называли меня расчетливым.
65. Я довольно угрюмый человек.
66. Мне трудно заставить себя что-либо сделать.
67. Сильная радость или воодушевление мне почти незнакомы.
68. Мой гнев временами берет надо мной верх.
69. Никогда не может быть оправдания отступлению от нравственных норм.
70. Если кто-то начинает конфликт, я без проблем его заканчиваю.
71. Я ощущаю постоянный груз на своих плечах, когда не оправдываю ожидания других.
72. Люди говорят, что я довольно дезорганизован и беспорядочен.
- 73.
74. Я стремлюсь к совершенству даже в том, что другие могли бы назвать незначительными деталями
75. Публично потерпеть неудачу – на самом деле довольно стыдно.
76. Прежде чем соглашусь кому-то помочь, я хочу знать, что получу за это.
77. Я трачу много времени на беспокойство о том, что может случиться.
78. Самостоятельно мне трудно придерживаться поставленной задачи.
79. Мне хотелось бы не так много беспокоиться о том, что обо мне думают другие.
80. Я предпочитаю быть ведомым, а не лидером группы.
81. Я так погружаюсь в свою работу, что упускаю время, отведенное на другие вещи.
82. Для достижения своих собственных целей, я готов использовать других людей.
83. Мне трудно контролировать свое настроение.
84. Как правило я привожу людей в замешательство, когда выражаю свои мысли.
85. Я определенно человек привычки.
86. Я легко раздражаюсь.

87. Мне говорили, что я властный или подлый.
88. После подросткового возраста у меня были мысли о самоубийстве.
89. Мои первоначальные поспешные суждения иногда доставляют мне неприятности.
90. Я почти не выношу, когда люди смеются надо мной.
91. Люди считают меня довольно серьезным и сдержанным человеком.
92. Я могу быть довольно требовательным, когда дело касается долга и чести.
93. Мне не хватает самодисциплины, когда я работаю в одиночестве.
94. Я не думаю, что правила касаются меня в той же степени, в какой они касаются других.
95. Иногда я чувствую, что другие люди имеют что-то против меня
96. У меня были неприятности из-за невыполнения своих обязательств перед другими.
97. Я часто переживал, что кто-то не захочет быть со мной.
98. Я считаю, что безопасное и предсказуемое всегда предпочтительнее захватывающего и опасного
99. Чувствовать жалость к другим – это признак слабости.
100. Я часто чувствую, что жизнь переполняет меня.
101. Когда я сосредотачиваюсь на чем-то, ничто не может помешать мне довести дело до конца.
102. У меня были проблемы с начальством.
103. У меня очень слабая надежда на то, что мои дела улучшатся.
104. Я склонен сразу переходить к делу, не продумывая далеко вперед.
105. Я чувствую себя очень плохо, когда меня унижают в присутствии других.
106. Я эмоционально не близок с большинством людей.
107. Я снова и снова все обдумываю, прежде чем приму решение.
108. Я легко могу вызвать у других сексуальное влечение ко мне.
109. Люди заставляют меня нервничать.
110. Я склонен совершать много ошибок.
111. Я обману человека, если сочту это необходимым.
112. Трудно доверять своим чувствам, потому что они могут легко перемениться.
113. Я выдающийся человек.
114. У меня есть привычка делать выводы до того, как я узнаю все факты.
115. Иногда я чувствую себя никчемным.
116. Я считаю, что есть мало вещей, на которые приятно смотреть.
117. Я фанатично отношусь к тому, чтобы дела были сделаны вовремя.
118. Я не придерживаюсь какой-либо четкой организации или порядка вещей.
119. Критика, которую я получаю, иногда по-настоящему выводит меня из себя.
120. Я попробую почти все, чтобы получить "острые ощущения".
121. Меня беспокоит, что общество теряет свой сильный нравственный стержень.

## ДОМЕНЫ

Ананкастность = 3 + 8 + 14 + 20 + 25 + 32 + 37 + 40 + 46 + 53 + 57 + 64 + 70 + 74 + 81 + 85 + 92 + 98 + 101 + 107 + 117 + 121.

Диссоциальность = 5 + 9 + 15 + 21 + 28 + 33 + 38 + 41 + 48 + 54 + 60 + 65 + 71 + 76 + 82 + 87 + 94 + 99 + 102 + 108 + 111 + 113.

Расторможенность = 6 + 11 + 17 + 23 + 27 + 29 + 35 + 43 + 47 + 50 + 56 + 62 + 67 + 73 + 78 + 84 + 89 + 93 + 96 + 104 + 110 + 114 + 118 + 120.

Отстраненность = 2 + 13 + 19 + 24 + 31 + 44 + 52 + 59 + 68 + 80 + 91 + 106 + 116.

Негативная аффективность = 1 + 4 + 7 + 10 + 12 + 16 + 18 + 22 + 26 + 30 + 34 + 36 + 39 + 42 + 45 + 49 + 51 + 55 + 58 + 61 + 63 + 66 + 69 + 72 + 75 + 77 + 79 + 83 + 86 + 88 + 90 + 95 + 97 + 100 + 103 + 105 + 109 + 112 + 115 + 119.

## **СУБДОМЕНЫ**

### **Диссоциальность**

Агрессия = 15 + 33 + 48 + 71 + 87 + 102.

Недостаток эмпатии = 9 + 28 + 41 + 60 + 65 + 82 + 99 + 111

Эгоцентризм = 5 + 21 + 38 + 54 + 76 + 94 + 108 + 113.

### **Негативная аффективность**

Гневливость = 10 + 30 + 49 + 69 + 86 + 119.

Тревожность = 1 + 22 + 39 + 77 + 97 + 109.

Депрессивность = 12 + 34 + 51 + 58 + 72 + 88 + 103 + 115.

Эмоциональная лабильность = 7 + 45 + 55 + 66 + 83 + 112.

Недоверчивость = 18 + 63 + 95.

Чувство стыда = 16 + 36 + 61 + 75 + 90 + 105.

Ранимость = 4 + 26 + 42 + 79 + 100.

### **Расторможенность**

Неорганизованность = 17 + 50 + 73 + 84 + 118.

Безответственность = 11 + 27 + 35 + 43 + 47 + 67 + 78 + 93 + 96 + 110.

Опрометчивость = 6 + 29 + 62 + 89 + 104 + 114.

Поиск острых ощущений = 23 + 56 + 120.

### **Отстраненность**

Эмоциональная отстраненность = 13 + 31 + 44 + 68 + 106 + 116.

Социальная отстраненность = 2 + 24 + 52 + 91.

Неуверенность = 19 + 59 + 80.

### **Ананкастность**

Негибкость = 14 + 25 + 32 + 40 + 53 + 70 + 85 + 98 + 107 + 121.

Перфекционизм = 3 + 20 + 37 + 57 + 74 + 92.

Трудоголизм = 8 + 46 + 64 + 81 + 101 + 117.

## **НЮАНСЫ**

### **Диссоциальность**

Пассивная агрессия = 48 + 102.

Физическая агрессия = 15 + 71.

Вербальная агрессия = 33 + 87.

Бессердечность = 9 + 60 + 99.

Корыстность = 28 + 82.

Расчетливость = 41 + 65 + 111.

Высокомерие = 54 + 113.

Вседозволенность = 21 + 94.

Эгоизм = 5 + 76.

Тщеславие = 38 + 108.

### **Негативная аффективность**

Раздражительность = 49 + 86.

Нерегулируемый гнев = 10 + 69.

Реактивный гнев = 30 + 119.

Значимость внешней оценки = 1 + 77.

Ненадежная привязанность = 22 + 97.

Социальная тревожность = 39 + 109.

Чувство собственной неадекватности в межличностных отношениях = 12 + 72.

Пессимизм = 51 + 103.

Суицидальность = 34 + 88.

Чувство бесполезности = 58 + 115.

Нарушение эмоциональной регуляции = 7 + 55 + 83.

Быстрая смена эмоций = 45 + 66 + 112.

Уничуждение = 36 + 75 + 105.

Застенчивость = 16 + 61 + 90.

Хрупкость = 4 + 42 + 100.

Потребность в восхищении = 26 + 79.

### **Расторможенность**

Дезорганизация = 17 + 73 + 118.

Неорганизованная речь = 50 + 84.

Необязательность = 47 + 96.

Отвлекаемость = 35 + 78 + 93.

Невыносливость = 11 + 27 + 67.

Некомпетентность = 43 + 110.

Опрометчивое поведение = 6 + 62 + 104.

Опрометчивое мышление = 29 + 89 + 114.

### **Отстраненность**

Безрадостность = 13 + 68.

Физическая ангедония = 44 + 116.

Социальная ангедония = 31 + 106.

Равнодушие = 24 + 91.

Социальная изоляция = 2 + 52.

### **Ананкастность**

Догматизм = 40 + 70 + 121.

Ригидность = 14 + 85.

Неприятие риска = 32 + 98.

Руминативное размышление = 25 + 53 + 107.

Привередливость = 3 + 37 + 74.

Педантичность = 20 + 57 + 92.

Упрямство = 64 + 101 + 117.

Усердие в работе = 8 + 46 + 81.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

[http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie\\_rekomendacii\\_protokoly\\_lechenija/54](http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54).



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.

---