

Наименование организации	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеймона» (ОБУЗ «ККПБ»)		
Название СОП	Тактика ведения больных с диагнозом СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ		
СОП утвержден			
Разработчики	Должность	ФИО	Подпись
Согласован			
Следующий пересмотр	Версия		
Нормативная документация Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «Специфическое расстройство личности: клиническая рекомендация» (разработано Российским обществом психиатров, одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ, уникальный идентификатор (ID): 397).			

ЛАБОРАТОРНЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ИНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

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.	
Лабораторные диагностические исследования	
Лабораторные диагностические исследования не применяются для диагностики СРЛ.	
Инструментальные диагностические исследования	
При указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции, интоксикация ПАВ), а также соматическую патологию, способную вызвать поражение ЦНС рекомендуется консультация врача-невролога и проведение по согласованию с ним электроэнцефалографии, реоэнцефалографии и эхоэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга для дифференциальной диагностики СРЛ с органическими психическими расстройствами. (5C)	
Иные диагностические исследования	
Всем пациентам с РЛ рекомендуется проведение экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования. (5C)	
<i>Комментарий</i>	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, сохраненные 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.

ТЕРАПИЯ

Немедикаментозная терапия	
Из немедикаментозных методов лечения всем пациентам с РЛ рекомендуется применение методов долгосрочной индивидуальной психотерапии: психодинамическая терапия, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, терапия творческим самовыражением. (1A)	
Всем пациентам с РЛ рекомендуется долгосрочная психотерапия. Курс терапии – 10-40 сеансов с периодичностью посещения психотерапевта 1-2 раза в неделю. (1A)	
Медикаментозная терапия	
Этиологического лечения не существует. Лекарственная терапия назначается в случаях выраженной отрицательной динамики личностных расстройств, проводится непродолжительными курсами, строго индивидуально. Данных о пользе длительного лечения при расстройствах личности практически нет. Фармакотерапия является частью комплексного плана лечения, включающего психотерапию и социальную работу, при её назначении необходимо учитывать особенности психопатологического оформления болезненных симптомов, их тяжести, а также результаты применявшихся ранее методов лечения. Фармакотерапия не влияет на такие проявления СРЛ как хроническое чувство пустоты, избегание возможного отказа, нарушение идентичности, диссоциация.	
Для купирования чётко определенных симптомов (тревога, депрессия, раздражительность, импульсивность) всем пациентам с РЛ рекомендуется назначение фармакотерапии пациентам с расстройствами личности на срок до 3-х месяцев, в течение которых должна быть проведена комплексная оценка её эффективности. (1B)	
<i>Комментарий</i>	Показания к применению психофармакологических препаратов определяются клиническими признаками, структурой расстройства. При выборе лечения эмоционально неустойчивого расстройства личности следует проводить дифференциальный диагноз между истинной депрессивной симптоматикой и свойственным таким лицам переживанием одиночества, пустоты, скуки и хронической дисфории.
Для купирования беспокойства, страха, тревоги, напряжения, коррекции нарушения сна рекомендуется назначение диазепама (5-60 мг/сут), хлордиазепоксида (5-100 мг/сут), лоразепама (1-6 мг/сут), бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (0,5-10 мг/сут), клоназепама (0,5-20 мг/сут), нитразепама (2,5-10 мг/сут), алпразолама (1-6 мг/сут), мидазолама (7,5-15 мг/сут), фабомотизола (10-60 мг/сут), гидроксизина (25-	

300 мг/сут), этифоксина (100-200 мг/сут), буспирона (5-30 мг/сут), зопиклона (7,5-15 мг/сут), золпидема (5-20 мг/сут). (5C)	
<i>Комментарий</i>	В связи с высокой вероятностью развития зависимости от психоактивных веществ, анксиолитики должны с осторожностью назначаться пациентам с расстройствами личности. Особенно высокий риск формирования психической и физической зависимости может наблюдаться у лиц с пограничным расстройством личности. Прием производных бензодиазепаина может плохо сочетаться с психотерапией. Кроме того, не исключаются парадоксальные и растормаживающие эффекты, увеличение суицидального риска.
Применение антипсихотических средств у лиц с расстройствами личности оправдано для купирования психотической симптоматики, возникающей в рамках динамики РЛ, а также коррекции эмоционально-поведенческих нарушений, контроля импульсивности, гневливости. При явлениях острого психомоторного возбуждения в качестве купирующей терапии рекомендуется назначение традиционных антипсихотических средств: хлорпромазин (25-1500 мг/сут), промазин (20-2000 мг/сут), левомепромазин (50-400 мг/сут), тиоридазин (50-800 мг/сут), алимемазин (5-30 мг/сут), хлорпротиксен (50-1200 мг/сут), перфеназин (4-24 мг/сут). В последующем для курсового лечения рекомендуется назначение атипичных антипсихотических средств на период не более 3-х месяцев. (5C)	
<i>Комментарий</i>	Необходимо тщательно наблюдать за симптомами-мишенями и при отсутствии клинического улучшения приём антипсихотического средства необходимо прекратить.
Перициазин является традиционным антипсихотическим средством, применяемым для коррекции «неспецифической агрессивности» различного генеза, в том числе «психопатической агрессивности». Для купирования выраженного психомоторного возбуждения с импульсивностью, агрессивными действиями у пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение перициазина в дозе 10-30 мг/сутки. (3B)	
<i>Комментарий</i>	В связи с малым количеством современных исследований (большинство исследований выполнены в 1960-х г.г.), подтверждающих безопасность перициазина, возможностью развития экстрапирамидных осложнений перициазин не может быть отнесен к препаратам первой линии в лечении пациентов с расстройством личности.
Из традиционных антипсихотических препаратов для коррекции гневливости, враждебности, раздражительности, импульсивного поведения пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение галоперидола в низких дозах (4-5 мг/сут). (1A)	
<i>Комментарий</i>	Учитывая выраженность побочных эффектов, усугубление депрессивных симптомов, что может быть связано с ухудшением комплаентности, галоперидол для лечения пациентов с расстройствами личности не может являться препаратом первой линии.
Для коррекции гневливости, враждебности, раздражительности, импульсивного поведения в большей степени рекомендуется назначение кветиапина (300-600 мг/сут), рисперидона (4-8 мг/сут), сертиндола (12-24 мг/сут), сульпирида (50-1600 мг/сут), сультоприда (50-1600 мг/сут), амисульприда (50-1200 мг/сут), зуклопентиксола (10-100 мг/сут), флупентиксола (3-40 мг/сут). (5C)	
При тревоге, гневливости, импульсивности, агрессивности у лиц с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение оланзапина (2,5-7 мг/сутки). (2A) Сведения о влиянии оланзапина на депрессивную симптоматику у лиц с пограничным расстройством личности носят противоречивый характер, поэтому его применение при преобладании в клинической картине депрессивных расстройств не рекомендуется. (2B)	
Другим атипичным антипсихотическим средством, которое рекомендуется для купирования агрессивности, враждебности и ажитации у лиц с ПРЛ является арипипразол (15 мг/сутки). (2A)	
При выраженной импульсивности, агрессивном поведении, суицидальных тенденциях рекомендуется назначение клозапина (25-550 мг/сут). (4C)	
<i>Комментарий</i>	В связи с риском развития серьезных осложнений (агранулоцитоз) клозапин не может являться препаратом первой линии и назначается только при отсутствии эффекта от других препаратов.
Для купирования депрессивно-тревожных расстройств, импульсивности у пациентов с пограничным расстройством личности не рекомендуется назначение зипрасидона. (2B)	
Для уменьшения импульсивности, агрессивности, раздражительности и аффективной лабильности у пациентов с пограничным расстройством личности, рекомендуется назначение ламотриджина в дозировке от 50 до 200 мг/сутки. (2A)	
При эмоциональной неустойчивости, агрессивности у пациентов с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение топирамата в суточной дозе 50-250 мг. (2A)	

Применение карбамазепина для лечения расстройств личности не рекомендуется, в связи с отсутствием достоверных клинических исследований. В единственном исследовании не выявлено его эффективности по сравнению с плацебо. **(1A)**

При СРЛ с коморбидными депрессиями, фазовых расстройствах, связанных с аффективным дисбалансом для купирования гневливости, тревоги, 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,), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флувоксамин – 50-300 мг/сут, эсциталопрам – 10-20 мг/сут., флуоксетин - 20-60 мг.), 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, милнаципран – 100-250 мг/сут, мirtазапин - 30-45 мг/сут, агомелатин - 25-50 мг/сут). **(5C)**

Комментарий

Предполагается, что аффективная нестабильность и импульсивность при пограничном расстройстве личности связаны с нарушением обмена серотонина в префронтальной коре, поэтому применение антидепрессантов из группы СИОЗС является патогенетически обоснованным.

Из других препаратов группы СИОЗС для купирования депрессивной симптоматики у пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение циталопрама (20-60 мг/сутки) или сертралина (50-150 мг/сутки). **(2A)**

Помимо СИОЗС для купирования депрессивной симптоматики у пациентов с пограничным расстройством личности рекомендуется назначение amitриптилина в суточной дозе 100-175 мг. **(2A)**