

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Д. Ю. Лайша

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2022

УДК 616.89-008.46/.48(075.8)

ББК 56.14я73

Л12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2021 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, уч. секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Лайша, Д. Ю.

Л12 **Расстройства личности : учебно-методическое пособие / Д. Ю. Лайша. – Минск : БГМУ, 2022. – 28 с.**

ISBN 978-985-21-0960-4.

Изложена сущность понятия «расстройство личности», дан краткий исторический обзор изменения научных и общественных взглядов на сущность девиантного поведения человека. Представлены данные по эпидемиологии расстройств личности, в том числе с учетом высокой коморбидности с другими психическими и поведенческими расстройствами. Изложены современные представления об этиопатогенезе расстройств личности с точки зрения биопсихосоциальной модели, классификационные подходы (категориальный и дименсиональный), диагностические критерии, как общие, так и для специфических расстройств личности, дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению и реабилитации.

Предназначено для студентов 5-го курса лечебного, военно-медицинского, педиатрического факультетов, 3-го курса медико-профилактического и стоматологического факультетов.

УДК 616.89-008.46/.48(075.8)

ББК 56.14я73

ISBN 978-985-21-0960-4

© Лайша Д. Ю., 2022

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2022

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Расстройство личности (РЛ) (уст. психопатия¹) — это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, патологическое состояние, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада, сформированной на этапе становления личности и сохраняющейся на протяжении всей жизни.

Согласно современным взглядам РЛ представляют собой ригидные и неадаптивные личностные и поведенческие паттерны, которые вызывают субъективный дистресс, нарушение социального и/или профессионального функционирования. Данные личностные и поведенческие паттерны в значительной степени отличаются от культурально ожидаемых и проявляют себя в одной или более сферах психологического функционирования индивида: когнитивной, эмоционально-волевой, межличностных отношений, влечений и контроля над поведением. Эти нарушения носят генерализованный и устойчивый характер, они тотальны и определяют структуру личности в целом, обнаруживая себя в широком спектре ситуаций и отношений. Возникают данные патологические паттерны в позднем детстве или подростковом возрасте и чаще всего стабильно отмечаются на протяжении всей жизни.

Лица с РЛ отличаются необычным подходом к жизни, специфическими особенностями восприятия, решения проблем и социального взаимодействия. Ввиду своей личностной дисгармонии они часто испытывают значительные затруднения в построении адекватных социальных отношений, особенно это касается эмоционально близких отношений. Курт Шнайдер определял их как лиц, которые «страдают сами и заставляют страдать других».

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

История изучения личности и ее расстройств насчитывает более двух тысячелетий и берет свое начало с описания Гиппократом четырех типов темперамента. Интерпретация сути этих темпераментов имела биологическую природу — тип темперамента зависел от преобладания в организме одной из «телесных жидкостей». И в каждом из типов присутствовал

¹ К другим устаревшим терминам, которые раньше использовались для обозначения состояний, соответствующих в современном понимании расстройствам личности, можно также отнести следующие: «психопатический темперамент», «маниакальные вспышки гнева без помешательства», «мания без бреда», «сумасбродное поведение», «нарушение нравственности», «нравственное безумие», «психопатическое состояние», «психопатическая конституция», «психопатическое расположение», «нервно-психопатическая личность».

определенный дезадаптивный компонент: пессимизм у меланхолика, чрезмерный оптимизм у сангвиника, возбудимость у холерика и апатичность у флегматика. Часть истории изучения РЛ связана с описанием патологических характеров, или типов личности, которым занимался Зигмунд Фрейд и некоторые его последователи (Эрих Фромм, Вильгельм Райх, Карл Абрахам). Фиксация на одной из фаз психосексуального развития ассоциировалась с одним из типов патологического характера. Фиксация на оральной фазе — с зависимым типом, на анальной — с ананкастным типом, на фаллической — с истерическим типом. Таким образом сформировалась Эго-психологическая модель расстройств личности, которая в дальнейшем дополнялась другими психоаналитическими теориями, например теорией объектных отношений. Более позднее изучение личностной патологии и терапевтических стратегий при РЛ связано с именами Хайнца Кохута, Отто Кернберга, Питера Фонаги, Нэнси Мак-Вильямс.

Первые психиатрические описания личностных нарушений появились в начале XIX в. благодаря таким психиатрам, как Филипп Пинель, Жан Этьен Доминик Эскироль, Бенджамин Раш, Джеймс Причард, Бенедикт Огюстен Морель. Термин «психопатия» был окончательно введен в психиатрию Юлиусом Кохом. В монографии «О состояниях психической неполноценности» автором была представлена классификация психопатий.

В 1920-х гг. немецкие психиатры Эмиль Крепелин и Эрнст Кречмер описали личностные типы в рамках спектрально-континуального подхода, согласно которому психопатии представляют собой «ростки» патологических процессов — эпилепсии, шизофрении и маниакально-депрессивного психоза.

Однако другой известный немецкий психиатр Курт Шнайдер считал, что РЛ относятся к девиантным и крайним формам нормального личностного функционирования. Автор выделил и описал десять типов аномальных личностей. Эта первая системная категоризация личностных расстройств, по сути, легла в основу классификации РЛ в МКБ-10. Более поздние исследования, связанные с концепцией Шнайдера, постулировали возможность конституционально-типологического личностного континуума, который предполагает промежуточные этапы от конституциональной нормы до сформированного личностного расстройства. Одним из вариантов такого промежуточного варианта может быть «акцентуация характера».

Развитие учения о психопатиях в российской и советской психиатрии неразрывно связано с историей судебной психиатрии и такими известными психиатрами, как В. В. Корсаков, В. Х. Кандинский, В. М. Бехтерев, А. Ф. Лазурский, О. А. Чечотт. Однако самый значительный вклад в изучение психопатий внес П. Б. Ганнушкин. Им были сформулированы основные диагностические критерии психопатий (триада Ганнушкина–Кербикова):

тотальность, стабильность, дезадаптация. Систематика же, предложенная им, на протяжении многих лет оставалась в советской психиатрии наиболее популярной, общепризнанной и, по мнению некоторых авторов, не потеряла свою актуальность до настоящего времени.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РЛ относятся к группе часто встречающихся психиатрических проблем. В общей популяции частота данных расстройств составляет около 12 %. Данные о демографических характеристиках РЛ позволяют утверждать, что распределение этой патологии по полу достаточно равномерно. Личностные нарушения часто коморбидны с другими психическими и соматическими расстройствами. Среди психиатрических пациентов частота РЛ достигает 50 %, а среди пациентов первичного общемедицинского звена — 25 %.

Ввиду эгосинтонности² (индивидуальной приемлемости) имеющих нарушения лица с РЛ, как правило, редко обращаются за помощью по поводу неадаптивных личностных и поведенческих паттернов. Часто они появляются в поле зрения специалистов в области охраны психического здоровья в связи с другими психическими расстройствами (коморбидными либо являющимися следствием личностных расстройств) или суицидальными попытками, а также в процессе разного рода экспертиз (военно-врачебной, судебно-психиатрической).

Согласно многочисленным исследованиям в контексте общества РЛ могут быть связаны со следующими социально-демографическими проблемами: разводы, семейные конфликты, проблемы воспитания детей, тунеядство, безработица, асоциальные действия и преступность, сексуальные преступления, в том числе в отношении детей, суициды и самоповреждения.

По некоторым данным, при РЛ частота криминальных проявлений достигает 70–85 %, алкоголизации — 60–70 %, злоупотреблений другими психоактивными веществами (ПАВ) — 70–90 %.

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

Как правило, пациенты, обнаруживающие коморбидность РЛ с другими психическими расстройствами, имеют более выраженную *резистентность*

² Эгосинтонность — понятие, противоположное эгодистонности — состоянию (или позиции), при котором пациент воспринимает симптомы как чуждые себе, своему Я и болезненные.

к терапии, неудовлетворительный комплаенс³, частые рецидивы психопатологической симптоматики. Особенно осложняется течение депрессии, биполярного аффективного расстройства, генерализованного тревожного расстройства. Кроме того, РЛ сами по себе провоцируют развитие психических расстройств, в частности депрессии.

В целом, пациенты с РЛ относятся к группе наиболее сложных для курации. Причем не только для специалистов в области охраны психического здоровья, но и врачей других специальностей. Они имеют нереалистичные представления о межличностных отношениях, социальные ожидания у них чаще носят незрелый характер и не соответствуют условиям реальности, из-за чего с ними затруднительно устанавливаются качественные терапевтические отношения. Несмотря на то что психиатрические пациенты с РЛ чаще, чем другие, посещают психиатров и психотерапевтов, они в большей степени склонны к неудовлетворенности лечением.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

РЛ представляют собой полиморфную группу расстройств. В связи с этим проблематично выделить общие этиопатогенетические факторы, однозначно определяющие их развитие. Выдвижение четких этиопатогенетических концепций затрудняется в том числе сложностью личностной организации, которая составляет основу формирования РЛ. Данные многочисленных исследований говорят о сложной комбинации *биологических* и *психосоциальных факторов* в развитии личностной патологии. Можно выделить следующие группы факторов, участвующих в этиопатогенезе РЛ: конституциональные, молекулярно-генетические, нейробиологические и психосоциальные.

К *конституциональным факторам* можно отнести темперамент как биологическую составляющую психической индивидуальности и его характеристики (скорость мышления, скорость двигательных актов, порог реактивности, импульсивность). На основе темперамента формируется характер, а затем происходит становление личности.

Молекулярно-генетические исследования показывают ассоциации между нейротизмом⁴ и короткой аллелью гена транспорта серотонина. Также

³ Комплаенс (терапевтическое сотрудничество, терапевтический альянс, приверженность лечению, согласие с лечением) — это мера, характеризующая правильность выполнения пациентом рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, изменения образа жизни и т. д.

⁴ Нейротизм — черта личности, характеризующаяся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, иногда — вегетативными расстройствами.

имеются ассоциации между постоянным стремлением к новому и длинной аллелью гена рецептора дофамина.

Среди *нейробиологических факторов* в ряде исследований обнаруживаются аномалии серотониновой нейротрансмиттерной системы. Данные аномалии характерны для импульсивно-агрессивных паттернов при РЛ. Гиперреактивностью норадренергической системы может определяться гиперчувствительность пациентов с пограничным личностным паттерном к изменениям окружающих условий. Недостаточность допаминовой системы предрасполагает к квазипсихотическим эпизодам⁵, встречающимся при РЛ.

Психосоциальные факторы касаются семейной среды, сексуального и физического насилия. Среди психологических факторов раннего детства в подавляющем большинстве у больных РЛ отмечается жестокое обращение и холодные безэмоциональные отношения с близкими.

КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВАМ

Можно выделить два основных подхода к классификации РЛ — категориальный и дименсиональный.

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Категориальная классификация основана на качественно-описательной оценке критериев и лежит в основе классификации личностных расстройств в МКБ-10⁶ и DSM-5⁷.

В МКБ-10 РЛ были описаны в рубриках F60 и F61 и включали следующие специфические виды личностных расстройств: *параноидное, шизоидное,*

⁵ Квазипсихотические эпизоды — эпизодические транзиторные состояния, в структуре которых могут быть иллюзии, слуховые или другие галлюцинации, бредоподобные идеи, симптомы диссоциации, которые при этом не развиваются в устойчивые бредовые и галлюцинаторные симптомы и быстро проходят.

⁶ МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. МКБ-10 была одобрена на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1990 г. и с 1994 г. начала внедряться в государствах-членах Всемирной организации здравоохранения. В Республике Беларусь МКБ-10 начала использоваться приблизительно с 1999 г.

⁷ DSM-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания) — используемая в США с 2013 г. нозологическая система, «номенклатура» психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией. DSM-5 был опубликован 18 мая 2013 г., заменив DSM-IV-TR 2000 г.

диссоциальное, эмоционально-неустойчивое (импульсивный и пограничный типы), демонстративное, ананкастное, тревожное (уклоняющееся), зависимое (РЛ зависимого типа) и смешанные. Кроме того, отдельно выделялись и были указаны в приложении, но не включены в основную классификацию, еще два личностных расстройства: *нарциссическое* и *пассивно-агрессивное*. Научно обоснованное выделение данных расстройств носило предварительный характер.

Приведем пример диагностики параноидного РЛ (F60.0) согласно МКБ-10. Данное психическое расстройство диагностируется при наличии общих диагностических критериев РЛ *и плюс к ним трех и более из следующих признаков:* а) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; б) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказываться прощать оскорбления, причинение ущерба и высокомерное отношение; в) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей как враждебных или презрительных; г) воинственно-щепетильное, не адекватное фактической ситуации отношение к вопросам, связанным с правами личности; д) возобновляющиеся неоправданные подозрения в сексуальной неверности супруга или сексуального партнера; е) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, проявляющейся в постоянном отнесении происходящего на свой счет; ж) охваченность несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или в мире вообще.

К общим диагностическим критериям РЛ согласно МКБ-10 относятся следующие шесть (соответствие им должно быть у всех подтипов расстройств):

G1. Указание на то, что характерные и постоянные типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или «нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

1) когнитивная сфера (то есть характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов «Я» и «другие»); 2) эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций); 3) контролирование влечений и удовлетворение потребностей; 4) отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

G2. Отклонение должно быть полным в том смысле, что отсутствие гибкости, недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (то есть не ограничиваясь одним «пусковым механизмом» или ситуацией).

G3. В связи с поведением, отмеченном в пункте G2, наблюдается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

G4. Должны быть данные о том, что отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

G5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста, хотя эпизодические или хронические состояния из секций от F0 до F7 МКБ-10 могут существовать одновременно с ним или возникать на его фоне.

G6. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга (если выявляется такая органическая обусловленность, следует использовать рубрику F07).

В DSM-5 РЛ разделены на три кластера — «А», «В» и «С». Подобная группировка основана на общих чертах личностных нарушений, входящих в один кластер.

Кластер «А» (необычные или эксцентричные расстройства) включает РЛ, отличающиеся странностями и необычностью психологических проявлений. В этот кластер входит *параноидное, шизоидное и шизотипическое* (которое в МКБ-11 входит в раздел «Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства») *расстройства*.

Кластер «В» (театральные, эмоциональные или колеблющиеся расстройства) характеризуется эмоциональной неустойчивостью, чрезмерной эмоциональностью и включает четыре типа РЛ: *антисоциальное* (диссоциальное в МКБ-10), *пограничное* (пограничный тип эмоционально-неустойчивого в МКБ-10), *истерическое* (демонстративное в МКБ-10) и *нарциссическое* (которое, как было указано выше, в МКБ-10 носило характер предварительной категории ввиду недостаточной научной обоснованности).

Кластер «С» (расстройства с наличием беспокойства или страха) включает три типа расстройств, отличающихся чрезмерной тревожностью: *избегающее* (тревожное, или уклоняющееся в МКБ-10), *зависимое* и *обсессивно-компульсивное* (ананкастное в МКБ-10).

Приведем *пример диагностики параноидного РЛ*, но уже в соответствии с критериями DSM-5. Согласно DSM-5 человек с таким расстройством характеризуется глобальным недоверием и подозрительностью по отношению к окружающим, которые приводят к интерпретации мотивов людей как злонамеренных. Нижеперечисленные проявления такой личности начинают обнаруживаться в раннем взрослом возрасте, в самых различных ситуациях. Для постановки диагноза необходимо, кроме общих критериев РЛ (которые в целом соответствуют аналогичным в МКБ-10), *четыре или более из следующих*: а) подозрения, без достаточных оснований, что окружающие эксплуатируют, причиняют вред или обманывают человека; б) поглощенность необоснованными сомнениями в лояльности и надежности друзей или ком-

паньонов; в) нежелание открываться окружающим из-за неоправданного страха, что это будет использовано против него; г) обнаружение скрытых унижающих или угрожающих значений в благоприятных словах или событиях; д) постоянная неприязнь к окружающим, в том числе отказ прощать обиды, неуважение или нанесенный вред; е) распознавание незаметных окружающим атак на его репутацию, с быстро возникающими ответными атаками или гневом; ж) повторяющиеся не обоснованные подозрения в неверности супруга или сексуального партнера.

Обращаем внимание, что две наиболее широко используемые классификации не до конца согласуются между собой и в количестве выделяемых категорий РЛ, и в их номинальном обозначении, и в положении некоторых из них относительно других психических расстройств (имеется в виду шизотипическое расстройство).

Категориальная классификация РЛ вызывает немало критических замечаний среди психиатров. Можно выделить несколько причин для подобного рода замечаний. Во-первых, у половины пациентов, имеющих критерии одного РЛ, обнаруживаются признаки других личностных расстройств. Во-вторых, часть РЛ встречается слишком редко, и в то же время значимая когорта людей, имеющих серьезные личностные нарушения, не вписываются в критерии ни одного из существующих РЛ, так как список расстройств не исчерпывает всю личностную патологию, которая встречается в психиатрической клинике. В-третьих, пациенты с одинаковым диагнозом могут разительно отличаться друг от друга как по личностным качествам, так и по выраженности их состояния. В-четвертых, в МКБ-10 и DSM-5 существует дихотомическое разделение популяции на людей с РЛ и без них, что лишает психиатров возможности достоверным образом регистрировать субсиндромальные изменения. В-пятых, имеющиеся описания РЛ игнорируют основные черты характера личности, которые в настоящее время установлены и имеют согласованную структуру независимо от наличия или отсутствия РЛ.

Личностные расстройства образца МКБ-10 и DSM-5 основаны, главным образом, на несистематическом клиническом опыте, который практически не подкреплялся научно обоснованными доказательствами, подтверждающими их существование как дискретных категорий. Как правило, решение о выставлении диагноза РЛ основано в большей степени на согласованности мнений психиатров, нежели на определенных эмпирических правилах.

ДИМЕНСИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД

В связи с вышеперечисленными критическими замечаниями существуют альтернативные категориальному подходу к оценке РЛ. Самый простой альтернативный способ заключается в трансформации категорий в димен-

сии⁸ путем подсчета количества критериев и оценки уровня их выраженности на континуальной шкале. Этот подход стимулирован доказательствами того, что большинство психических расстройств может быть лучше описано несколькими пересекающимися измерениями, нежели дискретными категориями. Дименсиональная система позволяет избавиться от искусственной коморбидности РЛ и от диагноза неуточненного РЛ, а также дает основу для исследования базовых характеристик и их взаимодействий при различных РЛ.

Еще один альтернативный подход к оценке РЛ связан с описанием патологических личностных типов в терминах общего личностного функционирования. В частности, привлекательным представляется использование пятифакторной модели личности Р. МакКрея и П. Косты для оценки типов расстройств личности. В основу этого подхода была взята линия, начатая Г. Олпортом, Г. Айзенком, Р. Кэттелом и Л. Голдбергом, о диспозициональной модели личности человека, или так называемой «Большой Пятерке». Суть этой модели состоит в том, что уровни преобладания описанных личностных черт формируют индивидуальность человека и, в свою очередь, определяют способность к адаптации этой личности. Эмпирическим путем, с помощью шкал, вопросников и экспертных оценок были выделены пять свойств: *нейротизм, экстраверсия, открытость, дружелюбие, добросовестность*. Фенотипическая и генетическая основа описанных базовых черт личности характеризуется высокой степенью постоянства.

Обе вышеперечисленные модели нашли свое воплощение в классификации расстройств личности, представленной в МКБ-11⁹, а также в альтернативной модели личности, представленной в приложении к DSM-5.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Диагностику РЛ согласно МКБ-11 можно условно разделить на три этапа.

На **первом этапе** необходимо определить, отвечает ли пациент общему определению личностного расстройства. На этом этапе диагноз может поста-

⁸ Существует как минимум три значения слова «дименсия». Основное значение — процесс измерения и полученные таким образом величины. По аналогии признаки объектов, подвергаемые измерению, также называются измерениями. И наконец, при аналогичном использовании так называется любой компонент любого объекта или ситуации.

⁹ МКБ-11 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем одиннадцатого пересмотра. МКБ-11 была представлена на 144-м заседании Исполнительного совета в январе 2019 г. и утверждена в рамках 72 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2019 г. Переход на новый классификатор рекомендован Всемирной организацией здравоохранения с 1 января 2022 г., переходной период продлен до 2027 г.

вить как психиатр, так и врач первичного звена. Используя следующие критерии, специалист должен установить наличие либо отсутствие расстройства личности (**6D10**):

1. Имеет место устойчивое нарушение, для которого характерны проблемы функционирования различных аспектов Я (например, идентичности, ощущения собственной ценности, правильности представлений о себе, способности направлять свои действия) и/или межличностные дисфункции (например, в области способности развивать и поддерживать близкие и обоюдно удовлетворяющие отношения, способности понимать точку зрения других людей и управлять конфликтом в отношениях).

2. Данное нарушение сохраняется на протяжении длительного периода времени (более 2 лет).

3. Нарушение проявляется в дезадаптивных паттернах когнитивного функционирования, поведения, эмоционального переживания и экспрессии (например, негибкость или нарушения регуляции).

4. Нарушение проявляется в контексте широкого спектра личностных и социальных ситуаций (то есть, не ограничивается специфическими отношениями или социальными ролями). Несмотря на это, оно может на постоянной основе активизироваться в одних обстоятельствах, но не активизироваться в других.

5. Характеризующие нарушение паттерны поведения не являются уместными для данного этапа развития человека и их невозможно объяснить в первую очередь социальными или культуральными факторами, включая социально-политический конфликт.

6. Симптомы не являются прямым следствием приема медицинских препаратов или химических веществ, а также синдрома отмены, и не объясняются иным психическим или поведенческим расстройством, заболеванием нервной системы или иным патологическим состоянием.

7. Нарушение связано со значительным переживанием несчастья или затруднениями в области личных, семейных, социальных отношений, образовательной или трудовой деятельности или в других важных областях функционирования.

Очень важно точно определить ареал выявляемых нарушений. Проблемы в межличностном взаимодействии при РЛ характеризуются общими нарушениями в отношениях с людьми, которые препятствует взаимопониманию. Это необходимо принимать во внимание, так как большая часть психических расстройств так или иначе связана с социальной дисфункцией. Таким образом, сложность в выполнении задач, организации жизненных обязанностей, свободного времени, поддержании адекватных отношений на работе, а также отсутствие гармонии в семье очень сильно отличаются от нарушений,

связанных с невозможностью ужиться с остальной частью общества, что как раз и наблюдается при РЛ. Человек, чья жизнь значительно отягощена семейной враждой, не обязательно страдает РЛ. Диагноз должен ставиться только в том случае, если имеется очевидное свидетельство повсеместного ухудшения отношений с окружающими.

При оценке соответствия конкретного случая вышеприведенным критериям нужно стремиться привлечь как можно больше источников информации. Хотя иногда бывает достаточно единственной беседы с пациентом, все же рекомендуется взять за правило не ограничиваться одним интервью и получать анамнестические данные также от информантов и/или из доступной медицинской или иной документации предшествующего периода.

В заключение приводим 20 признаков, указывающих **на вероятность** личностного расстройства, используемых в судебно-психиатрической экспертизе: поверхностный шарм, грандиозное чувство собственной значимости, потребность в стимуляции/предрасположенность к скуке, патологическая лживость, надувательство/манипуляции, отсутствие раскаяния или чувства вины, уплощенный аффект, черствость и отсутствие эмпатии, паразитический стиль жизни, слабый контроль поведения, промискуитетное сексуальное поведение, ранние проблемы с поведением, отсутствие реальных длительных целей, импульсивность, безответственность, неспособность взять на себя ответственность за свои действия, многочисленные кратковременные брачные отношения, аннулирования условно-досрочного освобождения, криминальное поведение, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ.

На **втором этапе** диагностики необходимо определить степень тяжести (выраженности) РЛ. МКБ-11 предлагает три степени выраженности личностных изменений (табл. 1). Ранжирование по степени тяжести позволяет учесть то, что хотя РЛ и предполагается как пожизненный диагноз, его выраженность может изменяться с течением времени.

Таблица 1

Ключевые черты тяжести расстройства личности

Легкое расстройство личности (6D10.0)	Умеренное расстройство личности (6D10.1)	Тяжелое расстройство личности (6D10.2)
Нарушения затрагивают лишь отдельные области личностного функционирования, но не все (например, проблемы со способностью определять направление своих	Нарушения затрагивают многочисленные области личностного функционирования (например, идентичность или ощущение собственного «Я», способность образовывать близкие	Наблюдаются тяжелые формы нарушения функционирования «Я» (например, ощущение собственного «Я» может быть столь нестабильным, что человек сообщает, что у него нет

Легкое расстройство личности (6D10.0)	Умеренное расстройство личности (6D10.1)	Тяжелое расстройство личности (6D10.2)
действий с опорой на собственное «Я» в отсутствие проблем со стабильностью или связностью идентичности и ощущения собственной ценности), и могут не проявляться в некоторых контекстах	отношения, способность контролировать импульсы и регулировать поведение). Однако некоторые области личностного функционирования могут быть затронуты в относительно меньшей степени	ощущения того, кто он такой, или настолько ригидным, что он отказывается принимать участие или участвует в крайне ограниченном спектре ситуаций; представления о себе отличаются презрением к себе, грандиозностью или крайней эксцентричностью)
Наблюдаются проблемы во многих межличностных отношениях и/или исполнении ожидаемых трудовых и социальных ролей, в то же время некоторые отношения поддерживаются и некоторые роли выполняются	Наблюдаются выраженные проблемы в большинстве межличностных отношений, а выполнение наиболее ожидаемых социальных и профессиональных ролей до какой-то степени нарушено. Отношения с большой вероятностью характеризуются конфликтом, избеганием, отстраненностью или крайней зависимостью (например, поддерживается малое количество дружеских отношений, сохраняются устойчивые конфликты в рабочих отношениях, что вредит работе, а также в романтических отношениях, которые характеризуются серьезными нарушениями или неуместной покорностью)	Проблемы межличностного функционирования серьезно влияют практически на все отношения, а способность и желание выполнять ожидаемые социальные и трудовые роли отсутствует или серьезно нарушена
Специфические проявления нарушений личности обычно имеют легкие формы	Специфические проявления нарушений личности обычно имеют умеренную тяжесть	Специфические проявления нарушений личности имеют тяжелые формы и влияют на большинство областей функционирования личности, если не на все

Легкое расстройство личности (6D10.0)	Умеренное расстройство личности (6D10.1)	Тяжелое расстройство личности (6D10.2)
Обычно не ассоциируется с причинением значительного вреда себе и/или другим	Иногда ассоциируется с причинением вреда себе и/или другим	Часто ассоциируется с причинением вреда себе и/или другим
Может быть связано с переживанием значительного уровня несчастья или со значительным ухудшением функционирования в личных и семейных отношениях, а также в социуме, на учебе, работе или в других важных сферах жизни, которые либо ограничиваются отдельными областями (например, романтические отношения, трудоустройство), либо присутствуют и в других областях, но в более легких формах	Ассоциируется со значимыми нарушениями в личных и семейных отношениях, а также в социуме, на учебе, работе или в других важных областях функционирования, хотя функционирование в отдельных областях может сохраняться	Ассоциируется со значимыми нарушениями во всех или практически во всех сферах жизни, включая личные и семейные отношения, а также функционирование в социуме, на учебе, работе и в других важных областях

Помимо вышеперечисленного, выделяется подпороговый уровень расстройства, который соответствует понятию «акцентуации личности» и обозначен как **«personality difficulty»** (сложная/трудная/проблемная личность, личностные трудности/сложности/проблемы). «Personality difficulty» не является диагнозом и не считается психическим расстройством, и по своей сути соответствует существовавшему в МКБ-10 коду Z73.1 (акцентуированные личностные черты). В МКБ-11 «personality difficulty» упоминается в группе проблем, связанных с межличностными взаимодействиями в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья или контакты с медицинскими службами». Под «personality difficulty» понимаются ярко выраженные личностные характеристики, которые могут влиять на лечение или оказание медицинской помощи, но не настолько, чтобы можно было установить диагноз РЛ. Регистрация акцентуаций необходима, так как их наличие повышает риск необходимости медицинского вмешательства в определенных условиях, например при стрессе или в определенных условиях среды.

Ниже представлена табл. 2, которая отражает дименсиональный подход в оценке степени тяжести личностных нарушений.

Таблица 2

Степень выраженности личностных нарушений

Степень выраженности	Название	Основные характеристики
0	Отсутствие РЛ	Личностные нарушения отсутствуют
1	Personality difficulty (акцентуация)	Имеются некоторые нарушения, которые проявляются в ограниченном круге ситуаций, но не постоянно
2	Расстройство личности	Наличие определенно выраженного личностного нарушения, проявляющегося в широком спектре ситуаций
3	Комплексное РЛ	Наличие выраженных проблем, затрагивающих несколько доменов и проявляющихся во всех ситуациях
4	Тяжелое РЛ	Наличие выраженных проблем, затрагивающих (обычно) несколько доменов и проявляющихся во всех ситуациях, приводящих к значительному риску для себя и/или других

На **третьем этапе** диагностики необходимо определить выделяющиеся личностные черты или паттерны (**6D11**). Спецификаторы черт (домены) применяются для описания тех характеристик личности индивида, которые являются наиболее выраженными и вносят свой вклад в нарушение личностного функционирования (табл. 3). Каждый из доменов может встречаться и у здоровых, и у условно здоровых представителей популяции, но у пациентов с РЛ они указывают фокус, в котором расстройство проявляется в большей степени. Область черт образует континуум с нормальными характеристиками личности у индивидов без личностных нарушений. Типы черт не являются диагностическими категориями, они представляют собой совокупность измерений, которые соответствуют лежащей в основе структуре личности. Для описания функционирования личности *можно применять неограниченное число спецификаторов*. Индивиды с более тяжелыми нарушениями личности обычно демонстрируют большее количество типов выделяющихся черт.

**Спецификаторы черт, в которых выражается дисфункция личности/
выделяющиеся личностные черты и паттерны (6D11)**

Черта	Основное определение	Специфические характеристики
Негативная аффективность (6D11.0)	Склонность переживать широкий спектр негативных эмоций с непропорциональной ситуации частотой и интенсивностью	Тревога, гнев, беспокойство, страх, уязвимость, враждебность, стыд, депрессия, пессимизм, вина, низкая самооценка и недоверчивость. Например, когда такой человек расстроен, ему сложно восстановить самообладание, и он вынужден опираться на помощь других людей или выйти из ситуации, чтобы успокоиться
Отстраненность (6D11.1)	Склонность сохранять межличностную (социальная отстраненность), а также эмоциональную дистанцию (эмоциональная отстраненность)	Социальная отстраненность, включая избегание социальных взаимодействий, дефицит дружеских отношений и избегание близости. Эмоциональная отстраненность, включая сдержанность, равнодушие и ограниченный спектр эмоциональной выразительности и переживаний. Например, такие индивиды стараются получить работу, которая не подразумевает взаимодействия с другими людьми
Диссоциальность (6D11.2)	Пренебрежение правами и чувствами других людей, которое проявляется как эгоцентризм, так и недостатком эмпатии	Эгоцентризм, включая ощущение своих особых прав, грандиозность, ожидание восхищения со стороны других людей и стремление завоевать внимание. Недостаток эмпатии, включая обман, манипуляции, эксплуатацию, безжалостность, жестокость, черствость и физическую агрессию, иногда удовольствие от страдания других людей. Например, такие индивиды реагируют гневом и обесцениванием на те ситуации, где они не получают восхищения
Расторможенность (6D11.3)	Склонность к поспешным необдуманным действиям на основе сиюминутных внешних или внутренних стимулов (то есть ощущений, эмоций, мыслей) без обдумывания потенциальных негативных последствий	Импульсивность, отвлекаемость, безответственность, неусидчивость и отсутствие планирования. Например, такой человек может вовлекаться в неосторожное вождение, опасные виды спорта, употребление химических веществ, азартные игры и стихийную незапланированную сексуальную активность

Черта	Основное определение	Специфические характеристики
Ананкастия (6D11.4)	Узкий фокус на собственных ригидных стандартах совершенства и на том, что правильно, а что неправильно, а также на контроле за собственным и чужим поведением, ситуацией, чтобы удостовериться в их соответствии этим стандартам	Перфекционизм, включая озабоченность правилами, нормами правильного и неправильного, деталями, чрезмерным планированием и составлением расписания, упорядоченностью и опрятностью. Эмоциональная и поведенческая скованность, включая ригидный контроль над выражением эмоций, упрямство, избегание рисков, упорство и взвешенность

Также в МКБ-11 выделяется дескриптор пограничного паттерна. Он может применяться к тем индивидам, чей паттерн личностного расстройства характеризуется устойчивой нестабильностью межличностных отношений, я-концепции, аффектов и выраженной импульсивности, что выражается в наличии **пяти или более** из нижеизложенных пунктов:

1. Чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым.

2. Склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимодействия, характеризующиеся чередованием крайностей — идеализации и обесценивания.

3. Расстройство идентичности: заметная и стойкая неустойчивость образа или чувства Я.

4. Импульсивность, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, злоупотребление ПАВ, нарушение правил дорожного движения, систематическое переедание).

5. Рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.

6. Аффективная неустойчивость из-за очень переменчивого настроения. Перепады настроения могут быть вызваны либо внутренними причинами (например, собственными мыслями), либо внешними событиями. В результате индивид переживает периоды интенсивной раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение от нескольких часов до нескольких дней).

7. Постоянно испытываемое чувство опустошенности.

8. Неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, повышение го-

лоса или крик, склонность швырять или ломать предметы и вовлекаться в драки).

9. Преходящие диссоциативные симптомы или психозоподобные черты (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в ситуациях сильного аффективного возбуждения.

Другие проявления пограничного паттерна, которые могут не присутствовать одновременно у отдельно взятого человека, включают в себя следующее:

1. Представление о себе как о неадекватном, плохом, виновном, отвратительном и достойном презрения человеке.

2. Переживание собственного Я как в корне отличающегося и изолированного от других людей, болезненное ощущение отчуждения и всепроникающего одиночества.

3. Склонность к чрезмерно чувствительной реакции на отвержение; проблемы с установлением и поддержанием адекватного уровня доверия в межличностных отношениях; часто неправильная интерпретация социальных сигналов.

Перечисленные выше категории необходимо использовать ТОЛЬКО в комбинации с категорией «расстройство личности» (легкое, умеренное или тяжелое) или «проблемная личность». Напоминаем, что для описания функционирования личности можно применять неограниченное их число.

Классификация РЛ в МКБ-11 выглядит следующим образом:

6D10 Расстройства личности

6D10.0 Легкое расстройство личности

6D10.1 Умеренное расстройство личности

6D10.2 Тяжелое расстройство личности

6D10.Z Расстройство личности неуточненной тяжести

6D11 Выделяющиеся личностные черты и паттерны

6D11.0 Негативная аффективность при расстройстве личности или у проблемной личности

6D11.1 Отстраненность при расстройстве личности или у проблемной личности

6D11.2 Диссоциальность при расстройстве личности или у проблемной личности

6D11.3 Расторженность при расстройстве личности или у проблемной личности

6D11.4 Ананкастия при расстройстве личности или у проблемной личности

6D11.5 Пограничный паттерн при расстройстве личности или у проблемной личности

Примеры диагнозов личностных расстройств согласно классификации МКБ-11:

1. Тяжелое расстройство личности с пограничным паттерном и выделяющимися чертами негативной аффективности, расторможенности и диссоциальности.

2. Тяжелое расстройство личности с выделяющимися чертами диссоциальности, расторможенности и отстраненности.

3. Умеренное расстройство личности с выделяющимися чертами ананкастии и диссоциальности.

4. Легкое расстройство личности с выделяющимися чертами негативной аффективности и отстраненности.

5. Личностные трудности с выделяющимися чертами негативной аффективности и ананкастии.

В табл. 4 отражены соответствия диагностических критериев специфических расстройств личности (МКБ-10) спецификаторам черт, в которых выражается дисфункция личности (МКБ-11), что, по нашему мнению, может облегчить переход от одной классификационной системы к другой.

Таблица 4

Соответствие диагностических критериев специфических расстройств личности (МКБ-10) спецификаторам черт, в которых выражается дисфункция личности (МКБ-11)

Категория МКБ-10	Спецификатор МКБ-11	Специфические характеристики черт
F60.0 Параноидное расстройство личности	Негативная аффективность	Недоверчивость, гнев, горечь, склонность к затаенной обиде; человек может чрезмерно реагировать на реальное или воспринимаемое унижение или оскорбления со стороны других людей
	Отстраненность	Эмоциональная и межличностная дистанция; избегание близких дружеских отношений
F60.1 Шизоидное расстройство личности	Отстраненность	Отсутствие удовольствия от близости или социальных взаимодействий, отсутствие интереса к сексуальным отношениям; равнодушие, эмоциональная невыразительность, отсутствие реакции как на негативные, так и на позитивные события, ограниченная способность получать удовольствие
	Низкая негативная аффективность	Отсутствие эмоциональной чувствительности и интенсивности переживания

Категория МКБ-10	Спецификатор МКБ-11	Специфические характеристики черт
F60.2 Диссоциальное расстройство личности	Диссоциальность	Недостаток эмпатии, включая черствость, манипуляции, эксплуатацию, жестокое и физически агрессивное поведение, иногда человек может получать удовольствие от причинения боли или вреда
	Расторможенность	Импульсивность, безответственность, безрассудство и отсутствие планирования без учета рисков и последствий
	Низкая негативная аффективность	Отсутствие уязвимости, стыда и тревоги
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности	Негативная аффективность	Плохая эмоциональная регуляция, включая преувеличенную реакцию на критику, проблемы и неудачи; низкий порог толерантности к фрустрации; часто выражает и демонстрирует множественные эмоции одновременно или переключается между широким спектром эмоций за короткий период времени. В случае расстроенных чувств долго не может восстановить самообладание
	Расторможенность	Импульсивность, которая ассоциируется, например, с употреблением химических веществ, беспорядочной сексуальной активностью и иногда намеренным самоповреждением, отсутствие планирования
	Диссоциальность	Иногда жестокость и физическая агрессия
F60.4 Истерическое расстройство личности	Диссоциальность	Ожидание восхищения и поведение, направленное на получение внимания, чтобы всегда быть в центре внимания окружающих людей
	Расторможенность	Легко отвлекается на посторонние стимулы вроде чужих разговоров и сканирует окружающее пространство на предмет более приятных вариантов. Поспешно действует на основе того, что его привлекает на данный момент. Фокус на непосредственных чувствах и ощущениях
	Негативная аффективность	Эмоциональная лабильность, включая гиперреактивность в ответ на внешние события, часто одновременно переживает и демонстрирует множественные эмоции

Категория МКБ-10	Спецификатор МКБ-11	Специфические характеристики черт
	Низкая отстраненность	Поведение, обратное эмоциональной и социальной отстраненности, включая избегание социальных взаимодействий, а также ограничение переживания и выражения эмоций
F60.5 Ананкастное расстройство личности	Ананкастия	Перфекционизм, включая озабоченность чрезмерным планированием и составлением расписания, упорядоченностью и опрятностью. Поведенческие ограничения включают ригидный контроль над выражением эмоций, упрямство, избегание рисков, упорство и взвешенность
	Низкая расторможенность	Поведение, обратное безответственности, недостатку планирования и импульсивности
	Негативная аффективность	Беспокойство, тревога и негативистские установки, включая отвержение предложений или советов других людей
F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности	Негативная аффективность	Тревога, уязвимость, страх, стыд и низкая самооценка/уверенность, включая избегание ситуаций и деятельности, которые воспринимаются как слишком сложные
	Отстраненность	Избегание социальных взаимодействий и близости, стремление к профессиональной деятельности, которая не подразумевает взаимодействий с другими людьми, и даже отказ от повышения, если оно подразумевает возросшее взаимодействие с другими людьми
	Низкая диссоциальность	Обратный эгоцентризм: поведение, обратное стремлению попасть в центр внимания других людей, убежденности в своем обладании многими достойными восхищения качествами, в выдающемся характере своих достижений, в своем будущем величии и в том, что остальные должны восхищаться
F60.7 Расстройство типа зависимой личности	Негативная аффективность	Тревога, уязвимость и низкая уверенность в себе, включая зависимость, которая может проявляться в тенденции часто опираться на других для получения советов, руководства и другой помощи

Категория МКБ-10	Спецификатор МКБ-11	Специфические характеристики черт
	Низкая диссоциальность	Чрезмерно просоциальное поведение в отсутствие эгоцентризма; потребности других людей учитываются избыточно
F60.8 Нарциссическое расстройство личности:	Диссоциальность	Грандиозность, ощущение своих особых прав, вера в обладание многочисленными достойными восхищения качествами и в свое будущее величие
	Негативная аффективность	Нарушения регуляции самооценки, которые могут включать зависть к способностям и показателям успеха других людей; чрезмерная реакция на реальные или воспринимаемые унижения или оскорбления со стороны других людей

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

РЛ были и остаются сложными для диагностики патологическими состояниями. В части случаев патологию личности необходимо отграничивать от нормальных и субсиндромальных личностных паттернов, в части случаев — от других психических расстройств. Следует учитывать ряд моментов, которые могут вызвать ошибки в диагностике.

Проявления, сходные с паттернами при РЛ, могут быть следствием не личностных особенностей, а психических расстройств, таких как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия. Но при РЛ отсутствует нозологическая динамика и прогрессивность, не наблюдается интеллектуального снижения (слабоумия) и необратимого дефекта личности. В отличие от невротических расстройств (невроз — это срыв высшей нервной деятельности) при РЛ свойства темперамента не укладываются в нормальные рамки изначально. Невротические расстройства относительно просты и парциальны в сравнении с личностными расстройствами.

РЛ характеризуются относительной стабильностью проявлений в разных ситуациях. Не следует делать заключение о личности индивида по его реагированию на какую-либо одну стрессовую ситуацию. В определенных условиях у людей, не имеющих РЛ, могут наблюдаться транзиторные паттерны, напоминающие таковые при РЛ. В подобных случаях речь, скорее всего, идет об акцентуациях характера (проблемная личность). Акцентуированные

личности выделяются определенными, особыми чертами характера и экстремальными эмоциями в трудных ситуациях, при адаптации к новой обстановке, в состоянии конфликта, при отстаивании своих интересов. В обычных условиях поведение таких индивидов соответствует общепринятым социальным нормам. Таким образом, **акцентуация характера** («**personality difficulty**» в МКБ-11) — это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, в результате чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Дети и подростки нередко могут демонстрировать проявления, характерные для РЛ. Однако о личностном расстройстве можно говорить только после стабилизации формирования личности. Данные более 150 лонгитюдных исследований показывают, что изменения личности в процессе ее формирования замедляются к 22 годам. По этой причине в подавляющем большинстве случаев диагноз РЛ вряд ли адекватен до 18-летнего возраста. Вместе с тем следует отметить, что подростки, обнаруживающие личностную дисгармонию, имеют высокий риск развития РЛ в раннем взрослом периоде.

Ключевым признаком, свидетельствующим в пользу РЛ, может выступать ригидность установок и поведения. Психологическая или поведенческая ригидность означает неспособность к модификации своих психологических процессов и поведения даже при наличии очевидной их неэффективности и необходимости изменения. Ригидный индивид всегда проявляет себя в одной и той же манере. Такой стиль поведения наблюдается постоянно во всех незнакомых и непривычных обстоятельствах.

Несмотря на то что субъективный дистресс (значительное переживание несчастья) включен в диагностическое описание РЛ, в некоторых случаях он может не наблюдаться. Это характерно для отклоняющихся личностных паттернов, которые носят эгосинтонный характер. Такие пациенты не осознают наличие у себя дезадаптивных черт и не расценивают свое поведение как проблемное. Например, индивид с выделяющейся личностной чертой отстраненности (**6D11.1**) не испытывает потребности в эмоциональной близости, и ее отсутствие не вызывает у него дискомфорта. Он просто постарается получить работу, которая не подразумевает взаимодействия с другими людьми. Вышесказанное — это одна из причин, почему для установления диагноза рекомендуется использовать различные источники информации, а не только субъективные оценки пациента.

Однако, независимо от наличия либо отсутствия субъективного дискомфорта, отличительная особенность всех паттернов при РЛ состоит в их дезадаптивной направленности. Дезадаптация может проявляться в различных сферах жизни индивида: социальной, семейной, личной, профессиональной и т. д.

Кроме значительного переживания несчастья, еще одним критерием, который не всегда соблюдается, может быть стабильность девиантных проявлений. Некоторые клинические признаки РЛ и выделяющихся личностных черт и паттернов невозможно наблюдать постоянно. Отдельные признаки по своей природе способны проявляться только эпизодически, например самоповреждения (при пограничном паттерне). Понятие стабильности в этих случаях скорее означает повышенную частоту проявлений.

ЛЕЧЕНИЕ

Длительное время считалось, что РЛ, ввиду стабильности и генерализованности личностных и поведенческих паттернов, достаточно устойчивы к лечению. Однако лонгитюдные исследования последних нескольких лет показывают, что РЛ в большей степени, чем считалось ранее, подвержены терапевтическому влиянию. Методы лечения личностных расстройств можно разделить на две большие группы: *психотерапевтические* и *психофармакологические*. Также эффективными оказываются *социально-средовые* и *педагогические воздействия*, гармонизирующие поведение и способствующие достижению стабильной адаптации.

Психотерапия является основным патогенетическим методом и, соответственно, приоритетным направлением при лечении РЛ. Эффективность психотерапии оценивается достаточно высоко — 40–60 %. Для лечения личностных расстройств используются разные формы (*индивидуальная, групповая, семейная*) и подходы (*психоаналитические, когнитивно-поведенческие, экзистенциально-гуманистические*) психотерапии. При лечении пациентов с РЛ наиболее зарекомендовали себя следующие терапевтические подходы: *терапия, сфокусированная на переносе, терапия, основанная на ментализации, психодинамическая терапия, поддерживающая терапия, экспрессивная терапия, диалектическая бихевиоральная терапия, когнитивно-поведенческая терапия*.

Несмотря на то что основной подход к лечению пациентов с РЛ — это психотерапия, ряд клинических проявлений при расстройствах личности поддается фармакологической коррекции. Импульсивность и агрессивность корректируются *серотонинергическими препаратами* (сертралин, эсциталопрам, пароксетин, флувоксамин, флуоксетин), нестабильность настроения — *нормотимическими препаратами* (соли лития, карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин), психозоподобные проявления и нарушения поведения — *нейролептиками* (галоперидол, зуклопентиксол, перициазин, рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол).

В связи с повышенной склонностью пациентов с РЛ к развитию зависимостей следует избегать назначения *бензодиазепиновых транквилизаторов, снотворных препаратов, прегабалина* как лекарственных средств первой линии. Если необходимость в них все же присутствует, то назначаться они должны короткими курсами. Также следует избегать применения без крайней необходимости нескольких препаратов (полипрагмазии).

Как правило, лечение пациентов с личностной патологией проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация может потребоваться при тяжелых декомпенсациях, сопровождающихся социальной дезадаптацией, нарушениями трудоспособности, выраженными нарушениями поведения или коморбидной психической патологией. Чаще всего причинами госпитализации становятся стойкие суицидальные тенденции и парасуициды, склонность к импульсивным действиям и агрессивное поведение, транзиторные психотические эпизоды, коморбидные расстройства настроения, нарушения пищевого поведения и зависимости от ПАВ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ассанович, М. А.* Пограничные психические расстройства : учеб. пособие / М. А. Ассанович. Минск : Новое знание, 2015. 366 с.
2. *Купер, Дж. Э.* Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Дж. Э. Купер ; пер. с англ. Д. Полтавца. Киев : Сфера, 2000. 416 с.
3. *Менделевич, В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. Практическое руководство / В. Д. Менделевич. 6-е изд., перераб. и доп. Москва : Городец, 2019. 496 с.
4. *Обухов, С. Г.* Психиатрия : учеб. пособие / С. Г. Обухов ; под ред. Ю. А. Александровского. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 352 с.
5. *Смулевич, А. Б.* Расстройства личности / А. Б. Смулевич. Москва : Мед. информ. агентство, 2007. 192 с.
6. *Судебная медицинская психиатрическая экспертиза (информационно-справочное издание) / А. И. Швед [и др.].* Минск, 2017. 176 с.
7. *Bach, B.* Application of the ICD-11 classification of personality disorders / B. Bach, M. V. First // BMC Psychiatry. 2018. N 18. P. 351.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Определение и общая характеристика	3
Краткий исторический очерк	3
Эпидемиология.....	5
Проблема коморбидности	5
Этиопатогенез.....	6
Классификационные подходы к личностным расстройствам	7
Категориальный подход	7
Дименсиональный подход.....	10
Диагностические критерии расстройств личности	11
Особенности диагностики и дифференциальной диагностики личностной патологии	23
Лечение	25
Список использованной литературы.....	26

Учебное издание

Лайша Дмитрий Юрьевич

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
Редактор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 10.01.22. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,39. Тираж 53 экз. Заказ 21.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.