

Российское общество психиатров

Клинические рекомендации

Диагностика и лечение расстройств личности

СОГЛАСОВАНО

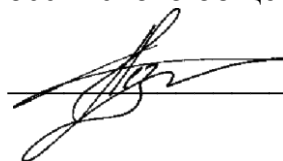
Главный специалист психиатр
Минздрава России



З.И. Кекелидзе

СОГЛАСОВАНО

Председатель правления
Российского общества психиатров



Н.Г. Незнанов

Оглавление

1. Методология	3
2. Определение, принципы диагностики специфического расстройства личности	4
2.1 Диагностика расстройства личности	5
3. Лечение.....	13
Приложение 1 Информированное согласие на лечение	15

1. Методология

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

Описание методов: доказательной базой для рекомендаций являются базы данных MEDLINE, глубина поиска составляла 5 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) Достаточно доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Г) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.

Д) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

1. Доказательства, полученные в ходе мета-анализа или систематического обзора.

2. Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях.

3. Доказательства, полученные в больших проспективных, но нерандомизированных исследованиях.

4. Доказательства, полученные в ретроспективных нерандомизированных исследованиях на большой группе.

5. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных

6. Доказательства, полученные на отдельных больных.

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования доказательств:

Консенсус экспертов

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

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

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

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

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

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

2. Определение, принципы диагностики специфического расстройства личности

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.

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

Диагностика:

Диагноз расстройства личности является сугубо клиническим и устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных пациента и других сведений, характеризующих личность. Важнейшим фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза.

Классификация.

В МКБ-10 выделены следующие типы специфических расстройств личности (F60):

- *Параноидное (параноическое) расстройство личности F60.0*
- *Шизоидное расстройство личности F60.1*
- *Диссоциальное расстройство личности F60.2*
- *Эмоционально неустойчивое расстройство личности F60.3*
 - *импульсивный тип F60.30*
 - *пограничный тип F60.31*
- *Истерическое расстройство личности F60.4*
- *Ананкастное расстройство личности F60.5*
- *Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F60.6*
- *Расстройство типа зависимой личности F60.7*
- *Другие специфические расстройства личности F60.8*
- *Расстройство личности неуточненное F60.9*
- *Смешанное расстройство личности F 61.0*

Динамика расстройств личности

Общим механизмом динамики расстройств личности являются компенсация и декомпенсация патологического состояния. Они отражают преимущественно количественные степени выраженности нарушений в пределах одного типа расстройства личности.

Компенсация – это тип динамики расстройства личности, когда в результате развития вторичных характерологических черт, играющих защитную роль в отношении первичных особенностей, обеспечиваются временная адаптация личности к микросреде. Состояние

компенсации отличается минимальными проявлениями и удовлетворительными показателями социальной приспособляемости. В эти периоды нет необходимости в медицинской помощи.

Декомпенсация – это период, характеризующийся явным заострением основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением социальной адаптации. Клинические проявления декомпенсации могут выходить за рамки собственно личностных расстройств и достигать уровня болезненных состояний (реакции, фазы).

2.1 Диагностика расстройства личности

Клинические рекомендации по диагностике и лечению расстройств личности.

Целевая группа: больные с расстройствами личности

Диагностика у взрослых. Основные положения.

Диагноз расстройства личности является клиническим. Он основан на наблюдении за больным и оценке симптомов, при исключении других причин расстройства личности.

Алгоритм постановки диагноза специфического расстройства личности.

Для установления специфического расстройства личности важно наличие совокупности **3 признаков: 1) тотальность патологических свойств личности (проявляются в любой жизненной ситуации); 2) стойкость (малая обратимость) качеств; 3) выраженность.**

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения психиатрического обследования в амбулаторно-поликлинических условиях.

В условиях амбулаторного наблюдения возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

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) расстройств, а также астенических, истерических, обсессивных и соматоформных симптомокомплексов.

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

При **эмоционально неустойчивом расстройстве личности** 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 расстройстве личности** 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 расстройстве личности** 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. Obsessивно-фобическая симптоматика носит характер изолированных навязчивостей, компульсий, ритуалов. Навязчивости являются эгосинтонными.

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

При **зависимом расстройстве личности** 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».

Диагностические критерии *параноидного (параноического) расстройства личности (F60.0)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.1)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.2)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.3)*:

F60.30 Импульсивный тип.

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

Б. Должны присутствовать минимум три признака из числа следующих:

- 1) выраженная тенденция действовать неожиданно, не принимая в расчет последствия;
- 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;
- 3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать "поведенческие взрывы", являющиеся результатом этих эмоций;
- 4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;
- 5) нестабильное и капризное настроение.

F60.31 Пограничный тип.

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.4)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.5)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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) расстройства личности (F60.6)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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 расстройства личности (F60.7)*:

А. Должны выполняться общие критерии специфического расстройства личности F60 (п. VI).

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.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы, визуальный осмотр и пальпация общетерапевтические, аускультация, перкуссия, измерение частоты дыхания, пульса, артериального давления проводятся в рамках физикального исследования.

В случае выявления признаков поражения центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (*консультация невролога*).

Возможно проведение *электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований* и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

Экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование является методикой для диагностики специфического расстройства личности. Используются экспериментально-психологические методики-тесты, с помощью которых возможна оценка типа темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Психопатологическое исследование пациентов со специфическим расстройством личности.

ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

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

Объективный анамнез включает:

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

Б) данные о личности пациента, 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.

СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ (методология).

Основной метод исследования - расспрос (клиническое интервью). Позволяет собрать субъективный анамнез и выявить клинические факты, определяющее психическое состояние.

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). Рекомендуются начинать беседу с получения фактических сведений, переходя от нейтральных тем – к эмоционально значимым. Вопросы должны быть по возможности простыми и понятными пациенту. Их доступность определяется совпадением их лексики с речевой практикой пациента, что зависит от образовательного, культурного уровня, национальных и этнических факторов.

Анамнестические сведения собирают от прошлого больного к настоящему. При расстройствах личности удается установить, что уже в детском возрасте у пациента

проявляются черты характера, которые достигают крайности и влияют на его адаптацию в обществе.

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

Расспрос должен выявлять:

- А) психические расстройства с учетом времени их появления, последующего усложнения или обратного развития с оценкой их влияния на различные стороны жизни пациента;
- Б) личностные особенности и характерологические изменения;
- В) особенности реагирования на психические травмы;
- Г) влияние перенесенных экзогенных вредностей (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ) на психическое состояние пациента;
- Д) особенности протекания критических возрастных периодов;
- Е) эффективность лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ.

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, интеллекта, внимания и их нарушения;
- В) особенности эмоционально-волевой сферы, настроения;
- Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

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

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

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

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Соматическое и неврологическое обследование.

Общий осмотр включает:

- А) выявление следов повреждений, в том числе самоповреждений, расположение и особенности татуировок, если они имеются;
- Б) осмотр волосистой части головы для выявления рубцов после перенесенных травм;
- В) выявление следов инъекций, если они имеются;
- Г) осмотр слизистой полости рта и языка (рубцы, наличие следов прикусов).

Исследование соматического состояния по органам и системам с учетом жалоб и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

- А) исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
- Б) исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);

В) исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяются:

А) функции обонятельного, зрительного, глазодвигательного, блокового, отводящего, тройничного, лицевого, преддверно-улиткового, языкоглоточного, блуждающего, добавочного, подъязычного нервов, наличие (отсутствие) бульбарного и псевдобульбарного синдромов;

Б) рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

В) экстрапирамидные нарушения (гипокинез, нарушения мышечного тонуса, гиперкинез, дрожание, миоклония);

Г) мозжечковая патология и расстройства координации движений (при наличии атаксии уточняется ее вид с помощью проб – простой и усложненной позы Ромберга, пальценосовой, пяточно-коленной, пробы на адиадохокинез, на соразмерность движений, расстройства речи, изменение почерка, нистагм);

Д) чувствительность и ее нарушения;

Е) расстройства функций вегетативной нервной системы;

Ж) расстройства высших мозговых функций (речь, гнозис, праксис, невротические синдромы).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Электрэнцефалографическое исследование позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, наличие эпилептической активности, а также регистрировать признаки внутричерепной гипертензии, размеры желудочков мозга.

Реоэнцефалографическое исследование отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

Консультация окулиста - определение состояния глазного дна.

При обнаружении психических расстройств, вызванных теми или иными соматическими или неврологическими заболеваниями, необходимо *привлечение врачей-специалистов* в той области медицины, к которой относится выявленное заболевание.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исследование направлено на изучение психической деятельности личности, дает возможность выявить внутреннюю структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, сохранные стороны личности, установить индивидуальные особенности личности.

Минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

А) исследование умственной работоспособности и внимания: отсчитывание, таблицы Шульце (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона – не менее одной методики;

Б) исследование памяти: узнавание предметов, запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов – не менее двух методик;

В) исследование ассоциативной сферы: ответные, свободные и тематические ассоциации, пиктограмма – не менее одной методики;

Г) исследование мыслительной деятельности: исключение предметов и понятий, сравнение и признаки понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям – не менее трех методик;

Д) исследование индивидуально-психологических особенностей: шкалы самооценки (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, «Подростковый диагностический опросник» - ПДО и др.); проективные тесты («Тематический апперцептивный тест» - ТАТ, тесты Роршаха, Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики), опросники (ММРІ – «Миннесотский мультифакторный личностный опросник», тест Кеттела, Спилбергера) – не менее одной методики.

Дифференциальный диагноз.

Отграничение расстройств личности от основных психических расстройств может представлять затруднения. В некоторых случаях возникает необходимость в тщательном клиническом и инструментальном (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, компьютерная томография, ЯМР, рентгенологическое, биохимическое и т.д.) исследовании. Для диагностики важны закономерности развития и динамики. Формирование аномального склада происходит постепенно, годами. Не характерна значительная изменчивость клинической картины, не связанная с психогенными воздействиями и сопровождающаяся расширением клинических проявлений с падением психической продуктивности и длительной социальной дезадаптацией.

3. Лечение

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

Условия лечения – преимущественно амбулаторное (1-2 месяца). Показаниями для **амбулаторного лечения** являются невротические, связанные со стрессом расстройства, соматоформные расстройства: тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, диссоциативные; аффективные расстройства настроения без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций: легкий депрессивный эпизод, расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения.

Стационарное лечение показано лишь в случае выраженной декомпенсации, лечение в условиях психиатрического стационара должно быть непродолжительным (до 30 дней). Показаниями для **стационарного лечения** являются аффективные расстройства настроения, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, ауто- и гетероагрессивным поведением, не купирующиеся в амбулаторных условиях, а также обследование для решения диагностических и экспертных вопросов.

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

Показания к применению психофармакологических препаратов определяются клиническими признаками декомпенсации личностных расстройств и типом реакции. При терапии используются препараты основных психофармакологических классов: анксиолитики (транквилизаторы) и снотворные средства, антидепрессанты, антипсихотические препараты (нейролептики), нормотимики, психостимуляторы. Используются средние и высокие дозы психотропных препаратов, вводимых при необходимости парентерально.

В связи с высокой вероятностью развития зависимости от психоактивных веществ, необходимо с большой осторожностью назначать транквилизаторы.

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

К основным методам индивидуальной психотерапии относятся психодинамический метод, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия.

Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Этиопатогенетического медикаментозного лечения специфических расстройств личности не существует. Медикаментозная терапия проводится в рамках динамических сдвигов определяющих декомпенсацию расстройств личности (длительные декомпенсации собственно патохарактерологических проявлений, манифестные картины в пределах фаз и реакций) и зависит от структуры синдрома. При терапии используются препараты основных психофармакологических групп: антипсихотические препараты (типичные и атипичные), антидепрессанты, анксиолитики (транквилизаторы), снотворные средства, психостимуляторы, противосудорожные средства в качестве нормотимиков. Лекарственную терапию предпочтительно начинать с низких и средних доз препаратов, вводимых при необходимости парентерально, проводить непродолжительными курсами, со строго индивидуализированным подходом.

При параноидном и диссоциальном расстройствах личности предпочтительно назначение антипсихотиков: хлорпромазин (средняя суточная доза – 110 мг/сут.), галоперидол (до 6 мг/сут.), флупентиксол назначается с низкой дозы 3 мг/сут. повышая в среднем до 10 мг/сут. (высокие дозы – 40-150 мг/сут.), зуклопентиксол (10 мг/сут.), рисперидон - начальная доза по 1 мг два раза в сутки, при необходимости дозу можно увеличивать до 4 мг/сут. (назначать не чаще, чем через день), оланзапин – назначается 1-2 раза в день – в низкой дозе – 5 мг/сут. (средняя доза 10-15 мг/сут., высокие – 15-20 мг/сут.).

При шизоидном расстройстве личности предпочтительны атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин) в вышеуказанных дозах.

При терапии истерического расстройства личности возможно использование следующих нейролептиков: тиоридазин (до 100 мг/сут.), перициазин назначается 2-3 раза в день в дозе 30 мг/сут. (высокие дозы – 75-100 мг/сут.), левомепромазин (50 мг/сут.), сульпирид (100-200мг/сут.). Из транквилизаторов: диазепам (10мг/сут.), феназепам (1 мг/сут.). Препараты бензодиазепиновой группы следует назначать с осторожностью, короткими курсами. При наличии депрессивной симптоматики можно назначать антидепрессанты всех известных групп, предпочтительны трициклические антидепрессанты – amitриптилин (в дозе 100 мг/сут.).

При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности возможно использование антидепрессантов всех групп.

При терапии ананкастного расстройства личности предпочтительны транквилизаторы – клоназепам (4 мг/сут.), алпрозолам (1 мг/сут); нейролептики с преимущественно анксиолитическим действием – сульпирид (200мг/сут.), хлопротиксен (75 мг/сутки), тиоридазин (100 мг/сут.); атипичные антипсихотики – рисперидон, оланзапин, кветиапин (50 мг/сут); антидепрессанты: трициклические (ТЦА) - наиболее предпочтителен кломипрамин (100 мг/сут.); селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – пароксетин (40 мг/сут.), сертралин– 50 мг/сут., флувоксамин – 100-150 мг/сут.

При тревожном (уклоняющееся, избегающее) расстройстве личности эффективны транквилизаторы (алпрозолам); антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом: amitриптилин, миансерин (30 мг/сут.); нейролептики - тиоридазин, терален (10 мг/сут.).

При зависимом расстройстве личности предпочтительно назначение транквилизаторов; трициклических антидепрессантов в небольших суточных дозах; нейролептиков – тиоридазин и др.

С целью стабилизации аффективного дисбаланса при всех типах расстройств личности рекомендуются нормотимики (карбамазепин – 400 мг/сут., ламотриджин – 100 мг/сут., лития карбонат – 600 мг/сут.).

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

Целью психотерапии является гармонизация поведения и достижение стабильной социальной адаптации пациентов.

При специфическом расстройстве личности наиболее эффективны:

- долгосрочная психоаналитическая психотерапия;
- долгосрочная когнитивная психотерапия.

Долгосрочная психоаналитическая психотерапия

Цель – решение бессознательного психологического конфликта. Существует два вида терапии: ориентированная на адекватную самооценку (экспрессивная психотерапия) и поддерживающая психотерапия (психотерапия отношений). Пациенты посещают психиатра 1-2 раза в неделю.

Долгосрочная когнитивная психотерапия

Цель- достижение понимания бессознательных конфликтов, что приводит к психологическим и поведенческим изменениям. Терапия требует от врача большой активности для постоянного направления ассоциаций и мыслей пациента в конфликтные сферы. Курс терапии – 10-40 сеансов.

Приложение 1

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

**(В ПБ, ПНД, ПСИХИАТРИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ПОЛИКЛИНИКИ,
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ)**

Я, _____
согласен(на) на обследование и лечение в условиях

Лечащим врачом _____

(фамилия, имя, отчество).

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

- клиническое обследование у врачей специалистов: терапевта, невролога, окулиста, гинеколога и др.
- лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи)
- инструментальное исследование (по показаниям)
- физиотерапевтическое лечение
- лечебную физкультуру (общеукрепляющие и специализированные группы)
- психологическое исследование
- психотерапию – краткосрочную, долгосрочную, индивидуальную, семейную, групповую и (или) психологическую коррекцию
- медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая)
- продолжительность лечения не более _____ дней.

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

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

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

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

« ____ » _____ 200__ год. Подпись пациента _____