

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
8 ноября 2022 г. № 108

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Первый заместитель Министра**

**Е.Н.Кроткова**

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет  
судебных экспертиз  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным  
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.11.2022 № 108

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

### **«Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)»**

#### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых, соответствующими шифрам F60-69 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-XII «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для купирования симптоматики, достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

## ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

8. Расстройства личности и поведения у взрослых включают: Специфические расстройства личности (F60 по МКБ-10), Смешанные и другие расстройства личности (F61 по МКБ-10):

длительно существующие глубокие и стойкие расстройства характера, причиняющие серьезный дискомфорт пациенту, либо приводящие его к значительным конфликтам с социальным окружением. Деадаптивные особенности личности могут проявляться нарушениями в области восприятия и оценки окружающего, эмоциональной сфере, поведении, манере межличностных отношений, способах удовлетворения потребностей;

расстройства зрелой личности часто являются преморбидным фоном для других психических расстройств (расстройств настроения, зависимостей от психоактивных вещества, шизофрении и близких к ней расстройств и другие), как правило, утяжеляя течение последних.

В зависимости от симптомов выделяют следующие группы расстройств зрелой личности:

расстройства зрелой личности с преобладающими нарушениями восприятия и оценки окружающей действительности (шизоидное, параноидное, смешанное);

расстройства личности с преобладающими агрессивностью и импульсивностью (эмоционально неустойчивое, диссоциальное, смешанное);

расстройства личности с преобладающей эмоциональной лабильностью (эмоционально неустойчивое, гистрионное, смешанное);

расстройства личности с преобладающей тревожностью (тревожное, ананкастное, зависимое, смешанное).

**Параноидное расстройство личности (F60.0 по МКБ-10):**

характеризуется постоянными необоснованными сомнениями в лояльности окружающих. Пациенты с параноидным расстройством личности нередко проявляют враждебность, развивают кверулянтскую деятельность по отношению к медицинскому работнику. Это можно предупредить, если уделять данной категории пациентов большое внимание на первом медицинском осмотре, предупреждать о длительности лечения и об усилиях, которые необходимо приложить самому пациенту для достижения успеха.

**Шизоидное расстройство личности (F60.1 по МКБ-10):**

расстройство личности, для которого характерно отсутствие потребности в общении, неспособность переживать яркие эмоции, стремление к уединенной деятельности.

**Диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10):**

расстройство личности, для которого характерна неспособность соблюдать принятые в обществе нормы и правила, тенденция к использованию других в целях удовлетворения собственных потребностей.

**Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3 по МКБ-10):**

при этом расстройстве наблюдается ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях, характерна неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых и ничем не обусловленных его изменениях. Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности склонны обесценивать личность врача-специалиста и оказанную им медицинскую помощь, что приводит к серьезным межличностным конфликтам. Это можно предупредить, если уделять пациенту большое внимание на первом медицинском осмотре, предупреждать о длительности лечения и об усилиях, которые необходимо приложить самому пациенту для достижения успеха, избегать нарушений границ.

**Истерическое расстройство личности (F60.4 по МКБ-10):**

характерными чертами данного расстройства являются поверхностность и лабильность эмоций, преувеличенно интенсивное выражение чувств.

Ананкастное расстройство личности (F60.5 по МКБ-10):

данное расстройство характеризуется чувством неуверенности, постоянными сомнениями, стремлением к совершенству, чрезмерной добросовестностью, потребностью в проведении многократных проверок, озабоченностью деталями.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6 по МКБ-10):

данное расстройство личности характеризуется ощущениями напряженности, своей неполноценности, постоянными тяжелыми предчувствиями, неуверенностью в своей безопасности.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7 по МКБ-10):

данное расстройство личности характеризуется склонностью полагаться на других в принятии как важных, так и незначительных решений, отчаянным страхом оказаться покинутым, тенденцией пассивно уступать желаниям других людей, чувством беспомощности.

Другие специфические расстройства личности (F60.8 по МКБ-10):

характеризуется: нарциссическим, пассивно-агрессивным, психоневротическим расстройством личности.

9. Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга (F62 по МКБ-10) включает: Стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0 по МКБ-10), Стойкие изменения личности после психического заболевания (F62.1 по МКБ-10):

к этим расстройствам относятся расстройства зрелой личности и поведения, развивающиеся у пациентов, ранее не имевших расстройств личности.

10. Расстройства привычек и влечений (F63 по МКБ-10) включают:

Патологическое влечение к азартным играм (F63.0 по МКБ-10);

Патологическое влечение к поджогам (пиромания) (F63.1 по МКБ-10);

Патологическое влечение к воровству (клептомания) (F63.2 по МКБ-10);

Трихотилломания (F63.3 по МКБ-10);

Другие расстройства привычек и влечений (F63.8 по МКБ-10);

Расстройство привычек и влечений неуточненное (F63.9 по МКБ-10).

Эти расстройства характеризуются повторяющимися действиями, которые не имеют какой-либо ясной рациональной мотивации, не поддаются сознательному контролю и в общем противоречат интересам личности.

11. Расстройства половой идентификации (F64 по МКБ-10):

Транссексуализм (F64.0 по МКБ-10):

характерно стабильное и неизменяемое чувство принадлежности к противоположному полу;

дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу;

постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков и приобрести противоположные половые признаки путем хирургического и гормонального лечения;

существование стойкой транссексуальной идентификации не менее 2 лет.

Порядок организации оказания медицинской помощи при изменении половой принадлежности установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности».

Трансвестизм двойной роли (F64.1 по МКБ-10):

проявляется ношением одежды противоположного пола, является частью образа жизни с целью получения удовольствия и душевного комфорта от собственного внешнего вида и временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением, что отличает его от фетишистского трансвестизма.

К трансвестизму двойной роли относят:

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в возрасте до 18 лет;

нарушение половой идентификации нетранссексуального типа в возрасте старше 18 лет.

Расстройство половой идентификации (F64.2 по МКБ-10):

обычно проявляется до начала пубертатного периода, до 10 лет. Характеризуется постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу. Это стойкая озабоченность одеждой и (или) занятиями, свойственными противоположному полу, и (или) отвергание своего собственного пола.

Другие расстройства половой идентификации (F64.8 по МКБ-10):

у пациента отсутствует постоянное стремление изменить свой пол или приобрести особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения; характерно:

устойчивое желание у несовершеннолетнего пациента (возраст – до 10 лет) переодеваться в одежды противоположного пола;

кратковременное переодевание взрослого в одежды противоположного пола, связанное со стрессом;

клинические признаки транссексуализма продолжительностью менее чем два года у совершеннолетнего пациента;

постоянная одержимость идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

Дифференциальная диагностика состояния должна быть проведена с как с транссексуализмом, транссвестизмом двойной роли, расстройствами половой идентификации у несовершеннолетних пациентов, так и с шизофренией, хроническими бредовыми расстройствами, расстройствами личности и другие. Необходимо исключить также группу интерсексуальных расстройств – синдром Турнера, синдром Клайнфельтера, врожденную вирилизацию, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

Расстройство половой идентификации, неуточненное (F64.9 по МКБ-10):

включены наиболее легкие нарушения половой идентификации, затрагивающие полоролевые характеристики пациента – трансформация полоролевого поведения и гиперролевое поведение.

12. Расстройства сексуального предпочтения (F65 по МКБ-10):

характерны стойкие и выраженные паттерны атипичного сексуального возбуждения, проявляющиеся фантазиями, мыслями, побуждениями или действиями сексуального характера в отношении других лиц. Пациент в соответствии с этими влечениями совершает действия либо испытывает значительный дистресс из-за них. Данное предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев. Тяжесть состояния определяется, в первую очередь, дезадаптирующим влиянием сексуального расстройства.

Педофилия (F65.4 по МКБ-10):

расстройство характеризуется стойким сексуальным влечением к детям (мальчикам, девочкам или к тем и другим) обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста (возраста полового созревания), которое приводит к дистрессу или негативным последствиям, выражением которого являются сексуальные мысли, фантазии, побуждения или действия.

### ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

13. Перечень обязательного обследования в стационарных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;  
использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических расстройств – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

биохимическое исследование крови (далее – БИК): определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (для женщин);

мазок на кишечную патогенную флору – однократно при поступлении.

14. Перечень обязательного обследования в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение активности АсАТ, АлАТ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно (совершеннолетним пациентам);

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

15. Перечень обязательного обследования в амбулаторных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

консультация врача-невролога;

консультация врача-детского невролога;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

16. Перечень дополнительного обследования:

консультация врачей иных специальностей по профилю соматической патологии;

ЭКГ;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

компьютерная томография головного мозга;

электроэнцефалография;  
ультразвуковое исследование сердца;  
ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.

17. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 13–16 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

#### **ГЛАВА 4**

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ**

18. Медицинские показания для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – легкие или умеренно выраженные состояния декомпенсации расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, требующие применения фармакотерапии и (или) психотерапии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания – умеренно выраженные состояния декомпенсации расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, требующие применения фармакотерапии и психотерапии.

Медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

тяжелые декомпенсации расстройств зрелой личности и поведения у взрослых, обуславливающие непосредственную опасность для пациента и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи;

необходимость проведения диагностики, невозможной в иных, кроме стационарных, условиях для установления окончательного диагноза;

суицидальные намерения.

19. Лечение расстройств зрелой личности и поведения у взрослых включает:

купирование аффективных, выраженных поведенческих и других сопутствующих психических расстройств;

психотерапию;

при тяжелых декомпенсациях лечение рекомендуется начинать с фармакотерапии, которая облегчит начало работы с врачом-специалистом. При менее выраженных состояниях и фармакотерапию, и психотерапию рекомендуется начинать одновременно.

При фармакотерапии декомпенсаций расстройств личности применяют следующие ЛС:

антипсихотические ЛС (далее – антипсихотики):

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь 1,5–6 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, внутрь 5–10 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

флупентиксол, таблетки 0,5 мг, 1 мг, внутрь 0,5–3 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь 1–3 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, внутрь 2–5 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, внутрь 50–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

перициазин, капсулы 5 мг, 10 мг, раствор для приема внутрь, флакон 30 мл, 125 мл (1 капля содержит 1 мг перициазина), внутрь 20–50 мг/сутки в 2 приема в течение 1–3 недель;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, внутрь 30–100 мг/сутки в 1–2 приема в течение 1–3 недель;

сертиндол, таблетки 4 мг, внутрь 4–6 мг/сутки 1 раз в сутки в течение 1–3 недель;

антидепрессанты:

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 10–40 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 100–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, внутрь 10–20 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 50–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, внутрь 20–40 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь 150–225 мг/сутки в 2 приема в течение 2–6 месяцев;

миртазапин, таблетки 30 мг, внутрь 15–45 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

мапротилин, таблетки 25 мг, внутрь 25–75 мг/сутки в 1–3 приема в течение 2–6 месяцев;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь 12,5–25 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

миансерин, таблетки 10 мг, 30 мг, 60 мг, внутрь 20–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

противоэпилептические ЛС, обладающие нормотимическим действием:

карбамазепин, таблетки 200 мг, внутрь 400–600 мг/сутки в 2 приема в течение 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, внутрь 300–1200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

окскарбазепин, таблетки 150 мг, 300 мг, 600 мг, внутрь 300–900 мг/сутки в 2 приема 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 25–150 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев;

анксиолитические ЛС (далее – анксиолитики):

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, внутрь 10–30 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

этифоксин, капсулы 50 мг, внутрь 100–200 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

мебикар, таблетки 300 мг, 500 мг, внутрь 600–1800 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–4 недель;

алпразолам, таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, внутрь 0,5–2 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–2 недель;

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь в 1–3 приема в течение 7–14 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, внутрь 0,5–4 мг/сутки в 2–3 приема в течение 1–2 недель.

Следует избегать применения нескольких ЛС (полипрагмазии), безопаснее использовать одно ЛС. Если назначенное ЛС не уменьшило симптомы, на которые было ориентировано лечение, необходимо увеличить его дозу, а при отсутствии эффекта – перейти на другое ЛС данной группы; при отсутствии эффекта – перейти на ЛС другой группы.

Выбор ЛС и доз зависит от преобладающих симптомов.

При преобладании симптомов нарушения восприятия и оценки окружающей действительности эффективны малые дозы антипсихотиков: галоперидола,

трифлуоперазина, флупентиксола, рисперидона, оланзапина, кветиапина. Начинают подбор ЛС с антипсихотиков второго поколения и лишь в случае их неэффективности переходят к ЛС первого поколения. При возникновении нежелательных реакций рекомендовано понижение дозы антипсихотика, при сохранении нежелательных реакций – переход на другой атипичный антипсихотик. Если нежелательные реакции сохраняются и после этого, назначать корректор нецелесообразно, лучше перейти на анксиолитик.

При преобладании агрессивности и импульсивности применяются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС) (флуоксетин, флувоксамин, эсциталопрам, сертралин), противоэпилептические ЛС, обладающие нормотимическим действием (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, окскарбазепин, ламотриджин). В случае их неэффективности или выраженной враждебности возможно применение малых доз антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин, перициазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин).

При преобладании эмоциональной лабильности показаны ЛС нормотимического действия (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, окскарбазепин, ламотриджин).

При преобладании тревожности эффективны антидепрессанты, анксиолитики, малые дозы некоторых антипсихотиков. Показаны антидепрессанты группы СИОЗС с выраженным противотревожным действием (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, сертралин). Из трициклических и тетрациклических антидепрессантов допустимо назначение мапротилина, тианептина, миансерина, мirtазапина. Поскольку пациенты с расстройствами личности склонны к формированию зависимостей, бензодиазепиновые анксиолитики назначаются короткими курсами.

Рекомендованы анксиолитики, не являющиеся бензодиазепиновыми: буспирон, этифоксин, гидроксизин, мебикар. Из антипсихотиков назначаются хлорпротиксен, кветиапин. Антипсихотики должны применяться с большой осторожностью из-за вероятности нежелательных реакций, что может отрицательно повлиять на приверженность к лечению.

Психотерапия:

когнитивно-поведенческая терапия;

схемофокусированная терапия;

поддерживающая психотерапия;

терапия средой;

терапия, направленная на формирование адекватной самооценки;

психодинамическая терапия;

групповая терапия;

обучение социальным навыкам.

Параноидное расстройство личности (F60.0 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия:

эффективна долгосрочная когнитивная психотерапия с акцентом на реальности.

Используются стратегии стимулирования навыков связей и доверия к межличностным отношениям, а также фокусирование на области конкретных межличностных кризисов и конфликтов. Врачу-специалисту необходимо действовать в качестве модели эмпатии. Не проводить конфронтацию с негативными компонентами расстройств личности, вместо конфронтации – активировать ресурсы. Групповые формы психотерапии нежелательны.

Шизоидное расстройство личности (F60.1 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия: долгосрочная психодинамическая, тренинг социальных навыков, возможна групповая терапия. Используются стратегии гибкого стимулирования открытости новому опыту и стратегии стимулирования навыков связей и доверия к межличностным отношениям. Когнитивная терапия используется в случае, если структура личности включает склонность к дисфории/депрессии.

Диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия оказывает незначительное влияние на пациентов с диссоциальным расстройством личности. Используются групповые формы работы, социотерапия, когнитивно-поведенческая терапия. Применимы директивные формы работы, так как под угрозой наказания поведение пациента может меняться в положительную сторону.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

долгосрочная психодинамическая терапия, диалектическая поведенческая терапия, а также другие виды психотерапии. Психотерапия включает в себя индивидуальную и групповую формы работы. Психотерапия должна быть сфокусирована на области конкретных межличностных кризисов и конфликтов, иметь четкие и однозначные цели.

Истерическое расстройство личности (F60.4 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

долгосрочная психодинамическая, групповая, индивидуальная, ориентированная на создание адекватной самооценки.

Ананкастное расстройство личности (F60.5 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

вначале лечения предпочтительны индивидуальные формы работы, ориентированные на создание адекватной самооценки, с возможным переходом в последующем на групповую психотерапию с целью приобретения необходимых социальных навыков, эффективна и семейная психотерапия;

психотерапевтическая коррекция может осуществляться в рамках когнитивно-поведенческого, психодинамического, экзистенциального подходов, а также в рамках гештальт-терапии.

Тревожное расстройство личности (F60.6 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта;

психотерапия: психодинамическая, когнитивно-поведенческая, групповая, обучение социальным навыкам и формирование уверенности в себе;

когнитивные техники помогают пациенту изменить свои болезненные взгляды и мысли, стать более устойчивым к эмоциональному дискомфорту и сформировать правильное представление о себе и социальной среде;

поведенческие техники способствуют обучению социальным навыкам и методам контролируемого негативного воздействия, способствующие постепенному расширению социальных контактов. групповая терапия помогает попрактиковаться в социальных ситуациях.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия:

вначале лечения предпочтительны индивидуальные формы работы, с возможным переходом в последующем на групповую психотерапию с целью приобретения необходимых социальных навыков, эффективны семейные формы работы, выработка уверенности в себе;

психотерапевтическая коррекция может осуществляться в рамках когнитивно-поведенческого, психодинамического подходов, а также в рамках гештальт-терапии.

Другие специфические расстройства личности (F60.8 по МКБ-10):

проводится фармакотерапия согласно частям первой–третьей настоящего пункта; психотерапия определяется потребностями конкретного случая.

20. Стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием или повреждением мозга (F62 по МКБ-10):

фармакотерапия направлена на коррекцию наиболее выраженных нарушений. Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части второй пункта 19 настоящего клинического протокола;

психотерапия определяется потребностями конкретного случая.

21. Расстройства привычек и влечений (F63 по МКБ-10).

Основным методом лечения патологических привычных действий является психотерапия, которая включает когнитивно-поведенческую, групповую, игровую и семейную.

Фармакотерапия показана в случаях упорного и затяжного течения, зависит от наблюдаемых симптомов и может включать:

антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин);  
неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (венлафаксин и другие);  
трициклические и гетероциклические антидепрессанты (мапротилин, мirtазапин);  
анксиолитики короткими курсами (алпразолам, клоназепам);  
противоэпилептические ЛС (карбамазепин, вальпроевая кислота, топирамат, ламотриджин);  
антипсихотики (в резистентных случаях) в малых и средних дозах (хлорпротиксен, галоперидол, флупентиксол, рисперидон, перициазин, кветиапин).

Формы выпуска, дозировки и способы применения ЛС указаны в части второй пункта 19 настоящего клинического протокола.

22. Расстройства половой идентификации (F64 по МКБ-10):

Транссексуализм (F64.0 по МКБ-10):

проявляется стойким и неизменным осознанием своей принадлежности к противоположному полу, выраженным психоэмоциональным дискомфортом, ощущением чуждости и полного несоответствия строения собственного тела половому самосознанию и полоролевому поведению;

возраст старше 18 лет.

Медицинские противопоказания для изменения половой принадлежности определяются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 декабря 2010 г. № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности».

Хирургическая коррекция анатомических половых признаков, маскулинизирующая маммопластика и фаллопластика, экстирпация матки с придатками у женщин-транссексуалов, феминизирующая маммопластика и вагинопластика с кастрацией у мужчин-транссексуалов проводится в организации здравоохранения, определенной Министерством здравоохранения.

Гормональное заместительное лечение проводится с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков и назначается врачом-эндокринологом.

Психотерапия (индивидуальные и групповые формы) первоначально направлена на примирение с врожденным гендерным статусом, социальную адаптацию и облегчение процессов самораскрытия; перед половой переориентацией включает информационно-разъяснительную, рациональную методики, семейную терапию с близкими родственниками, партнером; в процессе смены пола и после направлена на социализацию, работу с супругом и близкими родственниками, партнером, и стабилизацию психоэмоционального состояния (при его нарушении).

Во всех случаях применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, при необходимости антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев).

Трансвестизм двойной роли (F64.1 по МКБ-10):

основной метод лечения психотерапия: релаксационный тренинг, когнитивная, психодинамическая, семейная и супружеская, когнитивно-поведенческая и другие методы. Психотерапия направлена на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков;

фармакотерапия: анксиолитики и антидепрессанты при имеющихся коморбидных психических расстройствах определяется конкретной нозологической формой.

Расстройство половой идентификации в детском возрасте (F64.2 по МКБ-10):  
основной метод лечения – длительная (до периода полового созревания) психотерапия, направленная на устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширения коммуникативных навыков, улучшение социальной адаптации.

Другое расстройство половой идентификации (F64.8 по МКБ-10):  
основное лечение – психотерапия, направленная на ослабление психического дискомфорта, связанного с неприятием себя как носителя определенного пола, формирование у пациента когнитивных поведенческих паттернов, способствующих улучшению его психосоциальной адаптации и расширяющих возможности для установления полноценных партнерских/супружеских отношений. Используют методы когнитивно-поведенческой психотерапии, гипносуггестию, семейную и групповую психотерапию, психодинамические подходы.

Расстройство половой идентификации, неуточненное (F64.9 по МКБ-10):  
в случаях семейно-сексуальных дисгармоний либо при неудачных попытках наладить удовлетворяющие партнерские отношения проводится корригирующее лечение, которое предусматривает проведение реконструктивной психотерапии с акцентом на исправление искажений этапа формирования полоролевого поведения.

### 23. Расстройства сексуального предпочтения (F65 по МКБ-10):

лечение:

контроль парафилических фантазий и поведения для снижения риска совершения сексуального преступления;

контроль парафильных сексуальных влечений;

снижение уровня дистресса у пациентов с парафилическими расстройствами;

усиление непарафильных сексуальных интересов и поведения.

Выбор лечения зависит от приверженности пациента лечению, интенсивности парафилических сексуальных фантазий и риска сексуального насилия.

При парафилических сексуальных фантазиях, навязчивостях и поведении без влияния на обычную сексуальную активность и сексуальное желание (случаи вуайеризма, фетишизма без риска изнасилования или жестокого обращения с детьми) применяется когнитивно-поведенческая психотерапия.

При парафилических сексуальных фантазиях, навязчивых идеях и поведении с незначительным влиянием на обычную сексуальную активность и сексуальное желание без риска изнасилования или насилия над детьми (эксгибиционизм, фроттеризм) применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев).

### Педофилия (F65.4 по МКБ-10):

во всех случаях применяется когнитивно-поведенческая психотерапия, при необходимости антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, внутрь 40–60 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев; сертралин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь 150–200 мг/сутки в 1–2 приема в течение 2–6 месяцев);

при умеренном риске сексуального насилия (при отсутствии в прошлом актов насилия) показано по решению врачебного консилиума назначение ЛС:

медроксипрогестерон ацетат, суспензия для инъекций 500 мг/3,3 мл во флаконах, внутримышечно 500 мг еженедельно, затем ежемесячно;

при высоком риске сексуального насилия показано назначение через врачебный консилиум аналога гонадотропин-рилизинг гормона длительного действия (трипторелин или лейпрорелин) в сочетании с антиандрогеном (ципротерон ацетатом) или гормональным контрацептивом для системного применения (медроксипрогестерона ацетатом):

трипторелин, лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия в комплекте с растворителем 3,75 мг, внутримышечно один раз в месяц, длительно;

лейпрорелин, порошок лиофилизированный для приготовления суспензии для инъекций 3,75 мг, 7,5 мг, в комплекте с растворителем, подкожно в дозе 3,75–7,5 мг один раз каждые 4 недели, длительно.

Антиандроген назначается за неделю до и в течение первого месяца приема агонистов гонадорелина для предотвращения эффекта вспышки и для контроля риска рецидива парафильного сексуального поведения, связанного с эффектом вспышки.

В случае нежелательных реакций (тромбоэмболия или тяжелая печеночная дисфункция печени) лечение ципротерон ацетатом или медроксипрогестерон ацетатом должно быть заменено на аналог гонадотропин-рилизинг гормона. В случае тяжелого остеопороза: необходимо назначить ЛС кальция, витамина D и/или бисфосфонаты, остеоденситометрия должна проводиться ежегодно.

При рецидиве парафилических сексуальных фантазий и/или поведения с умеренным или высоким рисками сексуального насилия гормональное лечение возобновляется.

Приложение  
к клиническому протоколу  
«Оказание медицинской помощи  
пациентам с расстройствами зрелой  
личности и поведения у взрослых  
(взрослое и детское население)»

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

### **структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике расстройств зрелой личности и поведения у взрослых**

1. Таблицы Шульце.
2. «Счет и (или) отсчитывание» по Крепелину.
3. «Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия.
4. «Пиктограммы» С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн.
5. «Классификация предметов» К.Гольштейн, Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник.
6. «Исключение четвертого лишнего» Т.Д.Марциновской.
7. «Соотношение пословиц, метафор и фраз» Б.В.Зейгарник.
8. «Прогрессивные матрицы Равена».
9. Тест Д.Векслера.
10. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI).
11. Тест М.Люшера.
12. «Измерение степени андрогинности» С.Бэм.
13. «Методика полового дифференциала» В.Кагана.
14. Опросник ситуативной неудовлетворенности образом тела – SIBID Т.Кэша (адаптация Л.Т.Баранской и С.С.Татауровой, 2012).
15. Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом (The Color-A-Person body dissatisfaction Test, САРТ, 2012).
16. Тест Куна-Мартленда «Кто Я» в модификации Т.В.Румянцевой.
17. Тест диагностики удовлетворенности жизнью А.Б.Белоусова (2010).
18. Шкала Клейна (2004).
19. «МиФ» (маскулинность и фемининность) Т.А.Бессоновой, Н.В.Дворянчикова.
20. «Кодирование» З.Старович, А.А.Ткаченко, Н.В.Дворянчикова. 21. «ФПО» (Фигура-Поза-Одежда) Д.К.Саламова.
22. «ЦТО» (цветовой тест отношений) А.Е.Эткинд.
23. Шкала нарушений сексуального дизонтогенеза для мужчин Г.Е.Введенского.
24. Шкала нарушений сексуального дизонтогенеза для женщин Г.Е.Введенского, Е.В.Мединского.
25. Шкала оценки нарушений половой идентичности А.А.Ткаченко.