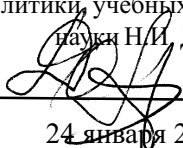


# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

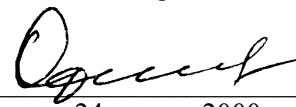
СОГЛАСОВАНО  
Заместитель начальника  
Главного управления кадровой  
политики, учебных заведений и  
науки Н.И. Доста



---

24 января 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М. Ореховский



---

24 января 2000 г.  
Регистрационный № 20-9911

## ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Гродно 2000

***Учреждение-разработчик:***

Гродненский государственный медицинский университет

***Автор:*** С.Г. Обухов

***Рецензент:*** д-р мед. наук Е.Г. Королева

Целью методических рекомендаций является внедрение в практику здравоохранения методик диагностики невротических расстройств, а также рекомендаций по оптимальному их лечению. Приведены клинические описания невротических расстройств, описана тактика врача общего профиля при решении вопросов, связанных с первичной диагностикой, консультациями специалистов, назначением лечения.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

В настоящее время психиатрия большинства европейских стран в своей практической деятельности пользуется диагностическими критериями международной классификации психических и поведенческих расстройств (международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10). В России переход на новую классификацию осуществлен в 1998 г. В Беларуси планируется переход на новую классификацию в 2000 г.

В МКБ-10 не используется традиционная дифференциация между невротами и психозами. Тем не менее, термин «невротическое», все еще сохраняется в отдельных случаях и используется в названии раздела F4 МКБ-10 — «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». В этом разделе классифицируется большинство расстройств, традиционно рассматривающихся как невроты.

Актуальность изучения невротических расстройств определяется их широкой распространенностью, сложностью дифференциальной диагностики, особенно на начальных этапах развития, склонностью к затяжному, резистентному к терапии течению и глубокому нарушению психосоциальной адаптации. С другой стороны, с невротическими расстройствами первыми сталкиваются врачи общей практики, поскольку больные фиксируют внимание на астенических, психовегетативных жалобах; в клинической картине на начальных этапах на первый план выступают функциональные вегетативные расстройства, и сами больные склонны расценивать свое состояние как соматическое заболевание. Все это указывает на необходимость разработки диагностических методик, простых в обращении, способствующих выявлению расстройства на ранних этапах, выделению групп риска в отношении невротического расстройства.

При скрининг-диагностике невротических расстройств выделяется четыре этапа:

1. Первичная сортировка с выделением группы риска в отношении невротического расстройства (нуждающиеся в индивидуальном психометрическом консультировании).

2. Индивидуальное психометрическое консультирование.

3. Индивидуальное психиатрическое консультирование.

4. Постановка окончательного диагноза.

В качестве маркеров невротического расстройства должны быть взяты его основные диагностические критерии, часть которых построена на выделении факторов патогенеза этого вида патологии:

– психометрические показатели — психологические жалобы, соматические жалобы, не подтвержденные результатами объективного соматического обследования, девиации поведения, нарушающие социальную адаптацию;

– признаки личностной дисгармоничности (личностные девиации, снижающие барьер психической резистентности);

– показатели ситуационного психоэмоционального неблагополучия (психосоциальный стресс);

– объективные показатели астенизации.

На первом этапе (скрининг-диагностика) выделенные показатели определяются с помощью комплексной программы психолого-психометрического обследования. Эта программа составлена на основе методов

психологического и психометрического обследования и прошла стандартизацию и верификацию в процессе обследования 870 испытуемых лиц различных половозрастных групп.

Программа включает в себя вербальный опросник определения типологических личностных характеристик и показателей выделения психиатрического случая, тест Люшера для определения ситуационного психоэмоционального состояния, тест Крепелина, определяющий уровень астенизации.

*Вербальный опросник* разработан нами для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных типологических личностных опросников, как опросник Айзенка, ММРІ, 16 РР, ЕРІ и ПДО, тест Леонгарда. Шкалы опросника сформированы на основе факторного и корреляционного анализов и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Методика предназначена для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Данная методика может применяться в различных возрастных группах — как у взрослых, так и у подростков, начиная с 12 лет.

Содержание утверждений, вошедших в опросник, удовлетворяет следующим критериям:

- отнесение ответа к определенным личностным характеристикам либо к функционально-психологическим состояниям,
- индифферентность содержания (в процессе верификации опросника были исключены утверждения социально не одобряемого содержания),
- однозначность содержания утверждения.

Утверждения были выбраны из большого массива, созданного на основе взятых из известных опросников и составленных нами. На первом этапе верификации исключались утверждения с неоднозначным смыслом и те, которые недостаточно осмысливались испытуемыми. На втором этапе был проведен дисперсный анализ ответов и были исключены утверждения мало значимые для оценки результата.

*Оснащение процедуры тестирования:* текст опросника и бланк ответов в количестве соответствующем числу одновременно исследуемых лиц. Несмотря на то, что имеется компьютерная версия опросника и тестирование может проводиться индивидуально на персональном компьютере, одновременное обследование группы испытуемых предпочтительнее проводить с применением бланков, поскольку одновременно может тестироваться 20–25 человек, что особенно ценно при проведении профосмотров. Перенос результатов тестирования в компьютерную программу проводится сканированием бланка, либо ручной «забивкой» данных оператором, и этот процесс занимает около 1 мин на один бланк. Таким образом, время получения результатов в базе данных компьютерной программы 20–25 человек составляет около 50 мин, в то время как выполнение теста на компьютере одним человеком занимает 20–30 мин.

*Описание теста:* опросник состоит из 95 утверждений, которые испытуемому предлагается оценить по критериям — «верно», «неверно» или «не знаю», «бывает и так и так», «зависит от обстоятельств» и т.п..

При оценке результатов обследования формируются следующие шкалы:

<b>А. Скриннер</b>			
Название шкалы	Сырые баллы	T-баллы	Ошибка
Психологические жалобы			
Соматические жалобы			
Девиации поведения			
Достоверность ответов			
<b>Б. Тип темперамента</b>			
Нейротизм			
Экстраверсия			
<b>В. Типология личности</b>			
Параноидность			
Шизоидность			
Диссоциальность			
Эмоциональная неустойчивость			
Истероидность			
Ананкастность			
Тревожность			
Зависимость (Конформность)			

Шкала «Достоверность ответов» строится на основе однозначности оценки испытуемым сходных по смыслу утверждений (чем больше противоречий, тем меньшая достоверность ответов). Шкалы «Психологические жалобы», «Соматические жалобы», «Девиации поведения» или «Критерии выделения психиатрического случая» (Скриннер) определяют уровень невротизации, соматизации и состояние адаптации.

Шкалы «Экстраверсия» и «Нейротизм» определяют тип темперамента (круг Айзенка).

Шкалы, характеризующие типологию личности дают оценку основных личностных качеств.

Все шкалы стандартизированы по полу и возрасту.

Ниже приводится текст опросника, ключ и значения шкал, а также интерпретация результатов.

### **Личностный опросник**

1. Мое настроение легко меняется от незначительных причин.
2. Я люблю все новое, все переиначивать, делать по-своему.
3. Свои неудачи я всегда переживаю сам, не ищу помощи и сочувствия.
4. Люблю всякие приключения, легко иду на риск.
5. Во время учебы в школе я любил вместо занятий отправиться с товарищами погулять или сходить в кино.
6. Люблю одежду модную, необычную, которая невольно привлекает взоры.
7. Я долго не могу простить обиду.

8. В одиночестве я чувствую себя спокойнее.
9. Я много раз взвешиваю «за» и «против» и долго не могу принять решения.
10. Я считаю, что для интересного дела всякие законы можно обойти.
11. Окружающие часто не понимают меня.
12. Мое отношение к будущему часто меняется — то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
13. Я люблю быть первым только там, где меня знают и любят, бороться за первенство я не люблю.
14. Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного.
15. Малейшие неприятности сильно огорчают меня.
16. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить с ними первым.
17. Мои планы на будущее я стараюсь разработать в малейших деталях.
18. Самая трудная борьба для меня — это борьба с самим собой.
19. У меня бывали дни, когда настроение столь угрюмое, что со мной лучше не разговаривать.
20. Люди, с которыми я общаюсь, часто смеются надо мной.
21. У меня часто бывают конфликты с товарищами.
22. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
23. В игре я всегда стремлюсь выиграть.
24. Я считаю, что окружающие часто придираются ко мне.
25. В детстве у меня возникал страх, когда я оставался один.
26. Я всегда сам убираю свои вещи.
27. По сравнению со своими друзьями я чувствую себя смелым человеком.
28. У меня бывают периоды сильного беспокойства по пустякам.
29. Иногда мне хочется уйти из дома.
30. Я бы хотел, чтобы мои друзья относились ко мне лучше.
31. Я вполне уверен в себе.
32. В моей жизни бывало так, что я позволял себе мучить животных.
33. Бывало, что в детстве я убежал из дома.
34. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
35. Мне приходилось испытывать страх в ситуации, когда я знал, что мне ничего не угрожает.
36. Мне часто трудно сосредоточиться на каком-либо задании.
37. Мне случалось возвращаться домой, чтобы убедиться, что там ничего не произошло.
38. Я стремлюсь к тому, чтобы каждая вещь в моем доме лежала на своем месте.
39. Я легко приспосабливаюсь к новой ситуации.
40. Если меня кто-нибудь обидит, то получит свое сполна.
41. Я очень нервничаю, если мне приходится ждать.

42. Меня не интересует мнение товарищей обо мне — оно мне безразлично.
43. Я уверен, что пользуюсь авторитетом в своем окружении.
44. Начатое дело мне трудно отложить даже ненадолго.
45. Меня раздражают люди, считающие, что они во всем правы.
46. Я легко нахожу «общий язык» с людьми.
47. Мне очень нелегко переносить страдания другого человека.
48. Выполнив задание я склонен перепроверить результат.
49. Я нуждаюсь в друзьях, которые могут ободрить, утешить меня.
50. Прежде, чем действовать, я предпочитаю не спеша подумать и обождать.
51. У меня часто бывают спады и подъемы настроения.
52. Обычно я поступаю быстро, не раздумывая.
53. Я бы сделал почти все что угодно «на спор».
54. Часто я действую под влиянием минутного настроения.
55. Часто я беспокоюсь, что сделал или сказал что-нибудь такое, чего делать или говорить не следовало бы.
56. Меня легко обидеть.
57. Предпочитаю иметь поменьше друзей, но близких мне.
58. Когда на меня кричат, я отвечаю тем же.
59. Иногда меня беспокоит беспричинное чувство вины.
60. Хочу всегда быть вместе с друзьями.
61. Когда я нахожусь в обществе других людей, я больше молчу.
62. Бывало, что мне не спится потому, что посторонние мысли лезут в голову.
63. Если я хочу о чем-либо узнать, я предпочитаю прочитать об этом в книге, нежели спросить.
64. Я всегда стараюсь избегать конфликтов.
65. Меня легко переспорить.
66. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть.
67. Мне очень неприятно находиться в обществе, где подшучивают друг над другом.
68. Я часто волнуюсь по поводу событий, которые могли бы произойти.
69. У меня мало уверенности в себе.
70. Мне бы понравилась работа, связанная с уходом за больными.
71. Мое настроение очень зависит от общества, в котором я нахожусь.
72. Меня можно назвать уверенным в себе человеком.
73. Я легко обижаюсь, когда люди указывают мне на мои недостатки.
74. Я мог бы сделать больше того, что от меня ожидают окружающие.
75. Мне легко внести оживление в скучную компанию.

76. Мне больше нравится выполнять работу, строго следуя разработанному плану.
77. Я всегда стремлюсь восстановить справедливость.
78. В соревнованиях я всегда стараюсь достичь наивысшего результата.
79. В своих планах я больше ориентируюсь на свое мнение, а не на советы окружающих.
80. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упрямства.
81. О друзьях, с которыми мне пришлось расстаться, я долго не жалею, легко нахожу новых.
82. Не люблю долго раздумывать о своем будущем.
83. Если у меня взяли в долг и не отдали вовремя, я стесняюсь об этом напомнить.
84. Я считаю себя веселым человеком.
85. Мне всегда трудно отказаться от своих намерений.
86. У меня иногда бывают сильные сердцебиения.
87. Я люблю подшучивать над другими.
88. У меня бывают беспричинные приступы дрожи.
89. Меня можно назвать раздражительным человеком.
90. Иногда меня беспокоят какие-то боли.
91. Иногда я страдаю от бессонницы.
92. Часто сделав какое-либо дело, я чувствую, что мог бы сделать его лучше.
93. Меня можно назвать нервным человеком.
94. Я беспокоюсь о своем здоровье.
95. Иногда меня беспокоит чувство, что я чем-то хуже других.

## АЛГОРИТМЫ ПОСТРОЕНИЯ ШКАЛ И ТЕКСТОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При расчете сырых баллов совпадение с ключом оценивается в 2 балла, ответ «не знаю» — 1 балл, несовпадение — 0 баллов. Знак (+) означает ответ «да», знак (—) означает ответ «нет».

*Шкалы:*

### **Скриннер**

1. Психологические жалобы.

Код шкалы по опроснику: 1+, 9+, 11+, 15+, 19+, 20+, 25+, 28+, 35+, 37+, 49+, 51+, 54+, 59+, 62+, 66+, 68+, 69+, 89+, 91+, 93+, 95+. МАХ — 44 балла.

2. Соматические жалобы.

Код шкалы по опроснику: 86+, 88+, 90+, 94+. МАХ — 8 баллов.

3. Девиации поведения: 4+, 5+, 7+, 10+, 18+, 21+, 29+, 32+, 33+, 40+, 42+, 52+, 53+, 54+, 58+, 80+. МАХ — 32 балла.



4. Достоверность ответов: 9–72, 13–23, 13–78, 14–84, 16–27, 17–82, 28–72, 31–69, 49–81, 69–72. МАХ — 20 баллов. (При совпадении знаков ответов, т.е. оба отрицательные или оба положительные или оба «не знаю» — 0 баллов, при одном ответе в паре «не знаю» — 1 балл, при наличии противоположного знака ответов — 2 балла).

### **Тип темперамента**

1. Нейротизм: 1+, 9+, 28+, 49+, 51+, 55+, 56+, 59+, 62+, 68+, 73+, 85+, 86+, 88+, 89+, 90+, 91+, 92+, 93+, 94+, 95+. МАХ — 42 балла.

2. Экстраверсия: 50-, 52+, 53+, 54+, 57-, 58+, 60+, 61-, 63-, 67-, 72+, 75+, 84+, 87+. МАХ — 28 баллов.

### **Типология личности**

1. Параноидность (Paranoid personality): 7+, 11+, 13-, 15+, 20+, 21+, 22+, 23+, 24+, 27+, 28+, 30+, 31+, 35+, 40+, 41+, 45+, 56+, 65-, 67+, 71+, 72+, 73+, 74+, 77+, 78+, 79+, 80+, 83-, 92-. МАХ — 60 баллов.

2. Шизоидность (Schizoid personality): 1-, 3+, 8+, 14+, 29+, 42+, 46-, 47-, 49-, 60-, 61+, 63+, 71-, 73-, 84-, 87-, 92-. МАХ — 34 балла.

3. Диссоциальность (Dissocial personality): 4+, 5+, 9-, 10+, 11+, 21+, 24+, 32+, 33+, 40+, 42+, 47-, 50-, 52+, 53+, 54+, 58+, 64-, 70-, 76-, 80+, 81+, 82+. МАХ — 46 баллов.

4. Эмоциональная неустойчивость (Emotionally unstable personality): 1+, 12+, 17-, 19+, 28+, 41+, 50-, 51+, 52+, 54+, 71+, 73+, 85-. МАХ — 26 баллов.

5. Истероидность (Histrionic personality): 1+, 2+, 3-, 4+, 6+, 13+, 16-, 42-, 49+, 65+, 71+, 73+, 74+, 75+, 80+, 81+, 82+, 86+, 88+, 92+, 95+. МАХ — 42 балла.

6. Ананкастность (Anankastic personality): 2-, 7+, 9+, 18+, 22+, 26+, 34+, 37+, 38+, 39-, 41+, 48+, 55+, 62+, 65-, 68+, 69+, 73+, 76+, 85+, 92+. МАХ — 42 балла.

7. Тревожность (Anxious [avoidant] personality): 8+, 13+, 14+, 16+, 25+, 27-, 28+, 30+, 31-, 34+, 35+, 42-, 46-, 49+, 55+, 57+, 59+, 62+, 67+, 68+, 69+, 71+, 73+, 79-, 95+. МАХ — 50 баллов.

8. Зависимость (Конформность) [Dependent personality]: 2-, 3-, 13+, 49+, 60+, 71+, 76+, 79-, 82+, 85-. МАХ — 20 баллов.

\* Примечание: поскольку стандартизированные баллы рассчитаны для каждой половозрастной группы, у нас нет возможности приводить таблицы Т-баллов. Эти таблицы заложены в программу и результат рассчитывается с их использованием. При ручной обработке результатов с помощью шаблонов можно оценивать результат в процентах по отношению к максимальному результату по каждой шкале. Ошибка при этом составляет 2–8%.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Результаты интерпретируются в виде описания всех шкал.

Описание строится по следующей схеме: на первом месте шкала 1. *Достоверность ответов*, затем выводится 2. *Тип темперамента* по сочетанию шкал Экстраверсия и Нейротизм. Следующий блок описания 3. *Шкалы типологии личности*, причем начинается описание с той шкалы блока, в которой наиболее высокие значения,

по этому же принципу и последовательность (то есть от более высоких значений к более низким). Если одинаковые значения, то на первые места выносятся значения тех шкал, которые стоят первыми по порядку.

4. Последним описывается блок «Скриннер».

PS — акцентуациями считаются значения  $\geq 80$  Т-баллов (или процентов).

**Заключение предоставляется в следующей форме:**

### 1. Достоверность ответов: (Д)

$Д < 30$ : Результат исследования недостоверен вследствие случайного либо намеренного искажения выбора ответов.

$40 > Д \geq 30$ : Скрытность, избыточный контроль в ситуации тестирования, нежелание либо неумение адекватно оценить свои качества.

$45 > Д \geq 40$ : Некоторая осторожность в ситуации тестирования, противоречивость в оценке качеств своего характера.

$45 > Д \geq 50$ : Индифферентное отношение к обследованию, недостаточная последовательность, некоторая противоречивость в самооценке.

$65 > Д \geq 50$ : Спокойное, заинтересованное отношение к обследованию, относительный психологический комфорт, откровенность в самооценке. Удовлетворительная достоверность выбора ответов.

$80 > Д \geq 65$ : Заинтересованное, серьезное отношение к обследованию, хорошая концентрация внимания, умение работать последовательно и без ошибок. Достаточно откровенная и адекватная самооценка.

$Д \geq 80$ : Положительное отношение к обследованию, стремление к адекватности самооценки. Высокая достоверность выбора ответов.

### 2. Тип темперамента

Экстраверсия	Нейротизм				
	$< 35$	$35 \leq & < 45$	$45 \leq & < 55$	$55 \leq & < 75$	$\geq 75$
$< 35$	(2)	(10)	(11)	(12)	(4)
$35 \leq & < 45$	(13)	(3)	(14)	(5)	(15)
$45 \leq & < 55$	(16)	(17)	(1)	(18)	(19)
$55 \leq & < 75$	(20)	(9)	(21)	(7)	(22)
$\geq 75$	(8)	(23)	(24)	(25)	(6)

N	Заключение
1	Промежуточный тип темперамента
2	Ярко выраженный флегматический темперамент, характерна погруженность в себя, трудности в установлении контактов, эмоциональная стабильность, уравновешенность, сдержанность
3	Темперамент флегматический, характерны рационализм, сдержанность в эмоциональных проявлениях
4	Меланхолический темперамент с чертами неуравновешенности, тревожности
5	Темперамент меланхолический
6	Ярко выраженный холерический темперамент с контактностью, импульсивностью, неуравновешенностью
7	Темперамент холерический
8	Ярко выраженный сангвинический темперамент с чертами контактности, решительности
9	Темперамент сангвинический
10	Флегматический темперамент с низкой контактностью, уравновешенностью
11	Промежуточный тип темперамента (между флегматическим и меланхолическим) с замкнутостью и недостаточной эмоциональной стабильностью
12	Темперамент меланхолический с замкнутостью, умеренно выраженной эмоциональной нестабильностью
13	Темперамент флегматический — характерны замкнутость и эмоциональная стабильность
14	Промежуточный тип темперамента, ближе к флегматическому
15	Меланхолический темперамент с высокой эмоциональной нестабильностью, умеренной контактностью
16	Промежуточный тип темперамента между флегматическим и сангвиническим с уравновешенностью, невысокой контактностью
17	Промежуточный тип темперамента между флегматическим и сангвиническим с умеренной уравновешенностью, невысокой контактностью
18	Промежуточный тип темперамента между холерическим и меланхолическим с невысокой контактностью, умеренной нестабильностью
19	Промежуточный тип темперамента между холерическим и меланхолическим с невысокой контактностью, выраженной нестабильностью
20	Сангвинический темперамент с эмоциональной стабильностью, умеренной контактностью
21	Промежуточный тип темперамента между холерическим и меланхолическим
22	Умеренно выраженный холерический темперамент
23	Умеренно выраженный сангвинический темперамент
24	Промежуточный тип темперамента между холерическим и сангвиническим
25	Умеренно выраженный холерический темперамент с незначительной эмоциональной неуравновешенностью

### 3. Типология личности

#### *Параноидность (P)*

$P < 40$ : Определенная гибкость во взаимоотношениях, способность найти компромисс, отказаться от своей точки зрения.

$45 > P \geq 40$ : Способность найти компромисс, отсутствие упрямства.

$65 = < P < 70$ : Имеет место повышенная чувствительность к препятствиям и отказам, сочетающаяся с выражением недовольства окружающими, обвинением их в своих неудачах.

$70 = < P < 75$ : Подозрительность к людям, обвинение их в своих неудачах, сочетающееся с завышенной самооценкой.

$75 = < P < 80$ : Подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружеского отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное. Воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, не соответствующее фактической ситуации.

$P \geq 55$ : Высокая степень подозрительности, достигающая степени попыток объяснения событий вокруг себя и вообще в мире исходя из «заговорщических» намерений, для чего нет достаточных оснований.

#### *Шизоидность (Sc)*

$Sc < 40$ : Преобладание рационализма и практичности в оценке и разрешении жизненных ситуаций, невысокая мечтательность и фантазия. Некоторая шаблонность в подходах к разрешению жизненных нестандартных ситуаций.

$65 > Sc \geq 60$ : Предпочтение устоявшегося жизненного стереотипа. Стремление не раскрывать перед окружающими свои переживания. Некоторая эксцентричность поведения, недостаток эмоционального реагирования. Невысокая интуитивность во взаимоотношениях.

$70 > Sc \geq 65$ : Мало что доставляет удовольствие или вообще ничего, эмоциональная холодность, отчужденность, замкнутость.

$75 > Sc \geq 70$ : Ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства к людям, постоянное предпочтение уединенной деятельности.

$80 > Sc \geq 75$ : Крайне низкая контактность, предпочтение одиночества, повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией.

$Sc \geq 80$ : Отсутствие желания иметь близких друзей или доверительные социальные связи, непреднамеренное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей.

#### *Диссоциальность (Dis)*

$Dis < 40$ : Отсутствие импульсивности, умение руководствоваться в своих действиях предвидением возможных негативных последствий. Усидчивость и дисциплинированность, приверженность общепринятым нормам поведения.

$45 > Dis \geq 40$ : Преобладает спокойное, упорядоченное поведение, импульсивность проявляется только в определенных обстоятельствах, мотивы поступков основаны на общепринятых нормах.

65> *Dis* >=60: Могут возникать сложности в организации своего поведения в соответствии с существующими нормами, в определенных обстоятельствах проявляется импульсивность.

70> *Dis* >=65: Периодически возникают сложности в организации своего поведения, поступки часто обуславливаются сиюминутными желаниями, стремлением к достижению удовольствия. Может пренебрегать возможными негативными последствиями своих поступков.

75> *Dis* >=70: Пренебрежительное отношение к социальным нормам, правилам и обязанностям. Нарушена способность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их. Низкая толерантность к фрустрации.

80> *Dis* >=75: Равнодушие к чувствам других людей, безответственность, манкирование социальными нормами, правилами и обязанностями. Сниженный порог агрессивного поведения, недостаточная способность переживать вину и извлекать пользу из неблагоприятного опыта.

*Dis* >=80: Бессердечное равнодушие к чувствам других людей, безответственность и пренебрежение социальными нормами, неспособность длительно поддерживать социальные связи, низкий порог агрессивного поведения, включая насилие, неспособность к переживанию вины, не идет впрок наказание, выраженная склонность обвинять других в своих социальных затруднениях.

#### *Эмоциональная нестабильность (Eu)*

*Eu* <40: Характерна стабильность настроения, отсутствие склонности к перепадам, эмоциональная уравновешенность.

50> *Eu* >=40: Преобладает ровное, без склонности к маломотивированным перепадам, настроение.

55> *Eu* >=50: Характерно доминирование ровного настроения, которое в незначительной степени зависит от сложившихся обстоятельств.

65> *Eu* >=55: Имеет место незначительно выраженная склонность к перепадам настроения, зависящее от обстоятельств.

70> *Eu* >=65: Настроение часто меняется в связи с мало значимыми событиями.

75> *Eu* >=70: Эмоциональная нестабильность со склонностью к частым, маломотивированным перепадам настроения, которое меняется в достаточно широком диапазоне — от пессимизма и неуверенности в своих силах до энтузиазма и воодушевления.

80> *Eu* >=75: Тенденция действовать неожиданно, не принимая во внимание последствия. Склонность к вспышкам гнева с затруднением контролировать «поведенческие взрывы».

*Eu* >=80: Выявленная тенденция действовать неожиданно, не принимая во внимание последствия, трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения, хроническое «чувство пустоты», возможны периодические угрозы и акты самоповреждения.

#### *Истероидность (H)*

*H* <35: Полное отсутствие демонстративности в поведении, что проявляется скромностью, предпочтением не привлекать к себе внимание окружающих.

40>H>=35: Поведение естественное, отсутствие стремления произвести хорошее впечатление на окружающих.

45>H>=40: Низкая демонстративность, естественность поведения.

65>H>=60: Некоторая демонстративность поведения, часто проявляется стремлением находиться в центре событий, желанием привлечь к себе внимание окружающих.

70>H>=65: В поведении проявляется определенная демонстративность, что сочетается с внушаемостью, направленностью поведения на постороннего наблюдателя, повышенной чувствительностью к оценке своих поступков. Долго не задерживает внимания на неприятностях, легко переключается. Некоторая поверхностность и нарочитость эмоций.

75>H>=70: Некоторая театральность и преувеличенное выражение эмоций, внушаемость, неглубокая и лабильная эмоциональность, возможна повышенная озабоченность физической привлекательностью.

H>=80: Самодраматизация и театральность, преувеличенное выражение эмоций, высокая внушаемость, лабильная эмоциональность, стремление к взволнованности и деятельности, при которой возможно пребывание в центре внимания.

#### *Ананкастность (А)*

A<35: Излишняя решительность, отвержение трудностей, неосмотрительность в поступках.

40>A>=35: Тенденция не фиксировать внимание на трудностях, беззаботность, самоуверенность.

45>A>=40: Тенденция скорее полагаться на себя и быть независимым от обстоятельств.

50>A>=45: Уверенность в себе, при этом, обстоятельства адекватно воспринимаются и вносят коррекцию в поведение.

55>A>=50: Некоторая нерешительность, тенденция скорее полагаться на обстоятельства, чем на собственные силы, в своей деятельности руководствуется не столько стремлением достичь успеха, сколько стараниями избежать неудачи в результате допущенной ошибки.

60>A>=55: Преобладает нерешительность, некоторая тревожность по отношению к новому и необычному, затруднения в принятии однозначного решения.

65>A>=60: Нерешительность, тревожность, склонность к колебаниям, стремление уступить кому-либо другому приоритет на принятие ответственного решения.

70>A>=65: Неуверенность в своих силах, склонность постоянно контролировать свои действия сочетается со стремлением удержать в центре внимания даже незначительные факты. С опасением относится к будущему.

75>A>=70: Сложности в принятии самостоятельного решения, повышенная тревожность, опасения возможных неудач, что может препятствовать началу даже перспективного дела.

80>A>=75: Склонность к сомнениям и осторожности, повышенная озабоченность деталями и правилами, чрезмерная скрупулезность, возможно определенное упрямство.

A>=80: Чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, повышенная озабоченность организацией своей деятельности, стремление к совершенству, мешающее завершению задачи. Чрезмерная педантичность и

приверженность социальным условиям. Ригидность и упрямство.

*Тревожность (Anx)*

Anx<35: Некоторая холодность, низкая чувствительность.

38>Anx>=35: Некоторая холодность, низкая чувствительность, отсутствие сентиментальности.

40>Anx>=38: Невысокая чувствительность, низкая впечатлительность, спонтанность поведения, недостаточная искренность в проявлениях своего отношения к людям.

45> Anx>=40: Преобладание реалистичности в восприятии окружающего.

50> Anx >=45: Реалистический подход к решению жизненных проблем.

55>Anx>=50: Предприимчивость, невысокая чувствительность к эстетическим тонкостям и оттенкам человеческих взаимоотношений. Умеренные альтруистические тенденции, которые зависят от обстоятельств, объективная оценка межличностных взаимоотношений.

60>Anx>=55: Определенная чувствительность к оттенкам человеческих взаимоотношений, разнообразные эстетические интересы.

65>Anx>=60: Имеет место чувствительность к оттенкам человеческих взаимоотношений, несколько болезненная реакция на обиды, склонность к фиксации на неудачах и разочарованиях.

70>Anx>=65: Несколько повышенная чувствительность, заниженная самооценка, поскольку предъявляет к себе повышенные требования. Испытывает известную робость и застенчивость среди нового для себя окружения. Характерна некоторая пассивность, принятие подчиненной позиции в ближайшем окружении.

72>Anx>=70: Характерно повышенное внимание к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, сентиментальность, отсутствие доминантности. Предпочтение ограниченного круга общения, с выделением тех людей, с которыми можно поделиться своими сомнениями и планами.

73>Anx>=72: Сентиментальность сочетается с высокой эмоциональностью, искренность в высказывании собственного отношения к близким, определенные альтруистические тенденции.

75>Anx>=73: Повышенная чувствительность и впечатлительность. Характерна некоторая робость среди новых людей, стремление избежать незнакомой обстановки и необычной ситуации. Стремление объективно оценить ситуацию, понять и доброжелательно отнестись к чувствам близких. Ответственность в отношении поручений, обязательность в отношении обещаний. Плохая переносимость ситуации, в которой можно стать объектом недоброжелательного внимания окружающих.

80>Anx>=75: Часто испытывает чувство напряженности, легко возникают негативные предчувствия, излишняя озабоченность быть критикуемым или отвергаемым в социальных ситуациях.

Anx>=80: Постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия, представления о собственной социальной неспособности, непривлекательности и приниженности. Нежелание вступать во взаимоотношения с людьми, не будучи уверенным в своей привлекательности для них, ограничение жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности.

### *Зависимость (Конформность) (D)*

80>D>=70: Активное или пассивное перекалывание на других ответственность в важных для себя решениях, опасения остаться покинутым и предоставленным самому себе, ограниченная способность принимать повседневные решения.

D>=80: Подчинение своих собственных потребностей другим людям. Активное перекалывание на других ответственность в важнейших в своей жизни решениях. Нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых находится в зависимости. Опасения остаться покинутым и предоставленным самому себе, ограниченная способность принимать повседневные решения.

### *Психологические жалобы*

75>Пж>=70: Незначительно повышенный уровень психологических жалоб.

80>Пж>=75: Повышенный уровень психологических жалоб, указывающий на наличие психологических проблем.

Пж>=80: Высокий уровень психологических жалоб, вероятно, отражающий наличие конфликтной ситуации.

### *Соматические жалобы*

75>Сж>=70: Незначительно повышенный уровень жалоб на состояние здоровья.

80>Сж>=75: Состояние здоровья субъективно оценивается как неудовлетворительное.

Сж>=80: Высокая степень неудовлетворенности состоянием собственного соматического здоровья.

### *Девииции поведения*

75>Д>=70: Некоторые трудности в организации своего поведения.

80>Д>=75: Определенные трудности в поведении, нежелание соблюдать существующие нормы и требования.

Д>=80: Значительные затруднения в организации своего поведения в соответствии с существующими социальными нормами и требованиями.

Показатели психоэмоционального неблагополучия определяются с помощью *теста Люшера*. На основании последовательности предпочтения выбора цвета (испытуемый делает выбор два раза), и составленного нами алгоритма, в стандартизированных баллах оцениваются следующие показатели психоэмоционального состояния.

№	Название шкалы	Сырые баллы	T-баллы	Ошибка
1.	Стресс			
2.	Фрустрация			
3.	Эмоциональная напряженность			
4.	Конфликты			

Для определения степени астенизации используется *тест Крепелина*. Результаты теста оцениваются по следующим показателям:



№	Название шкалы	Сырые баллы	Т-баллы
1.	Общее количество правильных сложений		
2.	Общее количество ошибок		
3.	Коэффициент работоспособности		
4.	Коэффициент ошибок		

По вычисленному при статистической обработке алгоритму, определяется показатель степени астенизации.

### КОМПЛЕКСНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ (ФОРМА)

Ниже приведены шкалы комплексного результата психолого-психометрического обследования. Каждый из столбцов содержит результат в Т-баллах (или процентах). Знаком «+» отмечено из какого теста взято значение данной шкалы.

Название шкалы	Вербальный опросник	Тест Люшера	Тест Крепелина	Среднее
Параноидность	+			
Шизоидность	+			
Диссоциальность	+			
Эмоциональная неустойчивость	+			
Истероидность	+			
Ананкастность	+			
Тревожность	+			
Зависимость (Конформность)	+			
Нейротизм	+			
Экстраверсия	+			
Стресс	-	+		
Астения	-		+	
Психологические жалобы	+			
Соматические жалобы	+			
Девиации поведения	+			
Достоверность ответов	+			

Шкала «Среднее» формируется как среднее арифметическое результатов всех тестов по данной шкале —  $M = (\sum x_i) / n$

На этом этапе на экране наряду с данными таблицы формируется текстовое заключение, в котором приводятся следующие формулировки: «не нуждается в дальнейшем психометрическом консультировании» или «рекомендовано индивидуальное консультирование по критериям . . . ».

**Алгоритм создания заключения:** *«Нуждается в дальнейшем психометрическом консультировании»:*

- любая (одна или более) из итоговых шкал  $> 80$  Т-баллов;
- любые две (и более) шкалы  $>75$ , но  $\leq 80$  Т-баллов (исключая экстраверсию);
- любые три (и более) шкалы  $>70$ , но  $\leq 75$  Т-баллов (исключая экстраверсию).

Если эти требования не выполняются — заключение *«Не нуждается в дальнейшем психометрическом консультировании»*. В этом случае дается только психологическое заключение.

В случае, если *«Нуждается в дальнейшем психометрическом консультировании»* – предлагаются следующие варианты:

**Критерии включения в группу** *«Невротическое, связанное со стрессом и соматоформное расстройство»*

Должны обязательно выполняться следующие условия:

- достоверность ответов  $>50$  Т-баллов;
- любая из перечисленных ниже шкал (итоговое значение)  $\geq 80$  Т-баллов, либо две и более шкал  $\geq 70$  и  $<80$

Т-баллов.

Истероидность

Ананкастность

Тревожность

Нейротизм

Стресс

Астения

Психологические жалобы

Соматические жалобы

### **Психометрическое консультирование**

Диагностическая программа составлена так, что дает возможность в процессе индивидуального консультирования дополнительно оценить каждую из вышеприведенных шкал, по выбору врача, при этом предлагаются уточняющие критерии, которые оцениваются количественно в процессе клинико-психопатологического обследования. Количественная оценка каждого из уточняющих критериев следующая: 0 — отсутствие, 1 — мало выражено, 2 — умеренно выражено, 3 — резко выражено. (Критическое значение — результат, соответствующий 80 Т-баллам).

Уточняющие критерии к каждой из шкал итоговой таблицы:

#### **Параноидность (критическое значение 12 баллов)**

Повышенная чувствительность к препятствиям и отказам.

Тенденция быть недовольным кем-то, отказ прощать обиды.

Подозрительность и тенденция к искажению нейтрального либо дружелюбного к себе отношения.  
Воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации.

Периодически возникающие неоправданные подозрения в отношении близкого человека.

Постоянные ссылки на самого себя в сочетании с завышенной самооценкой.

Склонность объяснять события вокруг себя или вообще в мире исходя из «заговорческих намерений» для чего нет достаточных оснований.

### **Шизоидность (критическое значение 12 баллов)**

Мало что доставляет удовольствие или вообще ничего.

Эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность.

Ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства, или гнев по отношению к другим людям.

Внешняя индифферентность как к похвале, так и к критике.

Незначительный интерес к сексуальным контактам (принимая во внимание возраст).

Постоянное предпочтение уединенной деятельности.

Повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией.

Отсутствие близких друзей или доверительных связей (или отсутствие желания их иметь).

Заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей; игнорирование этих норм не является преднамеренным.

### **Диссоциальность (критическое значение 9 баллов)**

Бессердечное равнодушие к чувствам других людей.

Безответственность и пренебрежение к социальным нормам, правилам и обязанностям.

Неспособность поддерживать продолжительные межличностные связи, хотя и без затруднения в их установлении.

Низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивного поведения, включая насилие.

Неспособность к переживанию вины и извлечению пользы из неблагоприятного опыта, особенно не идет впрок наказание.

Склонность обвинять других или предлагать объяснения своему поведению, которое ставит индивидуума в конфликт с обществом.

### **Эмоциональная неустойчивость (критическое значение 9 баллов)**

Тенденция действовать неожиданно, не принимая во внимание последствия.

Тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам, или пенять на них.

Склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать поведенческие взрывы, являющиеся результатом этих эмоций.

Трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения.

Нестабильное и капризное настроение.

### **Истероидность (критическое значение 12 баллов)**

Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций.

Внушаемость (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств).

Неглубокая и лабильная эмоциональность.

Постоянное стремление к взволнованности и деятельности, при которой индивидуум находится в центре внимания.

Неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении.

Повышенная озабоченность физической привлекательностью.

### **Ананкастность (критическое значение 12 баллов)**

Чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности.

Озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками.

Стремление к совершенству, мешающее завершить задачи.

Чрезмерные добросовестность и скрупулезность.

Чрезмерная педантичность и приверженность социальным условностям.

Ригидность и упрямство.

Необоснованные настойчивые требования индивидуума, чтобы окружающие поступали таким же образом как и он или необоснованное нежелание позволять другим выполнять что-либо.

### **Тревожность (критическое значение 12 баллов)**

Постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия.

Представления о собственной социальной неспособности, непривлекательности и приниженности по отношению к другим.

Излишняя озабоченность быть критикуемым или отвергаемым в социальных ситуациях.

Нежелание вступать во взаимоотношения с людьми, не будучи уверенным в своей привлекательности для них.

Ограничение жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности.

Уклонение от социальной или трудовой деятельности, включающей нередкие межперсональные контакты, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

### **Зависимость (Конформность) (критическое значение 12 баллов)**

Активное или пассивное перекалывание на других ответственности в важнейших решениях своей жизни.

Подчинение своих собственных потребностей другим людям, от которых индивидуум зависит и излишняя податливость их желаниям.

Нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости. Чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться неспособным позаботиться о себе.

Страх оказаться покинутым и предоставленным самому себе.

Ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

### **Стресс (критическое значение 4 балла)**

Подавляющее травматическое переживание (например, природная, межличностная катастрофа), влекущее за собой серьезную угрозу физической, эмоциональной или социальной целостности индивида и требующее от него приспособления к новым обстоятельствам.

Эпизоды повторного оживления психотравмы во вторгающихся воспоминаниях или сны, возникающие у индивида, помещенного в стрессовые события или ситуацию.

Избегание обстоятельств, связанных со стрессом, тенденция избегать намеков, действий и ситуаций, напоминающих индивиду о пережитом стрессорном событии.

### **Астения (критическое значение 12 баллов)**

Психическое истощение, даже после незначительных психических усилий.

Нерятное вторжение отвлекающих мыслей или ассоциаций.

Трудности концентрации, фокусирования и поддержания внимания.

Непродуктивность мышления в целом.

Пониженная эффективность в разрешении повседневных задач.

Ощущение телесной слабости и истощения после незначительных физических усилий.

Расстройства сна с отсутствием чувства бодрости после сна.

Неспособность расслабиться.

Недержание эмоций с легко возникающей раздражительностью.

### **Психологические жалобы (критическое значение 9 баллов)**

Жалобы на сниженное настроение.

Жалобы на утрату интересов.

Жалобы на потерю энергии.

Жалобы на пессимизм в отношении своего будущего.

Жалобы на эпизоды беспричинной тревоги.

Жалобы на неприятные и беспокоящие мысли, непропорциональные причине.

Общая тревога с вегетативными проявлениями.

### **Соматические жалобы (критическое значение 6 баллов)**

Физические жалобы, недостаточно объяснимые имеющимся физическим расстройством.

Длительно сохраняющиеся соматические симптомы, без определенной органической основы.

При наличии какого-либо физического расстройства, оно не объясняет природу и степень симптомов, страдание или озабоченность индивида.

Повторные консультации с медицинскими профессионалами или знахарями.

### **Девииции поведения (критическое значение 6 баллов)**

Частые конфликты в ближайшем окружении.

Частые конфликты в учебном или рабочем коллективе.

Конфликты вне ближайшего окружения, не повлекшие ответственности.

Привлечение к уголовной или административной ответственности (для детей — разбор на комиссиях по делам несовершеннолетних).

### **Достоверность ответов (критическое значение 3 балла)**

Заинтересованное отношение к процедуре тестирования.

Вопросы по результатам тестирования.

Заинтересованность в высоком результате.

Каждый из критериев шкалы оценивается врачом субъективно, в процессе изучения анамнеза и оценки психического статуса, при этом результат заносится в шкалу «Оценка» в баллах.

### **Обработка**

Критическое значение для каждой шкалы соответствует 80

T-баллам. Сумма пересчитывается в T-баллы и заносится в столбец «Дополнения» соответственной шкалы.

$T\text{-баллы} = (M/\text{const}) * 80$

const — Критическое значение

Для каждой шкалы в графу «Итог» заносится среднее арифметическое между шкалами «Сумма» и «Дополнения».

Общее заключение по результатам тестирования формируется на основании шкал графы «Итог».

Заключение выводится после завершения работы с итоговой таблицей.

Резюме этого заключения может быть двух типов:

*«Не нуждается в дальнейшем психиатрическом консультировании».*

*«Нуждается в дальнейшем психиатрическом консультировании».*

### **В базе данных на этом этапе сохраняются:**

– протокол тестов, использованных для формирования итоговой таблицы;

– протоколы шкал «Дополнение»;

– графа «Итог», которая дополняется полем «нуждается в дальнейшем психиатрическом консультировании».

Результатом выполнения тестов и индивидуального психометрического консультирования является таблица, подобная вышеприведенной, которая дополнена столбцами «дополнения», «итог», «изменения в шкалах».

Кроме индивидуального заключения, при повторных обследованиях составляется эпикриз, в котором отражена динамика психического состояния.

При индивидуальном консультировании определяются следующие синдромы, патогномоничные для невротических расстройств.

### **1. Страхи**

Любые варианты фобий (страх толпы, публичных мест, передвижения вне дома, потери контроля, сумасшествия, заболевания, повести себя неправильно, покраснеть, крови, травм, животных и т.п.).

### **2. Приступы паники**

Эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или дереализация). Часто наблюдаются также вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.

### **3. Тревога, беспокойство, тревожные опасения**

Неприятные или беспокоящие мысли, которые не поддаются сознательному контролю с помощью переключения внимания на другие предметы. Беспокойство часто упорное, повторяющееся и непропорционально беспокоящей причине (она может быть даже тривиальной).

### **4. Симптомы вегетативной тревоги**

Тревога, выраженная различными автономными симптомами, такими как сердцебиение, влажные ладони, сухость во рту, головокружение, дрожание рук или конечностей, горячий или холодный пот или приливы, затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота. Страхи — такие, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или надвигающегося большого несчастья, обычно связаны с вышеописанными вегетативными симптомами. Ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация) могут присутствовать.

### **5. Навязчивые мысли**

Идеи, образы или импульсы, которые овладевают сознанием индивида повторно и настойчиво в стереотипной форме. Они различны по содержанию, но всегда мучительны, и индивид безуспешно старается противостоять им. Эти мысли расцениваются как свои собственные, индивида, даже когда они непроизвольны и часто неприемлемы.

## **6. Компульсивные действия**

Повторяющиеся стереотипные поведение и ритуалы, воспринимаемые индивидом как бессмысленные и неэффективные, так что он/она делает повторные попытки противостоять им. Большинство компульсивных действий *или* ритуалов связаны с чисткой (особенно с умыванием рук), наведением порядка, аккуратностью или контролированием. Такое поведение возникает из страха перед опасными событиями, которые могут случиться с индивидом или быть им вызваны. Ритуалы представляют собой попытку предотвратить опасность. Компульсивные акты и ритуалы могут занимать многие часы ежедневно и иногда связаны с заметной нерешительностью и медлительностью. Если компульсивные акты устойчивы, то тревога индивида возрастает.

## **7. Подверженность исключительным психическим, физическим или социальным стрессорам**

*Исключительный физический, психический или социальный стрессор*

Подавляющее травматичное переживание (например, природная катастрофа), влекущее за собой серьезную угрозу физической, эмоциональной или социальной целостности индивида и требующее от него приспособления к новым обстоятельствам.

## **8. Постоянные воспоминания или «переживания» стрессового воздействия**

Эпизоды повторного оживления психотравмы во вторгающихся воспоминаниях («обратный кадр») или сны, возникающие у индивида, помещенного в исключительно стрессорные события или ситуацию. Эти эпизоды случаются вопреки устойчивому фону чувства оцепенения, эмоционального притупления, отчужденности от других людей и отсутствию реакции на окружающее. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.

## **9. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом**

Тенденция избежать намеков, действий и ситуаций, напоминающих индивиду о пережитом стрессорном событии.

## **10. Признаки нарастающей психологической чувствительности или возбуждения**

Повышенная тропность к психотравмирующим ситуациям, несдержанность, возникновение бурных гиперстенических или астенических эмоциональных реакций в ситуации, требующей адаптивного поведения.

## **11. Диссоциативные (конверсионные) симптомы или состояния**

Частичная или полная потеря интеграции между воспоминаниями прошлого, осознанием своей идентичности, непосредственными ощущениями и контролем за движениями тела. Ослаблен сознательный контроль над воспоминаниями и ощущениями, которые могут быть отобраны в данный момент для внимания, а также выбор движений, которые должны быть совершены. Диссоциативные симптомы предположительно имеют психогенное происхождение и тесно связаны во времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Индивид с диссоциативными симптомами часто отрицает проблемы, очевидные для других.



## **12. Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые никаким соматическим расстройством**

Долго продолжающиеся многочисленные рецидивирующие и часто меняющиеся соматические симптомы без какой бы то ни было определимой органической основы. При наличии какого-либо физического расстройства оно не объясняет природу и степень симптомов, страдание или озабоченность индивида.

## **13. Повторные консультации с профессионалами (медиками) и упорный отказ следовать медицинским советам**

Длительная и сложная история контактов с медицинскими и другими альтернативными службами здоровья, во время которых может быть проведено много ненужных исследований. Настойчивый отказ принять (медицинский) совет.

Отказ принять совет и заверения врача или других медиков-профессионалов, что симптомы не имеют органической основы, вопреки повторным отрицательным результатам различных исследований. Даже в случаях, когда возникновение и течение симптомов имеют тесную связь с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, индивид сопротивляется попыткам принять возможность психологической причины симптомов.

## **14. Психическая или физическая усталость**

### ***Психическая усталость***

Сильное и длительное психическое истощение даже после минимальных психических усилий. Часто сопровождается неприятным вторжением отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудностью концентрирования, фокусирования и поддержания внимания и в целом неэффективным мышлением. Состояние обычно связано с пониженной эффективностью в разрешении повседневных задач.

### ***Физическая усталость***

Ощущение телесной слабости и истощения после минимальных физических усилий, иногда сопровождающееся ощущениями мышечных болей и страданий.

Дальнейшая постановка диагноза основывается на критериях клинической формы.

Ниже приводятся основные клинические диагностические признаки отдельных видов невротических расстройств, а также тактика врача общемедицинской помощи в отношении данной категории больных.

## **РАЗДЕЛ F4 МКБ-10 «НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА»**

- Тревожно-фобические расстройства (F40)
- Другие тревожные расстройства (F41)
- Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

- Реакция на стресс и расстройство адаптации (F43)
- Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)
- Соматоформные расстройства (F45)
- Другие невротические расстройства (F48)

## ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА — F40

### Выявляемые жалобы

1. Пациенты могут *избегать* некоторых видов деятельности или ограничивать свое поведение вследствие возникающего страха.
2. Они могут испытывать затруднения при поездках к врачу, посещении магазинов или других людей.
3. Иногда пациенты предъявляют *соматические жалобы* (сердцебиения, нехватка воздуха, «астма»). Расспрос в таких случаях выявляет наличие конкретных страхов.

### Диагностические признаки

1. Беспричинный *сильный страх*, связанный с определенными местами или событиями. Нередко пациенты стремятся полностью уклониться от попадания в соответствующие ситуации.
2. К наиболее частым *ситуациям, вызывающим страх*, относятся:
  - выход из дома;
  - открытое пространство;
  - публичное выступление;
  - пребывание в толпе или общественных местах;
  - поездки в автобусах, легковых автомобилях, поездах или самолетах;
  - участие в общественных мероприятиях.
3. Из-за страха пациенты могут быть не в состоянии покинуть дом или оставаться в одиночестве.

### Основная информация для пациента и семьи

1. Фобии поддаются лечению.
2. Избегание ситуаций, вызывающих страх, способствует усилению страха.
3. Выполнение ряда конкретных рекомендаций может помочь пациенту преодолеть страх.

### Консультирование пациента и семьи

1. Побуждайте пациента применять методы *контролируемого дыхания* для уменьшения физических симптомов страха.
2. Попросите пациента составить *перечень ситуаций*, которых он опасается и избегает, хотя другие люди этого не делают.

3. Обсудите способы, при помощи которых можно было бы справиться с чрезмерными опасениями (например, находясь в толпе, пациент может сказать себе, что он чувствует некоторую тревогу из-за того, что вокруг много людей, но это чувство пройдет через несколько минут).

4. Спланируйте серию шагов для того, чтобы дать пациенту возможность *соприкоснуться с вызывающими страх ситуациями* и привыкнуть к ним:

- наметьте первый небольшой шаг в отношении ситуации, вызывающей страх (например, можно предпринять короткую прогулку вне дома вместе с членом семьи);

- пациент должен повторять этот шаг каждый день в течение одного часа до тех пор, пока ситуация не перестанет вызывать страх;

- если ситуация, вызывающая страх, все еще является причиной тревоги, пациент должен добиваться замедления и расслабления дыхания, повторяя себе при этом, что паника закончится через 30 мин. Пациенту следует не покидать вызывающей страх ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится;

- далее сделайте несколько более трудный шаг и повторите всю процедуру (например, можно провести вне дома более длительное время);

- не принимайте алкоголя или противотревожных препаратов на протяжении, по крайней мере, четырех часов перед проведением этих мероприятий.

5. Определите друга или члена семьи, который в состоянии помочь в преодолении страха. Группы самопомощи могут оказать поддержку в соприкосновении с вызывающими страх ситуациями.

6. Пациент должен избегать принятия алкоголя или бензодиазепинов для преодоления ситуаций, вызывающих страх.

### **Лекарственное лечение**

1. Многие пациенты *не будут нуждаться* в препаратах, если начнут следовать этим рекомендациям. Однако в случае сопутствующей депрессии может быть показано назначение антидепрессантов (например, мелипрамина по 50–150 мг в день).

2. Пациентам с нечасто возникающими и ограниченными симптомами возможно периодическое назначение противотревожных средств (например, бензодиазепинов). Постоянное применение этих средств может привести к зависимости, а при прекращении их использования вероятно возвращение симптоматики.

3. При лечении страха, связанного с выступлениями (например, у артистов, лекторов), можно добиться уменьшения соматических симптомов с помощью бета-блокаторов.

### **Консультация специалиста**

1. Консультация рекомендуется при сохранении инвалидизирующих страхов (например, пациент не способен выходить из дома).

2. Пациентам, состояние которых не улучшается, может быть показано направление на поведенческую психотерапию.

## ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО — F41.0

### Выявляемые жалобы

У пациентов могут иметь место один или несколько *соматических симптомов* (например, боль в грудной клетке, головокружение, нехватка воздуха). Дальнейший расспрос позволяет выявить полную картину заболевания, которая описывается ниже.

### Диагностические признаки

1. Необъяснимые *приступы тревоги или страха* (панические приступы), которые возникают неожиданно, быстро нарастают и могут продолжаться всего несколько минут.
2. Часто приступы начинаются с *соматических симптомов*, таких как сердцебиение, боль в грудной клетке, ощущение удушья, дрожь в желудке, головокружение, чувство нереальности, страх за себя (страх потерять контроль или сойти с ума, сердечного приступа, смерти).
3. Появление приступа часто приводит к *страху перед повторными приступами* и стремлению избегать мест, где эти приступы возникали. Пациенты могут уклоняться от физических упражнений или другой деятельности, которая может провоцировать соматические ощущения, аналогичные тем, которые бывают при приступах.

### Основная информация для пациента и семьи

1. Панические приступы распространены и поддаются лечению.
2. Тревога часто вызывает пугающие соматические ощущения. Боль в грудной клетке, головокружение, нехватка воздуха не всегда являются признаками соматического заболевания: они пройдут, если уменьшится тревога.
3. Паническая тревога вызывает также опасения и страхи (страх смерти, страх сойти с ума, чувство потери контроля). Они исчезают при уменьшении тревоги.
4. Психическая и соматическая тревога усиливают друг друга. Концентрация на соматических симптомах увеличивает страх.
5. Пациент, избегающий ситуаций, в которых происходили приступы, только усиливает тревогу.

### Консультирование пациента и семьи

1. Посоветуйте пациенту в случае возникновения панического приступа предпринять *следующие шаги*:
  - оставайтесь там, где Вы были, пока приступ не закончится;
  - сосредоточьтесь на том, чтобы уменьшить тревогу, а не на телесных симптомах;
  - начните медленное, расслабленное дыхание. Слишком глубокое дыхание (гипервентиляция) может вызвать некоторые соматические симптомы паники. Контролируемое дыхание уменьшит соматические симптомы;
  - скажите себе, что это панический приступ, и что страхи и пугающие ощущения скоро пройдут. Следите за временем по своим часам. Может показаться, что прошло много времени, однако на самом деле приступ займет только несколько минут.

2. Определите, какие необоснованные страхи возникают во время приступа (например, у пациента возникает страх сердечного приступа).

3. Обсудите с пациентом, какими способами можно справиться со страхами во время приступа (например, пациент говорит себе, что у него нет сердечного приступа, а всего лишь паническая атака, которая пройдет через несколько минут).

4. Группы самопомощи могут оказать пациенту поддержку в преодолении симптомов паники и страха.

### **Лекарственное лечение**

1. Состояние многих пациентов улучшается после консультирования, и они не нуждаются в лекарственной терапии.

2. Если приступы частые и тяжелые, или у пациента имеется выраженная депрессия, может оказаться полезным прием антидепрессантов (например, мелипрамина по 25 мг на ночь с постепенным повышением дозировки до 100–150 мг в сутки в течение двух недель).

3. Пациентам с нечастыми и ограниченными приступами может рекомендоваться непродолжительное назначение противотревожных препаратов (например, феназепам по 0,5–1,0 мг до трех раз в день). Постоянное применение этих средств может привести к зависимости, а при прекращении их использования вероятно возвращение симптоматики.

4. Избегайте лишних медицинских обследований и методов лечения.

### **Консультация специалиста**

1. Консультация рекомендуется в случае, когда тяжелые приступы сохраняются, несмотря на выполнение вышеуказанных рекомендаций.

2. Пациентам, состояние которых не улучшается, хороший результат может дать направление на когнитивную или поведенческую психотерапию.

3. Панические приступы часто вызывают соматические симптомы. Избегайте ненужных медицинских консультаций.

## **ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ТРЕВОГА — F41.1**

### **Выявляемые жалобы**

Вначале у пациентов могут обнаруживаться только *соматические симптомы*, связанные с психическим напряжением (головная боль, сердцебиение). Однако углубленный расспрос позволяет выявить выраженную тревогу.

### **Диагностические признаки**

1. Множественные симптомы *тревоги или напряженности*:

– *психическая напряженность* (беспокойство, чувство напряжения или нервозности, затруднения при сосредоточении);

- *соматическая напряженность* (неусидчивость, головная боль, тремор, неспособность расслабиться);
- *соматическая возбудимость* (головокружение, потливость, ускорение или замедление пульса, сухость во рту, боли в желудке).

2. Симптомы могут держаться на протяжении месяцев и часто рецидивируют. Они часто провоцируются стрессовыми событиями, особенно при повышенной склонности к беспокойству.

### **Основная информация для пациента и семьи**

1. Стресс и беспокойство вызывают как *соматические*, так и *психические* изменения.
2. Обучение приемам борьбы со стрессом (без применения седативных средств) является самым эффективным способом лечения.

### **Консультирование пациента и семьи**

1. Советуйте пациенту ежедневно применять *методы релаксации* для уменьшения выраженности соматических симптомов, обусловленных напряжением.

2. Побуждайте пациента к *физическим упражнениям* и деятельности, доставляющей удовольствие, а также к возобновлению занятий, которые помогали в прошлом.

3. *Распознавание и преодоление необоснованных опасений* уменьшает симптомы тревоги:

- выявите необоснованные опасения и пессимистические мысли (например, когда дочь, возвращаясь из школы, задерживается на пять минут, больная начинает опасаться, не произошел ли с нею несчастный случай);
- обсудите, каким образом можно преодолеть эти необоснованные опасения в случае их появления (например, когда больная начинает беспокоиться о дочери, она может сказать себе, что опять чрезмерно волнуется, что дочь задержалась всего на пять минут и скоро придет домой, и что в течение часа она не будет звонить в школу).

4. Методы *структурированного разрешения проблем* могут помочь пациентам справляться с текущими жизненными затруднениями и стрессами, которые усиливают тревогу:

- выявите события, которые провоцируют необоснованные опасения (например, молодая женщина, которая жалуется на беспокойство, напряженность, тошноту и бессонницу, отмечает, что эти симптомы появились у нее вскоре после того, как у ее сына была диагностирована астма, причем ее тревога усиливается, когда у сына возникают приступы астмы);

- выясните у пациента и обсудите с ним его действия в такой ситуации, а затем постарайтесь закрепить то, что оказывается эффективным;

- постарайтесь наметить конкретные действия, которые пациент сможет предпринять в ближайшие несколько недель (например, встретиться с врачом или медсестрой для того, чтобы узнать о течении и лечении астмы; обсудить вызывающие беспокойство вопросы с родителями других детей, страдающих астмой; записать последовательность действий при купировании приступов астмы).

5. Часто оказываются полезными регулярные физические упражнения.

## Лекарственное лечение

1. Лекарственная терапия играет вспомогательную роль при лечении генерализованной тревоги. Она, тем не менее, может быть назначена, если симптомы тревоги сохраняются, несмотря на рекомендованные мероприятия.

2. Противотревожные препараты могут назначаться на срок не более двух недель (например, диазепам по 5–10 мг на ночь). Более длительное применение этих средств может привести к зависимости от препаратов и последующему возвращению симптоматики при прекращении терапии.

3. Бета-блокаторы могут использоваться для уменьшения соматических симптомов.

4. Могут оказаться полезными антидепрессанты (особенно если имеют место депрессивные симптомы), применение которых не ведет к формированию зависимости и возобновлению симптоматики при прекращении терапии.

**Консультация специалиста.** Консультация рекомендуется, если симптомы тревоги держатся более трех месяцев.

## СМЕШАННАЯ ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ — F41.2

### Выявляемые жалобы

У пациента обнаруживаются разнообразные симптомы *тревоги и депрессии*. Вначале может выявляться один или несколько соматических симптомов (например, усталость, боль). Дальнейший расспрос позволяет констатировать депрессивное настроение и/ или тревогу.

### Диагностические признаки

1. Пониженное или грустное настроение.
2. Утрата интересов или чувства удовольствия.
3. Выраженная *тревога* или *беспокойство*.
4. Часто выявляются также *следующие симптомы*:

- нарушения сна;
- утомляемость или снижение активности;
- трудности при сосредоточении;
- возбуждение или заторможенность движений или речи;
- расстройства аппетита;
- сухость во рту;
- напряженность и беспокойство;
- тремор;
- сердцебиение;

- головокружение;
- суицидальные мысли или действия;
- снижение полового влечения.

### **Основная информация для пациента и семьи**

1. Стресс и беспокойство вызывают как *соматические*, так и *психические* изменения.
2. Имеющиеся затруднения не являются результатом слабости или лени, пациенты стараются их преодолеть.

### **Консультирование пациента и семьи**

1. Побуждайте пациента использовать *методы релаксации* для того, чтобы уменьшать выраженность симптомов психического напряжения.

2. Составьте *план непродолжительных форм деятельности*, которые позволили бы пациенту расслабиться, получить удовольствие или поддержать уверенность в себе. Возвратитесь к тем формам деятельности, которые помогали в прошлом.

3. Обсудите способы *преодоления негативных представлений* или необоснованных опасений.

4. Если имеют место соматические симптомы, обсудите связь между соматическими расстройствами и психическими нарушениями (смотрите карту «Необъяснимые соматические жалобы — F45»). Если преобладают симптомы, обусловленные психическим напряжением, порекомендуйте для уменьшения этих расстройств применять методы релаксации.

5. *Способы структурированного разрешения проблем* могут помочь пациентам справляться с текущими жизненными затруднениями и стрессами, которые усиливают симптомы тревоги:

– выявите события, которые провоцируют необоснованные опасения (например, молодая женщина, которая жалуется на беспокойство, напряженность, тошноту и бессонницу, отмечает, что эти симптомы появились у нее вскоре после того, как у ее сына была диагностирована астма, причем ее тревога усиливается, когда у сына возникают приступы астмы);

– выясните у пациента и обсудите с ним его действия в такой ситуации, а затем постарайтесь закрепить то, что оказывается эффективным;

– постарайтесь запланировать конкретные действия, которые пациент сможет предпринять в ближайшие несколько недель (например, встретиться с врачом или медсестрой для того, чтобы узнать о течении и лечении астмы, обсудить вызывающие беспокойство вопросы с родителями других детей, страдающих астмой; записать последовательность действий при купировании приступов астмы).

6. Задавайте вопросы для *оценки риска суицида*. (Часто ли пациент задумывался о смерти или о том, как умереть? Есть ли у пациента конкретный план самоубийства? Были ли у него серьезные суицидальные попытки в прошлом? Уверен ли пациент в том, что он не будет действовать под влиянием суицидальных идей?) Может потребоваться *постоянное наблюдение со* стороны членов семьи или друзей.



## Лекарственное лечение

Лекарственная терапия играет *вспомогательную роль* в лечении. Тем не менее, если имеют место выраженные симптомы депрессии, то могут назначаться антидепрессанты.

## Консультация специалиста

1. Консультация и/или госпитализация необходимы, если высок риск самоубийства.
2. Если, несмотря на вышеуказанное лечение, выраженная симптоматика продолжает оставаться.

## РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ — F43.2

### Выявляемые жалобы

1. Пациенты испытывают чувство *подавленности* или *бессилия*.
2. Могут иметь место связанные со стрессом *соматические симптомы*, такие как головные боли, боли в животе, в груди, сердцебиение.

### Диагностические признаки

1. Острая реакция на недавние стрессорные или психотравмирующие события.
2. *Крайнее потрясение* вследствие недавно произошедшего события или *поглощенность переживаниями*, связанными с ним.
3. Симптомы могут быть преимущественно *соматическими*.
4. К другим симптомам относятся:
  - пониженное настроение;
  - беспокойство;
  - тревога.
5. Острые реакции обычно продолжаются от *нескольких дней до нескольких недель*.

### Основная информация для пациента и семьи

1. Стресс часто вызывает *психические* и *соматические* изменения.
2. Связанные со стрессом симптомы обычно держатся на протяжении лишь *нескольких дней или недель*.

### Консультирование пациента и семьи

1. Помогите пациенту *признать субъективную значимость* стрессового события. Рассмотрите и поддержите те позитивные шаги, которые предпринял пациент, чтобы справиться с ситуацией.
2. Установите, какие шаги может предпринять пациент для того, чтобы изменить ситуацию, приведшую к стрессу. Если ситуация не может быть изменена, обсудите возможные *стратегии разрешения проблемы*.
3. Полезными для пациента могут быть *кратковременный отдых* и облегчение стрессовой ситуации.
4. Посоветуйте пациенту вернуться к привычной деятельности по прошествии *нескольких недель*.

## Лекарственное лечение

1. Острые реакции на стресс в большинстве случаев проходят без лекарственной терапии. Однако, если имеют место симптомы сильной тревоги, целесообразно на срок до трех дней назначить противотревожные средства (например, такие бензодиазепины как феназепам по 0,5 мг до трех раз в день).

2. Если у пациента имеется бессонница, то на срок до трех дней можно назначить снотворные препараты (например, радедорм по 5 мг перед сном).

## Консультация специалиста

Если симптомы сохраняются на протяжении более одного месяца, целесообразно подумать об уточнении диагноза.

## ДИССОЦИАТИВНОЕ (КОНВЕРСИОННОЕ) РАССТРОЙСТВО — F44

### Выявляемые жалобы

У пациента обнаруживаются *необычные соматические симптомы* или склонность к их *драматизации*. К расстройствам такого типа относятся припадки, амнезии, трансы, потеря чувствительности, нарушения зрения, параличи, афония, потеря идентичности «Я», состояния «овладения».

### Диагностические признаки

1. Наличие *соматических симптомов*, которые отличаются:
  - необычным проявлением;
  - несоответствием клинике известных заболеваний.
2. Начало заболевания обычно острое и связано с *психологическим стрессом* или сложными личными обстоятельствами.
3. В острых случаях симптомы могут приобретать следующие особенности:
  - иметь театральный или необычный характер;
  - быстро изменяться;
  - зависеть от внимания со стороны окружающих.
4. В хронических случаях пациенты могут казаться спокойными, несмотря на серьезность предъявляемых ими жалоб.

### Основная информация для пациента и семьи

1. Соматические и неврологические симптомы часто не имеют определенной органической причины. Симптомы могут вызываться *стрессом*.

2. Симптомы обычно исчезают быстро (на протяжении нескольких часов или недель) и *не оставляют последствий*.

### **Консультирование пациента и семьи**

1. Побуждайте пациента *признать наличие стресса* или затруднения (хотя для него необязательно связывать имеющиеся симптомы со стрессом).
2. Похвалите пациента в случае улучшения. Старайтесь воздерживаться от действий или высказываний, которые могут способствовать закреплению симптоматики.
3. Посоветуйте пациенту *немного отдохнуть* и освободиться от стресса, а затем возвратиться к обычным делам.
4. Рекомендуйте воздерживаться от длительного отдыха или прекращения деятельности.

### **Лекарственное лечение**

1. Следует избегать назначения противотревожных и седативных препаратов.
2. В случаях хронификации и при наличии депрессивной симптоматики, может оказаться полезным назначение антидепрессантов (например, amitриптилина по 25–50 мг на ночь с постепенным увеличением дозы в течение 10 дней до 100–150 мг).

### **Консультация специалиста**

Консультация рекомендуется в следующих случаях:

- если симптомы держатся более шести месяцев;
- если возникла необходимость предупреждения или лечения соматических осложнений диссоциативных симптомов (например, контрактур).

## **НЕОБЪЯСНИМЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ (СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО) — F45**

### **Выявляемые жалобы**

У пациентов могут иметь место *любые* соматические симптомы. В разных социокультуральных группах симптомы могут существенно различаться. Жалобы бывают единичными или множественными и могут со временем видоизменяться.

### **Диагностические признаки**

1. Разнообразные соматические симптомы, возникновение которых *нельзя объяснить* наличием соответствующих органических причин (для того, чтобы установить это, необходимо изучение полного анамнеза и объективного соматического состояния).
2. Частые обращения за медицинской помощью, несмотря на *отрицательные результаты обследований*.
3. Некоторые пациенты стремятся только избавиться от соматических симптомов. Другие же озабочены возможным существованием какого-либо органического заболевания и не соглашаются с тем, что соматические нарушения у них отсутствуют (ипохондрия).

4. Часто имеют место симптомы *депрессии и тревоги*.

### **Основная информация для пациента и семьи**

1. Стресс часто вызывает соматические симптомы.

2. Главная задача состоит в *борьбе с симптомами*, а не в объяснении их причин.

3. Излечение не всегда возможно; цель заключается в том, чтобы жить как можно лучше даже в том случае, если симптомы сохраняются.

### **Консультирование пациента и семьи**

1. Отнеситесь к соматическим симптомам пациента *как к реальным*. Они не являются ложью или выдумкой.

2. Расспросите пациента о его представлениях (касательно происхождения симптомов) и опасениях (в отношении того, что может произойти).

3. Постарайтесь соответствующим образом *успокоить* пациента (например, боли в животе не указывают на рак). Посоветуйте не сосредотачиваться на проблемах, связанных со здоровьем.

4. Обсудите *эмоциональные стрессы*, на фоне которых возникли симптомы.

5. Методы *релаксации* могут способствовать облегчению симптомов, связанных с напряжением (головная боль, боль в шее и спине).

6. Побуждайте пациента к занятиям *физическими упражнениями* и доставляющими удовольствие видами деятельности. Пациент *не должен ожидать исчезновения всех симптомов* для того, чтобы возвратиться к повседневным делам. Назначение больным с хронифицированными формами расстройства ограниченных по времени *профилактических посещений* врача может предотвратить их более частые и неотложные визиты.

### **Лекарственное лечение**

1. Избегайте излишних диагностических обследований и назначения новых препаратов для каждого из появляющихся симптомов.

2. В ряде случаев может быть полезным назначение терапии антидепрессантами (например, при головной боли, синдроме раздраженного кишечника, атипичных болях в груди).

### **Консультация специалиста**

1. Старайтесь избегать направления к узким специалистам. Таких пациентов целесообразно лечить в условиях первичной медицинской помощи.

2. Пациенты могут быть обижены направлением к психиатру и могут искать дополнительной медицинской консультации где-либо в другом месте.

## **НЕВРАСТЕНИЯ — F48.0**

### **Выявляемые жалобы**

1. У пациентов могут отмечаться *следующие симптомы*:

- отсутствие сил;
- боли и недомогание;

- повышенная утомляемость;
- неспособность справляться с делами.

2. Пациенты могут просить о выдаче больничных листков или справок, подтверждающих снижение трудоспособности.

### **Диагностические признаки**

1. Психическая или физическая усталость.
2. *Утомляемость*, возникающая после небольших усилий, отдых приносит лишь незначительное облегчение.
3. Бессилие.
4. Другие часто встречающиеся *симптомы*:
  - головокружение;
  - нарушения сна;
  - раздражительность;
  - снижение либидо;
  - головная боль;
  - неспособность расслабиться;
  - боли и недомогания;
  - ухудшения памяти и сосредоточения внимания.
5. Расстройство может развиваться после инфекционного или другого соматического заболевания.

### **Основная информация для пациента и семьи**

1. Периоды усталости или истощения распространены и обычно имеют *временный* характер.
2. Лечение в таких случаях возможно и обычно приносит хорошие результаты.

### **Консультирование пациента и семьи**

Посоветуйте пациенту *отдохнуть* в течение непродолжительного времени (не более двух недель) и в последующем постепенно возвращаться к обычной деятельности.

Пациент может повысить свою выносливость, *постепенно наращая* физическую активность. Начните с посильного уровня и каждую неделю немного увеличивайте нагрузку.

Обратите внимание на необходимость получения удовольствия, побуждайте пациента обратиться к занятиям, которые помогали в прошлом.

### **Лекарственное лечение**

Специального медикаментозного лечения не существует. Если имеют место другие сопутствующие психические или соматические расстройства, то они могут потребовать соответствующей терапии. В ряде случаев бывают полезными активирующие антидепрессанты (например, флюоксетин, мелипрамин, дезипрамин).

### **Консультация специалиста**

Консультация рекомендуется, если выраженная симптоматика сохраняется на протяжении более трех месяцев.