**НЕВРАСТЕНИЯ - F48.0**

**Выявляемые жалобы**

• У пациентов могут отмечаться *следующие симптомы:*

* отсутствие сил;
* боли и недомогание;
* повышенная утомляемость;
* неспособность справляться с делами.

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

**Диагностические признаки**

* *Психическая или физическая усталость.*
* *Утомляемость,* возникающая после небольших усилий, отдых приносит лишь незначительное облегчение.
* *Бессилие.*
* Другие часто встречающиеся *симптомы:*
* головокружение;
* нарушения сна;
* раздражительность;
* снижение либидо;
* головная боль;
* неспособность расслабиться;
* боли и недомогания;
* ухудшения памяти и сосредоточения внимания.

• Расстройство может развиваться после инфекционного или другого соматического заболевания.

**Дифференциальный диагноз**

• Многие органические расстройства могут вызывать повышенную утомляемость. Поэтому необходимо изучение всего анамнеза и

проведение соматического обследования.

* Если преобладает пониженное или печальное настроение, то смотрите карту "Депрессия --F32\*".
* Если преобладают приступы тревоги, то смотрите карту "Паническое расстройство ' - F41.1".

• Если преобладают необъяснимые соматические симптомы, то смотрите карту "Необъяснимые соматические жалобы - F45".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Периоды усталости или истощения распространены и обычно имеют *временный*

характер.

■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 наращивая* 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, дезппрамин).

**Консультация специалиста**

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

**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**

• 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).

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

**Дифференциальный диагноз**

* Если ведущими являются пониженное или печальное настроение, смотрите карту "Депрессия - F32\*".
* Если имеют место внезапные приступы неспровоцированной тревоги, смотрите карту "Паническое расстройство - F41.0".
* Если выявляются страх и избегание специфических ситуаций, смотрите карту "Фобические расстройства - F40\*".
* Если имеет место злоупотребление алкоголем или препаратами, смотрите карты "Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - F10" и "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*".
* Некоторые соматические расстройства (тиреотоксикоз), а также медикаментозные препараты (метил-ксантины, бета-агонисты) могут вызывать симптомы тревоги.

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ** *\*

**Основная информация для пациента и семьи**

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

**Консультирование пациента и семьи**

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

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

■ *Распознавание и преодоление* необоснованных *опасений* уменьшает симпотомы тревоги.

1. 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).
2. Обсудите, каким образом можно преодолеть эти необоснованные опасения в случае их появления (например, кагда 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).

■Методы *структурированного разрегиения проблем* могут помочь пациентам справляться с текущими жизненными затруднениями и стрессами, которые усиливают тревогу.

1) Выявите события, которые провоцируют необоснованные опасения (например, молодая женщина, которая жалуется на беспокойство, напряженность, тошноту и бессоницу, 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).

1. Выясните у пациента и обсудите с ним его действия в такой ситуации, а затем постарайтесь закрепить то, что оказывается эффективным.
2. 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).

■Часто оказываются полезными регулярные физические упражнения.

**Лекарственное лечение**

* Лекарственная терапия играет вспомогательную роль при лечении генерализованной тревоги. Она, тем не менее, может быть назначена, если симптомы тревоги сохраняются, несмотря на рекомендованные мероприятия.
* Протпвотревожные 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.
* Бета-блокаторы могут использоваться для уменьшения соматических симптомов.

• Могут оказаться полезными антидепрессанты (особенно если имеют место депрессивные симптомы), применение которых не ведет к формированию зависимости и возобновлению симптоматики при прекращении терапии. Детали их назначения изложены в карте "Депрессия - F32\*"

**Консультация специалиста**

•Консультация рекомендуется, если симптомы тревоги держатся более трех месяцев.

**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**

* Необъяснимые *приступы тревоги* или страха (панические приступы), которые возникают неожиданно, быстро нарастают и могут продолжаться всего несколько минут.
* 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).
* 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.

**Дифференциальный диагноз**

* Многие соматические расстройства могут вызывать симптомы, сходные с паническим приступом (аритмия, церебральная ишемия, коронарная болезнь, тиреотоксикоз). Во многих случаях для исключения этих расстройств достаточен сбор подробного анамнеза и соматическое обследование.
* Если приступы возникают только в специфических ситуациях, вызывающих страх, смотрите карту "Фобические расстройства - F40\*".
* Если имеет место также пониженное или печальное настроение, смотрите карту "Депрессия - F32\*".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Панические приступы распространены и поддаются лечению.

■ Тревога часто вызывает пугающие соматические ощущения. Боль в грудш клетке, головокружение, нехватка воздуха не всегда являются признака!! соматического заболевания: они пройдут, если уменьшится тревога.

■ Паническая тревога вызывает также опасения и страхи (страх смерти, стр; сойти с ума, чувство потери контроля). Они исчезают при уменьшении тревоги.

■ Психическая и соматическая тревога усиливают друг друга. Концентращ на соматических симптомах увеличивает страх.

■ Пациент, избегающий ситуаций., в которых происходили приступы, толь: усиливает тревогу.„'

**Консультирование пациента и семьи**

■ Посоветуйте пациенту в случае возникновения панического присту] предпринять *следующие шаги.*

1. Оставайтесь там, где Вы были, пока приступ не закончится.
2. Сосредоточьтесь на том, чтобы уменьшить тревогу, а не на телеснь симптомах.
3. Начните медленное, расслабленное дыхание. Слишком глубокое дыхан. (гипервентиляция) может вызвать некоторые соматические симптомы паник Контролируемое дыхание уменьшит соматические симптомы.
4. Скажите себе, что это панический приступ, и что страхи и пугающ ощущения скоро пройдут. Следите за временем по своим часам. Может показаться, ч прошло много времени, однако на самом деле приступ займет только несколько мин;

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

* Обсудите с пациентом, какими способами можно справиться со страхами время приступа (например, пациент говорит себе, что у него нет сердечного пристуг а всего лишь паническая атака, которая пройдет через несколько минут).
* Группы самопомощи могут оказать пациенту поддержку в преодолен] симптомов паники и страха.

**Лекарственное лечение •**

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

• Если приступы частые и тяжелые, или у пациента имеется выраженная депресш может оказаться полезным прием антидепрессантов (например, мелипрамина по25 мг на ночь с постепенным повышением дозировки до 100 - 150 мг в сутки в течен двух недель).

* Пациентам с нечастыми и ограниченными приступами может рекомендовать непродолжительное назначение противотревожных препаратов (наприме феназепама по 0.5 - 1.0 мг до трех раз в день). Постоянное применение этих среде может привести к зависимости, а при прекращении их использования вероят возвращение симптоматики.
* Избегайте лишних медицинских обследований и методов лечения.

**Консультация специалиста**

* Консультация рекомендуется в случае, когда тяжелые приступы сохраняют! несмотря на выполнение вышеуказанных рекомендации.
* Пациентам, состояние которых не улучшается, хороший результат может да направление на когнитивную или поведенческую психотерапию.
* Панические приступы часто вызывают соматические симптомы. Избегайте ненужных медицинских консультаций.

**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 или тревогу.

**Диагностические признаки**

* *Пониженное или грустное настроение.*
* *Утрата интересов или чувства удовольствия.*
* *Выраженная тревога или беспокойство.*
* *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.

**Дифференциальный диагноз**

* Если преобладают симптомы депрессии или тревоги, то смотрите указав ведению больных в карте "Депрессия - F32\*" и карте "Генерализованная треЕ F41.1".
* Если доминируют соматические расстройства, смотрите карту "Необъяснимые соматические жалобы - F45".
* Если в анамнезе пациента имеются данные о маниакальном эпизоде (возбужд приподнятое настроение, ускоренная речь), смотрите карту "Биполярное расстройство - F31".
* Если имеет место злоупотребление алкоголем или препаратами, смотрите к "Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - F10" и "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■Стресс и беспокойство вызывают как *соматические,* так и *психические* изменения.

■Имеющиеся затруднения не являются результатом слабости или лени, пациенты стараются их преодолевать.

**Консультирование пациента и семьи**

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

■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.

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

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

1) Выявите события, которые провоцируют необоснованные опасения (например, молодая женщина, которая жалуется на беспокойство, напряженность, тошноту и бессоницу, 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).

1. Выясните у пациента и обсудите с ним его действия в такой ситуации, а затем постарайтесь закрепить то, что оказывается эффективным.
2. 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).

■ 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. Руководство по их применению смотрите в карте "Депрессия - F32\*".

**Консультация специалиста**

* Консультация и/или госпитализация необходимы если высок риск самоубийства.
* Если, несмотря на вышеуказанное лечение, выраженная симптоматика продолжает оставаться, то обратитесь к указаниям по ведению больных в картах "Депрессия -F32\*" и "Генерализованная тревога - F41.1". Следуйте изложенным там рекомендациям и в отношении дополнительных консультаций.

**ОСТРЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - F23\***

**Выявляемые жалобы**

• У пациента могут быть *следующие симптомы:*

-обманы восприятия в форме голосов;

-странные убеждения или страхи;

-спутанность; .

-настороженность.

• Члены семьи могут обращаться за помощью в связи с необъяснимыми изменениями поведения, включая странное или угрожающее поведение (отгороженность, подозрительность, угрозы).

**Диагностические признаки**

• *Недавно возникшее* нарушение психической деятельности, при котором имеют место следующие симптомы:

* галлюцинации (ложные или воображаемые ощущения, например, восприятие голосов тогда, когда никого нет рядом);
* бред (неподдающиеся коррекции заведомо ложные убеждения, которые не разделяются другими представителями данной социальной группы; например, пациент может быть уверен в том, что его отравляют соседи, что он получает послания с телевидения или что за ним наблюдают особым способом);
* возбуждение или необычное поведение;
* дезорганизованная или странная речь;
* резкие перепады или неустойчивость эмоционального состояния.

**Дифференциальный диагноз**

• Психотические симптомы могут возникать при целом ряде органических  
расстройств:

* эпилепсии;
* интоксикации или отмене препаратов или алкоголя;
* инфекционных заболеваниях или расстройствах, сопровождающихся лихорадкой.
* Смотрите карту "Делирий - F05".
* Если психотические проявления имеют рецидивирующий или хронический характер, то смотрите также карту "Хронические психотические расстройства -F20\*".
* Если ведущее место занимают симптомы мании (приподнятое настроение, ускоренная речь или мышление, завышенная самооценка),

то у пациента может иметь место маниакальный эпизод (смотрите карту "Биполярное расстройство - F31").

• Если преобладает пониженное или печальное настроение, то смотрите также карту "Депрессия"-F32\*".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Возбуждение и странное поведение являются *симптомами* психического заболевания.

■ Острые эпизоды часто имеют хороший прогноз, однако в каждом отдельном случае трудно предсказать, насколько длительным будет течение заболевания.

■ После того как исчезнут симптомы заболевания, может еще потребоваться *длительное лечение* на протяжении нескольких месяцев.

■Дайте семье больного разъяснения, касающиеся правовых вопросов лечения психических расстройств. Консультирование пациента и семьи

■ Важно обеспечить при помощи ряда мер безопасность пациента и окружающих: .

* члены семьи или друзья должны постоянно находиться с пациентом;
* обеспечьте удовлетворение основных потребностей пациента (например, в пище и сне);
* проследите за тем, чтобы пациенту не было нанесено вреда.

■ Сведите к минимуму психическое напряжение и эмоциональные раздражители:

* не оспаривайте психотическое мышление (вы можете не быть согласны с убеждениями пациента, однако не старайтесь доказывать ему, что он неправ);
* избегайте противоречащих и критических высказываний (если нет необходимости предотвратить опасное или разрушительное поведение).
* В случае возбуждения, которое представляет опасность для пациента, членов семьи или общества требуется госпитализация либо постоянный надзор в безопасном месте. Если пациент отказывается от лечения, могут оказаться необходимыми юридические меры.
* Побуждайте пациента к *возобновлению* обычной деятельности после того как исчезнет симптоматика.

**Лекарственное лечение**

• Назначение антипсихотических средств приводит к уменьшению психотических расстройств (например, галоперидола по 2 - 5 мг до трех раз в сутки или аминазина по 100-200 мг до трех раз в сутки).

С целью лечения следует подбирать возможно более низкие дозировки, хотя некоторые пациенты и могут просить об их увеличении.

• Для уменьшения возбуждения в комбинации с антипсихотическими могут применяться противотревожные препараты (например, феназепам по 1-2 мг до четырех раз в сутки).

* Продолжайте проводить терапию антипсихотическими средствами на протяжении по крайней мере трех месяцев после.исчезновения симптоматики.
* Отслеживаете побочные эффекты со стороны двигательной сферы:

- острые дистонии или спастические состояния, которые могут быть сняты при помощи инъекций бензодиазепинов или антипаркинсонических средств)

- акатизию (сильное двигательное беспокойство), которую можно уменьшить, понизив дозу антипсихотического препарата или назначив бета-блокаторы. в Симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия) могут быть купированы назначением внутрь антипаркинсонических средств (например, циклодола 1-2 мг до трех раз в день).

**Консультация специалиста**

* Рекомендуется направлять на консультацию *всех больных* с первично выявленными психотическими расстройствами.
* Необходима консультация и прекращение введения антипсихотических средств при выраженных побочных эффектах со стороны моторики, а также при появлении температуры, мышечной ригидности или гипертензии.

**ДЕПРЕССИЯ - F32\***

**Выявляемые жалобы**

* Вначале пациенты могут предъявлять жалобы только на отдельные *соматические симптомы* (усталость, боль). Дальнейший расспрос позволяет выявить сниженное настроение или утрату интересов.
* Иногда предъявляемая проблема - раздражительность.
* Некоторые группы пациентов имеют повышенный риск депрессии (например, женщины в послеродовом периоде, больные с инсультом, паркинсонизмом или рассеянным склерозом).

**Диагностические признаки \_\_\_**

* *Пониженное* или *печальное настроение.*
* *Утрата интересов* или *чувства удовольствия.*
* Часто имеются также следующие *дополнительные симптомы'.*
* нарушения сна;
* чувство вины или низкая самооценка;
* утомляемость или снижение активности;
* трудности при сосредоточении;
* возбуждение или заторможенность движений или речи;
* расстройства аппетита;
* суицидальные мысли или действия;
* снижение полового влечения.

• Часто выявляются также симптомы *тревоги* или нервозности.

**Дифференциальный диагноз**

• Если имеют место галлюцинации (голоса, видения) или бред

(странные или необоснованные убеждения), то в целях ведения таких больных смотрите карту "Острые психотические расстройства - F23\*". По поводу терапии целесообразно проконсультировать больного у специалиста.

* Если в прошлом возникали маниакальные эпизоды (возбуждение, приподнятое настроение, быстрая речь), смотрите карту "Биполярное расстройство - F31".
* Если имеется злоупотребление алкоголем или препаратами, смотрите карту "Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - F10" и "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*".
* Симптомы депрессии могут вызываться некоторыми лекарственными препаратами (например, бета-блокаторами, другими гипотензивными средствами, блокаторами рецепторов гнетамина Н2, гормональными контрацептивами, кортикостероидами).

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Депрессия - распространенное заболевание, имеются эффективные методы ее лечения, я Депрессия - это не слабость или лзность, пациенты стараются ее преодолевать. Консультирование пациента и семьи

■ Задавайте вопросы для *оценки риска суицида* (Приходят ли мысли о смерти или о том, как умереть? Бывали ли в прошлом суицидальные попытки? Уверен ли пациент, что не совершит самоубийство?) Может потребоваться постоянное *наблюдение* со стороны членов семьи или друзей. Расспросите о вероятности нанесения вреда другим людям

■ *Запланируйте деятельность,* которая доставляла бы удовольствие и вселяла уверенность

■ Побуждайте пациента *сопротивляться пессимизму* и самообвинениям, не действовать под влиянием пессимистических представлений (например, расторгнуть брак, оставить работу) и не сосредоточиваться на неприятных мыслях или чувстве вины

■ Выявите текущие жизненные *проблему и социальные* стрессоры. Сосредоточьтесь на *малых* конкретных *шагах,* которые можно сделать в направлении уменьшения или лучшего преодоления этих затруднений. Избегайте принятия важных решений или изменений в жизни.

■ Если имеются соматические симптомы, обсудите связь между соматическими симптомами и настроением (смотрите карту "Необъяснимые соматические жалобы - F45").

■ После того как наступит улучшение, составьте вместе с пациентом план действий, которые следует предпринять, в случае появления признаков рецидива.

**Лекарственное лечение**

• *Назначение антидепрессантов* целесообразно, если в картине заболевания ведущее место на протяжении по крайней мере двух недель занимают печальное настроение и утрата интересов, а также имеется не менее четырех из нижеприведенных симптомов:

* утомляемость или снижение активности;
* чувство вины или самообвинения;
* мысли о смерти илисуициде;
* нарушения сна;
* трудности при сосредоточении;
* расстройства аппетита;
* возбуждение или заторможенность движений или речи.
* В тяжелых случаях целесообразно назначение лекарственных средств уже при первом обращении больного. В случаях умеренной тяжести, если общие рекомендации оказались недостаточными, подумайте о назначении препаратов при повторном обращении.
* При выборе препаратов руководствуйтесь следующими правилами:
* если препарат был в прошлом эффективен у больного, то назначайте его снова;
* пациентам пожилого возраста и при соматическом неблагополучии назначайте препараты с менее выраженными астихолинэргическими и кардиоваскулярными побочными эффектами;
* при тревоге и бессоннице выбирайте препарат с более выраженным седативным действием.

• Повышайте дозировку до достижения эффективной дозы. Антидепрессанты (например, мелипрамин) следует назначать, начиная с дозы 25-50 мг перед сном с постепенным повышением количества вводимого препарата в течение 10 дней до 100-150 мг в сутки Более низкие дозировки  
назначаются, если пациент пожилого возраста или соматически неблагополучен.

• Объясните пациенту, что препараты должны приниматься ежедневно, что улучшения можно ожидать через *две - три недели* после начала лечения, а также, что могут появиться легкие побочные эффекты, которые обычно постепенно исчезают через 7-10 дней. Подчеркните, что перед тем, как прекращать прием препаратов, пациент должен проконсультироваться у врача.

• Продолжайте терапию антидепрессантами на протяжении по крайней мере *трех месяцев* после улучшения состояния пациента.

**Консультация специалиста**

• Консультация рекомендуется в следующих случаях:

* если значителен риск самоубийства или имеется опасность для других людей;
* если имеются психотические расстройства;
* если выраженная депрессия сохраняется, несмотря на вышеперечисленные меры.

• Для лечения острых состояний и предупреждения рецидивов может проводиться специальная интенсивная психотерапия (например, когнитивная, межличностная).

**РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ - F91**

**Выявляемые жалобы**

• Родители или учителя могут обращаться за помощью в связи с *агрессивным* поведением ребенка.

**Диагностические признаки**

• Имеет место стереотип аномально агрессивного или вызывающего поведения, проявляющийся в *следующих формах:*

* драчливость;
* жестокость;
* лживость;
* хулиганство;
* воровство;
* вандализм;
* прогулы.
* Поведение должно оцениваться, исходя из норм, принятых для данного возраста и конкретной культурально-социальной среды.
* Расстройство поведения может быть связано со стрессом дома или в школе.

**Дифференциальный диагноз**

* Протестное поведение может отмечаться и у здоровых детей.
* Недисциплинированность, конфликт в семье, а также неадекватный контроль в школе могут способствовать агрессивному поведению.
* Агрессивное поведение может быть также вызвано депрессивным состоянием, нарушениями развития, ситуационными затруднениями или трудностями родительско-детских отношений.
* Может сочетаться с гиперкинетическим расстройством. Если гиперактивность и невнимательность достаточно выражены, то смотрите карту "Гиперкинетическое расстройство - F90".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Следует постоянно и однозначно, но без жесткости требовать *соблюдения дисциплины.*

■ Следует *избегать наказаний.* Более целесообразно поощрять положительное поведение.

**Консультирование пациента и семьи**

* Необходимо расспросить о причинах агрессивного поведения. С учетом этого следует, насколько возможно, изменить ситуацию, в которой находится ребенок.
* Посоветуйте родителям *поощрять хорошее поведение* ребенка.

■ Родители должны установить постоянные дисциплинарные требования. Им следует ясно и твердо очертить границы плохого поведения и заранее предупредить ребенка о последствиях их нарушения. При необходимости родители должны также *безотлагательно* и *без исключения* реализовывать свои предупреждения.

■ Посоветуйте родителям обсудить такой подход к дисциплине с учителями.

■В целях поддержания стабильной дисциплины родители могут опереться на родственников, друзей, а также использовать имеющиеся возможности социальной поддержки.

**Лекарственное лечение**

• Биологических методов лечения не имеется.

**Консультация специалиста**

• Направление к специалисту целесообразно в тех случаях, когда серьезные  
поведенческие проблемы сохраняются, несмотря на принятие вышеперечисленных мер.

**ЭНУРЕЗ - F98.0**

**Выявляемые жалобы**

• Повторяющееся *мочеиспускание в одежду или кровать.*

**Диагностические признаки**

* *Задержка* формирования способности контролировать мочеиспускание (Примечание: ночное недержание мочи в возрасте до пяти лет не является патологическим).
* Недержание мочи характеризуется *следующими особенностями:*

*-* обычно имеет непроизвольный характер, хотя иногда бывает и намеренным;

- может быть непрерывным с самого рождения, либо возникать вслед за периодом нормального мочеиспускания;

- иногда возникает вместе с более общим эмоциональным или поведенческим расстройством;

- может начинаться после перенесенного стресса или травмирующих событий.

**Дифференциальный диагноз**

• Большинство случаев энуреза не имеют органической причины (первичный энурез), однако энурез может возникать и вторично вследствие следующих нарушений:

* неврологического расстройства (spina bifida), когда нарушения мочеиспускания имеют место также на протяжении дня;
* диабета или приема мочегонных препаратов, которые могут вызывать полиурию и учащенное мочеиспускание;
* судорожных припадков;
* анатомических аномалий мочевыводящих путей;
* острой инфекции мочевыводящих путей;
* эмоционального расстройства.

• Первичное обследование должно включать *анализ мочи.* Если дневное  
мочеиспускание нормальное, а единственным симптомом является энурез, то  
дальнейшие обследования не являются необходимыми.

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* Энурез обычно является специфической формой задержки индивидуального развития. Часто он наследственно обусловлен.
* *Прогноз* хороший. *Лечение обычно эффективно.*
* Энурез - вне сознательного контроля ребенка. Ночное недержание мочи происходит, когда ребенок спит.
* Наказания и порицания обычно не помогают и могут лишь усиливать эмоциональные нарушения.

**Консультирование пациента и семьи**

* Следует *привлечь* ребенка к активному участию в обучении и терапии. Насколько это возможно, ребенок должен осознать свою ответственность за возникающие проблемы и необходимость своего участия в лечении (например, самостоятельно менять одежду, пижаму и постельное белье).
* Приучите ребенка регулярно отмечать на *календаре* "сухие" ночи.
* Хвалите и подбадривайте ребенка в случае положительных сдвигов.
* Необходимо *успокоить* ребенка, если он беспокоится по поводу пользования туалетом (например, по ночам, вне дома).
* По возможности рекомендуется применять несложные устройства, которые могут будить ребенка и предупреждать его о ночном недержании мочи, что способствует повышению контроля за мочеиспусканием. Убедитесь в том, что ребенок просыпается и идет в туалет в тех случаях, когда срабатывает подобная система. Длительность курса таких тренировок может составлять до 12 недель.
* Рекомендуется выполнять *упражнения* по усилению контроля за мочевым пузырем в состоянии бодрствования (например, сопротивление желанию помочиться в течение все более длительных периодов днем, произвольное прерывание струи при мочеиспускании).

**Лекарственное лечение**

• В систематическом назначении препаратов обычно нет необходимости, хотя оно может помочь в случаях, когда у ребенка есть особые причины оставаться сухим. Обычно эффективны мелипрамин (25-50 мг за два часа перед сном), десмопрессин (20-40 микрограммов интраназально), а также вещества, оказывающие спазмолитическое действие на мускулатуру мочевыводящих путей.

**Консультация специалиста**

* Консультация психиатра или психолога целесообразна в случае, если энурез возник в связи с серьезным семейным конфликтом или на фоне более тяжелого эмоционального расстройства.
* Консультация уролога рекомендуется в случае инфекции мочевыводящей системы, постоянного дневного недержания мочи или изменений струи.
* Консультации специалистов могут потребоваться также в случае, если недержание уточи сохраняется в возрасте старше 10 лет.

**ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО - F90 (ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ)**

**Выявляемые жалобы**

• Дети и подростки, страдающие этим расстройством, характеризуются *следующим особенностями*:

* не могут спокойно сидеть;
* постоянно находятся в движении;
* не могут ждать других;
* не будут слушать, что говорят другие;
* испытывают затруднения при сосредоточении внимания;
* в младшем возрасте часто не справляются со школьными заданиями.

**Диагностические признаки**

• Обычно отмечаются следующие симптомы:

- значительные затруднения в поддержании *внимания* (кратковременность внимания, повышенная отвлекаемость);

* аномальное *двигательное беспокойство* (наиболее очевидное в классе или во время принятия пищи);
* *импульсивность* (пациент не может ждать своей очереди или действует, не подумав).
* Иногда могут отмечаться недисциплинированность, недостаточная успеваемость в школе, повышенная подверженность несчастным случаям.
* Описанный стиль поведения проявляется *во всех ситуациях* (дома, в школе, при играх).

• Следует избегать преждевременной постановки данного диагноза. Повышенная двигательная активность не обязательно является патологическим признаком.

**Дифференциальный диагноз**

• Состояние пациента следует дифференцировать со следующими нарушениями:

* органическим расстройством (например, эпилепсией, алкогольным синдромом плода, заболеванием щитовидной железы);
* эмоциональным расстройством (у пациента выявляется тревога, депрессия);
* аутизмом (имеют место коммуникативно-языковые нарушения и поведенческие стереотипии);
* расстройствами поведения (пациент обнаруживает агрессивное поведение, не сопровождающееся невнимательностью, смотрите карту "Расстройство поведения -F91");
* легкой умственной отсталостью или нарушениями развития.

•Гиперкинетическое поведение может как вызывать, так и быть следствием  
нарушений *в системе родительско-детских отношений.* Поэтому весьма важной является оценка характера внутрисемейных связей.

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* Гиперкинетическое поведение *не является провинностью.* Оно вызвано нарушением внимания и самоконтроля, часто врожденным.
* Прогноз более благоприятен, если родители умеют спокойно и с теплотой относиться к ребенку.
* Гиперактивные дети для того, чтобы оставаться спокойными и внимательными, *нуждаются в дополнительной помощи* дома и в школе.
* У некоторых гиперактивных детей психологические затруднения сохраняются и при взрослении, однако в большинстве случаев у них достигается хороший уровень адаптации.

**Консультирование пациента и семьи**

* Побуждайте родителей давать положительную обратную связь или оказывать ребенку поддержку в тех случаях, когда он способен быть внимательным.

■ Необходимо *избегать наказаний.* Дисциплинарный контроль, чтобы быть эффективным, должен осуществляться безотлагательно (в течение секунд).

■ Посоветуйте родителям обсудить проблему со *школьным учителем* (для того чтобы объяснить ему, что ребенок усваивает материал небольшими частями, немедленное поощрение способствует повышению его внимательности, большую пользу могут принести периоды индивидуального обращения учителя к ребенку в классе).

■ Подчеркните необходимость свести к минимуму влияние внешних  
*отвлекающих* факторов (например, целесообразно посадить ребенка впереди класса).

■ *Спорт* и другие виды физической нагрузки способствуют снятию излишней активности.

■ Посоветуйте родителям обратиться к школьному психологу или консультанту, если таковой имеется.

**Лекарственное лечение**

• В наиболее тяжелых случаях препараты *стимулирующего* действия могут  
улучшать внимание и уменьшать гиперактивность (например, метилфенидат1 по 15- 45 мг в сутки или декстроамфетамин1 по 10-30 мг в сутки). В тех случаях, когда возможно *злоупотребление* препаратами (у подростков) предпочтительно назначение пемолина1 по 60-120 мг в сутки, а если имеются мышечные тики, то возможно назначение клонидина по 0.1-0.3 мг в сутки.

**Консультация специалиста**

* Консультация необходима перед началом лекарственной терапии, а также в случае, если перечисленные меры оказались неэффективными.
* Направление на поведенческую терапию, если такая возможность имеется, может способствовать улучшению внимания и самоконтроля.

**ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - F40\***

**Выявляемые жалобы**

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

**Диагностические признаки**

* Беспричинный *сильный страх,* связанный с определенными местами или событиями. Нередко пациенты стремятся полностью уклониться от попадания в соответствуютщие ситуации.
* К наиболее частым *ситуациям, вызывающим страх,* относятся:
* выход из дома;
* открытое пространство;
* публичное выступление;
* пребывание в толпе или общественных местах;
* поезки в автобусах, легковых автомобилях, поездах или самолетах;
* участие в общественных мероприятиях.

• Из-за страха пациенты могут быть не в состоянии покинуть дом или оставаться в одиночестве.

**Дифференциальный диагноз**

* Если ведущее место занимают приступы тревоги, смотрите карту "Паническое расстройство - F41.0".
* Если ведущее место занимают пониженное или печальное настроение, смотрите карту "Депрессия - F32\*".
* Многие из указаний по ведению больных, изложенных на другой стороне карт могут быть также полезными при специфических или простых фобиях (например, страхе воды, высоты и др.).

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Фобии поддаются лечению.

■ Избегание ситуаций, вызывающих страх, способствует усилению страха.

■ Выполнение ряда конкретных рекомендаций может помочь пациенту преодолеть страх.

**Консультирование пациента и семьи**

* Побуждайте пациента применять методы *контролируемого дыхания* для уменьшения физических симптомов страха.
* Попросите пациента составить *перечень ситуаций,* которых он опасается и избегает, хотя другие люди этого не делают.
* 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).
* Спланируйте серию шагов для того, чтобы дать пациенту возможность *соприкоснуться с вызывающими страх ситуациями* и привыкнуть к ним.

1. Наметьте первый небольшой шаг в отношении ситуации, вызывающей страх (например, можно предпринять короткую прогулку вне дома вместе с членом семьи).
2. Пациент должен повторять этот шаг каждый день в течение одного часа до тех пор, пока ситуация не перестанет вызывать страх.
3. 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 минут. Пациенту следует не покидать вызывающей страх ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится.
4. Далее сделайте несколько более трудный шаг и повторите всю процедуру (например, можно провести вне дома более длительное время).
5. Не принимайте алкоголя или противотревожных препаратов на протяжении по крайней мере четырех часов перед проведением этих мероприятий.

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

■ Пациент должен избегать принятия алкоголя или бензодиазепинов для  
преодоления ситуаций, вызывающих стах.

**Лекарственное лечение**

• 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).

• 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.

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

**Консультация специалиста**

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

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

**ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - F20\***

**Выявляемые жалобы**

• У пациента могут отмечаться *следующие симптомы:*

* нарушения мышления или способности к сосредоточению;
* обманы восприятия в виде голосов;

- странные убеждения (например, в обладании сверхъестественными способностями, идеи преследования);

- необычные соматические жалобы;

- затруднения или вопросы, связанные с назначением антипсихотических средств.

* Могут возникать затруднения с работой или обучением.
* Члены семьи могут обращаться за помощью вследствие апатии, самоизоляции пациента, его неряшливости или странного поведения.

**Диагностические признаки**

• Наличие стойких психических изменений, о которых свидетельствуют следующие признаки:

* социальная изолированность;
* низкая мотивация или равнодушие, пренебрежение к себе;
* расстройства мышления (проявляющиеся странной или разорванной речью).

• *Периодическое возникновение эпизодов,* характеризующихся:

* возбуждением или беспокойством;
* эксцентричным поведением;
* галлюцинациями (восприятием несуществующих или воображаемых объектов и явлений, например, голосов);
* бредом (неподдающимися коррекции, заведомо ложными убеждениями, например, что пациент является родственником королевской семьи, что он получает послания по телевизору, что за ним следят или его преследуют).

**Дифференциальный диагноз**

• Если ведущее место занимают симптомы депрессии (пониженное

или печальное настроение, пессимизм, чувство вины), смотрите карту "Депрессия - F32\*".

* Если ведущее место занимают симптомы мании (возбужденность, приподнятое настроение, завышенная самооценка), то смотрите карту "Биполярное расстройство - F31".
* Хроническая интоксикация, синдром отмены алкоголя или других препаратов (стимуляторов, галлюциногенов) могут вызывать появление психотических симптомов (смотрите карты "Расстройства, связанные с употреблением алкоголя -F10", и "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*").

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* Возбужденное и странное поведение являются симптомами психического заболевания.
* Симптомы могут время от времени возникать и исчезать. Необходимо предвидеть и быть подготовленным к рецидиву.

■ Лекарственная терапия является центральным компонентом лечения. Она позволяет уменьшить имеющиеся нарушения и предотвратить рецидив.

■Поддержка семьи чрезвычайно важна для терапии и эффективной реабилитации.

■Социальные службы могут оказать существенную помощь пациенту и его семье.

**Консультирование пациента и семьи**

* Обсудите *план лечения* с родственниками и заручитесь их поддержкой.
* Объясните, что препараты будут *предотвращать рецидивы,* и проинформируйте пациента о побочных эффектах.
* Побуждайте пациента функционировать на *максимально возможном* уровне в работе и других сферах деятельности.

■ Побуждайте пациента уважать общественные нормы и правила (в одежде, внешнем облике, поведении).

■Побуждайте пациента обращать внимание на свою одежду и внешний вид.

■ Сведите к минимуму психическое напряжение и эмоциональные раздражители:

* не оспаривайте психотическое мышление;
* избегайте противоречащих и критических высказываний;

- в периоды обострения симптоматики могут быть полезны отдых и изоляция.

■ Для рекомендаций по лечению обострений или состояний возбуждения обратитесь к карте "Острые психотические расстройства - F23\*".

**Лекарственное лечение**

* Назначение антипсихотических средств приводит к уменьшению выраженности психотических расстройств (например, галоперидола по 2-5 мг до трех раз в сутки или аминазина по 100-200 мг до трех раз в сутки). С целью лечения следует подбирать возможно более низкие дозировки, хотя некоторые пациенты и могут просить об их увеличении.
* Проинформируйте пациента о том, что *продолжительный прием* лекарственных препаратов понижает риск возникновения рецидива. В целом, лечение антипсихотическими препаратами следует проводить по крайней мере в течение трех месяцев после первого эпизода заболевания и на протяжении еще более длительного времени после повторных приступов.
* Если пациент не принимает препараты необходимым образом, то назначение инъекционных пролонгированных форм антипсихотических средств может обеспечить непрерывность терапии и уменьшить риск рецидива.
* Проинформируйте пациента о потенциальных *побочных эффектах.* К наиболее частым побочным эффектам со стороны двигательной сферы относятся:
* острые дистании или спастические состояния, которые могут быть сняты при помощи инъекций бензодиазепинов или антипаркинсонических средств;
* акатизия (сильное двигательное беспокойство), для купирования которой можно уменьшить дозу антипсихотического препарата или назначить бета-блокаторы.

• Симптомы паркинсонизма (тремор, акинезия) могут быть купированы назначением внутрь антипаркинсонических средств (например, циклодола по 1-2 мг до трех раз в день)

**Консультация специалиста**

* Целесообразно направлять на консультацию всех больных с психотическими расстройствами.
* При возникновении в рамках психотического расстройства депрессии или мании может оказаться необходимым видоизменение терапии.
* Консультация рекомендуется при тяжелых побочных эффектах со стороны моторики.
* Консультация в соответствующих службах социальной помощи может уменьшить нагрузку на семью и улучшить реабилитацию.

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ - F70**

**Выявляемые жалобы**

• В *детском возрасте* выявляются следующие проблемы:

- задержка обычного развития (хождение, речь, навыки туалета);

- трудности при выполнении школьных заданий, а также при общении с другими детьми вследствие неспособности к обучению;

- проблемы, связанные с поведением.

• В *подростковом возрасте* выявляются следующие проблемы:

* затруднения во взаимоотношениях со сверстниками;
* неадекватное сексуальное поведение.

• Для *взрослых* характерными являются следующие проблемы:

* затруднения в быту (приготовление пищи, уборка и т.д.);
* затруднения при выполнении обычных социальных функций (устройство на работу, вступление в брак, воспитание детей).

**Диагностические признаки**

• *Замедленное или неполное умственное развитие,* обусловливающее:

* трудности при обучении;
* сложности, связанные с социальной адаптацией.

• Степени тяжести умственной отсталости:

- *тяжелая степень* (обычно выявляется в возрасте до двух лет, больной  
нуждается в постоянной помощи, способен только к простой речи);

- *средняя степень* (обычно выявляется в возрасте 3-5 лет, больной в состоянии выполнять под надзором простую работу, нуждается в руководстве и присмотре в быту);

- *легкая степень* (обычно выявляется в школьном возрасте, больной  
испытывает затруднения при выполнении школьных заданий, однако в состоянии самостоятельно существовать и выполнять несложную работу).

**Дифференциальный диагноз**

* На школьной успеваемости могут также сказываться специфические расстройства развития, дефицит внимания (смотрите карту "Гиперкинетическое расстройство -F90"), двигательные расстройства (например, детский паралич) и нарушения восприятия (например, глухота).
* Нарушения питания и хронические соматические заболевания могут обусловить задержки развития. Большинство причин, вызывающих умственную отсталость *неустранимо.* Однако положительные результаты лечения часто могут быть получены при гипотиреозе, отравлении свинцом и некоторых врожденных нарушениях метаболизма (например, при фенилкетонурии).

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* *Обучение,* начатое в раннем возрасте может помочь умственно отсталым людям приобрести необходимую самостоятельность и навыки самообслуживания.
* *Умственно отсталые дети способны к привязанности и любви.*

**Консультирование пациента и семьи**

■ *Вознаграждайте усилия.* Как детям, так и взрослым следует предоставить возможность функционировать на максимально доступном для них уровне в школе, на работе и в семье.

■ Члены семьи могут испытывать глубокое разочарование и печаль. *Поддержите* их эмоционально и выразите симпатию.

■ Проинформируйте членов семьи о пользе специального обучения, однако : сообщите им и о том, что разного рода "волшебные средства" неэффективны.

**Лекарственное лечение**

• Никакие методы лечения не улучшают умственную деятельность. Они могут быть (ффективны только при конкретных формах соматических и психических расстройств.

•Умственная отсталость может сочетаться с другими расстройствами, которые требуют лечения (например, припадки, спастичность мускулатуры, такие психические заболевания как депрессия).

**Консультация специалиста**

•При первичном выявлении умственной отсталости целесообразна консультация у специалиста для получения рекомендаций по планированию образования и обучения.

**БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО - F31**

**Выявляемые жалобы**

• У пациента может иметь место период депрессии, мании или возбуждения, проявляющийся особенностями, описанными ниже.

**Диагностические признаки**

• *Периоды мании,* при которых имеют место следующие симптомы:

* повышение энергии и активности;
* ускоренная речь;
* уменьшение потребности во сне;
* приподнятое настроение или раздражительность;
* расторможенность;
* легкая отвлекаемость.

• У пациента могут также возникать периоды *депрессии,* при которых имеют место следующие симптомы:

* пониженное или печальное настроение;
* утрата интересов или чувства удовольствия.

• Часто присутствуют также следующие *дополнительные симптомы:*

* нарушения сна;
* чувство вины или низкая самооценка;
* утомляемость или снижение активности;
* трудности при сосредоточении;
* расстройства аппетита;
* суицидальные мысли или действия.
* Может преобладать любой тип эпизодов.
* Эпизоды могут быть частыми или могут быть разделены периодами нормального настроения.
* В тяжелых случаях как в мании, так и в депрессии у пациентов могут возникать галлюцинации (голоса, видения) или бред (странные, нелогичные убеждения).

**Дифференциальный диагноз**

• Злоупотребление алкоголем или препаратами может вызывать похожие симптомы. В случае массивного употребления алкоголя или препаратов смотрите карты "Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - F10" и "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Беспричинные колебания настроения являются признаком душевного заболевания.

■ Имеются эффективные методы лечения. *Длительное лечение* может предотвращать эпизоды заболевания в будущем.

■ Если оставить пациента без терапии, то в маниакальном состоянии его поведение может стать разрушительным и *опасным.* Маниакальные эпизоды часто приводят к потере работы, юридическим и финансовым затруднениям, а также к аномалиям сексуального поведения.

**Консультирование пациента и семьи**

■ На протяжении депрессивного эпизода задавайте вопросы для *оценки риска суицида* (Часто ли пациент задумывался о смерти или о том, как умереть? Были ли у него серьезные суицидальные попытки в прошлом? Может ли пациент быть уверенным в том, что он не будет действовать под влиянием суицидальных идей?) Может потребоваться постоянное наблюдение со стороны членов семьи или друзей. Расспросите о вероятности нанесения вреда другим людям (смотрите карту "Депрессия - F32").

■ Во время периодов *мании* имейте ввиду следующее:

* не возражайте пациенту за исключением случаев, когда необходимо предотвратить возможные с его стороны опасные действия или причинение вреда;
* проявляйте осторожность в отношении импульсивного или опасного поведения больного;
* часто со стороны членов семьи необходимо постоянное наблюдение;
* если возбуждение или агрессивность сильно выражены, то подумайте о госпитализации.

■ При периодах *депрессии* выполняйте указания, изложенные в карте "Депрессия - F32\*"

**Лекарственное лечение**

* Если пациент находится в *возбужденном* или *агрессивном* состоянии, то вначале может потребоваться назначение антипсихотических средств (например, галоперидола по 2-5 мг до трех раз в день или аминазина по 100-200 мг до трех раз в день). Следует подбирать возможно более низкие дозировки, хотя некоторые пациенты и могут просить об их увеличении. Если терапия антипсихотическими средствами вызывает острые дистонические реакции (мышечные спазмы) или выраженные экстрапирамидные симптомы (мышечное напряжение, тремор), то может быть полезным назначение антипаркинсонических средств (например, циклодола по 0.5 - 2.0 мг до трех раз в день). Постоянное назначение этих препаратов не требуется.
* В сочетании с антипсихотическими средствами для уменьшения острого возбуждения можно назначать бензодиазепины (например, феназепам по 0.5 - 1.0 мг до трех раз в день).
* При лечении *эпизодов мании и депрессии,* а также с целью *предотврагцения рецидивов* может оказаться полезным назначение лития. Препаратами выбора являются также карбамазепин и вальпроат. Если назначается литий, то важно учитывать ряд обстоятельств:

- начальная доза препарата должна составлять 300 мг по два раза в день с последующим ее увеличением в среднем до 600 мг два раза в день;

- следует регулярно определять концентрацию лития в крови в период подбора терапевтической дозы, а затем при стабилизации состояния пациента ее следует повторно определять каждые три - шесть месяцев (оптимальная концентрация в крови составляет 0.6 -1.0 мэкв/л);

* появление тремора, поноса, тошноты или спутанности может указывать на литиевую интоксикацию, поэтому по возможности, нужно проверить уровень лития в крови и прекратить его введение до тех пор, пока указанные симптомы не исчезнут,
* лечение литием необходимо продолжать по крайней мере на протяжении 6 месяцев после исчезновения симптомов (для профилактики повторных приступов литий обычно назначается на более длительное время).

• Часто при терапии депрессивных фаз оказывается необходимым назначение антидепрессантов, однако следует иметь ввиду, что монотерапия этими препаратами, может спровоцировать манию.

**Консультация специалиста**

• Консультация рекомендуется в следующих случаях:

* если значителен риск суицида или сильно выражено агрессивное поведение;

если выраженная депрессия или мания сохраняются, несмотря на проводимое лечение

**РЕАКЦИЯ НА УТРАТУ - Z63\***

**(ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА СМЕРТЬ**

**ЗНАЧИМОГО ЧЕЛОВЕКА)**

**Выявляемые жалобы**

• Состояние пациента характеризуется *следующими чертами:*

* чувством потрясения, вызванным потерей;
* поглощенностью мыслями об утрате значимого человека;
* пациента может беспокоить соматическое неблагополучие, возникшее после перенесенной потери.

**Диагностические признаки**

• Горе (так называемая "нормальная реакция горя"). Поглощенность переживания об утрате значимого человека.

• Указанные проявления могут сопровождаться *следующими симптомами* напоминающими депрессию:

* сниженное или печальное настроение;
* нарушения сна;
* утрата интереса к окружающему;
* чувство вины или повышенная критичность к себе;
* беспокойство;
* ограничение активности в повседневных делах и социальных контактах;
* неспособность строить планы на будущее.

**Дифференциальный диагноз**

* Если через 2 месяца после утраты в клинической картине все еще сохраняют признаки развернутой депрессии, то весьма вероятен диагноз депрессии (смотри карту "Депрессия-К32\*").
* Симптомы, не характерные для реакции на утрату, могут свидетельствовать о наличии депрессии. К ним относятся - неадекватное чувство вины, самоуничижение, отчетливая психомоторная заторможенность.
* Признаки, напоминающие депрессию, не обязательно свидетельствуют о ее налич (например, чувство вины по поводу не предпринятых заранее мер; мысли о смерти выражаемые в таких утверждениях как: "Мне следует умереть, чтобы быть вместе с тем, кого я люблю","Мне следовало погибнуть вместо него"; галлюцинации в виде образа погибшего человека или его голоса).

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* После важных для человека потерь часто возникают печаль, желание плакать, тревога, чувство вины или раздражительность.
* Реакция на утрату обычно характеризуется поглощенностью переживаниями об утрате близкого человека (при которой пациенты нередко слышат или видят его).
* Желание говорить об утрате в таких случаях естественно.

**Консультирование пациента и семьи**

* Следует предоставить возможность пациенту, перенесшему утрату, *рассказать* о том, кого он потерял и в каких обстоятельствах.
* Побуждайте пациента к свободному *выражению чувств* по поводу утраты (включая чувства печали, вины или гнева).
* Постарайтесь убедить пациента, что со *временем* его состояние улучшится. Может быть необходимым некоторое уменьшение повседневной нагрузки (например, работы, общественных обязанностей).
* Объясните, что сильное горе будет ослабевать медленно в течение нескольких месяцев, но все, что напоминает об утрате будет продолжать вызывать чувства потери и печали.

**Лекарственное лечение**

Решение о назначении антидепрессантов должно быть отложено на три месяца и более. Если выраженные депрессивные симптомы сохраняются на протяжении более трех месяцев, то для рекомендаций по проведению терапии антидепрессантами обратитесь к карте "Депрессия - F32\*".

Если развилась тяжелая бессоница, то может оказаться полезным кратковременное назначение снотворных (например, радедорма - по 5 мг ежедневно перед сном). Однако длительность таких курсов должна быть ограничена двумя неделями.

**Консультация специалиста**

Следует рассмотреть возможность направления к специалисту, если тяжелые симптомы реакции на утрату сохраняются на протяжении более шести месяцев, а также перед назначением терапии антидепрессантами.

Детям, перенесшим утрату, может оказать помощь семейное психологическое консультирование.

**НАРУШЕНИЯ СНА (БЕССОНИЦА) - F51\***

**Выявляемые жалобы**

• Вследствие плохого сна у пациентов в дневное время отмечаются нарушения самочувствия, иногда достигающие ощущения полной несостоятельности.

**Диагностические признаки**

* Трудности *засыпания.*
* *Беспокойный или неосвежающий сон.*
* Частые или продолжительные периоды *без сна.*

**Дифференциальный диагноз**

* *Кратковременные нарушения* сна могут возникать вследствие стрессовых ситуаций, острых соматических заболеваний, изменений в распорядке дня.
* *Постоянные нарушения сна* могут свидетельствовать о наличии других расстройств.
* При заметном снижении настроения и исчезновении интереса к деятельности -смотрите карту "Депрессия - F32\*".
* При выраженной тревоге в дневное время - смотрите карту "Генерализованная тревога - F41.1".
* Нарушения сна являются частой жалобой при злоупотреблении алкоголем или препаратами. Расспросите пациента на этот счет.
* Бессоница может возникать при тяжелых соматических состояниях (сердечная недостаточность, легочные заболевания, болевые синдромы).
* Причиной нарушений сна могут также явиться некоторые медикаменты (стероиды, теофиллин, мочегонные, ряд антидепрессантов).
* Если пациент во сне громко храпит, то следует иметь ввиду синдром ночного апноэ. В этом случае полезно получить сведения от того, кто спит рядом. Больные с синдромом ночного апноэ часто жалуются на сонливость в дневное время, однако о ночных пробуждениях не помнят.

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

■ Временные проблемы со сном часто возникают в периоды стресса или соматического заболевания.

■ Нормальная продолжительность сна существенно варьирует и обычно уменьшается с возрастом.

■ Правильный режим сна (без седативных средств) является лучшим методом лечения.

* Беспокойство по поводу неспособности заснуть может усилить бессоницу.
* Алкоголь может помочь человеку заснуть, однако приводит к беспокойному сну и раннему пробуждению.
* Стимуляторы (включая кофе и чай) могут вызвать бессоницу или усилить ее

**Консультирование пациента и семьи**

■ Побуждайте пациента постоянно придерживаться *правильного режима сна.* Дня этого необходимо:

* стремиться расслабиться в вечернее время;
* ложиться спать и просыпаться по утрам в одни и те же часы, стараться не менять это время и не "отсыпаться" по выходным;
* вставать в одно и то же время, даже если сон в предшествующую ночь был плохим;

- стараться не засыпать в дневное время, поскольку это может ухудшать ночной сон.

■ Рекомендуйте пациенту заниматься *релаксационными упражнениями,* которые способствуют засыпанию.

■ Посоветуйте пациенту *избегать кофеина и алкоголя.*

■Если пациент не можете заснуть в течение 20 минут, посоветуйте ему подняться и попробовать лечь спать *позднее,* когда возникнет ощущение сонливости.

■ *Физические упражнения* в дневное время могут способствовать налаживанию сна, тогда как упражнения по вечерам могут усугублять бессоницу.

**Лекарственное лечение**

* Необходимо провести терапию психических или соматических расстройств, лежащих в основе нарушений сна.
* Сделайте соответствующие изменения в медикаментозной терапии.
* Назначение снотворных препаратов (например, таких бензодиазепинов, как радедорм по 5-10 мг перед сном) лучше производить с перерывами. Риск формирования зависимости от этих препаратов значительно возрастает после 14 дней их применения. Избегайте назначения снотворных в случаях хронической бессоницы.

**Консультация специалиста**

* Консультация рекомендуется, если имеются основания подозревать наличие более сложных расстройств сна (нарколепсия, остановка дыхания во сне).
* Подумайте о консультации, если выраженная бессоница продолжается, несмотря на принятие вышеперечисленных мер.

**РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ - F43.2**

**Выявляемые жалобы**

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

**Диагностические признаки**

• *Острая реакция* на *недавние стрессорные или психотравмирующие события*

• *Крайнее потрясение* вследствие недавно произошедшего события и.  
*поглощенность переживаниями,* связанными с ним.

* Симптомы могут быть преимущественно *соматическими.*
* К другим симптомам относятся:

-пониженное настроение;

* беспокойство;
* тревога;
* ощущение бессилия.

• Острые реакции обычно продолжаются от нескольких *дней до нескольких недель.*

**Дифференциальный диагноз**

* Если имеют место диссоциативные симптомы (внезапное появление необычных или ярких соматических симптомов), то смотрите карту "Диссоциативное (конверсионное) расстройство - F45".
* Остро возникшие симптомы могут сохраняться или видоизменяться со времен.
* Если выраженная' симптоматика держится на протяжении более одного месяца, подумайте об альтернативном диагнозе:

- если преобладают симптомы депрессии, то смотрите карту "Депрессия - F32

- если пребладают симптомы тревоги, то смотрите карту "Генерализованн

тревога - F41.1";

- если преобладают связанные со стрессом соматические симптомы, то смотри карту "Необъяснимые соматические жалобы - F45".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

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

**Консультирование пациента и семьи**

* Помогите пациенту *признать субъективную значимость* стрессового события. Рассмотрите и поддержите те позитивные шаги, которые предпринял пациент, чтобы справиться с ситуацией.
* 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.*
* Полезными для пациента могут быть *кратковременный отдых* и облегчение стрессовой ситуации.
* Посоветуйте пациенту возвратиться к привычной деятельности по прошествии *нескольких недель.*

**Лекарственное лечение**

* 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).
* Если у пациента имеется бессоница, 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 (смотрите дифференциальный диагноз). Следуйте рекомендациям по направлению на консультацию, исходя из возможных диагнозов.

**РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ - F50\***

**Выявляемые жалобы**

* Пациент склонен к *приступам переедания,* либо к использованию крайних мер для *уменьшения веса,* таких как вызывание рвоты, чрезмерное употребление средств, подавляющих аппетит, злоупотребление слабительными.
* Члены семьи могут обращаться за помощью вследствие имеющих место у больного потери веса, отказа от приема пищи, рвоты или аменореи.

**Диагностические признаки**

• *Основные признаки:*

* чрезмерные опасения растолстеть или прибавить в весе;
* значительные усилия по контролю за весом (строгая диета, вызывание рвоты, прием слабительных, избыточные физические упражнения);
* отрицание субъективной значимости проблемы веса и приема пищи.

• У пациентов с *нервной анорексией* обычно обнаруживают следующие симптомы:

* строгое ограничение приема пищи, несмотря на очень небольшой вес тела;
* искажение образа своего тела (безосновательная убежденность в своей полноте);

- аменорея.

• У пациентов с *булимией* обычно обнаруживаются типичные формы поведения:

- пищевые эксцессы (поедание больших количеств пищи на протяжении нескольких часов);

- форсирование элиминации (попытки выведения пищи при помощи вызывания  
рвоты, использования мочегонных или слабительных).

**Дифференциальный диагноз**

* С булимией и анорексией может сочетаться депрессия (смотрите карту "Депрессия - F32\*").
* Как анорексия, так и булимия могут вызывать соматические расстройства, которые требуют непрерывного наблюдения или лечения (например, аменорею, гипокалиемию, судороги, сердечные аритмии).

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* Форсированная элиминация и строгое ограничение приема пищи могут нанести серьезный вред здоровью. Нервная анорексия может угрожать жизни.
* Развитие нормальных навыков приема пищи позволит пациентам усилить чувство контроля за своим весом.
* Форсированная элиминация и строгое ограничение приема пищи -неэффективные способы осуществления контроля за весом.

**Консультирование пациента и семьи**

* Постарайтесь наладить с больным, *сотрудничество* и подвергнуть анализу противоречивость его отношения к изменению привычек приема пищи и увеличению веса.
* Узнайте, насколько из-за имеющихся проблем с приемом пищи пациент обеспокоен по поводу своей работы, а также состояния здоровья в настоящее время и в будущем (например, в связи с рождением детей).
* Рекомендуйте составлять *ежедневный план* приема пищи, ориентируясь на нормы ее энергетического и качественного состава. Полезна консультация диетолога. Целесообразно сосредоточить внимание на выработке у пациента нормальных форм приема пищи и оказать помощь в усвоении более реалистичных представлений о еде.

■ Следует поставить под сомнение *нереалистичные воззрения* пациента на вес тела, фигуру и образ питания (например, о том, что углеводы приводят к ожирению), а также попытаться изменить устойчивые представления, связанные с искаженным образом тела (например, больные полагают, что они никому не будут нравиться, если значительно не похудеют).

* В случаях булимии выделите те ситуации, в которых возникают приступы неконтролируемого\* употребления пищи, и разработайте конкретные планы правильного поведения в этих ситуациях.
* В случаях возникновения соматических осложнений, обусловленных голоданием или рвотой, может потребоваться госпитализация.

**Лекарственное лечение**

• В некоторых случаях при лечении эпизодов неконтролируемого употребления пищи оказываются эффективными антидепрессанты.

**Консультация специалиста**

• Консультация рекомендуется, если, несмотря на вышеперечисленные меры, продолжают сохраняться тяжелые или соматически опасные симптомы.

• Как причиной, так и следствием проблем, связанных с приемом пищи, могут быть семейные конфликты. Имейте ввиду целесообразность направления пациентов на психотерапию или в семейную консультацию.

**НЕОБЪЯСНИМЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ - F45**

**Выявляемые жалобы**

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

**Диагностические признаки**

* Разнообразные соматические симптомы,,' возникновение которых *нельзя объяснит,* наличием соответствующих органических причин (для того, чтобы установи это, необходимо изучение полного анамнеза и объективного соматического состоянии.
* Частые обращения за медицинской помощью, несмотря на *отрицателъные результаты обследований.*
* 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).
* Часто имеют место симптомы *депрессии и тревоги.*

**Дифференциальный диагноз**

* Стремление получить наркотики для снятия болей может быть также одним : признаков расстройства, связанного с употреблением препаратов (смотрите карту "Расстройства, связанные с употреблением препаратов - F11\*").
* Если у пациента с симптомами связаны странные убеждения (например, что внутренние органы подвержены разложению), то смотрите карту "Острое психотическое расстройство - F23\*".
* Если ведущими являются симптомы тревоги, то смотрите карты "Паническое расстройство - F41.0" и "Генерализованное тревожное расстройство - F41.1".

**УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ**

**Основная информация для пациента и семьи**

* Стресс часто вызывает соматические симптомы.
* Главная задача состоит в борьбе с *симптомами,* а не в объяснении их причин.

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

**Консультирование пациента и семьи**

* Отнеситесь к соматическим симптомам пациента как к *реальным.* Они не являются ложью или выдумкой.
* Расспросите пациента о его представлениях (касательно происхождения симптомов) и опасениях (в отношении того, что может произойти).
* Постарайтесь соответствующим образом *успокоить* пациента (например, боли в животе не указывают на рак). Посоветуйте не сосредоточиваться на проблемах, связанных со здоровьем.
* Обсудите *эмоциональные стрессы,* на фоне которых возникли симптомы.
* Методы релаксации могут способствовать облегчению симптомов, связанных с напряжением (головная боль, боль в шее и спине).
* 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**

* Избегайте излишних диагностических обследований и назначения новых препаратов для каждого из появляющихся симптомов.
* В ряде случаев может быть полезным назначение терапии антидепрессантами (например, при головной боли, синдроме раздраженного кишечника, атипичных болях в груди).

**Консультация специалиста**

* Старайтесь избегать направления к узким специалистам. Таких пациентов целесообразно лечить в условиях первичной медицинской помощи.
* Пациенты могут быть обижены направлением к психиатру и могут искать дополнительной медицинской консультации где-либо в другом месте.

**УКАЗАТЕЛЬ СИМПТОМОВ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ (для взрослых)**

**АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий F05

Хронические психотические расстройства F20\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**БЕСПОКОЙСТВО ИЛИ СТРАХ**

Генерализованная тревога F41.1

Фобические расстройства F40\*

Паническое расстройство F41.0

Расстройство адаптации F43

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**БЕССОНИЦА**

Нарушения сна F51\*

Депрессия F32\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**БРЕД ИЛИ СТРАННЫЕ СУЖДЕНИЯ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий F05

Хронические психотические расстройства F20\*

Деменция F00\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**ВОЗБУЖДЕНИЕ ИЛИ АЖИТИРОВАННОСТЬ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий F05

Хронические психотические расстройства F20\*

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий F05

Хронические психотические расстройства F20\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**НЕРЯШЛИВОСТЬ (ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ ГИГИЕНОЙ)**

Деменция F00\*

Хронические психотические расстройства F20\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**ПЕЧАЛЬНОЕ НАСТРОЕНИЕ**

Депрессия F32\*

Расстройство адаптации F43

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F ll\*

**ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ, ОЩУЩЕНИЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий ' F05

Хронические психотические расстройства F20\*

Деменция F00\*

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**ПОТЕРЯ ПАМЯТИ**

Деменция F00\*

Делирий F05

**СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИЧИНЫ)**

Необъяснимые соматические жалобы F45

Диссоциативное расстройство (конверсионная истерия) F44\*

Паническое расстройство F41.0

Генерализованная тревога F41.1

Расстройство адаптации F43

**СПУТАННОСТЬ**

Делирий F05

Деменция F00\*

**СТРАННАЯ РЕЧЬ ИЛИ ПОВЕДЕНИЕ**

Острые психотические расстройства F23\*

Делирий F05

Хронические психотические расстройства F20\*

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ ИЛИ ДЕЙСТВИЯ**

Депрессия F32\*

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**ТРЕВОГА**

Генерализованная тревога F41.1

Паническое расстройство F41.0

Фобические расстройства F40\*

Расстройство адаптации F43

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя F10

Расстройства, связанные с употреблением препаратов F11\*

**УТОМЛЯЕМОСТЬ**

Неврастения F48

Депрессия F32\*

Примечание: буквенно-цифровые коды в названиях диагностических категорий обозначают соответствующие рубрики в полной классификации МКБ-10;

звездочкой (\*) помечены названия тех категорий, которые объединяют несколько рубрик полной классификации МКБ-10.