

Департамент здравоохранения и социальной помощи населению
администрации г. Иркутска
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Психические расстройства в терапевтической практике

Рекомендации по диагностике и лечению

Четвертый пересмотр

Иркутск
19.03.2011

УДК: 616.89

ББК 56.14

Психические расстройства в терапевтической практике. Рекомендации по диагностике и лечению. Под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2011. 37 с.

В рекомендации рассматриваются вопросы диагностики и лечения психических расстройств, наиболее часто встречающихся в практике терапевта. Основу работы составляют современные рекомендации для врачей общей практики по ведению больных с тревожными и депрессивными расстройствами, результаты многоцентровых контролируемых исследований психотропных препаратов.

УДК: 616.89

ББК 56.14

© Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, 2009–2011.

© Департамент здравоохранения и социальной помощи населению администрации г. Иркутска, 2009–2011.

Члены экспертной группы

Барбараи Ольга Леонидовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии и сердечно–сосудистой хирургии Кемеровской государственной медицинской академии, Кемерово

Белов Вячеслав Владимирович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней Челябинской государственной медицинской академии, Челябинск

Белялов Фарид Исмагильевич – д.м.н., профессор, главный терапевт Департамента здравоохранения и социальной помощи населению администрации Иркутска, председатель экспертной группы, Иркутск

Гарганеева Наталья Петровна, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии Сибирского государственного медицинского университета, Томск

Говорин Анатолий Васильевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии, ректор Читинской государственной медицинской академии, Чита

Говорин Николай Васильевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии Читинской государственной медицинской академии, Чита

Корытов Леонид Иннокентьевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой нормальной физиологии Иркутского государственного медицинского университета, Иркутск

Куклин Сергей Германович – д.м.н., профессор кафедры терапии и кардиологии Иркутского института усовершенствования врачей, Иркутск

Ларева Наталья Викторовна – д.м.н., зав. кафедрой терапии ФПК Читинской государственной медицинской академии, Чита

Петрова Марина Михайловна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины Красноярского государственного медицинского университета, Красноярск

Репин Алексей Николаевич – д.м.н., профессор, зав. отделением реабилитации больных сердечно–сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Симуткин Герман Геннадьевич – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИПЗ СО РАМН (Томск).

Собенников Василий Самуилович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии Иркутского государственного медицинского университета, Иркутск

Штарик Светлана Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины Красноярского государственного медицинского университета, Красноярск

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Эпидемиология	5
Терминология.....	5
Патофизиология.....	6
Классификация и формулировка диагноза	6
Основные психические расстройства.....	7
<i>Депрессивные расстройства</i>	7
<i>Тревожные расстройства</i>	8
<i>Соматоформные расстройства</i>	9
Диагностика	10
Психометрические шкалы	11
Психические расстройства при болезнях внутренних органов.....	12
Лечение.....	13
<i>Психотерапия</i>	13
<i>Фармакотерапия</i>	14
Организация помощи	17
Профилактика	18
Литература.....	19
Приложение.....	21
<i>Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники</i>	21
<i>Положение о психосоматическом отделении</i>	25
<i>Критерии тревожных расстройств</i>	27
<i>Критерии расстройств настроения</i>	30
<i>Критерии стрессовых расстройств</i>	31
<i>Критерии соматоформных расстройств</i>	33
<i>Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS</i>	35

СОКРАЩЕНИЯ

ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМАО	– ингибиторы моноаминоксидазы
МКБ–10	– международная классификация болезней 10 пересмотра
СИОЗС	– селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ТЦА	– трициклические антидепрессанты

Введение

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности психических расстройств, особенно среди пациентов поликлиник и стационаров. Важность выявления и лечения психической патологии врачами–интернистами обусловлена следующими обстоятельствами:

- 1) сочетание психической и соматической патологии повышает частоту госпитализаций, инвалидности и смертности;
- 2) психические расстройства снижают качество жизни пациентов;
- 3) психические расстройства ведут к неоправданному и непрофильному использованию медицинских ресурсов;
- 4) при депрессии значительно снижается приверженность к соматотропной терапии;
- 5) высокая распространенность психических расстройств и предубежденность большинства пациентов не позволяют решить задачи диагностики и лечения силами психиатрической службы.

Несмотря на клиническую значимость, психические расстройства в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются и не лечатся адекватно. Такое положение во многом обусловлено недостаточной информированностью интернистов о психической патологии, а также пробелами в нормативной базе. Для решения этих задач и созданы настоящие рекомендации, разработанные известными российскими специалистами в области психосоматической медицины.

Эпидемиология

Психические расстройства встречаются у 20–30% населения, в том числе тревожные расстройства у 5–10%, а депрессивные у 10–20% населения (Смулевич А.Б., 2000; ЕСА; АНСРР, 1993). Женщины болеют психическими расстройствами почти в 2 раза чаще мужчин.

Проведенное многоцентровое исследование в 14 странах показало постоянное наличие у 20% пациентов первичной медицинской сети психических расстройств, проявляющихся преимущественно соматизированными симптомами (Gureje O., et al., 1997).

Среди пациентов российских поликлиник и стационаров в 47% выявляют депрессию, причем в 24% требуется медикаментозное лечение (КОМПАС). Распространенность депрессии увеличивается с возрастом, например, симптомы депрессии наблюдаются у 30% лиц старше 65 лет.

Терминология

Термин «психосоматика» впервые был применен в 1818 году J.Heinroth. Во врачебный лексикон термин «психосоматика» был введен F.Deutsch в 1922 году, позднее широкое распространение получило понятие «психосоматическая медицина». В 2003 году психосоматическая медицина как была утверждена в США в качестве официальной специальности.

Основу психосоматики составляет концепция взаимосвязи психических и физических процессов в организме человека. В терапевтической практике психосоматический подход реализуется в учете психического состояния и социальных факторов у пациентов с соматической патологией, комплексной коррекции состояния с помощью психотерапевтических и медикаментозных методов, при необходимости совместно с психиатрами и психотерапевтами.

Патофизиология

Вся совокупность психосоматической патологии относится к классу болезней регуляции, т.е. главная патогенетическая роль в нарушении молекулярных и клеточных процессов, составляющих основу функций, принадлежит нарушениям регуляции этих процессов. Главным звеном развития патологического процесса при болезнях регуляции являются изменения в аппарате регуляции органа или системы. Патологически измененная регуляция системы, органа выступает фактором патологии, приводящим к развитию вторичных или дальнейших изменений в системах или органах–мишенях. Нарушения периферической или центральной нервной регуляции ведут к формированию патологических детерминант с возникновением патологических систем с включением нарушений в гуморальном звене регуляции. Следовательно, в генезе психосоматической патологии имеет место тесное взаимодействие нарушений психических, соматических и эндокринно–нервных функций.

Достаточно хорошо изучена роль стресса в возникновении, течении и прогнозе многих распространенных болезней внутренних органов. Психоэмоциональный стресс реализуется через активацию симпатической нервной системы и гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковую систему и приводит к гиперкоагуляции, эндотелиальной дисфункции, электролитному дисбалансу, повышению потребности тканей в кислороде, гипергликемии и т.д. Соответственно может измениться клиника и течение заболевания.

Научно значимыми в психосоматическом направлении современной медицине являются те исследования, которые направлены на выявление закономерностей, установление четких причинно–следственных отношений и механизмов патогенеза различных форм психосоматической патологии. Такая точка зрения позволяет утверждать, что симптоматическое лечение дает кратковременный результат и при отмене поддерживающей терапии возникают рецидивы.

Патогенетически обоснованное лечение психосоматической патологии включает ликвидацию патологической системы, нормализацию измененного аппарата нервной регуляции. Весьма значимо применение комплексной патогенетической терапии, воздействующей на аппарат регуляции, другие звенья патологической системы и на органы–мишени.

Классификация и формулировка диагноза

В медицинской практике вопросы оформления диагноза играют существенную роль. На основании диагноза определяют профильность койки, длительность пребывания пациента в стационаре и нетрудоспособность.

Подготовленный терапевт может и должен устанавливать диагноз нетяжелых психических расстройств, которые чаще всего является сопутствующим, и проводить соответствующее лечение.

Основой для постановки диагноза является Международная классификация болезней (МКБ–10), в специальном разделе которой приводятся диагностические критерии психических расстройств. В практике интерниста наибольшее значение имеют следующие рубрики МКБ–10:

F04–07: Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F30–39: Расстройства настроения

F40–48: Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

Приведем несколько примеров оформления диагноза:

1. *Основной Ds*: ИБС: Инфаркт миокарда с подъемом ST передней стенки левого желудочка (12.05.06).

Сопутствующий Ds: Кратковременная тревожно–депрессивная реакция.

2. *Основной Ds*: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, декомпенсация.

Сопутствующий Ds: Тревожное расстройство, неуточненное.

3. *Основной Ds*: Гипертоническая болезнь, II стадия, риск 3. Гипертонический криз с энцефалопатией, обусловленный тяжелым острым стрессом.

4. *Основной Ds*: Пролонгированная депрессивная реакция. Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс–синдром.

5. *Основной Ds*: Реакция утраты, кардиалгия.

6. *Основной Ds*: Бронхиальная астма, идиопатическая, неконтролируемая. Обострение средней степени тяжести.

Сопутствующий Ds: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий умеренный депрессивный эпизод без соматических симптомов.

Основные психические расстройства

Депрессивные расстройства

Депрессия– патологическое состояние эмоциональной сферы, характеризующееся сниженным настроением, с пессимистической оценкой себя, ситуации, окружающей действительности, интеллектуальным и двигательным торможением, снижением побуждений и соматовегетативными нарушениями.

Утрачивается чувство радости, удовольствия от общения, еды, секса. Пропадает интерес к тому, что ранее привлекало и волновало – к семье, детям, работе. Настоящее и будущее воспринимаются в мрачном свете. Возникают идеи самообвинения, самоуничтожения, суицидальные мысли. Внешне это проявляется грустным выражением лица, больные выглядят старше своих лет, у них седеют и выпадают волосы, становятся ломкими ногти, прогрессивно снижается вес.

Необходимость своевременной диагностики депрессии и помощи больным связана с высокой опасностью данного заболевания для жизни, поскольку до 15% больных с первичными депрессивными расстройствами заканчивают жизнь самоубийством.

Депрессию следует отличать от естественной (физиологической) реакции человека на неприятные ситуации, жизненные неудачи и психические травмы.

Депрессивный эпизод – состояние депрессии продолжительностью более 2 недель, может повторяться в рамках рекуррентного депрессивного или биполярного (с эпизодами гипомании или мании) расстройства. Для лечения назначают антидепрессанты, чаще трициклические (ТЦА) или гетероциклические или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). При нетяжелой депрессии лечение проводят амбулаторно в течение 4–9 месяцев. В случае риска суицида и тяжелом течении необходима консультация психиатра.

При диагностике депрессивных расстройств необходимо учитывать высокую вероятность биполярного аффективного расстройства, вследствие чего нужно обращать внимание на наличие гипомании/мании, смешанных аффективных симптомов в анамнезе, случаев биполярного аффективного расстройства у ближайших родственников. При так называемой биполярной депрессии терапевтические подходы в сравнении с таковыми при монополярной депрессии существенным образом отличаются (акцент в терапии делается на нормотимике).

Дистимия – не менее двух лет постоянная или часто повторяющаяся депрессия с возможными периодами нормального настроения, редко продолжающимися больше нескольких недель. Применяют когнитивную психотерапию или антидепрессанты в течение не менее 12 месяцев.

Расстройство адаптации в виде кратковременной (до 1 месяца) или пролонгированной (1 месяц – 2 года) депрессивной реакции появляется в течение месяца после психосоциального стресса, не достигшего выраженной степени, и обычно проходит после прекращения действия стрессорного фактора в период до полугода. Психотерапевтическое воздействие является основным методом лечения. Проявляя сочувствие и внимание, следует побуждать человека к самостоятельному поиску альтернативных путей решения проблемы. Антидепрессанты используют только при выраженной депрессии.

Тревожные расстройства

Тревога – характеризуется напряженным ожиданием неблагоприятного события, реального или мнимого. Тревога обычно сопряжена с соматическими и вегетативными симптомами, включая дрожь, головокружение, мышечное напряжение, одышку, затруднение при глотании, тахикардию, потливость, похолодание рук, диарею, учащенное мочеиспускание, различные неприятные ощущения (боль в спине, головная боль, парестезии в конечностях).

Группа тревожных расстройств, включает паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, фобии. Симптомами тревоги часто сопровождаются обсессивно–компульсивное расстройство, а также посттравматическое стрессовое расстройство.

Паническое расстройство – характеризуется спонтанными приступами пароксизмальной тревоги (паники), которые нередко сочетаются с агорафобией (боязнью оказаться в ситуации, где помощь больному ограничена). В клинике панического расстройства наиболее ярко выступают вегетативные симптомы

тревоги. Обычно приступ паники проходит самостоятельно до 30 минут. При необходимости можно использовать успокаивающее самовнушение, при гипервентиляции дышат в пакет, редко используют пропранолол или бензодиазепиновые транквилизаторы. При частых и тяжелых приступах проводят длительную профилактику антидепрессантами, предпочтительнее СИОЗС, до 12–18 месяцев.

Генерализованное тревожное расстройство – хроническое переживание тревоги (более 6 месяцев), которая не связана с конкретными средовыми обстоятельствами. Лечение генерализованного тревожного расстройства начинают обычно с сочетания психотерапевтического лечения и психотропных средств (препаратами выбора являются СИОЗС, венлафаксин). В тяжелых случаях дополнительно используют короткий курс транквилизаторов (например, алпразолам или диазепам).

Специфические фобии (иррациональный страх какого-либо объекта), *социальная фобия* (страх публичного выступления), *обсессивно-компульсивное расстройство* (навязчивые идеи, побуждения, поведенческие акты) – характеризуются доминированием психологических симптомов тревоги и легко распознаются. Когнитивно-поведенческая терапия, основанная на экспозиции пугающей ситуации и изменении фобического мышления, является основным методом лечения.

Посттравматическое стрессовое расстройство – тревога, обусловленная сильным стрессом таким образом, что событие повторно переживается в мыслях, во сне и сопровождается эмоциональным, вегетативным возбуждением и избеганием. Обычный подход в терапии – сочетанное применение психофармакологии (как правило, СИОЗС, антидепрессанты двойного действия, при клинической необходимости – транквилизаторы, атипичные нейролептики) и психотерапии.

Соматоформные расстройства

Соматоформные расстройства характеризуются симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических изменений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни. Основное значение в развитии данных нарушений придается психологическому дистрессу. Выделено несколько типов соматоформных расстройств: соматизированное расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрия, соматоформная вегетативная дисфункция, хроническое соматоформное болевое расстройство.

Соматизированное расстройство включают отсутствие (или несоответствие) физической основы для соматических симптомов, наряду с требованием медицинских обследований, отрицание больными самой возможности их психологической обусловленности даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных проявлений. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе и проявляться как множественные, видоизменяющиеся, с драматическим, напористым характером предъявления, а также сопровождаться выраженным нарушением социального и семейного функционирования. Необходи-

мость лечения, в основном психотерапевтического, направлено на уменьшение злоупотребления лекарственными средствами или другими лечебными и диагностическими процедурами, ограничение хождения пациентов по врачам.

Лечение пациента лучше проводить одному врачу, иначе пациенту будет легче манипулировать данными и окружающими. Кроме того, можно избежать ненужных исследований.

Ипохондрическое расстройство характеризуется упорным, сохраняющимся не менее 6 месяцев, убеждением в наличии серьезного соматического заболевания. Пациенты отказываются верить медицинским заключениям специалистов и результатам лабораторных тестов, указывающих на отсутствие соматического заболевания. Ограничиваются психотерапевтическим воздействием, избегая медикаментов.

Соматоформная вегетативная дисфункция проявляется как объективными признаками вегетативного возбуждения (потение, тремор, покраснение и др.), так и субъективными и неспецифическими симптомами, которые относятся больными к определенному органу или системе (миглетные боли, жжение, тяжесть, растяжение или раздувание). В лечении вегетативных дисфункций, которые не входят в структуру тревожных или аффективных расстройств, акцент делают на коррекцию вегетативного дисбаланса (бета-блокаторы, холинолитики) и симптоматическую терапию.

Соматоформное болевое расстройство проявляется постоянной, тяжелой и психически угнетающей болью. Для лечения применяют программы лечения хронической боли, включающие психотерапевтические методы и, при необходимости, антидепрессанты (ТЦА и особенно кломипрамин, СИОЗС, дулоксетин).

Диагностика

Терапевт в первую очередь должен исключить у пациента соматическое заболевание, включая стертые и атипичные формы, с помощью соответствующего лабораторного и инструментального обследования. Наличие же какого-либо психического расстройства обычно предполагается по следующим косвенным признакам:

- Клиника болезни не похожа на соматические заболевания. Жалобы нередко характеризуются неопределенностью и меняют локализацию.
- При тщательном обследовании не выявлена патология внутренних органов или она явно не соответствует выраженности жалоб.
- Пациент длительно и без особого эффекта лечил «соматические» заболевания, часто у врачей различных специальностей.
- Беспокойное поведение пациента, нерациональные реакции на объяснения и рекомендации.

В то же время диагностика психического расстройства должна быть позитивной, т.е. врач должен определить основные психопатологические признаки, их тип и их возможные причины.

Выявление психических расстройств, как и соматических, основано на синдромальном подходе. Однако следует подчеркнуть, что при диагностике психических расстройств важным является учет не только текущей синдромальной картины, но целый комплекс этиологических, клинико–психопатологических, динамических и анамнестических факторов. Вначале врач определяет ведущие признаки (синдромы), а затем проводит дифференцирование наиболее частых причин. Интернистам могут помочь выявить психические расстройства опросники и самоопросники. Приведем примеры частых ситуаций в практике врача.

Вегетативные симптомы (сердцебиение, одышка, тошнота, потливость, головокружение) обычно представляет собой проявление панического расстройства. В этом случае при активном опросе выявляются признаки тревоги – ощущение неясного беспокойства, опасения, угрозы. Требуется исключить соматические причины – тахикардию, астму, гипогликемию, гипертонический криз, прием бета–агонистов или гормонов щитовидной железы. Для дифференциальной диагностики и лечения можно использовать транквилизаторы (например, диазепам 5–10 мг внутрь или внутривенная инфузия – 5 мг на 100 мл физиологического раствора в течение 2 часов), короткодействующие бета–блокаторы (пропранолол).

Многочисленные жалобы с требованием обследования, консультации у многих врачей и целителей, активное самолечение характерны для соматизированного расстройства.

Убежденность в наличии заболевания (у меня ишемическая болезнь сердца или рак) и опасение его последствий типично для ипохондрии. Нередко ипохондрия является проявлением депрессии. Причудливый характер, абсурдность, неизменяемость жалоб характерны для бреда в рамках шизофрении. После тщательного соматического обследования показана консультация психиатра для уточнения психической патологии и возможно назначения нейрорептиков.

Острое беспокойство с психомоторным возбуждением может быть проявлением делирия при соматической патологии или алкогольных эксцессах, стрессового расстройства, панической атаки.

Стойкая доминирующая боль без адекватного соматического объяснения нередко встречается при депрессии, соматоформном болевом расстройстве.

Подавленность типична для депрессивных расстройств (депрессивный эпизод, послеродовая депрессия), реакции утраты близкого человека, предменструального расстройства. Важно исключить и соматические причины – прием кортикостероидов или интерферона, дефицит В₁₂, системную красную волчанку, гипотиреоз.

Психометрические шкалы

Выявление психопатологических расстройств облегчается при использовании в широкой клинической практике психометрических шкал и опросников, позволяющих проводить скрининговое выявление тревоги и депрессии. С этой целью могут быть использованы опросники для выявления депрессии (Цунга, Бека, Монтгомери–Асберга, CES–D), тревоги (Цунга, Спилбергера, Гамильтона), а также госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Пациенты, которые имеют нарушения по данным психометрических тестов, нуждаются в более тщательном клиническом обследовании с привлечением консультантов при необходимости. Необходимо подчеркнуть, что результаты тестирования не являются клиническим диагнозом. Они с высокой степенью вероятности указывают на наличие у пациента того или иного психического расстройства, которое требует уточнения в ходе клинического обследования (см. Приложение).

Психические расстройства при болезнях внутренних органов

По данным многих эпидемиологических исследований психические расстройства встречаются существенно чаще у пациентов амбулаторных (в 1,5–2 раза) и стационарных (в 1,5–3 раза) лечебных учреждений, чем среди всего населения (Смулевич А.Б., 2000; Rincon H.G., et al., 2001).

При многих соматических заболеваниях значительно повышена частота психических расстройств. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких депрессия выявляется в 23–43%, а тревога в 37–54%, а при ревматоидном артрите – в 38 и 44% соответственно (Gudmundsson G., et al, 2006; Zyrtianova Y., et al., 2006).

Медицинская наука выявляет все больше материальных причин заболеваний, которые ранее рассматривались как психосоматические и в происхождении которых роль психических факторов признавалась ведущей. Например, в развитии язвенной болезни была показана важная роль *H.pylori*, а патологическую основу бронхиальной астмы составляет хроническое воспаление бронхов. Даже при функциональных расстройствах более чем половине случаев не находят значимых психических отклонений.

Чаще всего при соматических заболеваниях в условиях стационара встречаются вторичные (нозогенные) психические расстройства, обусловленные стрессовым воздействием соматической болезни (Смулевич А.Б. и др., 1999). Кроме того, многие соматические заболевания вызывают психические изменения – например, депрессия нередко сопровождает гипотиреоз, а тревога – феохромоцитому.

Выявлена негативная ассоциация тревоги и депрессии с тяжестью и прогнозом многих соматических заболеваний. В частности, депрессия – значимый фактор риска смерти при терминальной почечной недостаточности (Kurella M., et al, 2005). У пациентов сахарным диабетом и депрессией существенно выше риск осложнений, а также общей и сердечной летальности (Vileikyte L. et al, 2005). Годовая летальность у пациентов с сердечной недостаточностью при наличии депрессии выше в 2 раза, а частота повторных госпитализаций – в 3 раза (Jiang W., et al, 2001).

В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлена независимая связь депрессии и общей смертности, как в больнице, так и при внебольничном наблюдении (Everson–Rose S.A., et al., 2004; Gump B.B., et al., 2005; Kinder L.S., et al., 2008).

Важно при выборе соматотропного лечения уделять внимание и состоянию психики. В частности, лечение хронического вирусного гепатита интерфероном и рибавирином при умеренной или тяжелой депрессии может привести к суициду. С другой стороны, назначение ТЦА после инфаркта миокарда противопоказано, по крайней мере, в течение 6 месяцев ввиду повышенного риска смерти. Применение СИОЗС увеличивает риск кровотечений при сочетанном применении с аспирином.

Данные нескольких крупных исследований показали, что лечение психических расстройств у пациентов с соматической патологией уменьшает выраженность тревоги и депрессии, улучшает качество жизни, повышает приверженность к соматотропной терапии, но не влияет существенно на течение соматических заболеваний (SADHART, MIND-IT).

Лечение

Коррекция нетяжелых тревожных и депрессивных расстройств может и должна проводиться интернистами в условиях соматического стационара или амбулаторного учреждения.

Психотерапия

Главная задача психотерапии заключается в выявлении и коррекции психологического механизма страданий (внутренней проблемы) с помощью критического рассмотрения образа мышления, отношения к различным сторонам жизни и обучения новым взглядам и навыкам. В настоящее время чаще всего используют различные варианты когнитивной, поведенческой и психодинамической психотерапии.

Когнитивная терапия. Расстройство чувств и поведения человека связывают не с самими событиями, а с неадекватным осмыслением события. Цель когнитивной терапии заключается в изменении восприятия, способа оценки себя, окружающих и будущего. Наиболее эффективна когнитивная терапия при депрессивных расстройствах.

Поведенческая терапия. В поведенческой терапии неадекватное поведение рассматривается как усвоенное человеком вследствие положительного или отрицательного подкрепления окружающими факторами. Психотерапевты пытаются сформировать вначале оптимальное поведение с помощью поощрения или наказания, что должно привести к позитивным внутренним изменениям.

Психодинамическая терапия (психоанализ) основана на предположении, что психопатологические симптомы и поведения обусловлены неосознаваемыми конфликтами, обычно возникающими в детском возрасте. Цель психодинамической терапии заключается в осознании подавленных событий прошлой жизни, их повторное переживание, которое и должно привести к облегчению состояния и изменению поведения.

Проведение психотерапевтического лечения требует соответствующей подготовки и осуществляется психотерапевтом. Интернисты в своей врачебной практике могут использовать несложные методы – разъяснение сути соматического

заболевания и психологических реакций человека, контроль патологической реакции на стресс, элементы когнитивной и поведенческой терапии.

Фармакотерапия

Медикаментозное лечение является основным методом лечения, которое применяют врачи–интернисты. При легких формах психических расстройств в случаях неприятия пациентом медикаментозной терапии возможно использование фитопрепаратов с противотревожным (валериана, пустырник, мята перечная, мелисса) и антидепрессивным эффектом (зверобой).

Антидепрессанты

Антидепрессанты являются наиболее широко применяемыми психотропными препаратами (таблица 1). Эффективность различных антидепрессантов при депрессивных расстройствах существенно не отличается, поэтому выбор во многом определяется переносимостью, наличием соматических заболеваний и стоимостью (АРА, 2005). Частота прекращения приема препаратов вследствие побочных эффектов немного ниже у СИОЗС по сравнению с ТЦА.

Таблица 1

Классификация антидепрессантов

Группа	Название		Суточная доза (мг)
	международное	торговое	
Трициклические и гетероциклические антидепрессанты	пипофезин	азафен	50 – 200
	амитриптилин	амитриптилин	25 – 150
	имипрамин	мелипрамин	25 – 150
	кломипрамин	анафранил	25 – 150
	мапротилин	лудиомил	25 – 75
	миансерин	леривон	30 – 60
Ингибиторы обратного захвата серотонина	флуоксетин	флуоксетин	20– 40
	флувоксамин	феварин	50 – 100
	сертралин	асентра	50 – 100
	циталопрам	ципрамил	20
	эсциталопрам	ципралекс	5 – 20
	пароксетин	адепрес	20–40
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	венлафаксин	велаксин	37,5 – 225
	милнаципран	иксел	100
	дулоксетин	симбалта	60 – 120
Обратимые ингибиторы моноаминооксидазы	перлиндол	пиразидол	75 – 150
	моклобемид	аурорикс	300
Препараты других групп	тразодон	триттико	75 – 300
	миртазапин	мирзатен	15 – 45
	агомелатин	вальдоксан	25
	тианептин	коаксил	25 – 37,5

При лечении ТЦА чаще встречается сухость во рту, запоры, головокружение, нарушения зрения и тремор. Прием СИОЗС чаще сопровождается диареей, тошнотой, нарушением сна, головной болью и сексуальными дисфункциями. Также следует учитывать, что лечение СИОЗС стоит существенно дороже лечения ТЦА, поэтому применение ТЦА считается более выгодной стратегией в некоторых странах (Chisholm D., et al., 2004).

Препараты из группы антидепрессантов применяются не только при снижении настроения, но и для лечения тревожных расстройств, навязчивостей, нарушений аппетита, хронической боли.

У большинства антидепрессантов эффект (повышение настроения) нарастает постепенно и становится значимым обычно к концу первых двух недель терапии. Необходимо проинформировать об этом больного, чтобы он не ожидал немедленного положительного эффекта от приема препарата.

Лечение антидепрессантами обычно длительное и зависит от конкретного психического расстройства. Обычно антидепрессант назначают 1 раз в сутки, отдельные препараты можно назначать на ночь, что делает менее заметными некоторые побочные эффекты и улучшает сон.

Пожилым и больным соматическими заболеваниями обычно назначают 1/3–1/2 нормальной дозы препаратов без выраженных холинолитических и сердечно-сосудистых побочных эффектов. В этих случаях рекомендуются препараты с наименьшими побочными эффектами: СИОЗС, обратимые ИМАО (пиразидол, моклобемид), миансерин или милнаципран. Реже используют малые дозы ТЦА.

При нетяжелой депрессии возможно применение препаратов зверобоя продырявленного.

Транквилизаторы

Среди транквилизаторов наиболее распространены бензодиазепиновые препараты (таблица 2).

Лоразепам и альпразолам обладают сильным противотревожным эффектом, оксазепам и хлордиазепоксид – слабым, а диазепам занимает промежуточное положение.

Наряду с бензодиазепинами, в клинической практике применяют препараты афобазол и буспирон, обладающие минимальным риском физической зависимости и передозировки, пригодные для длительной терапии.

Препараты из группы транквилизаторов обычно применяются при тревожных расстройствах, а также при нарушениях сна, алкогольной абстиненции, судорогах, мышечном напряжении.

Важно отметить, что *транквилизаторы не влияют на выраженность депрессии*, а только уменьшают симптомы тревоги, которые нередко встречаются при депрессивных расстройствах. Более того, транквилизаторы могут усилить проявления депрессии.

Классификация транквилизаторов

Группа	Название		Суточная до- за (мг)
	международное	торговое	
Бензодиазепины	диазепам	седуксен	2 – 20
	лоразепам	лорафен	2 – 4
	оксазепам	нозепам	10 – 50
	феназепам	феназепам	0,5 – 2
	хлордиазепоксид	элениум	5 – 50
	тофизопам	грандаксин	50 – 300
Триазолбензодиазепины	алпразолам	алпразолам	0,25 – 2
	триазолам	хальцион	0,125 – 0,5
	мидазолам	дормикум	7,5 – 15
Гетероциклические производные	буспирон	буспар	20 – 60
	зопиклон	имован	7,5 – 15
	золпидем	санвал	5 – 10
Другие препараты	–	афобазол	30 – 60
	гидроксизин	атаракс	25 – 100

При лечении тревожных расстройств эффект обычно развивается в первые дни, нередко встречаются случаи достижения значимого результата на 7–10 день. Бензодиазепины короткого действия (алпразолам, лоразепам, оксазепам) рекомендуют применять 3–4 раза в день, а пролонгированные (диазепам, хлордиазепоксид) 1–2 раз в день.

Таблица 3

Выбор препаратов при коморбидных состояниях и заболеваниях

Заболевание	Предпочтительное лечение	Нежелательные препараты
Артериальная гипертензия	СИОЗС, азафен, пиразидол, бензодиазепины	ТЦА, венлафаксин
Перенесенный инфаркт миокарда	СИОЗС, пиразидол, бензодиазепины	ТЦА
Сердечная недостаточность	СИОЗС, пиразидол, бензодиазепины	ТЦА
Сахарный диабет	СИОЗС, ТЦА, пиразидол, бензодиазепины	имипрамин, флуоксетин
Беременность*	ТЦА, СИОЗС (?)	СИОЗС (пароксетин), имипрамин, пиразидол, бензодиазепины, альпразолам
Лактация*	ТЦА, СИОЗС (сертралин, флувоксамин)	бензодиазепины, венлафаксин, милнаципран, пиразидол, флуоксетин
Глаукома	ТЦА (азафен, миансерин),	ТЦА,

	ИМАО обратимые (пиразидол, моклобемид), СИОЗС, тразодон	бензодиазепины
Цирроз печени	ТЦА, пиразидол, адеметионин, бензодиазепины	СИОЗС

Примечание: * – в связи с отсутствием надежных исследований безопасности психотропные препараты рекомендуют при умеренных и выраженных симптомах, суицидальных намерениях и попытках, психотических симптомах, эпизодах депрессии в анамнезе (APA/ACOG, 2009). Альтернативой при необходимости антидепрессивной терапии во время лактации, может быть перевод ребенка на искусственное вскармливание.

В отличие от антидепрессантов, при длительном применении бензодиазепиновых транквилизаторов возможно формирование физиологической зависимости с синдромом отмены. Поэтому не рекомендует принимать транквилизаторы непрерывно более 3 недель.

У соматических больных часто имеется повышенная чувствительность к препаратам, поэтому начинают с малых доз (диазепам 2,5–5 мг/сут, хлордiazепоксид 5–10 мг/сут).

Отсутствие противотревожного эффекта препаратов заставляет усомниться в невротической природе заболевания.

Максимальная выраженность побочных эффектов (сонливость, умственная заторможенность, мышечная релаксация) приходится на первые дни приема и затем постепенно снижается.

Следует предупредить пациентов о нежелательности употребления алкоголя, усиливающего седативное действие бензодиазепинов. Транквилизаторы снижают скорость психомоторных реакций, что делает нежелательным вождение транспорта, по меньшей мере, до адаптации пациента к действию препаратов.

Организация помощи

Подготовленный врач–терапевт должен, как это принято во многих странах, выявлять и лечить нетяжелые депрессивные, тревожные, стрессовые и соматоформные расстройства.

Консультация психиатра показана в следующих случаях:

- Суицидальные мысли, попытки
- Отсутствие эффекта лечения (для депрессии в течение 4 нед)
- Психомоторное возбуждение, препятствующее лечению соматического заболевания
- Делирий – острое расстройство с дезориентацией во времени, месте или своей личности, нарушением запоминания и кратковременной памяти, быстрыми переходами от гипoaктивности к гиперактивности.

Необходимость активного участия интернистов в ведении психосоматических расстройств связана с тем, что большинство пациентов с психосоматической патологией обращаются не в специализированные психиатрические, а в

общесоматические учреждения. Кроме того, среди населения всех стран существует стойкое предубеждение перед консультацией психиатра.

Основные формы организации психиатрической помощи пациентам с соматической патологией представлены на рисунке.

В случае необходимости консультации психиатра важно подготовить пациента. С этой целью можно подчеркнуть наличие дистресса, вызванного заболеванием, и целесообразность консультации специалиста в этой области. Желательно указать, что пациент продолжит обследование и лечение у терапевта. Наилучшим вариантом следует признать посещение психиатра соматического отделения и совместная консультация с врачом общей практики.

Важно отметить, что и психиатры должны иметь соответствующую подготовку для лечения психосоматических расстройств, учитывая особенности клиники и лечения соматических заболеваний (влияние и взаимодействие психотропных препаратов).



Рисунок. Основные формы организации психиатрической помощи (А.Б. Смулевич, А.Л.Сыркин, с изменениями).

Профилактика

Профилактика психических расстройств включает:

1) укрепление общего здоровья населения (методы контроля стресса, физические нагрузки);

2) систему ранней диагностики и предупреждение обострения психических заболеваний;

3) психическую реабилитацию больных и инвалидов с соматической патологией (инфаркт миокарда, инсульт, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность, раки т.д.).

Литература

1. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. Изд. 4-е. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 292 с.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. М, 1997.
3. МКБ–10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, 1992.
4. МКБ–10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, 1992.
5. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб, 1995.
6. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и соавт. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004;1:48–54.
7. Психиатрия. Под ред. Р.Шейдера. Пер. с англ. М, 1998.
8. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск, 1999.
9. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. 2003.
10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология. М, 2005.
11. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Психосоматика. Иркутск, 2007.
12. Agency for Healthcare Research and Quality Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care. 1993.
13. American Heart Association. Depression and Coronary Heart Disease. Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. 2008.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:181.
15. American Psychiatric Association. Treating Major Depressive Disorder. A Quick Reference Guide. 2005.
16. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive–compulsive disorder. 2007.
17. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. 2009.
18. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. 2004.

19. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Psychiatric Evaluation of Adults. APA 2006.
20. Huibers M.J.H., Beurskens A.J.H.M., Bleijenberg G., et al. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2.
21. Institute for Clinical Systems Improvement. Major Depression in Adults in Primary Care. ICSI 2010.
22. O'Connor E.A., Whitlock E.P., Beil T.L., et al. Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Ann Intern Med.* 2009;151(11):793–803.
23. NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. January 2011.
24. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(11):784–92.
25. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry.* 2009;31: 403–13.
26. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine. Edited by James L. Levenson. 2004. 1092 p.
27. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291:2581–2590.
28. WHO Guide to Mental Health in Primary Care. 2000.

Приложение

Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники

Министерство здравоохранения РФ, Московский научно–исследовательский институт психиатрии

Показания к лечению депрессий в территориальной поликлинике

– легкие и умеренно выраженные депрессивные состояния без психотических включений, в частности, проявляющиеся соматовегетативными (псевдосоматическими) симптомами: F32.0–1, F33.0–1, F34, F41.2;

– депрессивные синдромы, сопутствующие хроническим соматическим заболеваниям, таким как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гастрит и др. (вне обострений и осложнений).

Противопоказания к лечению депрессий в территориальной поликлинике

– биполярные формы аффективных расстройств (F 31);

– тяжелые, в том числе психотические, депрессивные состояния (F 32.2, F 33.2);

– депрессии, устойчивые к стандартной терапии (если известно из анамнеза или обнаруживается в процессе терапии);

– депрессии, сочетающиеся с тяжелыми соматическими заболеваниями;

– беременность;

– злоупотребление алкоголем, психоактивными средствами;

– иные (кроме депрессии) психические заболевания;

– суицидальные попытки в анамнезе.

Материально–техническое обеспечение метода

– Скрининговая анкета («опросник пациента»), предполагается наличие соответствующих бланков в кабинете участкового врача;

– Шкала депрессии Гамильтона; соответствующий набор бланков;

– Антидепрессанты, разрешенные к применению в медицинской практике: СИОЗС (флуоксетин, флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, флувоксамин), миансерин моклобемид, тразодон, милнаципран.

Описание метода

Процесс диагностики и лечения депрессий в условиях территориальной поликлиники требует следования определенному, специально разработанному для этих целей плану. Каждому этапу работы соответствуют конкретные действия определенных специалистов и конкретный инструментарий оценки состояния пациентов. При этом, безусловно, необходимым компонентом названного процесса является наличие в поликлинике психотерапевтического кабинета и соответствующего специалиста–психотерапевта (по существующему положению психотерапевтом может стать только психиатр со стажем работы по специальности не менее 3 лет). При этом процесс диагностики и терапии депрессий не замыкается в пределах психотерапевтического кабинета: предполагается в существенной мере новая система профессионального взаимодействия участкового врача–терапевта и психиатра психотерапевтического кабинета, не ограничивающаяся направлением всех пациентов с признаками депрессии к

консультанту–психиатру, но предполагающая и собственно лечебные функции участкового врача.

План действий по диагностике и лечению депрессий включает следующие этапы:

1. Скрининг расстройств аффективного (тревожно–депрессивного) спектра, у обращающихся к участковому врачу пациентов;

2. Клиническая диагностика депрессивных расстройств (в соответствии с критериями МКБ–10),

3. Отбор пациентов для терапии депрессий (с использованием шкалы депрессии Гамильтона);

4. Фармакотерапия депрессий: монотерапия одним из выбранных антидепрессантов (не менее 1 мес.); при отсутствии эффекта – смена антидепрессанта, далее – психотерапия или комбинированная терапия;

5. Клиническая оценка эффективности терапии (с использованием шкалы депрессии Гамильтона);

6. Катамнестическое наблюдение в течение 2 месяцев. На основе этого плана осуществляются следующие конкретные действия специалистов поликлиники:

- Медицинская сестра до начала приема участкового врача раздает пациентам анкеты для скринингового обследования («опросник пациента»), затем собирает их и передает врачу для оценки (при этом исключаются пациенты с неотложными состояниями).

- Участковый врач оценивает анкеты по разработанной системе, определяя наличие расстройств аффективного спектра; после клинического обследования при отсутствии острых и тяжелых хронических заболеваний с указанными пациентами обсуждаются возможности и условия консультативной и лечебной помощи с участием психиатра; в случае согласия пациента он направляется в психотерапевтический кабинет.

- Психиатр принимает пациентов, направленных участковым врачом, проводит клиническую диагностику в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10. При наличии достаточных для установления депрессии критериев психиатр определяет выраженность депрессивного синдрома на основе 17–пунктовой шкалы депрессии Гамильтона. В случае констатации выраженности депрессии не менее 15 баллов по шкале Гамильтона, психиатр обсуждает с участковым врачом возможность, с учетом соматического состояния, проведения терапии антидепрессантами. Далее психиатр (желательно с участием участкового врача) предлагает пациенту проведение амбулаторной антидепрессивной терапии. С пациентом обсуждаются условия и перспективы лечения, определяется лечебный режим и порядок контроля за состоянием, в том числе достигается договоренность о возможном обмене текущей информацией о процессе лечения по телефону через медицинскую сестру терапевтического участка.

- С учетом актуального состояния, особенностей депрессии, сопутствующей соматической патологии и применяемых соматотропных средств для терапевтического курса выбирается (по согласованию с участковым врачом) один из современных антидепрессантов. Предпочтение должно отдаваться препаратам с

наименее выраженными побочными эффектами. При этом учитываются известные особенности терапевтического действия того или иного антидепрессанта: сбалансированность действия, наличие активирующего компонента антидепрессивной активности у СИОЗС – флуоксетина, сертралина, пароксетина, в меньшей степени циталопрама и флувоксамина, сочетание собственно антидепрессивных (тимоаналептических) и анксиолитических свойств у миансерина.

- Первый терапевтический курс осуществляется под наблюдением психиатра (психотерапевта) поликлиники. Пациенту подробно объясняют особенности фармакологического действия конкретного (выбранного в данном случае) антидепрессанта с обозначением вероятного срока наступления терапевтического эффекта (не ранее 1–2 недель терапии) и всех возможных побочных эффектов. Терапию начинают с минимальных доз препарата, постепенно подбирая терапевтическую дозу. Первые 3 дня желательно располагать информацией о переносимости препарата каждый день: информацию может обеспечить медицинская сестра. В последующем частота визитов – 1 раз в неделю. Спустя 4 недели оцениваются результаты терапевтического курса с использованием определенных общим протоколом шкал.

- При выраженном улучшении состояния целесообразно продолжить применение того же антидепрессанта в снижающихся в течение 2 недель дозах. При этом наблюдение за завершением курса лечения осуществляет участковый врач. В случае частичного возобновления отдельных проявлений депрессии участковый врач по согласованию с психиатром продолжает лечение в течение следующего месяца вплоть до исчезновения симптомов депрессии.

- При умеренно выраженном улучшении лечение продолжают под наблюдением психиатра с использованием прежних или более высоких доз (с учетом переносимости) в течение последующего месяца.

- При отсутствии эффекта спустя 4 недели или исчезновении достигнутого эффекта позднее этого срока производят замену препарата на антидепрессант другой фармакологической группы. Может быть предпринята попытка применения традиционных трициклических антидепрессантов, если этому не будут препятствовать выраженные побочные эффекты.

- При недостаточном улучшении и тенденции хронификации состояния может быть проведен курс краткосрочной психотерапии со снижением доз, либо полной отменой антидепрессантов.

- После достижения устойчивого улучшения пациенту предлагается катамнестическое наблюдение в течение 2 месяцев у участкового психиатра и, по желанию пациента, у психиатра психотерапевтического кабинета.

- При резистентности к терапии пациенту рекомендуется лечение в условиях психиатрического стационара (или дневного стационара психоневрологического диспансера).

Эффективность лечения депрессий в условиях территориальной поликлиники

Повышение осведомленности врачей первичной (поликлинической) медицинской помощи в области диагностики и лечения депрессий существенно снижает количество неоправданных инструментальных и лабораторных иссле-

дований, равно как неадекватных терапевтических назначений. Устраняется или ограничивается применение транквилизаторов, обычно неэффективных при депрессиях, а кроме того, чреватых формированием лекарственной зависимости. Сохранение в период лечения привычной социальной среды позволяет избежать стигматизации, осложняющей существование больного при лечении в психиатрических учреждениях.

Опыт лечения депрессий в условиях территориальных поликлиник свидетельствует о значительно более высокой их курабельности (вероятно, в силу умеренной выраженности, отсутствии осложнений и относительно раннего, своевременного начала терапии) по сравнению с депрессиями, лечение которых проводится в психиатрических больницах и диспансерах. В то время как для обычного психиатрического контингента больных курабельность, как известно, не превышает 80%, устойчивость к терапии при проведении лечения депрессий в условиях поликлиники выявляется лишь в единичных случаях.

Кроме непосредственного эффекта терапии депрессии есть, несомненно, и гуманный смысл предложения и оказания своевременной и адекватной помощи больным, страдающим депрессиями, в наиболее доступных, привычных и не стигматизирующих условиях.

Схема терапии депрессий в условиях поликлиники

- Стандартная терапия антидепрессантами проводится пациентам, чье состояние отвечает следующим требованиям:
 1. Наличие депрессии в соответствии с критериями МКБ–10 за исключением тяжелых, осложненных форм депрессий с психотическими включениями;
 2. Выраженность депрессии не менее 15 баллов по шкале депрессии Гамильтона;
 3. Отсутствие противопоказаний и ограничений, определенных в соответствии с установленным перечнем (тяжелые соматические заболевания и др.).
- Монотерапия выбранным антидепрессантом продолжается не менее 4 недель. При положительном результате (выраженном улучшении или становлении ремиссии) целесообразно продолжение терапии в снижающихся дозах в течение 2–х недель. При отчетливом, но неполном улучшении состояния терапию продолжают до 2–х месяцев.
- Допустимо кратковременное симптоматическое назначен бензодиазепинов с вегетостабилизирующими и гипнотическими свойствами.
- При отсутствии очевидного положительного эффекта первого курса терапии (снижение, через 4 недели терапии, выраженности депрессии менее, чем на 50% от исходного уровня шкале Гамильтона) производится замена препарата на антидепрессант иной химической структуры. При выявлении в процессе первого курса терапии определенных устойчивых проявлений депрессии, возможно связанных с недостаточной эффективностью первоначально выбранной терапии, назначают антидепрессанты, обладающие той или иной известной избирательностью действия. Так, при выраженности тревожных и вегетативных проявлений депрессии может быть применен миансерин, при выраженности апатии и

анергии – моклобемид, при сочетании депрессии со стойкой бессонницей – тразодон.

- В исключительных случаях может быть предпринята попытка применения традиционных трициклических антидепрессантов, если этому не будут препятствовать выраженные побочные эффекты. В целом использование трициклических антидепрессантов предполагает стационарные условия терапии.

- Во всех случаях подробно объясняют особенности фармакологического действия конкретного (выбранного для данного курса терапии) антидепрессанта с обозначением вероятной срока наступления терапевтического эффекта (не ранее 1–2 недель терапии) и всех возможных побочных эффектов. Терапию начинают с минимальных доз препарата, постепенно подбирая терапевтическую дозу. Первые 3 дня желательно располагать информацией о переносимости препарата каждый день: информацию может обеспечить медицинская сестра. В последующем частота визитов – 1 раз в неделю.

- При устойчивости к терапии, включая попытки замены антидепрессантов, рекомендуется лечение в условиях психиатрического стационара (или дневного стационара).

- При депрессиях, выраженность которых не достигает 15 баллов по шкале Гамильтона, пациенту может быть предложена краткосрочная психотерапия (с учетом конкретных возможностей), консультативная помощь, симптоматические средства. Рекомендуется повторная консультация психиатра при сохранении или утяжелении болезненных проявлений.

Положение о психосоматическом отделении

Приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР от 21 марта 1988 года N225

Общие положения

1. Психоневрологическое отделение для больных с психосоматическими расстройствами организуется в составе многопрофильной или психиатрической (психоневрологической) больницы (стационара психоневрологического диспансера) и является его структурным подразделением.

2. Психосоматическое отделение предназначено для стационарного лечения больных с сочетанной психической и соматической патологией, выраженность которой не достигает уровня, требующего лечения в условиях соматопсихиатрического отделения.

3. Коечный фонд и район обслуживания психосоматического отделения устанавливаются органом здравоохранения, которому подчинена данная больница.

4. Штаты психосоматического отделения утверждаются в установленном порядке.

5. Руководство отделением осуществляется заведующим отделением, назначаемым и увольняемым в установленном порядке, который административно подчиняется главному врачу и заместителю главного врача по медицинской части больницы, в составе которой организовано отделение, а по организаци-

онно–методическим вопросам и главному психиатру городского (республиканского, краевого, областного) органа здравоохранения.

6. Психосоматическое отделение должно оборудоваться в соответствии с требованиями, предъявляемыми к соматическим стационарам, и иметь следующие помещения: комнату дневного пребывания больных, палаты для больных, процедурную, кабинеты заведующего отделением и врачей, столовую с буфетом, комнату свиданий, кабинет старшей медицинской сестры, комнату сестры–хозяйки, ванны и туалеты.

Задачи и функции психосоматического отделения

7. Основными задачами отделения являются:

- диагностика и лечение сочетанной пограничной и соматической патологии, требующие стационарных условий;
- оказание организационно–методической и консультативной помощи лечебно–профилактическим учреждениям прикрепленной территории по профилактике, диагностике и лечению пограничных психосоматических расстройств.

8. В соответствии с поставленными задачами психосоматическое отделение выполняет следующие функции:

- осуществляет диагностику и лечение пограничных психосоматических расстройств с использованием современных методов и средств;
- оказывает консультативную помощь по вопросам профилактики, диагностики и лечения сочетанной пограничной психической и соматической патологии органам и учреждениям здравоохранения прикрепленной территории;
- обеспечивает преемственность в лечении больных с пограничными психосоматическими расстройствами;
- внедряет в широкую практику новые методы профилактики, диагностики и лечения пограничных психосоматических расстройств на основе последних достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта работы психосоматических отделений страны;
- систематически повышает квалификацию врачей больницы и лечебно–профилактических учреждений прикрепленной территории по вопросам профилактики, диагностики и лечения пограничных психосоматических расстройств;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующими положениями.

Порядок госпитализации, организации лечения и выписки больных

9. Плановая госпитализация в психосоматическое отделение осуществляется по направлениям ВКК психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) или поликлиники, имеющей в своем составе психотерапевтический кабинет, при наличии соответствующего заключения врача–интерниста и подробной выписки из истории болезни.

10. Перевод больных в психосоматическое отделение из других отделений больницы, в составе которого оно организовано, а также из других лечебно–профилактических учреждений прикрепленной территории осуществляется по

направлению врача–психиатра–консультанта общесоматической больницы или заведующего отделением психиатрической (психоневрологической) больницы, при наличии соответствующего заключения врача–интерниста, по согласованию с заведующим психосоматическим отделением.

11. Для оказания высококвалифицированной специализированной помощи больным с пограничными психосоматическими расстройствами приказом главного врача больницы, в составе которой организовано психосоматическое отделение, за ним закрепляются врачи–консультанты различных специальностей, работающие в данной больнице, которые оказывают врачам отделения динамическую консультативную помощь по своему профилю. Нагрузка на врачей–консультантов и объем их работы устанавливаются главным врачом больницы.

12. Длительность пребывания больного в отделении устанавливается индивидуально. При улучшении соматического или психического состояния больные подлежат переводу из психосоматического отделения соответственно в психиатрический или соматический стационар (отделение данной больницы). При выздоровлении или значительной компенсации общего состояния больные из отделения могут быть выписаны под наблюдение психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) или поликлиники по месту жительства.

Критерии тревожных расстройств

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (F41.0)

А. Рекуррентные панические атаки, развивающиеся спонтанно и не связанные со специфическими ситуациями, предметами, физическим напряжением, опасностью или угрозой жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

- 1) это четко очерченный эпизод интенсивной тревоги или дискомфорта;
- 2) начинается внезапно;
- 3) достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут;
- 4) должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня а)–г):

Вегетативные симптомы

- а) усиленное или учащенное сердцебиение;
- б) потливость;
- в) дрожание или тремор;
- г) сухость во рту;

Торакоабдоминальные симптомы

- д) затруднение дыхания;
- е) чувство удушья;
- ж) боли или дискомфорт в грудной клетке;
- з) тошнота или абдоминальный дискомфорт (например жжение в желудке);

Психические симптомы

- и) чувство головокружения, неустойчивости, обморок;
- к) ощущение, что предмеры нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- л) страх потери контроля, сумасшествия;
- м) страх умереть;

Общие симптомы

- н) приливы или чувство озноба;
- о) онемение или чувство покалывания.

В. Приступы паники не обусловлены соматическим заболеванием, органическим психическим расстройством, шизофренией, расстройством настроения или соматоформным расстройством.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО (F41.1)

А. Период по меньшей мере 6 месяцев с выраженным внутренним напряжением, беспокойством и чувством опасения относительно повседневных событий и проблем.

Б. Должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня 1)–4):

Вегетативные симптомы

- 1) усиленное или учащенное сердцебиение;
- 2) потливость;
- 3) дрожание или тремор;
- 4) сухость во рту;

Торакоабдоминальные симптомы

- 5) затруднения дыхания;
- 6) чувство удушья;
- 7) боли или дискомфорт в груди;
- 8) тошнота или абдоминальный дискомфорт (например, жжение в желудке);

Психические симптомы

- 9) чувство головокружения, неустойчивости, обморок;
- 10) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- 11) страх потери контроля, сумасшествия;
- 12) страх умереть;

Общие симптомы

- 13) приливы или чувство озноба;
- 14) онемение или чувство покалывания;

Симптомы напряжения

- 15) мышечное напряжение или боли;
- 16) беспокойство или неспособность к расслаблению;
- 17) чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения;
- 18) ощущение комка в горле или затруднения при глотании;

Другие неспецифические симптомы

- 19) усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг;

20) трудности сосредоточения внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;

21) постоянная раздражительность;

22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

В. Расстройство не отвечает критериям панического, фобического, обсессивно-компульсивного или ипохондрического расстройств.

Г. Тревожное расстройство не обусловлено соматическим заболеванием (например, гипертиреозом), органическим психическим расстройством, употреблением психоактивных веществ (амфетамины) или отменой бензодиазепинов.

АГОРАФОБИЯ (F40.0)

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх по меньшей мере в 2 следующих ситуациях или их избегание:

1) толпы;

2) публичных мест;

3) путешествия в одиночку;

4) передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее, чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен быть из перечня 1)–4):

Вегетативные симптомы

1) усиленное или учащенное сердцебиение;

2) потливость;

3) тремор;

4) сухость во рту;

Торакоабдоминальные симптомы

5) затруднение дыхания, одышка;

6) чувство удушья;

7) боли или дискомфорт в груди;

8) тошнота или абдоминальный дискомфорт (например, жжение в желудке);

Психические симптомы

9) чувство головокружения, неустойчивость при ходьбе, слабость;

10) ощущение, что предмеры нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);

11) страх потери контроля, сумасшествия ;

12) страх умереть;

Общие симптомы

13) приливы или чувство озноба;

14) онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дискомфорт из-за тревоги или избегающего поведения, которое осознается как нерациональное или неадекватное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Страх или избегание ситуации не соответствуют критериям бреда, галлюцинации, органического психического расстройства, шизофрении, расстройства настроения, обсессивно–компульсивного расстройства и не вытекают из культурных воззрений.

Критерии расстройств настроения

ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД (F32)

А. Соответствие общим критериям депрессивного эпизода:

- 1) депрессивный эпизод должен длиться, по крайней мере, две недели;
- 2) в анамнезе никогда не было симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода;
- 3) эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству.

Б. Имеется как минимум два из следующих трех симптомов:

- 1) депрессивное настроение снижено до уровня, определяемого как явно ненормальное для пациента, отмечается большую часть дня почти ежедневно не менее двух недель и в основном не зависит от ситуации;
- 2) отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
- 3) снижение энергичности и повышенная утомляемость.

В. Дополнительные симптомы:

- 1) снижение чувства уверенности в себе и самооценки;
- 2) беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- 3) повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение;
- 4) снижение способности к размышлению (нерешительность) или концентрации внимания;
- 5) нарушения психомоторной активности с тревожным возбуждением или заторможенностью (субъективно или объективно);
- 6) нарушение сна любого типа;
- 7) изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением веса тела.

Для определения эпизода *легкой степени* необходимо минимум два симптома из критерия Б и не менее четырех симптомов суммы критериев Б и В; для эпизода *средней тяжести* необходимо минимум два симптома из критерия Б и не менее шести симптомов суммы критериев Б и В; а для *тяжелого* эпизода необходимо три симптома из критерия Б и не менее восьми симптомов суммы критериев Б и В.

РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (F33)

1) Имеется по крайней мере один депрессивный эпизод в прошлом, длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких–либо значимых аффективных симптомов.

2) В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных эпизодов.

3) Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству.

ДИСТИМИЯ (F34.1)

А. Период не менее двух лет постоянного или часто повторяющегося депрессивного настроения. Промежуточные периоды нормального настроения редко продолжаются больше нескольких недель и отсутствуют эпизоды гипомании.

Б. Отдельные эпизоды депрессии, соответствующие по продолжительности и тяжести рекуррентному депрессивному расстройству, в течение двух лет отсутствуют или встречаются очень редко.

В. В течение хотя бы нескольких периодов депрессии имеются не менее трех из следующих симптомов:

- 1) снижение энергии или активности;
- 2) бессонница;
- 3) снижение уверенности в себе или чувство неполноценности;
- 4) трудность концентрации внимания;
- 5) частая слезливость;
- 6) снижение интереса или удовольствия от секса или других приятных видов деятельности;
- 7) чувство безнадежности или отчаяния;
- 8) неспособность справляться с рутинными обязанностями;
- 9) пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого;
- 10) социальная отгороженность;
- 11) снижение разговорчивости.

Критерии стрессовых расстройств

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ (F43.2)

А. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после воздействия психосоциального стресса, не достигающего очень тяжелой степени.

Б. Могут иметься симптомы других аффективных, невротических и поведенческих расстройств при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств.

В. Симптомы продолжаются ≤6 месяцев после прекращения действия стресса или его последствий, за исключением пролонгированной депрессивной реакции. Но этот критерий не должен препятствовать предварительному диагнозу.

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС (F43.0)

А. Переживание тяжелого стресса.

Б. Симптомы возникают немедленно вслед за воздействием стрессора (в течение минут, до 1 часа).

В. Выполняются критерии Б, В и Г генерализованного тревожного расстройства что соответствует легкой степени тяжести. Также возможно наличие двух из нижеперечисленных признаков при умеренной или четырех признаков при тяжелой реакции:

- а) отчуждение, потеря интереса к контактам с людьми;
- б) сужение внимания;
- в) дезориентация;
- г) гнев или словесная агрессия;
- д) отчаяние или безнадежность;
- е) неадекватная или бесцельная гиперактивность (например, люди мечутся, бегут не разбирая направления, выпрыгивают из окон, сокрушают все попадающееся на своем пути);
- ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя, рассматриваемое в соответствии с местными культурными стандартами;

Г. Если стрессор преходящий или может быть облегчен, симптомы должны начать уменьшаться ранее 8 ч. В случае продолжения действия стрессора, симптомы должны начать уменьшаться до 24–48 ч и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Д. Реакция должна развиваться в отсутствии других психических и поведенческих расстройств, за исключением генерализованного тревожного расстройства и расстройства личности, и не менее чем через 3 месяца после завершения эпизода любого другого психического или поведенческого расстройства.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (F43.1)

А. Пациент должен быть подвержен воздействию стрессора (кратковременного или продолжительного) чрезвычайно угрожающего или катастрофического характера, который способен вызвать общий дистресс почти у любого человека.

Б. Стойкие, произвольные и чрезвычайно живые воспоминания перенесенного, отражающиеся в снах, усиливаются при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанные с ней.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих или связанных со стрессом, что не наблюдалось до воздействия стресса.

Г. Любое из двух:

- 1) психогенная амнезия частичная или полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
- 2) стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости, не наблюдавшиеся до воздействия стрессора, представленные любыми двумя из следующих признаков:
 - а) расстройство сна (затруднение засыпания или поверхностный сон);
 - б) раздражительность или вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;
 - д) повышенная боязливость.

Д. Критерии Б, В и Г возникают сразу после воздействия стресса или спустя латентный период до 6 месяцев.

Критерии соматоформных расстройств

СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.0)

А. В прошлом, в течение по крайней мере двух лет, жалобы на множественные соматизированные симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми заболеваниями внутренних органов. Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (3 или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам, наблюдается постоянное самолечение или многократные консультации у местных «целителей».

В. Упорные отказы принять медицинские заключения об отсутствии достаточной соматической причины симптомов. (Если больной на короткое время [на несколько недель] успокоится сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноз).

Г. Не менее шести симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам:

Желудочно–кишечные симптомы

- 1) боли в животе;
- 2) тошнота;
- 3) чувство распирания или переполненности газами;
- 4) неприятный вкус во рту или обложенный язык;
- 5) рвота или отрыгивание пищи;
- 6) частый или жидкий стул;

Сердечно–сосудистые симптомы

- 7) одышка без физической нагрузки;
- 8) боли в груди;

Мочеполовые симптомы

- 9) дизурия или жалобы на частое мочеиспускание;
- 10) неприятные ощущения в половых органах или около них;
- 11) жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;

Кожные и болевые симптомы

- 12) жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;
- 13) боли в конечностях или суставах;
- 14) неприятное онемение или чувство покалывания.

Д. Симптомы встречаются не только во время шизофрении, расстройства настроения или панического расстройства.

ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.4)

А. Упорная (не менее 6 месяцев в течение большинства дней), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно физиологическим процессом или соматическим заболеванием, и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

Б. Это расстройство не обусловлено шизофренией, расстройством настроения, соматизированным расстройством или ипохондрическим расстройством.

ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.2)

А. Любое из двух:

1) упорное, сохраняющееся не менее 6 месяцев, убеждение в наличии не более чем двух серьезных соматических заболеваний (из которых, по крайней мере одно должно быть названо пациентом);

2) постоянная озабоченность предполагаемым уродством или деформацией.

Б. Озабоченность убеждением в наличии болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных «целителей»)

В. Упорные отказы принять медицинские заключения в отсутствие соматических причин имеющихся симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время [на несколько недель сразу после медицинского обследования] успокоился, то это не исключает данного диагноза).

Г. Симптомы не обусловлены шизофренией или расстройством настроения.

СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ (F45.3)

А. Симптомы вегетативной дисфункции одной или более локализаций, которые пациент приписывает соматическому заболеванию:

- 1) сердце и сердечно–сосудистая система;
- 2) верхний желудочно–кишечный тракт (пищевод и желудок);
- 3) нижний отдел кишечника;
- 4) дыхательная система;
- 5) урогенитальная система.

Б. Имеется не менее 2 следующих вегетативных симптомов

- 1) сердцебиение;
- 2) потливость (холодный или горячий пот);
- 3) сухость во рту;
- 4) покраснение;
- 5) дискомфорт в эпигастрии или жжение.

В. Имеется один или более следующих симптомов:

- 1) боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области;
- 2) одышка или гипервентиляция;
- 3) сильная утомляемость при легкой физической нагрузке;
- 4) отрыжка воздухом, икота, ощущение жжения в груди или эпигастрии;

- 5) неустойчивый, учащенный стул;
- 6) повышение частоты мочеиспускания или дизурия;
- 7) чувство того, что обрюзг, раздулся или стал тяжелым.

Г. Отсутствие структурных и функциональных нарушений со стороны органов или систем, которыми озабочен больной.

Д. Состояние не соответствует критериям фобического или панического расстройства.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS

Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

1. Я испытываю напряжённость, мне не по себе

- всё время
- часто
- время от времени, иногда
- совсем не испытываю

2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- определённно это так
- наверное, это так
- лишь в очень малой степени это так
- это совсем не так

3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- определённно это так, и страх очень сильный
- да, это так, но страх не очень сильный
- иногда, но это меня не беспокоит
- совсем не испытываю

4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- определённно это так
- наверное, это так
- лишь в очень малой степени это так
- совсем не способен

5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове постоянно

- большую часть времени
- время от времени и не так часто
- только иногда

6. Я испытываю бодрость

- совсем не испытываю
- очень редко
- иногда
- практически всё время

7. Я легко могу сесть и расслабиться

- определённно это так

- наверное, это так
 - лишь изредка это так
 - совсем не могу
8. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно
- практически всё время
 - часто
 - иногда
 - совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
- совсем не испытываю
 - иногда
 - часто
 - очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью
- определённо это так
 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
 - может быть, я стал меньше уделять этому внимания
 - я слежу за собой так же, как и раньше
11. Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться
- определённо это так
 - наверное, это так
 - лишь в некоторой степени это так
 - совсем не испытываю
12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
- точно так же, как и обычно
 - да, но не в такой степени, как раньше
 - значительно меньше, чем обычно
 - совсем так не считаю
13. У меня бывает внезапное чувство паники
- очень часто
 - довольно часто
 - не так уж часто
 - совсем не бывает
14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио– или телепрограммы
- часто
 - иногда
 - редко
 - очень редко

Рекомендации по применению шкалы

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9,11,13;
- подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (A и D), при этом выделяются 3 области значений:

- 0–7 баллов — норма;
- 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.