**Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон**

***Клинические протоколы по ведению основных психических заболеваний на уровне ПМСП***

**Душанбе – 2017 г.**

**Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан**

***Клинические протоколы по ведению основных психических заболеваний на уровне ПМСП***

**Бандаев И.С. –** д.м.н., директорГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

**Фатохов А.А.** – директор иврач-психиатр ГУ “Республиканский клинический центр психических болезней”

**Холова С.Г.** – начальник учебного отдела ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», семейный врач

**Джонова Б.Ю.** – к.м.н., начальник отдела бизнес планирования и анализа развития семейной медицины ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

**Худойдодова Ф.А.** – заместитель директора ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

**Махмудов А.Х.** – специалист по ПМСП, Евросоюз

**Рецензенты:**

1. **Кунгуротов Х.К.** – главный специалист по психическим заболеваниям Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
2. **Бойбобоев А.А.** – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, к.м.н., доцент

Данный протокол утвержден Приказом № 547 от 11 июня 2018 г. Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Введение**

Бремя психических расстройств продолжает расти и оказывать заметное влияние на системы здравоохранения по всему миру. Оно влечет за собой серьезные последствия для социальной сферы, прав человека и экономики. Системы здравоохранения недостаточно адекватно реагируют на бремя психических расстройств. В результате во всем мире наблюдается большой разрыв между потребностями в лечении и оказываемой помощью. В странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% пациентов с психическими расстройствами не получают никакого лечения. В странах с высоким уровнем дохода в таком положении находятся от 35% до 50% лиц с такими расстройствами. Проблема усугубляется еще и тем, что предлагаемый уход зачастую оказывается недостаточно качественным.

В Плане действий ВОЗ по психическому здоровью на 2013–2020 гг., одобренном Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2013 году, психическому здоровью отводится важная роль в обеспечении лучшего здоровья для всех. План включает четыре основные цели:

• повышение эффективности управления и руководства в области психического здоровья;

• предоставление всеобъемлющих, комплексных услуг по лечению и социальной защите пациентов с психическими расстройствами;

• реализация стратегий повышения эффективности и профилактики;

• укрепление информационных систем, сбора данных и научных исследований.

Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья направлена на укрепление потенциала в первую очередь неспециализированных медицинских учреждений. Применяется комплексный подход, повышающий приоритет психического здоровья на всех уровнях медицинских услуг.

Детерминанты психического здоровья и психических расстройств включают не только индивидуальные качества, такие как способность управлять собственными мыслями, эмоциями, поведением и общением с окружающими, но и социальные, культурные, политические и экологические факторы, такие как национальная политика, социальная защита, уровень жизни, условия работы и поддержка окружающих. Травмы и стресс в раннем возрасте могут вызывать психические расстройства. Наследственность, питание, перинатальные инфекции и неблагоприятное воздействие окружающей среды также могут влиять на их развитие.

Существует множество психических расстройств, которые проявляются по-разному. В целом для них характерно сочетание анормальных мыслей, представлений, эмоций, поведенческих реакций и отношений с окружающими. К психическим расстройствам относят депрессию, биполярное аффективное расстройство, шизофрению и другие психозы, деменцию, умственную отсталость и расстройства развития, включая аутизм.

В настоящее время существуют эффективные стратегия профилактики психических расстройств, таких как шизофрения. Также существуют действенные методы лечения и ухода, позволяющие уменьшить страдания больных. Ключевое значение имеет доступ к медико-санитарным и социальным структурам, обеспечивающим лечение и социальную поддержку.

**РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ**

**НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.**

**СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ И ЯЗЫКА**

**F 80**

**Определение**

Нарушения психологического развития – расстройства, возникающие в раннем возрасте у детей в связи с повреждением или задержкой в развитии функций, связанных с биологическим созреванием головного мозга, проявляющиеся задержкой в развитии интеллектуальных, мнестических, речевых и двигательных навыков с последующей их компенсацией (к пубертатному возрасту).

**Клинико-диагностические признаки:**

* Анамнез: предшествующее нарушение развития, задержка или отклонение в психомоторном развитии в дошкольные годы, особенно речи.
* Плохая успеваемость при обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка.
* Нарушения развития школьных навыков присутствуют с первых лет обучения, с недостаточным запасом знаний и сформированностью учебных навыков, хронической неуспеваемостью.
* Систематические нарушения поведения в процессе обучения.
* *Специфическое расстройство чтения.* Продуктивность навыка чтения оценивается на основе индивидуально назначаемых стандартизированных тестов на точность и понимание прочитанного. К ошибкам в навыках устного чтения относят:
	1. пропуски, замены слов, частей слов
	2. медленный темп чтения
	3. попытки начать чтение заново, «потеря места» в тексте
	4. перестановки слов
	5. неспособность вспомнить факты из прочитанного.
* *Специфическое расстройство письма (спеллингования).* Устанавливается в случае отсутствия проблем, связанных с чтением. Обнаруживается при написании слов (пропуски букв, несоблюдение строки написания, несоразмерность букв), а также при устном произнесении слов по буквам.
* *Специфическое расстройство счета (дискалькулия).* Дефект касается основных вычислительных навыков сложения, вычитания, умножения, деления и включает следующие проблемы у ребенка:
1. недостаточность в понимании понятий, математических терминов, знаков
2. трудность в усвоении порядкового выстраивания чисел, в усвоении дробей
3. неспособность удовлетворительно выучить таблицу умножения и пр.
* *Признаки плохой тонкой или грубой двигательной координации (диспраксия).* Сухожильные рефлексы могут быть повышены или понижены с обеих сторон.

**Жалобы, предъявляемые со стороны родственников:**

* Нарушение развития определенного школьного навыка или нескольких (ребенок с большим трудом обучается навыкам письма, чтения, счета)
* Трудности в усвоении школьной программы
* Моторная неуклюжесть, неловкость, прослеживаемая с раннего возраста. В школьном возрасте проблемы на занятиях по изо, на физкультуре.
* Проблемы в социальной адаптации и эмоционально-поведенческие: реакции отказа, протеста от выполнения домашних заданий, отказы от посещения школы, пропуски занятий, отгороженность, трудности взаимодействия со сверстниками.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевание | Признаки заболевания  |
| Умственная отсталость, легкие формы | Нет эмоциальной заинтересованности к процессу обследования и со временем не компенсируются |
| Гиперкинетические расстройство с дефицитом внимания  | Детальное обследование позволяет выявить, в первую очередь, дефицит внимания и нарушенное поведение и как следствие этого задержку в усвоении школьных навыков. Как правило, при улучшении внимания и поведения обнаруживается адекватная возрасту степень усвоения школьных навыков. |
| Эмоциональные расстройства (тревога, депрессия) | в условиях депривации, конфликтных внутрисемейных отношений и прочих факторах могут вызывать снижение активности, подавленность, поведенческие нарушения, которые в свою очередь отражаются на успеваемости ребенка. Коррекция конфликтных внутрисемейных отношений и других возможных причинных факторов, а также проведение при необходимости медикаментозной терапии, как правило, способствует улучшению успеваемости. |
| Хронические соматические заболевания (бронхиальная астма, пороки сердца, сахарный диабет и пр.) | Симптоматика связана с недостаточностью кислородного обеспечения организма с одной стороны, с другой – длительные пропуски школьных занятий также сопутствуют задержке в развитии школьных навыков |

**Немедикаментозное лечение:**

* Игровая терапия.
* Ритмико-музыкальная двигательная терапия.
* Развитие двигательной умелости: используются мячи различной величины, ракетки, бадминтон и пр.
* Логопедические упражнения.
* Обучение по программе выравнивания.

 **Медикаментозная терапия**

Прямая эффективность воздействия лекарственных средств при лечении детей, страдающих расстройствами обучения, моторных навыков не подтверждена практикой.

Терапия сопутствующих психических расстройств проводится в зависимости от характера и выраженности этих расстройств.

**Критерии эффективности терапии:**

* Положительная динамика по результатам педагогического и психологического обследования ребенка: улучшение в усвоении школьных навыков к концу терапии.
* Исчезновение или уменьшение степени выраженности других психических нарушений: ночные страхи, сноговорения, снохождение, энурез и пр.

**Показания к госпитализации:**

* Уточнение степени интеллектуального развития ребенка с целью исключения умственной отсталости при невозможности проведения дифференциального диагноза при амбулаторном приеме.
* Наличие сопутствующих сенсорных дефектов (слабовидение, тугоухость).
* Наличие других психических расстройств: эмоциональные нарушения, расстройства сна, снохождение, энурез, энкопрез.

***ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СЕМЬИ***

* Заболевание имеет благоприятный прогноз с компенсацией когнитивных нарушений к пубертатному возрасту или ранее в зависимости от тяжести расстройства.
* Необходимо соблюдать конкретные рекомендации специалиста.
* Постоянно стимулируйте ребенка и обучайте через игровые приемы в различных ситуациях, необязательно для этого отводить специальное время, т.к. возможны реакции отказа.
* На улице, во время езды в транспорте, в магазине и других ситуациях **используйте** окружающие предметы в качестве обучающего материала: рекламные щиты, названия покупаемых продуктов (Какая первая буква? Какого цвета? Количество?), устраивать соревнования по подсчету проезжающих машин той или иной марки и пр.
* Положительные успехи у ребенка поощряйте теплым отношением, лаской.
* Проводите ежедневные упражнения: игры с мячами разных размеров, занятия, требующие ручной умелости (рисование, лепка, вырезание и пр.), прыганье, лазанье и пр. движения - детям с плохими или двигательными нарушениями.
* Обязательны занятия у логопеда - при наличии речевых нарушений.
* Устройте ребенка в специализированный детский сад для детей с задержками психического развития.
* В дошкольном периоде проводите игровую терапию: рисование красками, вырезание, наклеивание аппликаций с обучающими элементами (тема «фрукты» - обсуждается цвет, количество, величина, размеры) и при любых успехах поощряйте и хвалите ребенка.

**ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ДЕФИЦИТ ВНИМАНИЯ**

**F 90**

**Определение**

Гиперкинетические расстройства и дефицит внимания (ГРВД)– группа расстройств, характеризующихся ранним началом (до 5 лет), импульсивным, слабо модулируемым поведением с выраженным дефицитом внимания, затрудняющих адаптацию ребенка.

**Клинико-диагностические признаки:**

Анамнез: семейный анамнез, история развития ребенка (физическое и психическое развитие).

Дефицит внимания:

* + ребенок допускает ошибки при выполнении школьных заданий или при другой деятельности;
	+ не удается сохранять внимание при выполнении заданий в школе, дома, во время игр;
	+ складывается впечатление, что ребенок не слушает, что ему говорят;
	+ испытывает сложности самостоятельного выполнения заданий и др. видов деятельности;
	+ ребенок, как правило, не следует полученным инструкциям и не доводит задание до конца;
	+ уклоняется от деятельности, требующей длительной концентрации внимания;
	+ часто теряет вещи (тетради, книги, ручки и др.)
	+ легко отвлекается на посторонние дела, предметы;
	+ часто проявляет забывчивость.

Гиперактивность:

* + часто наблюдается беспокойные движения рук и ног; сидя на стуле, крутится, вертится;
	+ часто встает со своего места во время занятий или в других ситуациях;
	+ проявляет двигательную активность: бегает, крутиться и др., когда это неприемлемо;
	+ не может тихо и спокойно играть, поднимает излишний шум во время игры;
	+ постоянно находится в движении.

Импульсивность:

* + чрезмерная нетерпеливость: ребенок не способен терпеливо дожидаться своей очереди в группе, или в играх
	+ часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца;
	+ часто прерывает занятия или речь других людей или вмешивается в различные ситуации
	+ часто мешает окружающим вмешиваясь в разговор, игры и т.д. не смотря на замечания окружающих;
	+ недисциплинированность, повышенная подверженность несчастным случаям.

***Для постановки диагноза необходимо:***

* наличие шести или более из девяти перечисленных симптомов нарушений внимания;
* и/или шести или более из девяти признаков гиперактивности и импульсивности.
* Имеющиеся у ребенка симптомы должны сохраняться на протяжении не менее 6 мес.

В случаях полного соответствия наблюдаемой клинической картины одновременно всем перечисленным диагностическим критериям, ставится диагноз сочетанной формы ГРДВ. При наличии шести или более симптомов нарушения внимания и менее шести симптомов гиперактивности используется диагностическая формулировка «ГРДВ с преимущественными нарушениями внимания».

Если имеется полное соответствие симптомов критериям гиперактивности при частичном их соответствии критериям нарушения внимания, то диагноз обозначается как «ГРДВ с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

**Жалобы, предъявляемые со стороны родственников:**

* Дети и подростки не могут спокойно сидеть, постоянно находятся в движении.
* Не слушают, что говорят другие, не могут ждать других.
* Испытывают затруднения при сосредоточении внимания, из-за чего часты проблемы с успеваемостью.
* Нарушения поведения: импульсивность, драчливость, агрессивность.

***Дифференциальный диагноз***

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевания | Характеристика  |
| Индивидуальные особенности темперамента:  | характеристики поведения и когнитивных функций активных, подвижных детей не выходят за границы возрастной нормы |
| Тревожные расстройства | особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов.  |
| Эпилепсия  | Абсансные формы, симптоматические, локально обусловленные |
| Тревожно-фобические и депрессивные нарушения | Тревожные расстройстватакже чаще встречаются у подростков с расстройством поведе­ния (15—24%), чем у пациентов без него (5—11%).Маниакальные или гипоманиакальные эпизоды с предшествующей депрессией, развивающейся до 15 лет, встречаются редко. В некоторых исследованиях было обнару­жено, что у подростков с биполярным расстройством может отмечаться более высокая часто­та расстройства поведения, чем в общей популяции. Однако, необходимы исследования на большой популяции и в нескольких популяционных выборках, чтобы судить о возможности коморбидного течения. |
| Эндокринные заболевания (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет) | Диагностика базируется на лабораторно-клинических методах обследования. |
| Специфические расстройства развития школьных навыков, моторики и речи | начало обязательно в младенчестве или детстве;повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.Показатель правильности чтения и (или) понимания прочитанного, который на две стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для возраста и общего интеллектуального развития ребенка (при этом навыки чтения и коэффициент умственного развития определяются по индивидуально назначаемому тесту, стандартизованно учитывающему культуральные условия и систему образования; |
| Умственная отсталость | Умственная отсталость — задержка или неполное развитие психики, которое обнаруживается в возрасте до 3 лет, но нередко к младшему школьному возрасту. Проявляется в когнитивной сфере, речи, моторике (синкинезии), социальном функционировании, способности к обучению. Па фоне умственной отсталости может наблюдаться весь диапазон психических расстройств. |
| Аутизм; | Аутизм — это нарушение развития, характеризующееся значительным ухудшением в со­циальном функционировании, общении, а также качестве, разнообразии и частоте деятель­ности и поведения. Развитие аутизма обычно начинается до 3 лет, а его признаки сохраняют­ся в течение всей жизни. Аутизм может затрагивать различные уровни функционирования и часто связан с задержкой умственного развития.Нарушение социального функционирования Необычные моторные паттерныНарушение развития навыков общения Когнитивные нарушенияНеобычная способность к символическим играм Нарушение эмоционального реагированияОграниченный и странный поведенческий репертуар Стереотипное поведение Неврологические нарушенияНачало до 3 лет Выраженные поведенческие нарушения |
| Шизофрения. | Шизофрения – это хроническое прогредиентное психическое расстройство, клинически проявляющееся позитивными и негативными симптомами; имеющее разные типы течения, уровень личностных изменений и прогноз.а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их разновещание (открытость);б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждения его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, сходящих из какой-либо части тела;г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами; д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформировавшимися бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, ил постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности речи; или неологизмы;ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;з) негативные симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, слаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, не целенаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией. |
| Расстройства поведения | Расстройство поведения представляет собой психическое расстройство у детей и подрост­ков, характеризующееся стойким и повторяющимся паттерном поведения, нарушающим ос­новные права окружающих или основные соответствующие возрасту социальные нормы или правила. Диагностические поведенческие критерии расстройства поведения попадают в четыре основные группы.*Агрессивное поведение,* которое является причиной или угрожает повреждением другим людям или животным (толчки, драки, применение оружия, физическая жестокость по отно­шению к людям или животным, кражи с нападением на жертву, принуждение к сексуальной близости).*Неагрессивное поведение,* которое ведет к утрате или повреждению имущества (преднаме­ренная порча имущества или поджог).*Лживость или воровство* (кражи со взломом, «надувательство» окружающих, воровство предметов, не имеющих значительной материальной ценности, без нападения на жертву)*Серьезные нарушения установленных правил* (в возрасте до 13 лет остается гулять допоздна несмотря на запрет родителей; уходы из дома на всю ночь как минимум дважды; прогулы школы в возрасте до 13 лет). |
| Астенический синдром при соматических заболеваниях  | Регистрация симптомов и синдромов основного соматического заболевания  |
| Сенсоневральная тугоухость  | Регистрация симптомов и синдромов основного соматического заболевания |

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Немедикаментозные методы коррекции:**

* Игровая терапия.
* Ритмико-музыкальная двигательная терапия.
* Приемы поведенческой терапии в форме стимулирования, поощрения правильно выполненных действий со стороны детей
* Семейная терапия.

Медикаментозная терапия:

***Препараты выбора:***

Амитриптилин по 0,7-6,3 мг/кг/сут

ИЛИ

Диазепам 2-10 мг 2 раза в сутки

ИЛИ

Флуоксетин 10-20 мг 1 раз в сутки

**Критерии эффективности терапии**

* Ребенок включается в ситуации, требующие длительного сосредоточения внимания (например, на уроке, на занятиях у психолога, у врача во время беседы или обследования)
* Положительная динамика в учебном процессе
* Положительные отзывы со стороны родных ребенка в плане улучшения его внимания и поведения

**Показания к госпитализации:**

* Наличие выраженных проявлений гиперкинетических расстройств, затрудняющих повседневное функционирование ребенка как в школе, детском саду или дома.
* Проведение дифференциального диагноза для исключения органического астенического расстройства.
* Снижение школьной успеваемости или плохая успеваемость: определение когнитивных возможностей ребенка, исключение нарушений психологического развития, в частности, специфических расстройств развития школьных навыков или умственной отсталости.
* Отсутствие эффективности от амбулаторного «лечения»

***ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СЕМЬИ***

* Гиперкинетическое поведение не является провинностью. Оно вызвано нарушением внимания и самоконтроля, часто врожденным.
* У некоторых гиперактивных детей психологические затруднения сохраняются и при взрослении, однако в большинстве случаев у них достигается хороший уровень адаптации.
* Оказывайте ребенку поддержку в тех случаях, когда он способен быть внимательным.
* Избегайте наказаний, но при необходимости дисциплинарный контроль, чтобы быть эффективным, должен осуществляться безотлагательно (в течение первых секунд).
* Обсудите проблему со школьным учителем: объясните ему, что ребенок усваивает материал небольшими частями, немедленное поощрение способствует повышению его внимательности, индивидуальное обращение учителя к ребенку в классе, попросите посадить ребенка на первой парте.
* Для снятия излишней активности займите ребенка занятиями спортом, танцами и другими видами физической нагрузки.
* Проводите игры, направленные на развитие устойчивости внимания - «раз, два говори», «прятки с игрушками» и др.
* Проводите занятия, развивающие усидчивость, терпеливость: собирание пазлов, мозаики, кубиков, нанизывание и сортировка бусинок.
* Поощряйте ребенка постоянно.

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

**F 70**

**Определение.**

 Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, характеризующееся нарушением, прежде всего, интеллектуальных, а также речевых, моторных и социальных способностей. Клинически умственная отсталость – группа этиологически разнородных состояний, нарушающих адекватное возрасту функционирование индивида в обществе вследствие дефекта когнитивных способностей.

**Клинико-диагностические признаки**:

Квалификация уровня интеллектуального развития основывается на всей доступной информации и включает:

* + клинические данные
	+ степень адаптивности поведения с учетом этнокультуральных особенностей
	+ продуктивность по психометрическим тестам

**F 70. Легкая умственная отсталость**

* Способны использовать речь как средство коммуникации.
* Полная независимость в сфере ухода за собой, в практических и домашних навыках.
* Затруднения в сфере школьной успеваемости из-за неспособности к абстрактному мышлению; могут получить образование в пределах 4 классов общеобразовательной школы.
* Неспособность при заметной эмоциональной и социальной незрелости справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей и пр.
* Возможность трудоустройства.
* Психический возраст по окончании развития соответствует 9-12 годам.

**F 71. Умеренная умственная отсталость**

* Речевое недоразвитие.
* Отставание в развитии навыков самообслуживания и моторики.
* Усвоение элементарных школьных навыков ограничено.
* Способны в зрелом возрасте к простой практической работе при обеспечении квалифицированного надзора.
* Независимое проживание невозможно или достигается редко.
* Психический возраст соответствует 6-9 годам.

**F72. Тяжелая умственная отсталость.**

* Плохое двигательное развитие.
* Крайне скудная речь.
* Усвоение навыков самообслуживания ограничено или невозможно.
* Отсутствуют или весьма ограничены возможности для обучения навыкам общения

(не удается обучить разговаривать).

* Психический возраст соответствует 3-6 годам.

**F73. Глубокая умственная отсталость.**

* Минимальная способность к функционированию в сенсомоторной сфере,

рудиментарные формы невербальной коммуникации.

* Потребность в уходе со стороны (родители,няня, персонал учреждения).
* Необходимость постоянной помощи и наблюдения.
* Возможность приобретать наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки при адекватном надзоре.
* Психический возраст менее 3 лет.

**Жалобы, предъявляемые со стороны родственников:**

* Задержка в развитии речевых навыков (позднее появление звуков, слов).
* Отставание в умственном и физическом (не всегда) развитии в отличие от сверстников.
* Слабая успеваемость или неуспеваемость почти по всем предметам в школе.
* Наличие эмоциональных и поведенческих расстройств (страхи, энурез, гиперактивность, расстройства поведения и пр.).

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевание | Признаки заболевания |
| Специфические расстройствами развития школьных навыков | проявляют заинтересованность в процессе их обучения, используют помощь со стороны и в дальнейшем могут продолжать учебу по массовой программе |
| Органическое астеническое расстройство со сниженными когнитивными функциями | на фоне терапии у детей всегда наблюдается положительная динамика в плане успеваемости, с возрастом возможна полная компенсация когнитивных дисфункций |
| Общие расстройства развития у детей: с детским аутизмом, синдромом Ретта, Геллера | Развитие аутизма обычно начинается до 3 лет, а его признаки сохраняют­ся в течение всей жизни. Аутизм может затрагивать различные уровни функционирования и часто связан с задержкой умственного развития.Нарушение социального функционированияНарушение развития навыков общения Когнитивные нарушенияНеобычная способность к символическим играм Нарушение эмоционального реагированияОграниченный и странный поведенческий репертуар Стереотипное поведение Неврологические нарушенияНачало до 3 лет Выраженные поведенческие нарушения |
| Эпилептическая деменция | данные о прогредиентности процесса, учащении и трансформации пароксизмов, появлении определенных черт в характере – жестокости, упрямства, вязкости аффекта, наличие неврологических знаков |
| Шизофрения  | Как правило, отмечается период нормального развития до 2-4 лет, затем непродолжительный эпизод немотивированного поведения по типу возбуждения с последующим формированием аномального поведения («странности в поведении», стереотипные игры особенно с предметами неигрового значения, отгороженность, отсутствие стремления к общению с детьми, особые интересы и пр.) и эмоциональных расстройств |
| «Педагогическая запущенность» | отмечается у детей, воспитываемых в условиях крайней депривации или сепарации. Помещение их в благоприятные условия приводит к компенсации интеллектуального «дефекта» |
| Посттравматические стрессовые расстройства или расстройства адаптации | Диагноз *расстройства адаптации* (с нарушениями поведения и эмоций) следует рассмо­треть при наличии клинически оформленных поведенческих нарушений, не соответствую­щих другим специфическим расстройствам, и если прослеживается взаимосвязь этих нару­шений воздействием психосоциального стрессора. |

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Немедикаментозные методы коррекции:**

* Специализированные детские дошкольные учреждения для детей с умственной отсталостью.
* Вспомогательные классы или школы с обучением по специализированной (облегченной) программе.
* Игровая терапия: игры, направленные на развитие устойчивости внимания, на развитие речи, мышления, памяти.
* Ритмико-музыкальная двигательная терапия.
* Арттерапия: занятия по рисованию красками, вырезанию, наклеиванию аппликаций.
* Приемы поведенческой терапии в форме стимулирования, поощрения и одобрения правильного поведения ребенка.

**Медикаментозная терапия**

 Медикаментозной терапии отводится только вспомогательная роль при реабилитации детей с умственной отсталостью. Она направлена в большинстве случаев на улучшение предпосылок интеллекта и на осложняющую симптоматику и носит симптоматический характер: поведенческие, психотические расстройства, энурез, судорожные состояния и пр.

Семейные врачи при постановке диагноза умственной отсталости направляют пациента к психиатру.

**Критерии эффективности терапии**

* В зависимости от тяжести умственной отсталости, например дети с умеренной умственной отсталостью приобретают навыки самообслуживания – одевание, раздевание, прием пищи без посторонней помощи, соблюдение режимных моментов, участие в элементарных играх
* У детей с легкими формами умственной отсталости наблюдается положительная динамика в усвоении школьных навыков: письмо, чтение, счет.
* Уменьшение выраженности поведенческих расстройств, в частности, гиперактивности, агрессивности, аффективной возбудимости.
* Исчезновение психотических феноменов, упорядоченность поведения
* Снижение или исчезновение проявлений других психических расстройств: нарушения сна, энурез, энкопрез, судорожные состояния, тикозные расстройства.

**Показания к госпитализации:**

* Проведение дифференциального диагноза легких форм умственной отсталости от специфических расстройств развития школьных навыков, что не всегда возможно на амбулаторном приеме
* Уточнение степени интеллектуального недоразвития: легкая умственная отсталость или умеренная. Во втором случае ребенку положено оформление пособия по приказу Министерства социальной защиты «О порядке выдачи медицинского заключения на детей инвалидов с детства в возрасте до 18 лет»
* Уточнение степени интеллектуального недоразвития при наличии сопутствующих сенсорных дефектов (тугоухость, глухота или слабовидение, слепота)
* Выраженные поведенческие расстройства, затрудняющие пребывание ребенка в дошкольных, школьных учреждениях, во дворе, дома: гиперактивность с дефицитом внимания, агрессивное, асоциальное поведение, уходы из дома, бродяжничество, воровство и пр.
* Развитие психотических феноменов (галлюцинации, выраженные страхи, возбуждение, бредоподобные идеи) в состоянии умственно отсталых
* Наличие других психических расстройств: выраженные тикозные расстройства, энурез, энкопрез, судорожные состояния.

***ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СЕМЬИ***

* Обучение, начатое в раннем возрасте, помогает умственно отсталым детям приобрести необходимую самостоятельность и навыки самообслуживания.
* Умственно отсталые способны к привязанности и любви
* У детей ограничены познавательные возможности, затрудняющие его общение со сверстниками или школьную адаптацию
* Предпочтительно устроить ребенка (дошкольного возраста) в специализированное дошкольное учреждение.
* Обучать ребенка школьного возраста и с легкой умственной отсталостью, по специализированной или вспомогательной программе во избежание в дальнейшем эмоциональных и поведенческих расстройств.
* Избегайте взаимных упреков между родителями.
* Оказывайте эмоциональную поддержку.
* Развивайте способности к рисованию, лепке, вышиванию, пению. Прививайте трудовые навыки.
* Проводите игры, направленные на развитие устойчивости внимания, на развитие речи, мышления, памяти.
* Займите ребенка танцами и др. двигательной активностью.
* Занимайтесь с ребенком рисованием красками, вырезанием, наклеиванием аппликаций.
* Поощряйте ребенка.

ДЕПРЕССИЯ

Депрессия (от [лат.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) deprimo— «давить», «подавить») — это [психическое](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) [расстройство,](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость [(ангедония)](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F), замедленное мышление, двигательной заторможенностью.

Основные критерии включают:

* Снижение настроения
* Снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от видов деятельности.
* Заметное, особенно со стороны окружающих, снижение активности, повышенная (выраженная) утомляемость, снижение физической и, в особенности, психической работоспособности, хроническая усталость.

Дополнительные критерии включают:

* Снижение способности к сосредоточенности и вниманию
* Снижение самооценки и чувства уверенности в себе
* Идеи виновности и уничижения
* Мрачное пессимистическое видение будущего
* Идеи или действия по самоповреждению или суициду (повторяющиеся мысли о смерти, суициде или самоповреждении)
* Нарушения сна различного типа (ранние пробуждения или повышенная сонливость)
* Утрата аппетита и соответствующее снижение веса тела (не менее 5% от общего веса за последний месяц).

 Классификация по степени выраженности депрессии (МКБ-10).

Легкий депрессивный эпизод: Необходимо отметить два симптома из основныхкритериев и два симптома из группы дополнительных критериев, сохраняющихся на протяжении периода не менее двух недель непрерывно.

Пациент испытывает затруднения в выполнении привычных видов деятельности и вынужден прилагать дополнительные волевые усилия для выполнения повседневных обязанностей в полном объеме.

Пациент озабочен своим состоянием.

Могут регистрироваться отдельные признаки соматизации (головная боль, боли в эпигастрии и др.).

Умеренный депрессивный эпизод: На протяжении не менее 2 недель. Больные испытывают значительные затруднения в повседневной деятельности, однако полностью функционировать не прекращают.

Как правило, регистрируются признаки соматизации аффекта, которые в сочетании с формирующейся социальной отгороженностью обусловливают значительные дифференциально-диагностические трудности.

Тяжелый депрессивный эпизод: Для диагностики тяжелого депрессивного эпизода сроки регистрации симптоматики сокращаются в связи с тяжестью симптоматики и опасностью суицида (менее 2 недель).Пациент не способен выполнять обычные виды повседневной деятельности.

Выраженность соматизации аффекта достигает степени «витализации» (резкая потеря веса, полная утрата аппетита, обездвиженность, полное безразличие к окружающему, диз- или аменорея). Тяжелый депрессивный эпизод может протекать в двух вариантах: без или с психотической симптоматикой.

Последняя включает в себя:

* бредовые идеи виновности, греховности, нигилистический бред и др.,
* расстройства восприятия в форме галлюцинаторных расстройств (обвиняющие голоса, запахи тлена или гниения);
* двигательные расстройства - заторможенность, вплоть до ступора, гораздо реже отмечается меланхолический раптус (неистовое возбуждение).

Большая депрессия — Большой депрессивный синдром или эпизод проявляется пятью или более из девяти следующих симптомов, наблюдающимися большую часть времени почти ежедневно минимум в течение двух недель подряд. По крайней мере одним из этих симптомов является сниженное настроение, или потеря интереса или способности получать удовольствие.

* Сниженное настроение
* Потеря интереса или способности получать удовольствие от большинства или всех видов деятельности
* Бессонница или сонливость
* Изменение аппетита или веса
* Психомоторная заторможенность или возбуждение
* Упадок сил

Дифференциальная диагностика

Основные проблемы дифференциальной диагностики связаны с несколькими факторами:

* Атипичный характер течения современной депрессии, когда жалобы, собственно, на снижение настроения зачастую пациентами не предъявляются.
* Маскированный характер депрессии, когда она проявляется в виде соматизированных или алгических (болевых) симптомов различной локализации.
* Идеи виновности, социальная отгороженность, снижение самооценки в структуре депрессии приводят к вербальному отказу от помощи.
* Скрытие симптомов депрессии может быть также связано со страхом стигматизации психических расстройств.
* Дифференциальная диагностика с шизофренией при наличии симптомов: утрата спонтанности (отсутствие побуждений, инертность, нежелание выполнять повседневные бытовые виды активности) и эмоциональности (нарастающая безэмоциональность, повышение порога эмоциональной реакции, как на позитивные, так и негативные внешние события). Основное значение имеет регистрация совокупности остальных диагностических признаков депрессии. В то же время не менее важное значение в дифференциальной диагностике имеет регистрация осевых признаков шизофрении и анамнестические данные о соответствующей наследственной отягощенности.
* Дифференциальная диагностика с деменцией при наличии симптомов: снижение сообразительности, снижение памяти на текущие события, снижение ориентации в простых жизненных ситуациях, снижение побуждений обусловливает необходимость дифференциации депрессии и выраженными дефектами интеллекта.
* С депрессивным расстройством органической природы (F06.32). Кроме того, значимым является выявление других признаков органической мозговой дисфункции (снижение фиксационной функции памяти, вестибулярные расстройства, снижение работоспособности, вегетативные признаки недостаточности мозговой гемодинамики).

 Психологическая терапия. Наиболее показана межличностная психотерапия. Психотерапия в ряде случаев дает более ранний эффект, не имеет столько побочных или осложняющих эффектов по сравнению с фармакотерапией, она направлена в ряде случаев на коррекцию причинных факторов (например, супружеские дисгармонии и др.). Однако, если при мягких формах депрессии она рассматривается как более предпочтительная и патогенетически ориентированная, то при эндогенных депрессиях ее роль снижается.

**Медикаментозная терапия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Международное непатентованное название | Низкиетерапевтические дозировки (мг./сут.) | Средние дозировки (мг./сут) | Максимальныедозировки(мг./сут.) |
| **Трициклические антидепрессанты (ТЦА)**Амитриптиллин | 25-75, в/в 25-50 | 75-200; в/в 75-100 | 225-400; в/в 125-150 |
| **Кломипрамин** | 25-75; в/в 25-50 | 100-225;в/в75-100 | 250-300; в/в 100-150 |
| **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина****(СИОЗС)** |  |  |  |
| **Флуоксетин** | 20 | 20 | 40-80 |
| **Карбамазепин** | 200-300 | 400-600 | 800-1000 |

Важно! При беременности, особенно в первый триместр, назначение антидепрессантов любых химических групп противопоказано. На поздних сроках беременности, возможно назначение СИОЗС только в случае крайней необходимости индивидуально в каждом отдельном случае. Те же ограничения касаются периода грудного вскармливания. В случаях тяжелых депрессивных расстройств рекомендуется назначение стандартных терапевтических дозировок антидепрессантов только после перехода на искусственное кормление.

Состояние пациента должно оцениваться как минимум раз в две недели на протяжении первых 6-8 недель после начала новой фазы медикаментозной терапии.

***В силу значительного количества побочных и даже осложняющих эффектов у препаратов группы ТЦА для не специалистов в области психического здоровья в амбулаторных условиях при мягких формах депрессии рекомендуется использование малых терапевтических дозировок. При этом предпочтение отдается использованию СИОЗС и СИОЗСН, как наиболее употребляемых при неглубоких соматизированных и маскированных формах дистимии, наиболее часто имеющей место в практике ЦСМ.***

Алгоритм медикаментозной терапии депрессивных расстройств различной степени тяжести:

* В зависимости от степени выраженности депрессии и индивидуальной переносимости, в настоящее время рекомендуется монотерапия оптимальными препаратами первого ряда (группа А). При недостаточном терапевтическом эффекте - необходимо повышение терапевтических дозировок.
* В случаях терапевтической резистентности симптоматики - переход на прием препаратов группы Б.

Группа А. Препаратами первого ряда при лечении депрессии на современном этапе являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). (Уровень доказательности А). Эффективность препаратов данной группы несколько менее выражена по сравнению со стандартными трициклическими антидепрессантам. Однако отмеченные ниже преимущества препаратов данной группы по сравнению с антидепрессантами иных химических структур, малое количество побочных эффектов позволяет позиционировать СИОЗС как препараты первой линии при лечении легкой и умеренной депрессии в амбулаторных условиях как для врачей общего профиля, так и психотерапевтов ЦСМ здесь и далее «в амбулаторных условиях» означает рекомендации для врачей общей практики и психотерапевтов ЦСМ.

|  |
| --- |
| **Группа СИОЗС** |
| **Преимущества** | **Недостатки** |
| 1. Хорошая переносимость и безопасность в применении
2. Небольшое количество побочных эффектов: практически отсутствуют центральные и центральные холинолитические побочные эффекты, некардиотоксичность
3. Сочетаемость: препараты могут сочетаться практически со всеми психотропными (за исключением ингибиторов МАО) и терапевтическими медикаментозными средствами
4. Простота в назначении: нет необходимости титрования индивидуальных терапевтических и поддерживающих дозировок.

Возможность широкого использования в амбулаторной практике при мягких формах депрессии в том числе врачами интернального профиля. | 1. Относительная дороговизна препаратов данной группы, что имеет значение при длительном терапевтическом курсе и проблемах материального характера1. Длительный латентный период (не менее 3 недель)
2. Отсутствие парентеральных форм выпуска, необходимых в ургентных случаях (выраженная тяжесть состояния, высокий суицидальный риск)
3. Несколько менее выраженный основной терапевтический (антидепрессивный) эффект

Наличие сравнительно немногочисленных побочных эффектов: в основном связанные с дисфункциями ЖКТ - тошнота, метеоризм, анорексия, диарея и т.п. Наличие активизирующего эффекта у флуоксетина может в редких случаях усиливать тревогу. |

Основные представители группы

Флуоксетин. Первый синтезированный препарат из данной группы. Особенностями является наличие активирующего и аноректического эффекта.

Основная терапевтическая дозировка - 20 мг. в сутки, при необходимости дозировка может повышаться до 80 мг.

Латентный период - 3-4 недели, что затрудняет использование препарата в условиях специализированного стационара. Препарат назначается однократно в первую половину дня вне зависимости от приема пищи (во избежание проблем с засыпанием). При «большой депрессии», в особенности с высокой суицидальной опасностью, применение препарата весьма проблематично. В то же время высокая безопасность и хорошая переносимость обусловливают широкое применение в амбулаторной практике при депрессии с выраженным астеническим компонентом, а также при широком круге мягких форм психических расстройств (паническое, генерализованное тревожное, соматоформные расстройства. Достоинством препарата также является наличие аноректического эффекта в среднесуточных дозировках 40-60 мг.

Оптимальный курс терапии 12 месяцев. Согласно международным рекомендациям антидепрессанты должны приниматься не менее 6-8 месяцев непрерывно после первого эпизода депрессии и более длительно после повторного эпизода. Для многих пациентов, перенесших 3 и более эпизодов депрессии рекомендуется прием антидепрессантов на протяжении 2 и более лет.

Группа Б. Трициклические антидепрессанты (уровень доказательности А).

Амитриптиллин. Показания: широкий круг депрессивных расстройств, включая депрессию с психотической симптоматикой и/или высоким суицидальным риском.

Противопоказания: аденома простаты, закрытоугольная глаукома, сердечно­

сосудистая, печеночная и почечная декомпенсация, язвенная болезнь желудка, эпилепсия.

Побочные эффекты:

• центральные (слабость, сонливость, снижение концентрации внимания,

нарушения кратковременной памяти, миорелаксация);

* центральные холинолитические, наиболее выраженные у данного препарата (нарушения аккомодации, атония мочевого пузыря, сухость во рту, дискинезии кишечника и стойкие запоры, ажитация (сильная эмоциональное возбуждение), спутанность сознания, делирий);
* кардиотоксические побочные эффекты (нарушения сердечного ритма);
* эректильные и эякуляторные расстройства,
* повышение веса тела,
* ортостическая гипотензия.
* при назначении амитриптиллина следует помнить о возможности экстрапирамидных расстройств,
* провокации судорожной активности
* и вегетативного «синдрома отмены».

Суточная дозировка подбирается индивидуально в зависимости от тяжести депрессии и выраженности побочных эффектов и колеблется от 25 до 150 мг. Начальная дозировка 50 мг. Отмена препарата также проводится постепенно. Минимальный курс терапии обычно составляет 3-4 месяца в терапевтических дозировках и далее 3 месяца - в поддерживающих.

Для семейных врачей в амбулаторных условиях при мягких, атипичных или соматизированных формах депрессии рекомендуются низкие терапевтические дозировки (25-75 мг.) в силу выраженности побочных эффектов.

Кломипрамин\* в настоящее время рассматривается как препарат, обладающий наиболее выраженным антидепрессивным эффектом. Круг показаний и противопоказаний, уровень терапевтических дозировок приблизительно аналогичен амитриптиллину.

В случаях терапевтической резистентности к основным препаратам (ТЦА, СИОЗС) следует перенаправить пациента к специалисту психиатру.

4. Методические рекомендации для врачей общей практики.

4.1. Работа с родственниками пациента с депрессией.

Необходимо в доступной форме обязательно информировать родственников и самого пациента по следующим аспектам депрессии:

* Депрессия является достаточно распространенным среди населения эмоциональным нарушением, и она не может рассматриваться как свидетельство исключительно глубокого психотического расстройства. В подавляющем большинстве случаев депрессия связана с внешними факторами (стрессоры, органические повреждения головного мозга и т.п.), поэтому она может возникать у любого человека. Соответственно, депрессия в этом случае носит временный, ситуационно-обусловленный характер
* На современном этапе депрессия в большинстве случаев достаточно эффективно лечится современными антидепрессантами. Эта группа препаратов не вызывает химической зависимости, хорошо переносится и является достаточно безопасной при приеме. Однако обязательно следует информировать о наличии латентного периода (времени накопления терапевтической концентрации в крови для проявления терапевтических эффектов), необходимости строгого выполнения рекомендаций врача относительно суточных дозировок и длительности терапевтического курса, регулярности приема препарата.
* Депрессия меняет восприятие окружающей реальности (пациент воспринимает окружение как более бесперспективное, мрачное и серое), уровень активности, формирует социальную отгороженность и, в конечном итоге, обусловливает возможный вербальный (словесный) отказ от помощи, особенно в случаях выраженной депрессивной симптоматики («Хочется, чтобы все оставили меня в покое, ничего не хочется делать, просто нет никаких сил»). Тем не менее, помощь, участие и эмоциональная поддержка со стороны близких крайне необходимы, о чем говорят сами пациенты после выхода из состояния депрессии.
* Родственники должны быть информированы о возможной суицидальной опасности. При появлении любых высказываний типа: «так трудно, что не хочется

жить; если я умру, всем станет легче; все беспросветно; зачем мне так жить и т.п.», следует сразу обращаться к врачам психиатрам или психотерапевтам.

* Снижение активности и побуждений могут приводить к нарушениям режима приема медикаментов. Поэтому важной функцией родственников является ежедневный контроль регулярности приема назначенных врачом антидепрессантов.
* Утомляемость и отсутствие желания что-либо делать не следует рассматривать как нарушения поведения или леность, очень важным является понимание и поддержка со стороны родственников. Подобные состояния являются временными и проходят по мере снижения интенсивности депрессивной симптоматики.

Соблюдение режима медикаментозной терапии — Пациентам, которые будут получать лечение антидепрессантами, перед началом лечения следует разъяснить следующее:

* Нельзя прекращать прием препарата, не поговорив с назначившим его врачом
* С момента начала медикаментозной терапии до ощутимого пациентом облегчения клинической симптоматики может пройти две - три недели.
* Ранние побочные эффекты, такие как нервозность, головная боль и расстройство желудка, зачастую возникают в первые дни терапии, но обычно проходят в течение первой недели после начала лечения.
* Для того чтобы предотвратить ранний рецидив, важно провести полный курс лечения антидепрессантами (обычно от 6 до 12 месяцев), даже если симптомы практически исчезли в течение первого месяца.
* Нужно позвонить врачу, если появились побочные эффекты или возникли вопросы относительно режима приема препаратов.

4.2. Критерии эффективности проводимой терапии.

* Субъективное улучшение настроения, появление аппетита, появление каких-то интересов.
* Повышение активности в повседневной деятельности.
* Восстановление психической или физической работоспособности, возможности выполнения профессиональных и привычных социально-бытовых обязанностей.
* Повышение самооценки и чувства уверенности в себе, появление каких- то позитивных перспектив будущего.
* Снижение замкнутости, социальной отгороженности, появление желания общаться с близкими и знакомыми, заинтересованность повседневными делами.
* Восстановление привычного для пациента режима сна и приема пищи.

4.3. Критерии направления на консультацию к врачу психиатру или на
госпитализацию в специализированный психиатрический стационар.

* Выявление в процессе расспроса суицидальной настроенности пациента с депрессией вне зависимости от степени ее выраженности.
* Выявление тяжелой депрессии по диагностическим критериям МКБ-10 при наличии или отсутствии психотической симптоматики.
* Проживание пациента в одиночестве или отсутствие социальных связей.
* Отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии, согласно представленным выше терапевтическим схемам.
* Коморбидность депрессивной симптоматики с другими психопатологическими расстройствами (ипохондрия, тревога, панические атаки и др.).
* В случаях выявления трудностей диагностики и дифференцирования атипичных, маскированных форм депрессивных расстройств.

**ПСИХОЗЫ**

**ОСТРЫЕ И ТРАНЗИТОРНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

**F23**

**Определение:**

Острые и транзиторные психотические расстройства – это остро возникающее, ассоциированное острым стрессом, временное состояние, клинически проявляющееся психотическими симптомами (бред, галлюцинации и выраженное отклонение поведения от обычного)

**Классификация.**

**F23 Острые и транзиторные психотические расстройства**

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симп­томами шизофрении

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотиче­ские расстройства

F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства

F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства, не уточненные

**Клинические проявления.**

**Диагностические критерии.**

* Острое начало, в течение 2-х недель или менее. Переход от состояния без психотических симптомов к четкому патологическому состоянию бреда, галлюцинаций или непонятной, разорванной речи, которые выступают изолированно или в любой комбинации.
* Наличие быстро меняющейся и разнообразной клинической картины, которая обозначается как «полиморфная», галлюцинации разных органов чувств, бредовые идеи разного содержания обнаруживают выраженную нестойкость и вариабельность и меняются день ото дня, или от часа к часу, сопровождаются интенсивными эмоциональными переживаниями (счастья, тревоги, экстаза, агрессии).
* Наличие сочетающегося острого стресса с возникновением психоза. Первые психотические симптомы возникают в течение 2-х недель после одного или более событий, которые рассматриваются в качестве стрессовых для большинства людей в аналогичных ситуациях или в определенной культурной среде (утрата близкого, потеря работы, развод, военные действия и др.), долговременные трудности и проблемы в этом разделе не рассматриваются, как стрессовые.
* Полное выздоровление наступает, как правило, через несколько дней или в течение 2-3 месяцев. Временной критерий касается не тяжести состояния, а отчетливости психотических симптомов, когда они затрудняют хотя бы некоторые аспекты повседневной жизни.
* Отсутствие органических причин, которые могли бы обусловить расстройство
* Отсутствие тяжелой интоксикация психоактивными веществами, употребление с вредными последствиями, синдром зависимости или состояния отмены. Регулярное употребление алкоголя или других наркотиков в одних и тех же количествах (привычное употребление) само по себе не исключает возникновение острых и транзиторных психотических расстройств.
* Отсутствие диагностических критериев маниакального, депрессивного эпизодов или рекурентного депрессивного расстройства.

**F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении**

 Для постановки диагноза необходимо учесть общие диагностические критерии острых и транзиторных психотических расстройств. Клиническая картина имеет следующие особенности:

* Симптоматика быстро меняется – как по типу, так и по интенсивности изо дня в день или даже в течение суток
* Должны присутствовать несколько типов галлюцинаций и бреда
* Нестабильное эмоциональное состояние (эмоциональное смятение, переживания счастья или экстаза, либо чувство тревоги с крайней раздражительностью, растерянность, либо ложные узнавания людей или мест, повышенная или пониженная двигательная активность)
* Отсутствуют основные симптомы шизофрении такие как – эхо-мысли, открытость мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, бред воздействия с идеаторными, моторными и аффективными психическими автоматизмами, вербальные псевдогаллюцинации императивного, комментирующего характера.

**F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении**

 Для постановки диагноза необходимо учесть общие диагностические критерии острых и транзиторных психотических расстройств. Клиническая картина имеет следующие особенности:

* Полиморфная, нестабильная клиническая картина
* Наличие на протяжении большей части периода заболевания основных симптомов шизофрении:
* эхо-мысли, открытость мыслей, вкладывание или отнятие мыслей,
* бред воздействия с идеаторными, моторными и аффективными психическими автоматизмами,
* вербальные псевдогаллюцинации императивного, комментирующего характера.

*Примечание:* если симптомы присутствуют более месяца, то диагноз должен быть изменен на шизофрению.

***Выявляемые жалобы***

* Со стороны больного

В силу специфики психотических симптомов у пациента чаще отсутствует критика к своему состоянию, то есть, как правило, больной не предъявляет жалоб в отношении своего психического состояния. Поэтому чаще предъявляемые жалобы сводятся к следующим:

* Головные боли, головокружения, «с головой что-то не так»
* Бессонница
* Тревога «ощущение надвигающейся беды», страх - «кто-то хочет меня убить, уничтожить»

При достаточной критике, пациент может предъявлять жалобы на необычные психические феномены:

* Трудности в выполнении бытовой деятельности, «думать трудно стало, не могу сосредоточиться»
* Затруднения в мышлении – «мысли путаются», «как будто мне не принадлежат», «как будто кто-то вмешивается в мои мысли, воздействует на них»
* Изменение отношения со стороны окружающих, «меня не понимают», «хотят меня изолировать», «желают мне смерти»
* Обманы восприятия, «слышу голоса внутри головы или в теле», «видения мертвых, чудовищ и др.», ощущения необычных интенсивных запахов, извращения вкуса, неприятные ощущения из внутренних органов.
* Со стороны родственников

Основным инициатором обращения за медицинской помощью, чаще всего являются родственники больного или лица из ближайшего окружения, наиболее распространенными жалобами являются:

* Изменение в поведении, «странное поведение», «разговаривает сам с собой», «совершает импульсивные действия – уходит из дома, бегает по улицам, бьет окна, кидается на прохожих»
* Агрессивное поведение в отношении родственников, «злобен, ругается нецензурной бранью, угрожает расправой, кидается с кулаками, нанес кому-нибудь повреждения»
* Неадекватные эмоции, «смеется без причины, распевает песни, рифмует слова», «то вдруг становится злобным, ругается»
* Снижение социальной продуктивности, «перестал ухаживать за собой», «не выполняет обычную работу», «перестал заботиться о детях», «отказывается от еды», «бродяжничает»
* Высказывает странные, нелепые идеи, разного содержания (в зависимости от вида бреда), «как будто кто-то следит за ним, хочет причинить вред его семье», «что он избранный, ясновидящий, умеет читать мысли, лечить людей, является посланником бога», «что в его теле кто-то живет, пожирает его изнутри, из тела исходят лучи» и др.

**Дифференциальный диагноз**

Острые и транзиторные психотические расстройства следует дифференцировать с:

* **Органическая деменция, делирий, галлюциноз, шизофреноподобное расстройство**

В отличие от острых и транзиторных психотических расстройств, органические возникают

* непосредственно после повреждения или дисфункции головного мозга, остро (в течение часов, суток) или с постепенным прогрессированием (недели, месяцы);
* тяжесть проявления психических симптомов ундулирует в зависимости от тяжести органического поражения головного мозга;
* выздоровление от психического расстройства возникает вслед за устранением органической причины;
* дополнительные методы исследования и данные анамнеза достоверно подтверждают поражение или дисфункцию головного мозга (Эхо-ЭГ, Рео-ЭГ, КТ головного мозга, ЯМРТ головного мозга, Рентген костей черепа)
* **Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ**

В отличие от острых и транзиторных психотических расстройств, расстройства вследствие употребления ПАВ возникают:

* В момент употребления или сразу после прекращения приема ПАВ (при острой интоксикации) и исчезают после удаления ПАВ из организма;
* Полиморфные психотические симптомы могут быть результатом употребления с вредными последствиями, в таком случае психотическое расстройство (шизофреноподобное, бредовое, галлюцинаторное, полиморфное) возникает при длительном систематическом употреблении ПАВ, сопровождающимся признаками зависимости от ПАВ (обсессивное или компульсивное влечение принять вещество, нарушение способности контролировать прием, изменение толерантности, дезадаптация, синдром отмены)
* Состояние отмены с делирием также может быть похожим на острые и транзиторные психотические расстройства, но возникает при полном или частичном прекращении употребления ПАВ, характеризуется признаками нарушенного сознания (дезориентировка в месте, времени, ситуации), суточными колебаниями состояния (ухудшение вечером и ночью, с прояснением сознания в утренние и дневные часы), истинными зрительными галлюцинациями.
* Употребление ПАВ должно быть достоверно подтверждено данными анамнеза, характерными клиническими признаками, а так же (по возможности) лабораторными и др. методами обнаружения ПАВ.
* **Маниакальный эпизод с психотическими симптомами, депрессивный эпизод с психотическими симптомами, шизоаффективное расстройство**

В отличие от острых и транзиторных психотических расстройств, расстройства настроения:

* Склонны к сезонности и повторяемости
* Основное нарушение заключается в изменении настроения в сторону угнетения или подъема, сопровождается изменением общего уровня активности, а психотические симптомы вторичны и легко понимаются в контексте изменения настроения и активности
* Измененное настроение сохраняется постоянно не менее недели (для мании) и 2-х недель (для депрессии)
* **Шизофрения**

По клиническим признакам провести дифференциальный диагноз острого и транзиторного психотического расстройства и дебюта шизофрении затруднительно, в дифференциации могут помочь следующие особенности течения шизофрении:

* Постепенное прогредиентное начало, чаще в возрасте 15-25 лет
* Относительное постоянство психотических симптомов на протяжении длительного времени, не менее 1 месяца
* Присутствие негативных симптомов, таких как апатия, абулия, аутизация

**Терапия**

**ЛЕЧЕНИЕ**

Семейный врач пациентов с симптомами зависимости от опиоидов направляет на консультацию к психиатру, наркологу или специализированные центры.

1. ***Хлорпромазин,***

Показания*:преимущественно седативного действия, для купирования психомоторного возбуждения*

*Способы введения и дозы*: парентерально - (в/м на 2-5 мл. 0,25-0,5% р-ра новокаина или 0,9% р-ра хлорида натрия)

1. Галоперидол

Показания*: преимущественно антипсихотического действия, для купирования бреда и галлюцинаций*

*Способы введения и дозы*: парентерально - (в/м 0,005(5мг)/сут – 0,03(30 мг)/сут, в/в, кап. – 0,005(5мг)/сут – 0,03(30 мг)/сут на 200 мл. изотонического р-ра или 5% р-ра глюкозы);

**Показания к госпитализации**

Недобровольная госпитализация

* Агрессивное поведение, с нанесением физического вреда окружающим
* Аутоагрессивное поведение с высоким риском суицида или самоповреждения
* Неспособность удовлетворять жизненноважные потребности (в еде, воде, безопасности)
* Решение экспертных вопросов

Добровольная госпитализация

* Наличие у пациента вербального призыва к помощи. Диагностика и терапия впервые выявленных случаев нарушений психотического регистра проводится только стационарно с целью выявления психопатологических симптомов, которые можно обнаружить путем постоянного наблюдения за поведением пациента, а также для контроля терапевтических и побочных эффектов проводимой терапии.

***ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ***

* Необычное поведение и переживания пациента являются признаками психического расстройства
* Проявления болезни не позволяют пациенту контролировать свое поведение, вследствие чего он может представлять опасность для здоровья близких и для себя
* Чем быстрее наступит положительный эффект от терапии, тем более благоприятный прогноз
* Отсутствие отягощенного семейного анамнеза, стрессовое воздействие и полное психическое здоровье в анамнезе, также говорит в пользу благоприятного прогноза
* лекарственные средства, которые принимает пациент, имеют побочные эффекты, но при прекращении приема они исчезают
* после выписки из стационара пациент нуждается в поддерживающей терапии, в течение, по крайней мере, 3-х месяцев, а также избегать явно стрессовых ситуаций, употребление психоактивных веществ
* после прекращения приема лекарств и регулярного наблюдения в амбулаторных условиях, можно дать умеренно оптимистический прогноз, но при этом предупредить пациента и его близких о необходимости немедленной консультации с врачом при появлении малейших намеков на возобновление заболевания

**Консультирование пациента и семьи**

При консультировании членов семьи можно использовать вышеперечисленные положения, а также

* При выписке из стационара провести совместную беседу пациента, родственников и врача, дать возможность высказаться в адрес друг друга и закрепить позитивные моменты коммуникации, при необходимости свести к минимуму конфронтацию и выработать совместные цели в отношении дальнейших действий
* Проявлять терпимость к больному, не иронизировать по поводу его переживаний и поведения, не высказывать претензии и угрозы в его адрес, избегать формирование у пациента чувства вины из-за своей болезни
* Желателен адекватный контроль за поведением больного, без гиперопеки и потакания всем требованиям, с другой стороны обеспечить пациенту удовлетворение его биологических потребностей и потребностей в поддержке и заботе
* Сформировать у родственников стремление вернуть пациента к прежней деятельности, поощрять эмоциональной поддержкой, трудовую инициативу и другую деятельность

ДЕМЕНЦИЯ

F00 - F03 Деменции

F00 Деменция при болезни Альцгеймера (G30)

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменции при болезнях, классифицированных в других разделах

F03 Деменция неуточненная

Общая характеристика. Синдром, обусловленный хроническим или прогрессирующим поражением головного мозга, при котором нарушаются когнитивные (познавательные) способности и страдает ряд высших корковых функций - память, мышление, речь, способность к счету, ориентировке в окружающем и другие.

При первичной постановке диагноза деменции, установлении ее природы и подборе лечения необходимо, как правило, стационарное обследование.

При обследовании и постановке диагноза важно исключить ряд состояний, внешне напоминающих деменцию, но к ней не относящихся и требующих совершенно иных, чем деменция, лечебных мероприятий - ухудшение когнитивных функций в пожилом возрасте вследствие плохого и однообразного питания, социальной изоляции, бессистемного приема лекарств (часто анксиолитических средств из группы бензодиазепинов и барбитуратов), нераспознанной депрессии, субдуральной гематомы и других.

Диагностические критерии:

Для постановки диагноза деменции необходимо обнаружить расстройства памяти и других когнитивных функций до степени, нарушающей способность человека справляться с требованиями повседневной жизни. Указанные расстройства должны при этом присутствовать на протяжении не менее 6 месяцев.

Жалобы и анамнез: Жалобы: ухудшение памяти, дезориентировка в собственной личности, утрата бытовых навыков.

Анамнез: постепенное интеллектуальное снижение.

Клинические признаки:

Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушаться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективно надежным анамнезом от информанта и, по возможности, дополняться данными нейропсихологического тестирования или количественной оценки когнитивных способностей. Уровни выраженности ухудшения памяти следует оценивать следующим образом (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение памяти):

Легкое расстройство памяти. Повседневная деятельность затруднена, хотя все же возможно независимое проживание. Нарушено главным образом усвоение нового, материала. Например, могут отмечаться трудности в повседневной жизни в фиксации, хранении и воспроизведении, касающиеся местонахождения бытовых предметов, социальных договоренностей или информации, полученной от родственников.

Умеренное расстройство. Нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых.

Тяжелое расстройство. Эта степень нарушения памяти характеризуется полной неспособностью усвоенной информации. Больной не в состоянии узнать даже близких родственников.

Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, например, в планировании и организации, а также ухудшением общей обработки информации.

Подтверждение этому должно основываться, если возможно, на данных объективного анамнеза и по возможности дополняться нейропсихологическими тестами или количественными объективными оценками. Должно устанавливаться ухудшение по сравнению с предыдущим более высоким уровнем продуктивности.

Степень снижения должна оцениваться следующим образом (пороговое диагностическое значение имеет легкое нарушение):

Легкое нарушение. Снижение когнитивных способностей вызывает нарушение продуктивности в повседневной жизни, не обуславливая, однако зависимости больного от других. Невозможны более сложные повседневные задачи и формы досуга.

Умеренное нарушение. Снижение интеллектуальных способностей делает невозможным функционирование в повседневной жизни без посторонней помощи, включая покупки в магазинах и обращение с деньгами. В пределах дома может выполняться лишь простая работа. Интересы очень ограничены и поддерживаются плохо.

Тяжелое нарушение. Ухудшение характеризуется отсутствием или фактическим отсутствием разумного мышления.

Общая тяжесть деменции лучше всего определяется уровнем нарушения памяти ИЛИ интеллекта, в зависимости от того, что более выражено (например, при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном нарушении деменция оценивается как деменция умеренной тяжести).

Снижение эмоционального контроля или мотивации или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков:

* эмоциональная лабильность;
* раздражительность;
* апатия;
* огрубение социального поведения;

Минимум одно из следующих требований:

* данные о прогрессировании;
* в дополнение к нарушению памяти должны отмечаться афазия (амнестическая или сенсорная), аграфия, алексия (нарушение чтения), акалькулия или апраксия (нарушение сложных движении) (вовлечение височной, теменной и (или) лобной долей);

Физикальное обследование: корковые нарушения при нейропсихологическом или неврологическом обследовании.

Диагностические исследования:

Основные (по возможности) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

экспериментально-психологическое обследование.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

* ОАК;
* ОАМ;
* биохимический анализ крови (печеночные пробы);
* ЭКГ - проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;

**Дифференциальная диагностика**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Деменция | Легкое когнитивное расстройство |
| Клиническая картина | Тотальное снижение когнитивного уровня, снижение (отсутствие) критики | Клинически выраженные признаки снижения интеллектуальной продуктивности |
| Инструментальноеобследование | Наличие органических изменений головного мозга |
| Анамнез | Данные за процессуальный характер расстройств с нарастанием когнитивного дефицита | Часто - указания на травму или иное повреждение головного мозга |

Цели лечения: достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация

состояния пациента.

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. Госпитализация и стационарное лечение осуществляются при развитии состояний спутанности, острых психотических и аффективных расстройств, выраженных нарушениях поведения, для решения вопросов нозологической принадлежности деменции в сложных в диагностическом отношении случаях; при необходимости решения социальных вопросов у одиноких пациентов и пациентов без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени.

Немедикаментозное лечение:

психотерапии, трудотерапия.

**Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей:** когнитивный тренинг, тренировка бытовых и социальных навыков пациента, стимуляция физической активности, формирование адекватной среды по месту его проживания.

Семейное консультирование, психологическая поддержка членов семьи, осуществляющих уход, профилактика у них эмоционального «выгорания».

В возникновении поведенческих нарушений при деменции определенную роль играют нарушения межличностных отношений. Близкие родственники могут путем критики, конфронтации, оскорблений, завышенных требований провоцировать у пациентов страх, агрессию, возбуждение, депрессию. Обучение родственников может уменьшить проявления этих поведенческих нарушений с помощью поддержки, приемов невербальной коммуникации и помощи пациентам в ориентировке.

**Медикаментозное лечение**, оказываемое на амбулаторном уровне

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МНН | Терапевтический доза | Курс лечения |
| Мемантин (УД - А) | 30-60 мг\сутки внутрь | От нескольких месяцев до нескольких лет |

Продолжительность лечения определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики):

в стационаре при обследовании и постановке диагноза - от 2 недель до 1 месяца;

при подборе лечения и купирования сопутствующих деменции нарушений - до 2 месяцев;

в амбулаторных условиях - до 6 месяцев.

Индикаторы эффективности лечения:

* Устранение клинических симптомов
* Настроенность больного и\или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе
* Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств

F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-G30.0, G30.1, G30, G30.9)

Диагностика проводится методом исключения других причин деменции, а также внешне сходных с деменцией состояний.

Характер и алгоритм лечения. Специфическими средствами лечения болезни Альцгеймера являются холиномиметические лекарственные средства (ингибиторы ацетилхолинэстеразы).

Холиномиметические лекарственные средства показаны при деменции легкой и средней степени - то есть на начальных и средних этапах болезни. Целью их применения является улучшение когнитивных функций, сохранение уровня функционирования пациента и замедление прогрессирования заболевания. Они могут оказывать также положительный эффект при нарушениях поведения и психозах в рамках болезни Альцгеймера.

Эффект развивается не ранее, чем через несколько недель приема лекарственных средств и он тем выше, чем выше доза лекарственного средства. Для того чтобы сделать вывод об эффективности или неэффективности лекарственного средства, минимальный курс лечения должен составлять 2-3 месяца. Лекарственное средство - холиномиметик назначают на неопределенно долгий срок - до тех пор, пока сохраняется эффект от его приема (обычно это продолжается от 1 до 2-3 лет).

Наличие эффекта оценивают путем наблюдения за поведением пациента в повседневной жизни (память, способность к ориентировке, повседневная деятельность, способности к самообслуживанию).

Ноотропные средства (пирацетам, фенибут и др.) и средства, улучшающие мозговой кровоток - циннаризин, винпоцетин, нимодипин, ницерголин при данном заболевании неэффективны и их назначение не рекомендовано.

**Сосудистая деменция F01**

Характер и алгоритм лечения.

При уже возникшей сосудистой деменции всем пациентам показан прием антиагрегантов для профилактики повторных ишемических эпизодов. Лекарственным средством выбора среди антиагрегантов является ацетилсалициловая кислота в дозе 75 мг/сутки.

При противопоказаниях к ее приему используют клопидогрел.

Психотерапия, психообразование, психосоциальная реабилитация, работа с семьей:

Первичная профилактика сосудистой деменции включает в себя следующие мероприятия:

лечение артериальной гипертензии (проводится терапевтами, кардиологами в соответствии с Протоколами диагностики и лечения данного заболевания) - целевой уровень АД должен составлять не более 140/90 мм ртутного столба (при сахарном диабете - 135/85 мм ртутного столба),

* лечение гиперлипидемии;
* контроль показателей свертывающей системы крови;
* при наличии факторов риска (постоянная форма мерцательной аритмии, стеноз сонных артерий) - прием антикоагулянтов или антиагрегантов;
* отказ от курения;
* рациональное питание, контроль массы тела.

F02.3 Деменция при болезни Паркинсона (G20)

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания помощи, обследование и его кратность, условия лечения, общие принципы, ожидаемые результаты:

Деменция присоединяется на более поздних этапах болезни Паркинсона, примерно в трети случаев не возникает вообще. Среди сопутствующих деменции психических и поведенческих расстройств часто встречается депрессия. Общие правила ведения пациентов в целом сходны с сосудистой деменцией (F01).

Рекомендуется отмена лекарственных средств, которые могут ухудшить когнитивные функции, либо способствовать развитию психотических расстройств (холинолитики). Следует учитывать, что амантадин и агонисты дофаминовых рецепторов чаще, чем лекарственные средства L-ДОФА провоцируют развитие психотических расстройств у данной категории пациентов.

Для улучшения когнитивных функций и купирования психотических расстройств рекомендуют лекарственные средства холиномиметического действия (смотри F00). Следует избегать применения типичных антипсихотиков (вызывают развитие нейролептического паркинсонизма) и трициклических антидепрессантов (холинолитические побочные эффекты и негативное влияние на когнитивную функцию и психотическую симптоматику). При бессоннице рекомендуются небензодиазепиновые средства, применяемые при нарушениях сна (зопиклон).

F02.8

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах

Деменция при нейросифилисе развивается у 15% нелеченных больных сифилисом. Для нейросифилиса характерен широкий спектр симптомов, он способен имитировать большой спектр психических и неврологических заболеваний. Может проявляться изолированной деменцией или амнестическим синдромом (F04).

Основными формами нейросифилиса являются: ранний сифилитический менигоэнцефалит; менинговаскулярный сифилис; прогрессивный паралич; спинная сухотка.

Диагностика и лечение сифилиса проводится дерматовенерологами согласно Протоколам диагностики и лечения данного заболевания. Диагноз ставится при исследовании спинномозговой жидкости. Спинномозговую жидкость необходимо обязательно обследовать при сочетании психопатологических и неврологических симптомов с положительными серологическими реакциями на сифилис.

Основным методом лечения является антибиотикотерапия.

Терапия сопутствующих деменции психических и поведенческих нарушений проводится в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом (F00 - F03).

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ F10 - F19**

Общая характеристика. Различные расстройства, тяжесть которых широко варьирует - от неосложненной интоксикации и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции, но при этом все они могут быть объяснены употреблением одного или нескольких психоактивных веществ (далее - ПАВ).

**Этапы лечебно-диагностических мероприятий**

1. й - диагностика (выявление) потребляющих ПАВ пациентов. На этом этапе проводятся постановка диагноза, определение целесообразности лечебных мероприятий, постановка целей лечения, выбор лечебной программы, формирование мотивации на лечение. с пациентом. Для повышения мотивации пациентов может использоваться психологическое консультирование. Проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Данный этап занимает от 1 до 5 дней.
2. й - прекращение приема ПАВ (детоксикация). Основной целью являются лечение состояния отмены, а также усиление мотивации пациента для дальнейшего лечения синдрома зависимости. Лечение проводят как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Этот этап занимает от 1 недели до 1 месяца в зависимости от типа ПАВ.
3. й - лечение синдрома зависимости включает подавление влечения к ПАВ и стабилизацию состояния трезвости путем применения индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии и психологической коррекции, а при необходимости и использование лекарственных средств. к данному этапу относится и назначение заместительной поддерживающей терапии. Продолжительность этапа - от 1 до 6 месяцев.
4. й - медицинская реабилитация, включающая психотерапию, психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления ПАВ. Данный этап направлен на предупреждение рецидивов синдрома зависимости. Реализуется путем пребывания пациента как в стационарных, так и в амбулаторных реабилитационных отделениях (центрах), длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях. Медицинская реабилитация может проводиться и пациентам, получающим заместительную поддерживающую терапию или фармакотерапию сопутствующих психических и поведенческих расстройств. Данный этап по согласованию с пациентом может длиться неопределенно долго.

Уровни оказания медицинской помощи

1. й этап - районные, городские организации здравоохранения;
2. й этап - межрайонные, областные организации здравоохранения;
3. й этап - республиканские организации здравоохранения.

Выявление пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ осуществляется преимущественно на уровне районных, городских организаций здравоохранения.

Основными задачами оказания помощи пациентам на этом уровне также является своевременное лечение состояния отмены и мотивация пациента на прекращение потребления ПАВ.

На данном уровне также осуществляется поддерживающее лечение синдрома зависимости - фармакотерапия и психотерапия.

Обследование и его кратность. По возможности проводятся на всех уровнях оказания помощи и этапах лечебно­-диагностических мероприятий, вне зависимости от диагноза пациента.

 Обследования включают:

-определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и анализ крови (слюны) на наличие алкоголя;

-исследование мочи на наличие ПАВ - наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ, лекарственных средств (не психотропных анксиолитических и снотворных средств) с помощью экспресс-тестов или в лаборатории;

-биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора; определение активности печеночных ферментов - АсАТ, АлАТ, ГГТП, при этом определение концентрации билирубина, мочевины, глюкозы, печеночных ферментов повторяется в течение лечения, как правило, 1 раз в месяц; далее - по показаниям. Дополнительные обследования при наличии показаний: электрокардиография, флюорография (рентгенография, рентгеноскопия); определение маркеров гепатитов В и С: исследование на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В - HbsAg, определение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV);

-консультация социального работника (при необходимости - специалиста по социальной работе) прежде всего на 3 и 4 этапе лечебно­диагностических мероприятий;

-МРТ или КТ головного мозга - однократно; электроэнцефалография после консультации невролога.

Общие принципы, цели лечения и ожидаемые результаты.

**Цель лечения острой интоксикации ПАВ:**

* устранение интоксикации, предупреждение развития и лечение ее осложнений.

**Ожидаемым результатом** является достижение состояния трезвости, устранение осложнений интоксикации.

**Цели лечения при синдроме зависимости от ПАВ:**

* прекращение употребления ПАВ и коррекция поведенческих, эмоциональных и когнитивных нарушений;
* снижение частоты и объемов потребления ПАВ;
* уменьшение негативных медицинских и социальных последствий потребления ПАВ,
* прекращение рискованных видов потребления ПАВ;
* улучшение качества жизни и социального функционирования пациента.

**К ожидаемым результатам лечения относятся:**

* достижение длительного воздержания от употребления ПАВ;
* снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
* прекращение рискованных видов потребления ПАВ;
* улучшение качества жизни и социального функционирования;
* формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу),
* нормализацию отношений в семье.

**Цель лечения состояния отмены ПАВ**

* купирование состояния отмены,
* предупреждение развития и лечение его осложнений.

**Ожидаемые результаты лечения состояния отмены:**

* стабилизация психического и соматического состояния;
* отсутствие влечения к ПАВ, обусловленного состоянием отмены;
* формирование мотивации пациента на прекращение потребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
* на прекращение рискованных видов потребления ПАВ (их сочетаний).

Условия лечения.

Лечение при употреблении ПАВ с вредными последствиями в большинстве случаев осуществляется амбулаторно. Длительность лечения при употреблении ПАВ с вредными последствиями составляет: в стационаре - определяется индивидуально; амбулаторно - до 1-3 месяцев.

Длительность лечения при синдроме зависимости составляет:

в стационаре - от 14 дней до 2 месяцев,

амбулаторно - до 6-12 месяцев;

при необходимости - неограниченно долгое время.

Показание к госпитализации: затрудняющие лечение в амбулаторных условиях сопутствующие психические расстройства, в том числе расстройства личности;

декомпенсированные хронические соматические заболевания;

острое соматическое заболевание; отсутствие возможности частого контакта с пациентом; черепно-мозговая травма с потерей сознания в анамнезе; состояние отмены ПАВ с судорогами в анамнезе.

Лечение состояния отмены в амбулаторных условиях проводится при отсутствии осложнений, отказе пациента от госпитализации, а также наличии медицинских или социальных противопоказаний.

Длительность лечения состояния отмены в амбулаторных и стационарных условиях составляет от 7-14 до 28 дней.

Характер и особенности психотерапии, психологической помощи, семейной терапии. Рекомендуется мотивация пациента к изменению стиля употребления ПАВ, сокращению негативных последствий или полному воздержанию.

Психотерапия и психологическая помощь должны быть ведущими подходами в лечении синдрома зависимости от ПАВ.

Лечение пациентов с зависимостью от ПАВ должно, как правило, завершаться их медицинской и психосоциальной реабилитацией.

Этические ситуации. При лечении синдрома зависимости от ПАВ не рекомендуется использование биологически активных добавок к пище.

При лечении синдрома зависимости от ПАВ не рекомендуется использование аппаратных методов воздействия на головной мозг без сочетания с поддерживающей психотерапией. Не рекомендуется использование аппаратных методов воздействия на систему крови и лимфатическую систему, сердечно-сосудистую, костно-суставную, периферическую нервную системы непосредственно для лечения синдрома зависимости от ПАВ или состояния отмены ПАВ.

Не рекомендуется при лечении состояния отмены применение методов экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез).

Не рекомендуется применение методов и методик с недоказанной эффективностью. Не допустимо при оказании помощи указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток дисульфирама (налтрексона) для внутримышечной имплантации или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния, ксантинола никотината или гипноза). Не рекомендуется также использование при лечении состояния отмены ПАВ аминокислот (глицина, триптофана).

Не рекомендуется использование ноотропных лекарственных средств, лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, при отсутствии когнитивных расстройств.

Правовые ситуации. Для лечения несовершеннолетних до 18 лет требуется согласие родителей (родителя) или законных представителей. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью. В этом случае необходимо информировать органы опеки и попечительства, инспекцию по делам несовершеннолетних.

В связи с тем, что употребление ПАВ часто сочетается с делинквентным поведением, ребенок старше 14 лет может быть направлен в специальное учебно-воспитательное учреждение.

**Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя F10.0**

**Острая интоксикация алкоголем F10**

Общая характеристика. Острая интоксикация алкоголем - это состояние, которое характеризуется нарушением сознания, когнитивных функций, эмоций, восприятия и поведения, вследствие употребления алкоголя.

При концентрации алкоголя в крови от 0,3 до 0,5 промилле могут отмечаться незначительные нарушения координации и внимания, особенно у несовершеннолетних, ослабленных и соматически больных.

Интоксикация алкоголем легкой степени наблюдается при концентрации алкоголя в крови 0,5-1,5 промилле и проявляется неустойчивостью при ходьбе, смазанной речью, снижением критичности и уменьшением контроля над своими поступками.

Интоксикация алкоголем средней степени возникает при концентрации алкоголя в крови 1,5-2,5 промилле и проявляется эйфорией, которая может сменяться раздражительностью и агрессией.

При интоксикации алкоголем тяжелой степени (концентрация алкоголя в крови от 2,5 до 4 промилле) к указанным выше симптомам присоединяются нарушение ориентации в месте и времени.

Алкогольная кома (концентрация алкоголя в крови более 4 промилле) проявляется угнетением сознания и является опасным для жизни состоянием - может наступить смерть из-за паралича дыхательного центра и аспирации рвотных масс.

Лечение. Неосложненная интоксикация алкоголем легкой и средней степени не требует специального лечения. При психомоторном возбуждении по показаниям назначается фиксация пациента и введение раствора галоперидола внутривенно или внутримышечно в дозировке 5-15 мг

Лечение интоксикации алкоголем тяжелой степени с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем должно проводиться в отделении интенсивной терапии и реанимации либо в токсикологическом отделении организации здравоохранения любого уровня оказания помощи.

**Состояние отмены алкоголя** F10.3

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Обследование: смотри F10.

Условия, характер и алгоритм лечения: при неосложненном состоянии отмены алкоголя - чаще всего амбулаторно.

Оказание помощи в стационаре рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

* осложненное состояние отмены алкоголя;
* упорная рвота, препятствующая приему лекарственных средств;
* тахикардия (частота пульса более 100 ударов/мин.);
* артериальное давление 180/100 мм ртутного столба;
* повышенная температура тела;
* выраженное беспокойство;
* суицидальные тенденции;
* беременность;
* острое соматическое заболевание;
* хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации; признаки энцефалопатии Гайя-Венике - атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;
* сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение, в том числе расстройства личности;
* тяжело протекающие состояния отмены алкоголя в анамнезе; в анамнезе: безуспешные попытки амбулаторного лечения, делирии, судорожные припадки, травма головы с потерей сознания;
* отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом и отсутствие возможности частого контакта с пациентом.

У детей рекомендовано лечение в стационаре.

**Психотическое расстройство в результате употребления алкоголя F10.5**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, обследование и его кратность, длительность лечения, ожидаемый результат: смотри общие указания во введении в главу F10

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Требуется неотложная госпитализация пациента в наркологическое или психиатрическое отделение, а при их отсутствии - в отделение интенсивной терапии (реанимации).

**Деменция в результате употребления алкоголя F10.73**

Общая характеристика. Алкогольный корсаковский (амнестический) синдром является хронической формой недостаточности тиамина (гиповитаминоза) у пациентов с выраженной алкогольной зависимостью.

Его характерным признаком является развитие фиксационной амнезии при относительной сохранности других когнитивных функций. Корсаковский синдром часто возникает как исход острой формы поражения головного мозга при недостаточности тиамина (гиповитаминоза) - энцефалопатии Гайе-Вернике.

У части пациентов с амнестическим синдромом происходит восстановление когнитивных функций при воздержании от алкоголя и проведении витаминотерапии. У другой части пациентов нарушение функции памяти является необратимым, и алкогольный амнестический синдром тогда переходит в деменцию вследствие употребления алкоголя.

Обследование и его кратность: смотри раздел F10

Лечение. Лекарственным средством выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома является тиамин, который вводят в течение 7-15 дней внутримышечно в дозе 200-300 мг/сутки. Внутрь назначают поливитаминные лекарственные средства, содержащие тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолаты. Лечение поведенческих нарушений при амнестическом синдроме смотри в разделе F00 - F03.

При алкогольной деменции проводят такое же лечение, как и при амнестическом синдроме, но продолжительностью от 3 до 6 месяцев.

Применение лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, возможно при наличии в инструкции по применению данных лекарственных средств указаний на эффективность их применения при алкогольном амнестическом синдроме или деменции, вызванной употреблением алкоголя.

**Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов F11**

**Острая интоксикация опиоидами F11.0**

Общая характеристика. При острой интоксикации опиоидами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Острое отравление опиоидами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует экстренной медицинской помощи в случае угнетения сознания и гиповентиляции.

Неотложная помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в отделение токсикологии либо в отделение реанимации (интенсивной терапии) ближайшей организации здравоохранения.

**Синдром зависимости от опиоидов F11.3**

Медицинская помощь должна оказываться в любых организациях здравоохранения: районных, региональных, республиканских.

Лечение, цели, ожидаемые результаты, условия лечения, средняя длительность: смотри раздел введения F10.

Обследование. Необходимо проводить отдельно беседу с самим пациентом и затем - с его родственниками (близкими), при их наличии.

В процессе сбора анамнестических сведений у пациента необходимо выяснить следующие сведения:

* первый контакт с ПАВ;
* начало и регулярность, длительность употребления ПАВ; способ употребления ПАВ; применявшееся ранее лечение; наличие спонтанных и терапевтических ремиссий; контекст употребления данного ПАВ и других ПАВ; отношение к употреблению ПАВ в кругу друзей; описание состояний интоксикации (субъективно переживаемое действие ПАВ) и состояния отмены;
* социальные проблемы и негативные последствия употребления ПАВ на семейную жизнь, работу или учебу;
* криминальную активность (воровство, хулиганство и др.); наличие психопатологической и неврологической симптоматики (нарушения пищевого поведения, бред и галлюцинации, судорожные припадки и другие);
* перенесенные соматические заболевания.

Иногда встречается систематическое употребление опиоидов (чаще героина) интраназально или путем курения.

Доказательством факта употребления опиоидов может быть обнаружение их самих или их дериватов (метаболитов) в моче (крови).

Нередко в моче обнаруживаются не опиоиды, а анксиолитические средства из группы бензодиазепинов или каннабиноиды, которые пациенты могут употреблять параллельно, поскольку они имеют более длительный период выведения, чем героин. Однако само по себе обнаружение опиоида в моче еще не позволяет поставить диагноз синдрома зависимости от опиоида. Часто необходимы многократные анализы мочи, так как применяемые экспресс-методики не всегда достаточно чувствительны и специфичны, а концентрация в моче сильно колеблется в зависимости от режима его употребления.

Семейный врач пациентов с симптомами зависимости от опиоидов направляет на консультацию к психиатру, наркологу или специализированные центры.

**Синдром зависимости от седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) F13.2**

Общая характеристика. Зависимость от седативных и снотворных средств подразделяется на два вида - низкодозную и высокодозную.

Для определения расчета вида зависимости и расчета дозировок лекарственных средств и ее терапии используют понятие «эквивалентные дозы» бензодиазепинов и фенобарбитала. При этом эквивалентными являются дозировки (в мг): диазепама - 5; фенобарбитала - 30.

При низкодозной зависимости суточная доза анксиолитического, снотворного или противоэпилептического средства в пересчете на диазепам составляет до 40 мг (в пересчете на фенобарбитал - до 240 мг).

При высокодозной зависимости суточная доза анксиолитического или снотворного средства из группы бензодиазепинов в пересчете на диазепам составляет более 40 мг (в пересчете на фенобарбитал - более 240 мг). При зависимости от седативных и снотворных средств, как правило, имеет место то или иное сопутствующее психическое расстройство (расстройство сна, алкогольная зависимость, паническое расстройство, расстройство личности и другие).

Семейный врач пациентов с зависимости от седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) направляет на консультацию к психиатру, наркологу или специализированные центры.

Профилактикой зависимости от седативных и снотворных средств является соблюдение следующих правил:

* + разработка четкой схемы применения лекарственного средства; учет пользы и возможных отрицательных последствий лечения; информирование пациента о риске развития зависимости; постепенное уменьшение дозировок лекарственного средства; назначение лекарственных средств с длительным периодом выведения (диазепам) и сочетание с назначением других лекарственных средств (антидепрессантов); сочетание фармакотерапии с психотерапией.

По возможности следует избегать длительного применения седативных и снотворных средств у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ и с расстройствами личности.

**Состояние отмены седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) F13.4**

При отмене седативных и снотворных средств выделяют собственно состояние отмены и рецидив симптомов основного психического расстройства, по поводу которого были назначены данные лекарственные средства. При развитии состояния отмены наблюдаются тревога, бессонница, шум в ушах, тошнота, гиперакузия, тремор, потливость, миоклонии,судороги, делирий.

Профилактикой развития состояния отмены седативных и снотворных средств является соблюдение следующих правил:

* по возможности следует избегать длительного терапевтического применения (более 3 месяцев) седативных и снотворных средств;
* назначение седативных и снотворных средств с длительным периодом выведения (диазепам); при отмене постепенно уменьшать дозировки данных средств.

**Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие потребления нескольких психоактивных веществ F19**

Этапы лечебно-диагностических мероприятий, уровень оказания медицинской помощи, обследование и его кратность: смотри разделы F10

Лечение, цели, ожидаемые результаты: прекращение употребления ПАВ, коррекция психопатологических нарушений, повышение социальной адаптации.

Для обеспечения строгого контроля за поведением и употреблением ПАВ рекомендуется лечение в стационарных условиях.

Пациенты с синдромом зависимости от нескольких ПАВ, как правило, нуждаются в длительной медицинской реабилитации.

При синдроме зависимости от опиоидов и других ПАВ (алкоголя, седативных и снотворных средств) показано сочетание применения заместительной поддерживающей терапии и психосоциальной помощи.

При расстройствах вследствие потребления ПАВ, сочетающихся с тяжелыми психическими расстройствами, показано лечение в специализированных стационарных отделениях.

**Таблица 1**

**Выбор лекарственных средств при состоянии отмены алкоголя**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показания | Группы лекарственных средств | Дозировки лекарственных средств |
| Любое состояние отмены | Тиамин | 100-300 мг/сутки |
| Все формы состояния отмены | Анксиолитические средства из группы бензодиазепинов | диазепам - 20-80 мг/сутки  |
| Выраженнаявегетативнаясимптоматика | КлонидинБета-адреноблокаторы | 225-450 мкг/сутки пропранолол - 40-80 мг/сутки атенолол - 50-100 мг/сутки |
| Состояние отмены неосложненное | Карбамазепин | 800-1200 мг/сутки |
| Состояние отмены с делирием | Г алоперидол  | 2-10 мг/сутки 2,5-15 мг/сутки |
| Выраженнаядегидратация,невозможностьоральнойрегидратации | Инфузионнаятерапияполиионнымирастворами | до 3,5 литров в сутки из них: 0,9% раствор гидрохлорида натрия или 5% раствор глюкозы до 2 литров и поли-ионными растворами (дисоль, трисоль, раствор Рингера) - до 1,5 литров. |

Таблица 2

Схема применения анксиолитических средств из группы бензодиазепинов при состоянии отмены психоактивных веществ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное****средство** | **Разовая доза** | **Интервал** | **Суточная****доза** |
| Диазепам | 5-20 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно | каждые 6-8 часов | 20-80 мг |

Таблица 3

Схема амбулаторного лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дни** | **1-й** | **2-й** | **3-й** | **4-й** | **5-й** | **6-й** | **7-й** |
| Суточная доза диазепама (мг) (способ введения) | 40 в/м | 40 per os. | 30 per os.. | 20 per os. | 15 per os. | 10 per os. | 5 per os. |

**Таблица 4**

**Применение при лечении интоксикации психоактивными веществами анксиолитических средств из группы бензодиазепинов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное****средство** | **Разовая доза, способ введения** | **Интервал** | **Суточная****доза** |
| Диазепам | 5-20 мг внутрь или внутривенно | каждые 6 часов | 20-80 мг |

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ

АНКЕТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (PHQ-9)

Пациента просят ответить на вопросы : "Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель".

Каждый вопрос имеет четыре возможных ответов и оценку:

* Не каждый день (0 баллов),
* Несколько дней (1 балл),
* Более чем в половине дней (2 балла),
* Почти каждый день (3 балла).

В последние две недели, вы испытывали:

1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?
2. Безразличие, подавленность?
3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?
4. Чувство усталости или упадок сил?
5. Отсутствие аппетита или переедание?
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?
7. Трудно сосредоточиться на чтение или просмотре телевизора?
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?
9. Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?

Интерпретация результатов (общий балл)

|  |  |
| --- | --- |
| Общий балл | Выраженность депрессии |
| 1-4 | Минимальная депрессия |
| 5-9 | Легкая депрессия |
| 10-14 | Умеренная депрессия |
| 15-19 | Тяжелая депрессия |
| 20-27 | Крайне тяжелая депрессия |

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ГРДВ - гиперкинетические расстройства и дефицит внимания

ПАВ – психоактивные вещества

СИОЗС - ингибиторы обратного захвата серотонина

ТЦА - Трициклические антидепрессанты

**ЛИТЕРАТУРА**

1. А.Н., Каледа В.Г. Вербальная беглость на начальных этапах шизофрении: структурные и нейрофизиологические корреляты //Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - №4. – С. РИНЦ 2014 0,777
2. Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Отман И.Н., Клюшник Т.П.– Показатели врождённого и приобретённого иммунитета в оценке тяжести клинического состояния пациентов с детской шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 2016, №2, 79-83
3. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств /пер. англ./. - М.: Бином, 2006. - 416 с.
4. Баймеева Н.В., Тихонов Д.В. Опыт проведения рутинной процедуры терапевтического лекарственного мониторинга антипсихотических препаратов у пациентов стационара с различными формами шизофрении и заболеваниями аффективного спектра / Психиатрия – 2016, 3(71). – С.40-41.
5. Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени). Психологические исследования, 2016, 9(46), 2. <http://psystudy.ru> Импакт Фактор 0,902
6. Вершинина Н.В., Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Сорокин А.Б., Кобзова М.П. Количественная электроэнцефалография как эффективный диагностический метод в психиатрической практике // Научная конференция молодых ученых памяти академика АМН СССР А.В.Снежневского, Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 24 мая 2016 г. // Психиатрия 2016. – №3. – C.45-46.
7. Галако Т. и др. Психиатрия в практике семейного врача /учебно-метод. пособие для врачей/. - Бишкек: ST-Art, 2008. - 120 с.
8. Главные вмешательства в ведении депрессии в первичной и специализированной помощи (перев.) - Национальный центр сотрудничества в области психического здоровья (NCCMH, Engl.). - London, 2009. - 102 p.
9. Глушков В. Депрессии в общемедицинской практике. //РМЖ.- 2005.- т.13.- 12.
10. Голимбет В.Е.. Современные возможности и перспективы практического использования результатов молекулярно-генетических исследований эндогенных психозов. Психиатрия.2016.- №1 (69), с. 65
11. Головина А.Г., Шмакова О.П., Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Развитие амбулаторного звена психиатрической помощи детям и подросткам в Москве. Российский психиатрический журнал, 2016, №4, с.28-38. IF=0,344
12. Голубев С.А. Анализ назначения нейролептической терапии при лечении шизофрении юношеского возраста на этапе отдалённого катамнеза (20-25 лет) в амбулаторных условиях // Забайкальский медицинский вестник. – 2016. – № 4, с. 27-32
13. Депрессия: Главные вмешательства в ведении депрессии в первичной и специализированной помощи /пер./ - Национальный центр сотрудничества в области психического здоровья (NCCMH, Engl.). - London, 2009. - 102 p
14. Есейкина Л. И., Лукин А. В., Плужников И. В. Отечественный и зарубежный опыт нейропсихологической оценки психических функций при синдроме мягкого когнитивного снижения. Сообщение 1. Методология нейропсихологического анализа состояния познавательной сферы при синдроме мягкого когнитивного снижения // Психиатрия. — 2016. — Т. 70, № 2. — С. 55–61
15. Есейкина Л. И., Плужников И. В. Нарушение внимания у больных с тревожными расстройствами: нейропсихологический подход. Тезисы Конференции молодых ученых, посвященная памяти А.В.Снежневского Принято к печати в журнал «Психиатрия» 2016, №3. с.55-56.
16. Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении. Клиническая и специальная психология. 2016, №4, с. 76-92
17. Зурдинова А. и др. Методология разработки и адаптации клинических руководств, основанных на доказательной медицине. - Бишкек, 2008. - 58 с.
18. Иванов М.В., Богачева О.И. Исследование особенностей родительского отношения к болезни ребенка (на примере расстройств аутистического спектра) // Психиатрия. – 2016. – № 3, с. 58-59
19. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – № 2 (13). – Т.3. – С. 56-59.
20. Изнак А.Ф., Медведева Т.И., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Бологов П.В., Кобзова М.П. Нарушения нейрокогнитивных механизмов принятия решений при депрессии // Физиология человека 2016. – Т.42. – №6, с. 18-26 WoS Scopus IF РИНЦ 0.750
21. Калинина М.А., Боравова А.И., Галкина Н.С., Шимонова Г.Н. Клинико-нейрофизиологические особенности детей с высоким риском развития эндогенных психозов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016, 1, с. 12-20
22. Калын Я.Б., С.И. Гаврилова, Т.П. Сафарова, О.Б. Яковлева, В.С. Шешенин, В.В. Корнилов, Е.С. Шипилова. Новые возможности оптимизации терапии депрессий в геронтопсихиатрической практике. Журнал «Фарматека», 2016, 4, с.46-54.
23. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. /В сб. Депрессии и коморбидные расстройства.- М., 1997.- С. 80-98.
24. Кичук И.В., Петрова Е.А., Митрофанов А.А., Соловьева Н.В., Вильянов В.Б. Изменения показателей электроэнцефалограммы и концентрации серотонина при депрессивных и тревожных расстройствах // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2016 – Т.8. – №3. – С.34-38. DOI:10.14412/2074-2711-2016-3-34-38
25. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2016,1, 29-36. Импакт Фактор 0,386
26. Кобзова М. П. Исследование связи когнитивных и личностных показателей у женщин, страдающих депрессией // Научная конференция молодых ученых памяти академика АМН СССР А.В.Снежневского, Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 24 мая 2016 г. // Психиатрия 2016. – №3. – С.60-61
27. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В., Крылатова Т.А. Опасные методы в детской психотерапии // Журнал "Медико-социальные аспекты психического здоровья"**,**  2016, 5,  C. 29-35
28. Мазаева Н.А. Суицидальная активность подростков (по данным зарубежных публикаций) Психиатрия и психофармакотерапия, 2016, №1, с. 11-19 IF=0,723 РИНЦ
29. Марута Н., Мороз В. Невротические депрессии (клиники, патогенез, диагностика и лечение). - Харьков: Арис, 2002. - 144 с.
30. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность Психологические исследования 2016; 9(46), 3. <http://psystudy.ru> импакт-фактор РИНЦ 0,917
31. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Межд. Мед. ж. -2003. - 3. - С. 22-27.
32. Михайлов Б., Сердюк А., Федосеев В. Психотерапия в общесоматической медицине /Клинич. руководство/. - Харьков, 2002. - 128с.
33. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. - СПб, 1995. - 856 с.
34. Мирошниченко И.И., Баймеева Н.В. Мониторинг лекарственной терапии психических заболеваний. / Психиатрия, 2016, №1., С.65-67.
35. Митихин В.Г., Митихина И.А. Формирование индикаторов для оценки деятельности медико-социальных служб. // Международный научно-исследовательский журнал. 2016, № 10-4 (52), с.79-83.
36. [Морозова М.А.](http://istina.msu.ru/workers/598925/), [Алексеев А.А.](http://istina.msu.ru/workers/994462/), [Рупчев Г.Е.](http://istina.msu.ru/workers/554681/) [Психологический дистресс и его значение для практикующего врача (на примере неврологической практики)](http://istina.msu.ru/publications/article/28645865/). [CONSILIUM MEDICUM. Neurology and Rheumatology. Приложение](http://istina.msu.ru/journals/28645864/), № 1, с. 76-80. 2016.
37. “Психиатрия, психотерапия и клиническая психология”, Международный рецензируемый научно-практический журнал №1, 2017https://elibrary.ru/title\_about.asp?id=32100
38. "Психиатрия", Журнал, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение научный центр психического здоровья, №№1-3, 2017 г.Подкорытов В.С. Проблемы депрессии с общесоматической практике // Архив психиатрии. - 2003. - 1. - С. 69-71Пятницкий Н.Ю. "К проблеме адекватности психиатрической диагностики и "глобального" психотерапевтического подхода в современной медицине" // сдана в печать "Психическое Здоровье", 2016. - № 2, с. 78-79
39. Румянцев А.О. Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики в структуре депрессий юношеского возраста Тезисы Конференции молодых ученых, посвященная памяти А.В.Снежневского //Психиатрия. - 2016. - №3. – C.75-77.
40. Румянцева Е.Е. Применение полуструктурированного интервью «Способность понимать модель психического» в норме и при шизофрении у лиц юношеского возраста // Вестник Омского Университета. Серия: Психология. 2016. - №1. - C. 15-21.
41. Сизов С.В., Бологов П.В., Олейчик И.В., Казачинская И.И. Оптимизация терапии эндогенных депрессивных расстройств с помощью транскраниальной магнитной стимуляции. Журнал «Психиатрия». 2016;71(3):80-81. ИФ РИНЦ 0,341
42. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Результаты пилотного эпидемиологического скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста. .// Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №2 (13) т.3.- 2016, с. 56-59.
43. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении. Ж. Аутизм и нарушения развития 2016, т.14, №4, с. 51-67. Doi:1017759/autdd2016140408
44. Смулевич А. Депрессия в общемедицинской практике.- М., 2000. - С.65-72
45. Смулевич А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2016;116(1): 4-9 (ИФ=0,666, Q4)
46. Смулевич А.Б., Германова К.Н., Читлова В.В. Реакции горя и ипохондрия (типология ипохондрических реакций у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра) - Психические расстройства в общей медицине. 2016, №3 с. 4-8 (ИФ=0,401)
47. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Воронова Е.И. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. – Психиатрия. 2016, 4, с.5-19
48. Смулевич А.Б., Читлова В.В., Германова К.Н. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении) - Журнал неврол и психиатр им. Корсакова – 2016 – №5, с 4-12
49. Снежневский А.В. “Клиническая психиатрия”, К 100 летию со дня рождения, 2004 г.
50. Солохина Т.А., Митихин В.Г., Ястребова В.В., Алиева Л.М., Машошин А.И. Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения / Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 236-244.
51. Солохина Т.А., Ястребов В.С. Инновационно-реформаторский потенциал общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья /Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 244 – 252.
52. Сорокина О.Ю., Читлова В.В. Невротическая депрессия (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. 2016, №4, с. 28-33
53. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. Клинические характеристики болезни и особенностей патопсихологического профиля при прогредиентной детской шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 4(39) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 27.09.2016).
54. Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений / // Клиническая и специальная психология [Электронный портал психологических изданий PsyJournals.ru]: URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n1/– 2016. – Т.5. – №1. – С. 61-76. doi:10.17759/cpse.2016050105 Импакт Фактор 0,205
55. Харисова Р.Р., Д.А.Комолов, Ю.В.Чебакова, Ениколопов С.Н. Сравнительный анализ стилей родительского воспитания детей с различными группами здоровья. Вопросы психического здоровья детей и подростков" 2016(16) №3, 42-51 импакт-фактор РИНЦ 0,170
56. Флетчер Ф., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - М., 1998. - 352 с.
57. Хелл Д. Ландшафт депрессии. - М.: Алетейа, 1999. - 280 с.
58. Черемных Е.Г., Карпова Н.С., Фактор М.И., Шушпанова О.В., Симашкова Н.В., Брусов О.С. Активность системы комплемента у детей с расстройствами аутистического спектра. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, т. 116, 12, 2016, с.64-68.
59. Черемных Е.Г., Н.С. Карпов, М.И. Фактор, Шушпанова О.В., Симашкова Н.В., О.С. Брусов. Оценка функциональной активности системы комплемента у детей с расстройствами аутистического спектра. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2016, №12, с.64-68
60. Шмакова А.А., Шмакова О.П., Андросова Л.В. К проблеме выявления детей группы риска по декомпенсации хронических психических расстройств. Тезисы к научной конференции молодых учёных памяти акад. А.В. Снежневского. 24 мая 2016 г. Москва. Ж. Психиатрия 2016, 3, с. 88-89.
61. Юматова П.Е. Персонифицированные параметры качества ремиссий после эндогенных бредовых депрессий. Журнал «Психиатрия». 2016;71(3):90-91. ИФ РИНЦ 0,341
62. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Геномные технологии в диагностике расстройств аутистического спектра. // Психиатрия. – 2016. – Т.69,№ 1. – С.70. (Импакт фактор журнала – 0,292) <http://elibrary.ru/item.asp?id=26633312>
63. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихин И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы (Сообщение 1) // Ж. психиатрии и неврологии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 9. – с.4-12.
64. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований организации психиатрической помощи //Ж. психиатрии и неврологии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – с. 4-12.
65. Ястребова В.В. VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее». 18-20 мая 2016 г., Уфа, Россия // Психиатрия. – № 02 (70). –2016.– С.98-102.
66. Ястребова В.В., Ястребов Д.В. Инсомнические нарушения при тревожных расстройствах: клиника и терапия // Consilium medicum. – 2016.– Т. 18 №2.– С.117–123
67. Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повышению /Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 334-341.
68. Abrams R. Electroconvulsive therapy. Oxford Un. press, NY., 2003.
69. Adli M. et al. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after medium- dose treatment has failed? A systematic review //Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. - 2005. - 255. - 387-400.
70. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder // Am. J. Psychiatry. -2000. - 157. - P.1-45.
71. Anderson I. SSRIs versus TCA in depressed inpatientsA a meta-analysis of efficacy and tolerability //Depress. Anxiety. - 1998. - 7. - 11-17.
72. Anderson I. SSRI v.TCA: a meta-analysis //J. Affect. Dis. - 2000. - 58. - 540-542.
73. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H. et al. Cost of brain disorders in Europe // Europ. J. of neurology. - 2005. - 12. - 1-27.
74. Alfimova M. V., V. E. Golimbet • G. I. Korovaitseva • T. V. Lezheiko • M. V. Gabaeva I. V. Oleichik, S. A. Stolyarov. The Val66Met BDNF Polymorphism Has No Effect on Cognitive Deficit in Schizophrenia Patients or the Risk of This Disease in Their Relatives. Neuroscience and Behavioral Physiology. June 2016;46(5):534-538. DOI 10.1007/sl 1005-016-0273-2.
75. Androsova Liubov, Nataliya Mikhaylova, Svetlana Zozulya, Aleksandr Dupin, and Tatyana Klyushnik. A comparative study of innate immunity markers in Alzheimer's disease, Mixed dementia and Vascular dementia // International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health 2016 September 3(Suppl. 1):1-8. DOI: http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3(Suppl.1).S0x
76. Baghai T., Moller H-J., Rupprecht R. Recent progress in Pharmacological and non-pharmacological treatment options of major depression // Current pharmaceutical design. - 2006. - 12. - 503-515.
77. Baldwin D., Anderson D., Black S. Et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care // Int. J. Geriatr. Psychiatry. - 2003. - 18. - P. 829-838.
78. Barbey J., Roose S. SSRI safety in overdose //J. Clin. Psychiatry. - 1999. - 59. - 42¬48.
79. Bromet E., Andrade L., Hwang I., et all. Cross-National Epidemiology of DSM-IVMajor Depressive Episode. BMC Medicine, July 2011.
80. Baimeeva, N.V., Miroshnichenko, I.I. Analytical Methods for the Determination of Atypical Neuroleptics. / Pharm. Chem. J. (2016) 50: 339-345. SCOPUS
81. Bezrukov M. V., Yu. E. Shilov, N. V. Shestakova, and T. P. Klyushnik. Biological Evaluation of the Severity of Depression - a New Method for Assaying Platelet Serotonin Concentrations. Neuroscience and Behavioral Physiology. Vol. 46. No. 3. March, 2016, Pages 338-343(1–5). DOI 10.1007/s11055-016-0238-5 (импакт фактор 0,752)
82. Bigdeli TB, Ripke S, Bacanu SA,…Golimbet V… Genome-wide association study reveals greater polygenic loading for schizophrenia in cases with a family history of illness. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2016 Mar;171B(2):276-89. doi: 10.1002/ajmg.b.32402. (IF 3.391 )
83. Cheeta S. et al. Antidepressant related death and antidepressant prescriptions in England and Wales //Br. J. Psychiatry. - 2004. - 184. - 41-47.
84. CINP(Международное общество нейропсихофармакологии). Технический обзор рабочей группы «Обоснованное применение антидепрессантов». - 2006. -СПб. - 174 с.
85. Cipriani A., et al. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression//Cochrane. Database. Sist. Rev. 4, CD004185
86. Colombo C., et al. Total sleep deprivation combined with lithium and light therapy in the treatment of bipolar depression //Psychiatry Res. - 2000. - 95. - 43-53.
87. Depression. The treatment and management of depression in adults. - NICE clinical guideline. - 2010. - 64 p.
88. EST review group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders.// Lancet. - 2003. - 367. - 153-167.
89. Ferguson J. SSRI antidepressant medication: adverse effects and tolerability // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - 3. - 22-27.
90. Frank e. Et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar disorder //Arch. Gen. Psychiatry. - 2005. - 62. - 996-1004.
91. Fedorova Yana, Roshchina I.F., Ponomareva E.V., Kolykhalov I.V., Mikhаylova N.M., Gavrilova S.I. Clinical types of FTD in elderly patients of Alzheimer’s disease outpatients clinic (clinical-neuropsychological study) // Journal of Neurochemistry. 2016; 138 (Suppl. 1):268 Импакт-фактор 3.842
92. Hansen R. Et al., Efficacy and safety of second-generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder //Ann. Intern. Med. - 2005. - 143. - 415-426.
93. George M.S. et al. A one-year comparison of vagus nerve stimulation with treatment as usual for treatment-resistant depression //Biol. Psychiatry. - 2005. - 58. - 364-373.
94. Golimbet V. E., Zh. V. Garakh, G. I. Korovaitseva, T. V. Lezheiko, Yu. S. Zaytseva, V. B. Strelets. The modifying effect of the BDNF Val66Met polymorphism on the neurophysiological characteristics of verbal information processing. International Journal of Psychophysiology Volume 108, October 2016, Pages 126–127. Proceedings of the 18th World Congress of Psychophysiology (IOP2016) of the International Organization of Psychophysiology (IOP) Havana, Cuba August 31st to September 4th, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.07.374 32 (IF WOS 2.596)
95. Iourov I.Y. Meet Our Regional Editor. // Current Bioinformatics. – 2016. - Vol. 11, No. 3. – 1p. (Импакт фактор журнала 0,77). DOI: 10.2174/157489361105161101205455
96. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Liehr T., Zelenova M.A., Kurinnaia O.S., Vasin K.S., Kolotii A.D., Korostelev S.A., Yurov Y.B. Constitutional genome and chromosome instabilities in the autistic brain. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - Т.61, №4. - С.183-184. (Импакт фактор журнала – 0,434)
97. Ivanov M., Platonova N., Kozlovskaya G. The body image and psychopathology in children // European Psychiatry. – 2016. – Vol. 33. – Suppl. – P. S434. DOI 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1253
98. Ivanov P.A., Faktor M.I., Karpova N.S., Cheremnykh E.G., Brusov O.S. Complement-mediated death of ciliate tetrahymena pyriformis caused by human blood serum. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2016. Т. 160. № 6. С. 775-778.
99. Iznak A. Interrelations of the CNS and Immune System in Pathogenesis and Treatment of Attack-like Schizophrenia // Anatomy & Physiology: Current Research 2016. –V.6.–No.4(suppl). –P.15-16. IF WoS 1.0
100. Iznak A.F., Medvedeva T.I., Iznak E.V., Oleichik I.V., Bologov P.V., Kobzova M.P. Disruption of Neurocognitive Decision-Making Mechanisms in Depression // Human Physiology 2011. – V.42. – No.6. – P.598-605. WoS/Scopus IF РИНЦ 0.750 DOI: 10.1134/S0362119716060086
101. Hu T.W. The economic burden of depression and reimbursement policy in the Asia Pacific region //Australas. Psychiatry. - 2004. - 12. - P. 1-15.
102. Kalyn Y.B., Shipilova E.S., Roshchina I.F., Vologdina Y.O., Safarova T.P. Frontotemporal dysfunction in elderly patients with bipolar disorder. Journal of Neurochemistry vol. 138 (Suppl. 1) 2016, p.274-275 Импакт-фактор 3.842
103. Kananovich P.S. The interpretation of anhedonia in a structure of affective disorders and schizophrenia. European Psychiatry (Abstracts of the 24th European Congress of Psychiatry) Vol. 33, p. 666, March 2016
104. Kennedy S.H., et al. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depression compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis //J. Psychiatry Neurosci. - 2005. - 31. - 122-131.
105. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J GenInternMed. 2001 Sep;16(9):606-13.
106. Mace S., Taylor D. SSRI: a review of efficacy and tolerability in depression // Expert. Opin. Pharmacol. - 2000. - 1. - 917-933.
107. Markowitz J., et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients // J. Affect. Disorders. - 2005. - 89. - 167-175.
108. Mattia C. Et al. New antidepressants in the treatment of naturopathic pain. A review.//Minevra Anestesiol. 2002. - 68. - 015-114.
109. Mason J. Et al. Fatal toxicity associated with antidepressant use in primary care //Br. J. Gen. Pract. 2000. - 50. - 366-370/
110. Mikhaylova N., L. Androsova, S. Zozulya, Y. Fedorova, I. Kolykhalov, T. Kliushnik. Blood markers of neuroinflammation in frontotemporal dementia. Journal of Neurochemistry © 2016 International Society for Neurochemistry J. Neurochem. (Suppl. 1) (2016), 222-428 (395) (импакт фактор 3.842)
111. Mc Ewen B., Olie J. Neurobiology of mood , anxiety and emotion as revealed by studies of a unique antidepressants: Tianeptine // Mol. Psychiatry. - 2005. - 10. - 525-537.
112. Moller H. Are all antidepressants the same?//J. Clin. Psychiatry. - 2000. - 61. - 24¬28.
113. Moller H. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders //Acta Med. Scand. - 2003. - Suppl. 2. - 73-80.
114. Montgomery S. Et al. Absence of discontinuation symptoms with paroxetine: a randomized double-blind, placebo-controlled discontinuation study //Int. Clin. Psychopharmacol.
115. 2004. - 19. - 271-280.
116. Montgomery S et al. A randomized study comparing escitalopram with venlafaxine XR in primary care patients with major depression //Neuropsychobiology. - 2004. - 50. - 57-64.
117. Moore N. et al. Prospective, multicenter, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorders//Int. Clin. Psychopharmacol. - 2005. - 20. - 131-137.
118. Mottram P. Et al. Antidepressants for depressed elderly //Cochrane Database Syst. Rev. - 2006., CD003491
119. Mulsant B. et al. A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortripthyline and paroxetine in older inpatients and outpatients //Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2—1. - 9. - 239-244.
120. Normann C. et al., Lamotrigine adjunct paroxetine in acute depression. A placebo, double-blind controlled study //J. Clin. Psychiatry. - 2002. - 63. - 337-344.
121. Peretti S. et al. Safety and tolerability considerations: TCA/SSRI.//Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - 403. - 17-25.
122. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. - WHO guideline, 2009. - 82 p.
123. Sampogna F, Abeni D, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Titeca G, Jemec GB, Misery L, Szabó C, Linder MD, Evers AW, Halvorsen JA, Balieva F, Szepietowski JC, Romanov DV et al. Impairment of Sexual Life in 3,485 Dermatological Outpatients From a Multicentre Study in 13 European Countries. Acta Derm Venereol. 2016 Nov 7. doi: 10.2340/00015555-2561. [Epub ahead of print] (IF=4.244, Q1)
124. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, … Golimbet V et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. Nature. 2016 Feb 11;530(7589):177-83. doi: 10.1038/nature16549. (импакт фактор 41.45)
125. Shendyapina M.V., Omel’chenko M.A., Lebedeva I.S., Kanonovich P.S., Simonova O.A., Kaleda V.G., Semenova N.A., Ublinskii M.V., Dmitrienko D.M., Akhadov T.AInformation processing and some indicators of brain metabolism in patients at ultra-high risk of developing endogenous psychosis. Neuroscience and Behavioral Physiology. 2016. Т. 46. № 5. С. 523-528.
126. Simashkova, N. V. Assessment of serum trace elements and electrolytes in children with childhood and atypical autism. / Skalny, A. V.; Klyushnik, T. P.; et al //J Trace Elem Med Biol. ;2016; IF-2,5 (WOS) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27707611
127. Simashkova, N. V. Hair toxic and essential trace elements in children with autism spectrum disorder. / Skalny, A. V.; Klyushnik, T. P.; et al. //Metab Brain Dis.; 2016; IF-2,6 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27581303
128. Skalny Anatoly V., Natalia V. Simashkova, Tatiana P. Klyushnik, Andrei R. Grabeklis, Ivan V. Radysh, Margarita G. Skalnaya, Alexandr A. Nikonorov, Alexey A. Tinkov. Assessment of serum trace elements and electrolytes in children with childhood and atypical autism. Journal of Trace Elements in Medicine and Biology, Xxx (2016) Xxx–Xxx http://dx.doi.org/10.1016/j.jtemb.2016.09.009 (Scopus, Web Of Science, If = 2.55).
129. Skalny Anatoly V., Natalia V. Simashkova, Tatiana P. Klyushnik, Andrei R. Grabeklis, Geir Bjørklund, Margarita G. Skalnaya, Alexandr A. Nikonorov, Alexey A. Tinkov. Hair toxic and essential trace elements in children with autism spectrum disorder. Metab Brain Dis, doi 10.1007/s11011-016-9899-6. # Springer Science+Business Media New York 2016Received: 10 May 2016 /Accepted: 19 August 2016 (IF = 2.603, Scopus, Web of Science)
130. Smulevich A.B., Lvov A.N., Romanov D.V. Hypochondriasis Circumscripta: A Neglected Concept with Important Implications in Psychodermatology // Acta Dermato-Venereologica 2016 - Volume 96, Issue 217, 64-68 (IF=4.244, Q1)
131. Saxena S., Paraje G., Sharan P. Et al. The 10/90 divide in mental health research. Trends over a 10-year period //Br. J. Psychiatry. - 2006. - 188. - P. 81-82.
132. Sir A. Et al. Randomized trial of sertraline versus venlafaxine XR in major depression. //J. Clin. Psychiatry. - 2005. - 66. - 1312-1320.
133. Smith D., et al. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with SSRI and other antidepressants: a meta-analysis //Brit. J. Psychiatry. - 2002. - 180. - 396-404.
134. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. JAMA. 1999;282:1737–44. –
135. Stahl S. et al. SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy and tolerability in comparison with other classes of antidepressants //CNS Spectr. - 2005. - 10. - 732-747.
136. Szanto K. et al. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression //Arch. Gen. Psychiatry. - 2003. - 60. - 610-617.
137. Thomas C., Morris S. Cost of depression among adults in England //Br. J. Psychiatry. - 2003.
138. Vikhreva OV, Rakhmanova VI, Orlovskaya DD, Uranova NA. Ultrastructural alterations of oligodendrocytes in prefrontal white matter in schizophrenia: A post-mortem morphometric study. Schizophrenia Research 2016, 177(1-3):28-36. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.023. [Epub ahead of print] (IF 3.9).
139. Vorsanova S.G., Yurov Y.B., Iourov I.Y. Neurogenomic pathway of autism spectrum disorders: linking germline and somatic mutations to genetic-environmental interactions. // Current Bioinformatics. – 2016. - Vol. 11, No. 3. – 8p. (Импакт фактор 0,77).
140. Vybornykh D. E., Khrushchev S. O., Fedorova S. Yu., Tkhostov A. Sh., Pluzhnikov I.V., Kuzmina L. A., Parovichnikova E. N., and Savchenko V. G.. Neuropsychological impairments in hematological malignancies patients expected to allo-BMT // Blood. — 2016. — Vol. 128, no. 22. — P. 5807.
141. Van Amerongen A. et al. A randomized, double-blind comparison of milnacipran and imipramine in the treatment of depression //J. Affect. Disord. - 2002. - 72. - 21-31.
142. Vis P., et al. Duloxetine and venlafaxine -XR in the treatment of major depression: a meta-analysis of randomized trials // Ann. Pharmacother. - 2005. - 39. - 1798-1807.
143. Volz H., Laux P. Potential treatment for sub threshold and mild depression: a comparison of St.John’s wort extracts and fluoxetine //Compr. Psychiatry. - 2000. - 41. - 133¬137.
144. Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y. Network-Based Classification of Molecular Cytogenetic Data. // Current Bioinformatics. – 2016. - Vol. 11, No. 3. – 7p. (Импакт фактор 0,77) DOI: 10.2174/1574893611666160606165119 http://benthamscience.com/journals/current-bioinformatics/article/143006/
145. Ziccardi W., Zhao C., Shepelev V., Uralsky L., Alexandrov I., Andreeva T., Rogaev E., Bun C., Miller E., Putonti C., Doering J. Clusters of alpha satellite on human chromosome 21 are dispersed far onto the short arm and lack ancient layers. // Chromosome Res. – 2016. - 24(3):421-36. doi: 10.1007/s10577-016-9530-z. Epub 2016 Jul 18. (Импакт фактор 3,5).
146. Zolotarev Yurii A, Georgii I Kovalev, Natalya V Kost, Margarita E Voevodina, Oleg Y Sokolov, Alexander K Dadayan, Evgenii A Kondrakhin, Ekaterina V Vasileva, Anna P. Bogachuk, Vyacheslav N. Azev,Valery M Lipkin and Nikolai F. Myasoedov.Anxiolytic activity of the neuroprotective peptide HLDF-6 and its effects on brain neurotransmitter systems in BALB/c and C57BL/6 mice Journal of Psychopharmacology, 2016, Vol. 30(9), p. 922-935. IF 3.637
147. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/ru/
148. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Тема | Страницы |
| 1 | Введение | 3 |
| 2 | Расстройства развития. Нарушение психологического развития. Специфические расстройства развития речи и языка  | 4 |
| 3 | Гиперкинетические расстройства и дефицит внимания | 7 |
| 4 | Умственная отсталость | 13 |
| 5 | Депрессия | 18 |
| 6 | Психозы. Острые и транзиторные психотические расстройства | 26 |
| 7 | Деменция | 31 |
| 8 | Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ  | 37 |
| 9 | Опросник депрессии | 50 |
| 10 | Список сокращений | 51 |
| 11 | Список литературы | 51 |