

**АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ
РАЗВИТИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НИЖЕГОРОДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»**

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель секции № 14
Ученого Совета МЗ и СР РФ
по проблеме «Кожные болезни
и болезни, передаваемые
половым путем»,
академик РАМН,
профессор Ю.К. Скрипкин
29 ноября 2004 г.

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

Пособие для врачей

Нижний Новгород, 2004

АННОТАЦИЯ

В пособии изложены доступные методы диагностики и коррекции психоневрологических нарушений у больных псориазом.

Пособие предназначено для дерматологов, врачей общей практики, неврологов, психиатров и психотерапевтов, осуществляющих лечебную помощь больным псориазом.

Организация-разработчик: ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт» и ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава РФ».

Авторы: к.м.н. И.И. Китаева, д.м.н. профессор Л.Н. Касимова, заслуженный врач России, д.м.н. профессор А.В.Густов, д.м.н. профессор Н.К.Никулин, к.м.н., с.н.с. Г.А. Пантелеева.

ВВЕДЕНИЕ

В патогенезе псориазической болезни существенную роль играют повреждения центральных звеньев регуляторной цепи, контролирующей функциональное состояние эпидермиса. Этим объясняется системный характер нарушений, полиморфность проявлений псориаза и устойчивость его симптомов, а в конечном итоге тяжесть клинического течения заболевания. Кроме того, состояние нервной системы определяет диапазон компенсации патологических нарушений при лечении основного заболевания. Следовательно, комплекс диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий при псориазе должен включать методы, направленные на выявление и коррекцию психоневрологических расстройств.

Проведённое нами клиническое исследование неврологического статуса выявило **неврологические нарушения** у 90,6% больных псориазом. Наиболее распространённые синдромы: боли в спине и конечностях, цефалгический, астенический, инсомнический, ангио-трофалгический, вегетативные кризы, когнитивные нарушения, синдром вегетативно-сосудистой дистонии, фибромиалгия, кохлеовестибулярная дисфункция, полиневропатии.

В структуре нозологических форм заболеваний нервной системы преобладали вертеброневрологические (у 51,2% больных), цереброваскулярные расстройства (у 47,2% пациентов) и вегетативно-сосудистые нарушения (у 48,8% больных).

Частота отдельных неврологических расстройств зависела от возраста, дебюта псориаза, клинической формы и длительности заболевания.

При начале дерматоза в возрасте до 20 лет чаще выявляется синдром вегетативно-сосудистой дистонии, в 20-40 лет – вегетативные кризы, при начале в возрасте старше 40 лет – цереброваскулярные нарушения и их проявления в виде бессонницы, когнитивных расстройств, кохлеовестибулярной дисфункции.

Синдром вегетативно-сосудистой дистонии был более характерен для обычной формы псориаза; боли в спине и конечностях, астения, когнитив-

ные нарушения – для артропатического псориаза; цереброваскулярные нарушения, инсомнии, кохлеовестибулярная дисфункция - для псориаатической эритродермии.

С увеличением длительности дерматоза росла частота цефалгического синдрома, болей в спине и конечностях, фибромиалгии, кохлеовестибулярной дисфункции, когнитивных расстройств, цереброваскулярных нарушений, которые чаще диагностировались при длительности заболевания более 15 лет. Синдром вегетативно-сосудистой дистонии и астения чаще встречались при длительности псориаза 5-15 лет.

При детальном исследовании состояния **вегетативной нервной системы** у 71% обследованных больных отмечались вегетативные расстройства, в основе которых лежит нарушение баланса между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатикотонии (63%), нарушение адекватности вегетативного реагирования (68%) и вегетативного обеспечения деятельности (53%).

Были выявлены положительные корреляции выраженности вегетативных нарушений с длительностью дерматоза и неблагоприятным характером течения заболевания. Наличие вегетативной дисфункции не зависело от возраста начала, формы, стадии, характера течения дерматоза.

По результатам наших исследований проблемы, связанные с **психическим здоровьем** у больных псориазом, встречаются значительно чаще, чем в популяции. Они выражаются в снижении трудовой (у 32,4 % пациентов) и социальной адаптации (у 43,6% больных), частом употреблении алкоголя (в 85,5% наблюдений) и развитии алкогольной зависимости (в 7,2% случаях). 60,6% пациентов отмечают, что наличие высыпаний на коже неблагоприятно сказывается на их душевном самочувствии – появляется раздражительность, потребность в ограничении общения, снижается настроение. Боязнь негативной оценки со стороны окружающих в 38,2% наблюдений приводит к социальной изоляции. На стресс, как фактор, способствующий развитию дер-

матоза или возникновению его рецидивов, указывают 55,4% больных псориазом.

Результаты психодиагностического исследования (высокие средние показатели реактивной и личностной тревоги по тесту Спилбергера, депрессии по шкале Бэка, стрессодоступности по «Шкале жизненных событий» Холмса и Рея, выраженности психофизиологической дезадаптации, определяемой по методу М. Люшера) указывают на высокий уровень эмоционального напряжения у больных псориазом. Данные теста СМОЛ и теста М. Люшера у больных псориазом, свидетельствуют о существовании трудностей адаптации и личностных особенностей пациентов, признанных предрасполагающими к развитию психосоматической патологии в целом.

Методом корреляционного анализа было подтверждено, что выраженность психологического дистресса увеличивается при более позднем начале псориаза, с увеличением длительности дерматоза, у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания (псориаатической эритродермией и артропатическим псориазом), при неблагоприятном течении псориаза без ремиссий или с ежегодными обострениями.

При этом всего 34,4% пациентов отмечают необходимость психологической коррекции, в остальных случаях, пациенты считают, что не нуждаются в психотерапевтической помощи. Это указывает, что в значительном числе наблюдений, у больных псориазом, даже при наличии клинических проявлений психических расстройств, отсутствует их адекватное осознание, что свойственно лицам с психосоматической структурой личности.

Среди больных псориазом выявляется высокая распространенность пограничных **психических нарушений**. Развернутые синдромы психопатологических расстройств, включенные в МКБ-10, диагностируются у 65,1% пациентов. В структуре психических нарушений у больных псориазом доминируют невротические расстройства (49,9%), расстройства личности (46,4%) и легкие когнитивные нарушения (20,4%). В большинстве случаев (53,6%) диагностировались смешанные психопатологические состояния, что свиде-

тельствует о наличии у больных псориазом достаточно выраженных форм расстройств. Пациенты с такими нарушениями должны получать специализированную помощь.

Частота отдельных психических нарушений зависела от возраста начала псориаза, клинической формы, стадии, характера течения и длительности заболевания.

Социальные фобии, диссоциальное и истерическое расстройства личности чаще диагностировались у пациентов с началом псориаза в возрасте до 20 лет. Депрессии, генерализованное тревожное, соматизированное и соматоформное болевое расстройство, ананкастное, пассивно-агрессивное и шизоидное расстройство личности, легкие когнитивные нарушения чаще выявлялись при дебюте дерматоза после 40 лет.

Частота генерализованного тревожного расстройства, специфических фобий, соматоформного болевого расстройства, пассивно-агрессивного расстройства личности была выше при наиболее тяжелой форме псориаза, сопровождающейся поражением суставов.

Частота параноидного расстройства личности была выше в прогрессирующей стадии заболевания, чем в стационарной.

Распространенность обсессивно-компульсивных расстройств, диссоциального и истерического расстройства личности была выше в дебюте псориаза; социальных фобий, соматоформного болевого расстройства, панических атак и легких когнитивных нарушений - при неблагоприятном течении дерматоза (без ремиссий или с ежегодными обострениями).

Обсессивно-компульсивные расстройства, эксплозивное, диссоциальное и истерическое расстройства личности чаще выявлялись при течении псориаза до 5 лет, паническое расстройство - 5-15 лет, генерализованное тревожное, соматизированное и соматоформное болевое расстройство, легкие когнитивные нарушения - более 15 лет.

Исследование значения некоторых биологических и социальных факторов в развитии психической дезадаптации при псориазе выявило, что зна-

чительно чаще лечебно-консультативная помощь психотерапевта или психиатра необходима пациентам в возрасте 60 лет и старше, лицам с преимущественно экспрессивным типом реагирования в стрессовых ситуациях, с личностной тревожностью, с низким уровнем образования, не занятым профессиональной деятельностью, особенно неработающим пенсионерам и инвалидам.

Таким образом, значительная распространенность психоневрологических нарушений при псориазе обуславливает необходимость применения в лечении больных псориазом комплекса мероприятий по их диагностике и коррекции.

НОВИЗНА МЕТОДА

Новизна метода заключается в использовании доступных диагностических методик для быстрой предварительной диагностики психоневрологических нарушений, а также дифференцированном применении в лечении и реабилитации больных псориазом методов, направленных на нормализацию церебральной гемодинамики, состояния вегетативной нервной системы, коррекцию вертеброневрологических и психических нарушений.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

И ОПИСАНИЕ МЕТОДА

I. Методы исследования.

Предварительная диагностика **неврологических расстройств** осуществляется в ходе беседы с больным, при наружном осмотре и объективном исследовании неврологического статуса. Ниже приведена характеристика наиболее часто встречающихся у больных псориазом неврологических синдромов.

Жалобы на ноющие боли в пояснице, усиливающиеся при перемене положения тела, при длительном напряжении или охлаждении; вынужденная анталгическая поза, уплощение лордоза, ограничение движения в пояснич-

ном отделе, болезненность при пальпации остистых отростков и межостистых связок на уровне поражения, исчезновение боли при наклоне назад свидетельствуют о наличии люмбагии.

Сдавливающие боли в ягодице и тазобедренном суставе, иррадиирующие в ногу, усиливающиеся при кашле, чихании, перемене положения, ощущение зябкости или жара в ноге; нарушения чувствительности и трофики, снижение силы отдельных мышечных групп, выпадение ахиллова, реже – коленного рефлекса позволяют диагностировать люмбоишалгию.

Различные по характеру боли, парестезии, дискомфорт в шейном отделе позвоночника, нередко иррадиирующие в затылок и надплечье, усиливающиеся при движениях в шее или при длительном однообразном её положении; болезненность при пальпации остистых отростков и суставов на боковой стороне; напряжение мышц шеи и плеча, ограничение движений в суставах шейного отдела позвоночника и плечевом суставе предполагают развитие цервикалгии или цервикобрахиалгии.

Наличие хронических диффузных симметричных болей в спине, утренней скованности, депрессии, нарушений сна; возникновение боли при надавливании на типичные болевые точки (в затылочной области, в области соединения хрящевой и костной частей II рёбер, задних шейных мышц, надтрапециевидными мышцами, в области угла лопатки, надмышцелков плеча, в верхнеягодичных областях, в области больших вертелов, внутренней поверхности коленного сустава) говорят о фибромиалгическом синдроме.

Головная боль ночью или утром при пробуждении, обычно в лобно-височной и затылочной областях, тупая, распирающая или пульсирующая по характеру, связанная с колебаниями артериального давления; усиливающаяся при переутомлении, волнении, на перемену погоды, сопровождающаяся повышенной утомляемостью, раздражительностью, снижением работоспособности, нарушениями сна, плохой переносимостью запахов, звуков, шумов, духоты позволяет предположить наличие головной боли при сосудистых расстройствах.

Приступообразная головная боль длительностью от 4 до 72 часов, умеренной или выраженной интенсивности, односторонней локализации, пульсирующего характера, усиливающаяся при физической нагрузке, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, фотофобией, фонофобией говорит о наличии мигрени.

Частые головные боли сжимающего, сдавливающего, стягивающего характера по типу «тесной каски» или «шлема», двухсторонней локализации, лёгкой или средней интенсивности, не усиливающиеся при физической нагрузке, в сочетании с утомляемостью, раздражительностью, плохим сном, болями в сердце, животе, спине и суставах, вегетативными расстройствами (тахикардия, колебания артериального давления, обмороки и др.) позволяют диагностировать головные боли напряжения.

Инсомнический синдром диагностируется при нарушениях засыпания, частых пробуждениях, а также ранних пробуждениях с последующей невозможностью продолжения сна и чувством разбитости.

Наличие вялых параличей и парезов (снижение силы и мышечного тонуса, атрофия мышц, снижение или отсутствием рефлексов в зоне иннервации), дистального типа нарушения всех видов чувствительности по типу «чулок» и «перчаток», сочетания симптомов выпадения с симптомами раздражения (боли, парестезии, болезненность нервных стволов, симптомы натяжения), вегетативно-трофических расстройств (изменение окраски, температуры и трофики кожи, нарушения пото- и салоотделения, изменение ногтей и т.д.), при условии, что двигательные, чувствительные и вегетативные нарушения симметричны, преобладают в дистальных отделах и характеризуются восходящим типом развития указывает на развитие полиневропатии.

Кохлеовестибулярная дисфункция характеризуется шумом в ушах, снижением слуха, головокружением.

Ангио-трофалгический синдром проявляется локальными вегетативными расстройствами на конечностях (изменение цвета кожных покровов, отё-

ки, трофические расстройства в виде истончения кожи, атрофии подкожной клетчатки, пигментации и депигментации кожи, болей).

Вегетативными кризами или паническими атаками называют четко очерченные по времени пароксизмальные состояния, проявляющиеся немотивированным страхом и полисистемными вегетативными расстройствами (затруднение дыхания, ощущение нехватки воздуха, одышка, боли в области сердца, аритмии, тошнота, отрыжка, дискомфорт в эпигастральной области, озноб или жар, головокружение, потливость, парестезии и онемение в кистях и стопах, полиурия, диарея).

Синдром вегетативно-сосудистой дистонии включает полисистемные вегетативные расстройства. О наличии данного синдрома можно говорить если общая сумма баллов, полученная по «Вопроснику для выявления признаков вегетативных нарушений», разработанному Всероссийским центром вегетативной патологии, превышает 15. Бланк с ответами заполняется пациентами самостоятельно (приложение 1). Использование анкеты позволяет выявить наличие вегетативной дисфункции в том числе и у лиц, не предъявляющих активных жалоб.

Для исследования **особенностей психической сферы** больных псориазом рекомендуем использовать шкалу тревоги Спилбергера - Ханина (STAI), опросник депрессии Бэка (BDI), «Шкалу жизненных событий» Холмса и Рея (SRRS) и карту с характеристикой синдромов пограничных психических нарушений. Преимущество этих методик в том, что бланки с ответами заполняются самими пациентами и, за исключением редких случаев, не требуют присутствия врача. Результаты исследования позволяют решить вопрос о целесообразности применения в программах терапии и реабилитации больных псориазом методов, улучшающих психическое состояние, подключить к лечению психотерапевтов и психиатров.

Шкала оценки тревоги как состояния и черты (State Trait Anxiety Inventory), разработанная Ч.Д. Спилбергером с соавторами и адаптированная Ю.Л.Ханиным, позволяет оценивать и дифференцировать конституциональ-

ную (личностную) тревожность и клинически выраженную тревогу (тревогу как состояние, реактивную, ситуативную). Пункты первой субшкалы «Тревога как состояние» (с 1 до 20) ориентируют пациента на описание своего состояния в данный момент, а пункты второй субшкалы «Тревога как черта личности» (с 21 до 40) нацелены на описание привычного модуса самоощущения. Обследуемый самостоятельно отмечает степень своего согласия или несогласия с каждым утверждением: «вовсе нет» - 1, «пожалуй так» - 2, «верно» - 3, «совершенно верно» - 4. Обычно заполнение требует около 20-30 минут после краткого инструктирования пациента. Балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту. Определение показателей реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) проводится с помощью «ключа»: $РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$, где Σ_1 - сумма баллов по 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 вопросам, Σ_2 - сумма баллов по 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 вопросам; $ЛТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$, где Σ_1 - сумма баллов по 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 вопросам, Σ_2 - сумма баллов по 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 вопросам. Максимальный суммарный балл по каждой субшкале равен 80. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности. При интерпретации используются следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов - низкая, 31-45 - умеренная, 46 и более - высокая. Бланк ответов приведен в приложении 2.

Опросник депрессии Бэка предназначен для качественной и количественной оценки депрессивных состояний. Дает возможность оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов его составляющих. Включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере нарастания тяжести симптома и им присвоены значения от 0 (симптом отсутствует или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. В каждой категории симптомов обследуемый самостоятельно

отмечает одно утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на данный момент. В зависимости от состояния пациента время, необходимое для заполнения бланка шкалы, варьирует от 20 минут до 1-2 часов. При интерпретации учитывается суммарный балл по всем категориям: 11 ± 8 – «отсутствие депрессии», 19 ± 10 – «лёгкая депрессия», 26 ± 10 – «умеренная депрессия», 30 ± 10 – «тяжёлая депрессия». Кроме того, для оценки тяжести депрессии необходимо учитывать данные анамнеза и клинического осмотра. Бланк ответов приведён в приложении 3.

«Шкала жизненных событий» Холмса и Рея (Holmes – Rahe Social Readjustment Rating Scale) содержит перечень 43 возможных кризисных событий жизни, которым в соответствии со степенью их стрессогенности присвоено определенное число баллов. Пациенты самостоятельно отмечают ситуации, события и жизненные обстоятельства за последние 2 года, ставшие для них кризисными. Подсчитывается общая сумма баллов, при этом если ситуация возникала чаще одного раза, то ее балльное значение умножают на данное количество раз. Высокий балл (более 150) свидетельствует о повышенной стрессодоступности и снижении стрессоустойчивости, то есть о снижении социальной адаптации. Сумма баллов 150-199 соответствует 33% риска, 200-299 баллов – 50%, более 300 баллов – 80% и выше риска возникновения какого-либо психосоматического заболевания. Бланк ответов приведён в приложении 4.

Карта с характеристикой 23 психопатологических синдромов по критериям диагностики Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) разработана в Государственном научном Центре социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. По условиям опроса состояние пациентов оценивается на текущий момент и в течение последних двух-трех месяцев. Синдромальный диагноз ставится при наличии признаков, минимальных и достаточных для диагностики развернутого синдрома пограничных психических нарушений (приложение 5). Бланк ответов приведён в приложении 6.

Следует отметить, что в случаях, когда пациент неспособен заполнить бланк ответов (из-за недостаточного интеллектуального уровня или при значительной выраженности тревоги, депрессии и психопатологических расстройств) – тестирование приобретает характер структурированного клинического опроса и требует участия лечащего врача или квалифицированного эксперта.

II. Тактика и методы коррекции психоневрологических нарушений.

При выявлении синдромов **неврологических нарушений** для уточнения нозологического диагноза и коррекции лечения необходима консультация невропатолога, а во многих случаях – психотерапевта или психиатра.

При острых болях в спине применяют временное ограничение физической активности, медикаментозную терапию (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты), лечебные блокады, постизометрическую релаксацию, мануальную терапию, массаж, лечебную гимнастику, рефлексотерапию, электрофорез с местными анестетиками, фонофорез гидрокортизона и др. При хронических дорсалгиях лечение включает преимущественно немедикаментозные методы: мероприятия по снижению массы тела, лечебную гимнастику, мануальную терапию, физио- и рефлексотерапию, массаж, а также различные виды психотерапии.

В комплексную терапию фибромиалгии включаются воздействия, направленные на мышечное расслабление (лечебная физкультура, массаж, акупунктура, биологическая обратная связь, методы релаксации), анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты. Обязательный компонент терапии – применение антидепрессантов.

Лечение головной боли при сосудистых расстройствах основано, прежде всего, на терапии основного заболевания (гипертонической или гипотонической болезни, атеросклероза сосудов головного мозга и др.). Применяют гипотензивные средства, ненаркотические анальгетики, нестероидные про-

тивовоспалительные средства, спазмолитические и вено tonические препараты, а также антидепрессанты и транквилизаторы.

Для купирования приступа мигрени используются специфические препараты (эрготамин и антагонисты серотонина) и препараты неспецифического действия (простые и комбинированные анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства). Для профилактики приступов мигрени необходимо определить и устранить провоцирующие факторы (стрессовые и конфликтные ситуации, нарушения диеты, приём некоторых лекарств и др.), нормализовать режим труда, отдыха и сна. Показана психотерапия, применение антидепрессантов и антиконвульсантов.

При лечении головной боли напряжения используются методы, снижающие эмоциональное и мышечное напряжение: психотерапия, психофармакотерапия (антидепрессанты и анксиолитики), лечебная физкультура, массаж, тепловые процедуры, электролечение, фонофорез и др.

При терапии инсомний необходимо лечить основного заболевания, проявлениями которого являются нарушения сна, смягчать различные стрессовые, психотравмирующие переживания, что достигается рекомендациями по организации труда, отдыха, гигиене сна, а также психотерапевтическими и психофармакологическими методами. Используют различные виды психотерапии, иглорефлексотерапию, фитотерапию, фототерапию (лечение ярким белым светом), биологическую обратную связь, физиотерапию (гидротерапия, аэроионотерапия, электротерапия, климатотерапия). Для нормализации сна применяют снотворные средства, а также нейролептики и антидепрессанты со снотворным действием, антигистаминные препараты. Начинать лечение лучше с растительных снотворных препаратов. Снотворные назначаются оптимально на 10-14 дней.

Лечение полиневропатий включает терапию основного заболевания, витамины (группы В, пентоксифиллин, фолиевая кислота), антидепрессанты, карбамазепин и малые нейролептики для купирования болевого синдрома,

физические упражнения для укрепления мышц и предотвращения контрактур.

При проявлениях ангио-трофоалгического синдрома рекомендуют использовать антидепрессанты и противосудорожные препараты для купирования болевых расстройств, а также препараты, улучшающие микроциркуляцию (α -адреноблокаторы, антиагреганты, блокаторы ионов кальция).

Вегетативные кризы или панические атаки относятся к проявлениям тревожно-фобических расстройств и требуют лечения у психотерапевта или психиатра.

Синдром вегетативно-сосудистой дистонии в настоящее время называют психовегетативным, подчёркивая ведущую роль психических нарушений. Тактика лечения зависит от характера психических расстройств (тревоги, депрессии, ипохондрических или сенестопатических переживаний). Так называемые вегетотропные (анаприлин, пирроксан, беллоид, белласпон и др.) и сосудисто-метаболические препараты (циннаризин, кавинтон, трентал, пир-ацетам и др.) при вегетативной дистонии в настоящее время используются редко в силу низкой эффективности.

Для купирования **пограничных психических расстройств** у больных псориазом, включающих широкий круг невротических и личностных, а также психосоматических нарушений, рекомендуются общие и специальные методы психотерапии, а также психотропные лекарственные препараты, оказывающие в основном симптоматическое действие (приложение 7).

Общая психотерапия включает весь комплекс психологических факторов, положительно воздействующих на больного. Оптимальная психологическая обстановка, охранительно-восстановительный режим, доверительные отношения с лечащим врачом не только исключают психическую травму и ятрогению, но оказывают прямое лечебное воздействие. В этом случае психотерапия создаёт терапевтический фон для лечения основного заболевания.

Специальная психотерапия должна проводиться квалифицированным врачом-психотерапевтом. Выбор конкретного метода психотерапии зависит от особенностей личности пациента и подготовки психотерапевта.

Наиболее частая проблема при лечении больных псориазом — это курация тревожных пациентов. Само по себе обострение псориаза и госпитализация в стационар является стрессовой ситуацией и сопровождается возникновением тревоги. В норме это временное состояние, которое постепенно преодолевается. Важно дать пациенту выговориться и выразить свою тревогу. Нужно помнить, что беспокойный человек мало, что слышит. Необходимо проявлять понимание и терпимость, избегать оценок и выводов. Тревога может проявляться не напрямую, нередко маскируется жалобами соматического характера, навязчивыми действиями (почесывание, стучание пальцами по столу, кручение пуговиц, чрезмерное пьянство или курение и др.), многоречивостью или тенденцией постоянно перебивать врача, может скрываться за другими эмоциями (раздражительность, враждебность, язвительность или холодность, неразговорчивость и др.).

Немало проблем при лечении вызывают негативно настроенные или открыто враждебные пациенты. Важно понимать, что причины озлобленности каждого человека скрыты в его жизненных обстоятельствах и враждебность напрямую не связана с тем, что говорит и делает врач. Не надо забывать, что отвечать враждебностью — значит провоцировать ещё большую враждебность. При уважительном и доброжелательном отношении к больному увеличивается обоюдное понимание, возрастает сотрудничество в достижении общих целей.

При кратковременных мягких тревожных состояниях можно использовать растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, мягкие дневные транквилизаторы, назначаемые в виде коротких курсов (не более 3-4 недель), а также снотворные. Хорошо подключать неспецифические воздействия: различные методы релаксации, лечебную физкультуру, физио- и рефлексотерапию, массаж.

Большие сложности возникают при работе с пациентами, для которых тревожность представляет мучительное, непроходящее состояние. Такой человек неспособен преодолеть напряжение ни усилиями собственной воли, ни с помощью близких и лечащего врача. Человек, испытывающий тревожность в течение длительного времени, нуждается в лечении у психотерапевта или психиатра. При выраженной и длительной тревоге показаны психотерапия, анксиолитики, антидепрессанты. Малые нейролептики (эглонил, тиапридал, сонапакс) используются при появлении ипохондрических переживаний и сенестопатических ощущений.

Для быстрой предварительной оценки тревоги мы рекомендуем пользоваться шкалой Спилбергера, кроме того, следует учитывать результаты исследования по «Шкале жизненных событий» Холмса и Рея. Высокие оценки реактивной и личностной тревожности, а также стрессодоступности служат основанием для консультации психотерапевта или психиатра, назначения препаратов, обладающих анксиолитическим эффектом.

Близким к тревожности состоянием является страх. Страх всегда связан с конкретным объектом окружения (лицом, предметом, событием). Чаще, пациенты, страдающие псориазом, испытывают страхи, связанные с прогнозом заболевания, перспективами лечения, косметическим дефектом, негативной оценкой окружающих, нарушением семейных отношений и др. В таких случаях нужно помочь пациенту разобраться, в какой степени его реагирование является оправданным и адекватным. Не нужно помогать человеку полностью избавляться от страха, а также не следует скрывать информацию, которая представленная в доступной форме, только подготавливает к трудностям. Лечение больных, испытывающих страхи, необходимо проводить совместно с психотерапевтом.

Обострение псориаза может сопровождаться развитием депрессии. Чаще дерматологи сталкиваются с депрессией, возникающей как реакция на события, травмирующие жизнь (наличие псориаза, конфликты, интимные проблемы и т.д.). Врачу необходимо активно разговаривать с депрессивным

пациентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах, побуждать его к более активной роли, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями. Но нужно помнить, что такие больные пытаются переложить на врача ответственность за свою жизнь, а когда понимают, что врач не может и не собирается всё делать за него, свою неудовлетворённость нередко выражают враждебностью. Не следует легкомысленно относиться к проявлениям депрессивного состояния, принимая их за переутомление, физическое и психическое истощение и рекомендуя больному больше спать, принимать витамины, отдохнуть в санатории и т.п. В случае депрессии этих мероприятий недостаточно и возникает необходимость в психотерапии и приёме антидепрессантов. Кроме того, лёгкая депрессия может перерасти в тяжёлую с суицидными намерениями, при которой необходимо вмешательство психиатра и госпитализация в психиатрическую больницу. Для быстрой предварительной диагностики депрессивных состояний мы предлагаем пользоваться опросником депрессии Бэка. При выявлении депрессии необходимо комплексное лечение с участием психотерапевта или психиатра, назначение антидепрессантов.

При выявлении пограничных психических нарушений по карте с характеристикой психопатологических синдромов необходима консультация психотерапевта или психиатра.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕТОДА

Исследование психоневрологического состояния с помощью предложенных методик, а также дифференцированное применение психотерапевтических методов воздействия показаны всем больным псориазом при условии их согласия и не имеют противопоказаний.

Показаниями к применению лекарственных препаратов при лечении больных псориазом являются диагностированные неврологические и пограничные психические расстройства (невротические, неврозоподобные, лично-

стные и психосоматические нарушения) при условии согласия больных на проведение фармакотерапии. Каждый препарат имеет ряд противопоказаний и характеризуется возможностью развития определённых побочных действий, что необходимо учитывать в процессе терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Согласно полученным нами данным неврологические нарушения выявляются у 90,6% больных псориазом, развернутые синдромы пограничных психических расстройств диагностируются у 65,1% пациентов. По данным литературы, комплексная терапия больных псориазом с учетом психосоматических механизмов повышает эффективность лечения основного заболевания примерно у 40% больных.

ОЖИДАЕМЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ВНЕДРЕНИЯ

Учитывая значительную распространенность психоневрологических нарушений при псориазе в индивидуальных программах терапии и реабилитации необходимо учитывать весь комплекс выявленных нарушений. Лечение данной категории больных должно проводиться при участии врачей неврологов, психотерапевтов и психиатров. Адекватная коррекция сопутствующих неврологических и психических нарушений будет способствовать более благоприятному течению псориазического процесса, повышению эффективности терапии основного заболевания и улучшению социальной адаптации больных.

Приложение 1. Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений

(заполняется пациентом, подчеркнуть «Да» или «Нет» и нужное слово в тексте)

	Да	Нет	Баллы
1. Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность к: а) покраснению лица? б) побледнению лица?	Да Да	Нет Нет	3 3
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание: а) пальцев кистей, стоп? б) целиком кистей, стоп?	Да Да	Нет Нет	3 4
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность): а) пальцев кистей, стоп? б) целиком кистей, стоп?	Да Да	Нет Нет	5 5
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость? В случае ответа «Да» подчеркните слово «постоянная» или при «волнении».	Да	Нет	4
5. Бывает ли у Вас часто ощущения сердцебиения, «замирания», «остановки сердца»?	Да	Нет	7
6. Бывают ли у Вас часто затруднение ощущения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа «Да» уточните: при волнении, в душном помещении (подчеркните нужное слово).	Да	Нет	7
7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли?	Да	Нет	6
8. Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство, что можете его потерять)? Если «Да», то уточните условия: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении (подчеркните нужное слово).	Да	Нет	7
9. Бывают ли у Вас приступообразные головные боли? Если «Да», уточните: диффузные или только половина головы, «вся голова», сжимающие или пульсирующие (нужное подчеркнуть).	Да	Нет	7
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость?	Да	Нет	5

11. Отмечаете ли Вы нарушения сна? В случае ответа «Да» уточните: а) трудность засыпания, б) поверхностный неглубокий сон с частыми пробуждениями, в) чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром.	Да	Нет	5
---	----	-----	---

Сумма баллов =

ФИО _____ № истории болезни _____ Дата исследования _____

Приложение 2. ШКАЛА СПИЛБЕРГЕРА.

ФИО _____ № истории болезни _____ Дата исследования _____

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний и выразите степень своего согласия или несогласия с каждым из них. Для этого обведите соответствующую цифру слева. Над вопросом долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов не существует.

1. Я спокоен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

2. Мне ничто не угрожает.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

3. Я нахожусь в напряжении.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

4. Я испытываю напряжение.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

5. Я чувствую себя свободно.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

6. Я расстроен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

7. Меня волнуют возможные неудачи.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.

11. Я уверен в себе.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

12. Я нервничаю.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

13. Я не нахожу себе места.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

14. Я взвинчен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

15. Я не чувствую скованности, напряженности.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

16. Я доволен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

17. Я озабочен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

8. Я чувствую себя отдохнувшим.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

9. Я встревожен.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

21. Я обычно испытываю удовольствие.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

22. Я обычно быстро устаю.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

23. Как правило, я легко могу заплакать.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

24. Я хотел бы быть таким же счастливым,

как и другие.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

25. Нередко я проигрываю из-за

3. Верно.

4. Совершенно верно.

18. Я слишком возбужден и мне не по себе.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

19. Мне радостно.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

20. Мне приятно.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

31. Я принимаю все слишком близко к сердцу.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

32. Мне не хватает уверенности в себе.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

33. Обычно я чувствую себя в безопасности.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

34. Я стараюсь избегать критических ситуаций

и трудностей.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

35. У меня бывает хандра.

того, что

недостаточно быстро принимаю
решения.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

**26. Обычно я чувствую себя бо-
лым.**

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

**27. Обычно я спокоен, хладнокро-
вен, собран.**

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

**28. Ожидаемые трудности обычно
меня очень
тревожат.**

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

**29. Я слишком переживаю из-за
пустяков.**

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

30. Я вполне счастлив.

1. Вовсе нет.
2. Пожалуй, так.
3. Верно.
4. Совершенно верно.

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

36. Как правило, я доволен.

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

**37. Как правило, всякие пустяки
отвлекают и
волнуют меня.**

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

**38. Я так сильно переживаю свои
разочарования, что потом долго не
могу их забыть.**

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

39. Я уравновешенный человек.

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

**40. Меня обычно охватывает силь-
ное беспокойство, когда я думаю о
своих делах и заботах.**

1. Вовсе нет.

2. Пожалуй, так.

3. Верно.

4. Совершенно верно.

Приложение 3. ОПРОСНИК БЕКА.

Внимательно прочитайте каждую группу утверждений и отметьте на бланке одно, наиболее соответствующее Вашему состоянию НА ДАННЫЙ МО-
МЕНТ. Не раздумывайте слишком долго при заполнении опросника, по-
скольку правильных и неправильных ответов не существует.

А

0 у меня нет плохого настроения

1 я испытываю подавленность или
тоску

2А я постоянно испытываю подавлен-
ность
или тоску и не могу от них изба-
виться

2Б я настолько несчастен, а настроение
такое
плохое, что это доставляет мне му-
чение

3 я настолько несчастен, а настрое-
ние такое
плохое, что я не могу этого выне-
сти

Б

0 я не испытываю особого пессимиз-
ма или
растерянности по поводу будущего

1 я испытываю растерянность по по-
воду будущего

2А я чувствую, что у меня впереди ни-
чего нет

2Б я чувствую, что никогда не смогу
преодолеть свои трудности

3 я чувствую, что будущее безна-
дежно и что
уже ничего нельзя исправить

Е

0 мне неоткуда ждать наказания

1 я чувствую, что со мной может
что-нибудь случиться

2 я чувствую, что меня наказывают,
или что вот-вот буду наказан

3А я чувствую, что заслуживаю
наказания

3Б я хочу, чтобы меня наказали

Ж

0 я в себе не разочарован

1А я разочарован в себе

1Б я себе не нравлюсь

2 я испытываю отвращение к са-
мому себе

3 я самого себя ненавижу

В

- 0 я не испытываю ничего похожего на несостоятельность
- 1 я считаю, что у меня больше неудач, чем у обычного человека
- 2 2А я чувствую, что слишком мало сделал чего-либо стоящего или заслуживающего внимания
- 3 2Б оглядываясь на свою жизнь, я вижу лишь череду неудач
- 3 я чувствую, что полностью несостоятелен как личность (отец, мать, муж, жена)

Г

- 0 я вполне удовлетворен собой
- 1А я скучаю большую часть времени
- 1Б я не получаю такого удовлетворения как раньше
- 4 я вообще не получаю удовлетворения
- 5 любое событие вызывает во мне недовольство

Д

- 0 я не чувствую за собой никакой вины
- 1 я кажусь себе плохим, недостойным значительную часть дня
- 2А я испытываю чувство вины
- 2Б я кажусь себе плохим, недостойным практически все время
- 3 мне постоянно кажется, что я очень плохой и никчемный человек

З

- 0 я не считаю, что чем-то хуже других
- 1 я слишком критично воспринимаю свои слабости и ошибки
- 2А я виню себя за то, что все идет не так
- 2Б я знаю за собой очень много серьезных недостатков

И

- 0 у меня нет даже мысли нанести себе вред
- 1 у меня возникают мысли о самоубийстве, но я не буду этого делать
- 2А мне было бы лучше умереть
- 2Б у меня есть план, как покончить с собой
- 2В я чувствую, что моей семье было бы легче если бы я умер
- 3 я бы убил себя сам, если бы смог

К

- 0 я плачу не чаще обычного
- 1 сейчас я плачу чаще, чем обычно
- 2 я все время плачу и не могу остановиться
- 3 раньше я мог заплакать, но теперь этого не получается, даже когда я хочу

Л

- 0 сейчас я не более раздражен, чем обычно
- 1 я раздражаюсь и досажую больше, чем обычно
- 2 я все время испытываю раздражительность
- 3 меня уже не раздражают вещи, которые должны были бы раздражать

М

- 0 я не утратил интереса к людям
- 1 я теперь меньше интересуюсь людьми
- 2 я утратил почти весь интерес к людям и они не вызывают у меня каких-либо чувств
- 3 я утратил интерес к людям, их существование меня не заботит

Н

- 0 я столь же нерешителен, как и раньше
- 1 я не так, как раньше, уверен в себе и стараюсь отложить принятие решения на потом
- 2 я не решаюсь на что-либо без посторонней помощи
- 3 я вообще больше не могу принимать решения

С

- 0 я утомляюсь не больше обычного
- 1 я утомляюсь быстрее, чем раньше
- 2 я утомляюсь от любого дела
- 3 я утомлен настолько, что не могу ничего делать

Т

- 0 мой аппетит не хуже, чем раньше
- 1 мой аппетит не так хорош, как раньше
- 2 мой аппетит сильно ухудшился
- 3 у меня вообще больше нет аппетита

У

- 0 если я потерял в весе за последнее время, то немного
- 1 я потерял больше 2 кг веса
- 2 я потерял больше 4 кг веса
- 3 я потерял больше 6 кг веса

О

- 0 я выгляжу не хуже, чем раньше
- 1 я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим и непривлекательным
- 2 я замечаю в своей внешности устойчивые изменения, которые делают меня непривлекательным
- 3 я чувствую, что моя внешность стала безобразной, отталкивающей

П

- 0 я могу работать так же хорошо, как раньше
- 1А мне требуются дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать
- 1Б я не работаю так же хорошо, как раньше
- 2 мне нужно приложить значительные усилия, чтобы заставить себя что-нибудь делать
- 3 я совсем не могу работать

Р

- 0 я сплю, как обычно
- 1 утром я просыпаюсь непривычно усталым
- 2 я просыпаюсь на 2 – 3 часа раньше обычного, и мне тяжело засыпать
- 3 я просыпаюсь раньше обычного и сплю не более 5 часов

ФИО _____ № истории болезни _____ Дата
обследования _____

Ф

- 0 я думаю о своем здоровье не чаще, чем обычно
- 1 я обеспокоен из-за болей или других ощущений в теле, из-за расстройства желудка, запоров
- 2 я настолько сконцентрирован на том, что и как я чувствую, что думать о чем-то другом мне трудно
- 3 я полностью погружен в свои ощущения

Х

- 0 я не заметил никаких изменений в моей половой жизни
- 1 моя половая активность меньше, чем раньше
- 2 моя половая активность значительно снизилась
- 3 я утратил половую активность

Приложение 4. «Шкала жизненных событий» Холмса и Рея.

Внимательно прочитайте весь перечень. Отметьте ситуации в Вашей жизни, вызвавшие сильное эмоциональное напряжение за последние 2 года. Если ситуация возникла чаще 1 раза, то баллы ей соответствующие умножить на данное количество раз. Итоговая сумма определяет степень Вашей сопротивляемости стрессу (150-199 – высокая, 200-299 – пороговая, 300 и более – низкая). Сумма выше 300 баллов означает реальную опасность развития психосоматических заболеваний.

Стрессовая ситуация	Баллы	Стрессовая ситуация	Баллы
Смерть супруга	100	Уход из дома сына или дочери	29
Развод	73	Неприятности с родственниками со стороны супруга	29
Разъезд супругов, разрыв с партнером	65	Выдающиеся личные достижения, успех	28
Тюремное заключение	63	Супруг бросает работу или приступает к работе	26
Смерть близкого члена семьи	63	Поступление / окончание школы (техникума / ВУЗа)	26
Собственная болезнь или травма	53	Изменение условий жизни	25
Женитьба, свадьба	50	Изменение личных привычек	24
Увольнение с работы	47	Неприятности с начальником	23
Восстановление семейных отношений	45	Изменение условий или режима работы	20
Уход на пенсию или отставка	45	Переезд	20
Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44	Смена школы (техникума / ВУЗа)	20
Беременность (беременность партнерши)	40	Смена условий отдыха	19
Сексуальные проблемы	39	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39	Изменение социальной активности	18
Реорганизация на работе	38	Умеренные займы или закладные	17
Изменение в финансовом положении	38	Изменение режима сна	16

Смерть близкого друга	37	Изменение состава членов семьи, проживающих вместе	15
Смена профессии, смена места работы	36	Изменение пищевых привычек (диета, потеря аппетита и др.)	15
Учащение споров с супругом	35	Отпуск (канкулы)	13
Ссуда или заём на крупную покупку	30	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
Окончание срока выплаты суды или займа, рост долга	30	Небольшое нарушение закона, штрафы	11
Изменение должности, повышение ответственности на работе	29	Сумма баллов	10

ФИО _____

№ истории болезни _____

Дата обследования _____

Приложение 5. Основные психопатологические синдромы по МКБ-10 и число необходимых диагностических критериев.

Синдром по МКБ - 10		Число критериев
<i>Аффективные расстройства.</i>		
1	Депрессивные расстройства	
	Выраженные	6 и >
	Умеренные	5
	Лёгкие	4
2	Маниакальные расстройства	4 и >
<i>Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.</i>		
3	Генерализованное тревожное расстройство	5 и >
4	Специфические фобии	4 и >
5	Социальные фобии	3 и >
6	Обсессивно-компульсивные расстройства	3 и >
7	Посттравматическое стрессовое расстройство	6 и >
8	Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)	4 и >
9	Соматизированное расстройство	4 и >
10	Соматоформное болевое расстройство	3
11	Синдром деперсонализации – дереализации	2
<i>Расстройства личности.</i>		
12	Эмоционально неустойчивое импульсивный тип	2
13	Параноидное (параноическое) расстройство личности	4 и >
14	Шизотипическое расстройство личности	4 и >
15	Диссоциальное расстройство личности	3
16	Эмоционально неустойчивое пограничный тип	4 и >
17	Истерическое расстройство личности	4 и >
18	Ананкастное расстройство личности	4 и >
19	Тревожное, уклоняющееся, избегающее расстройство личности	4 и >
20	Расстройство типа зависимой личности	4 и >
21	Другое расстройство личности	4 и >
22	Шизоидное расстройство личности	4 и >
23	Лёгкое когнитивное расстройство	3 и >

Приложение 6. Базисная карта

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний. Если Ваше состояние на текущий момент и в течение последних двух - трех месяцев можно описать приведённым утверждением, обведите соответствующую цифру слева. Вы можете найти или не найти близкие Вашему состоянию высказывания. Над вопросом долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов не существует. При возникновении затруднений обратитесь к Вашему лечащему врачу.

1. 1. Выраженное снижение заинтересованности или утрата удовольствия от выполнения всех или почти всех видов деятельности большую часть дня и почти ежедневно.
2. 2. Значительное снижение массы тела не связанное с диетой.
3. 3. Бессонница или сонливость почти ежедневно.
4. 4. Двигательное возбуждение или двигательная заторможенность почти каждый день.
5. 5. Усталость или упадок сил почти ежедневно.
6. 6. Ощущение собственной никчемности либо чрезмерное или бессознательное чувство вины почти ежедневно.
7. 7. Сниженная способность думать и сосредоточиваться либо проявление нерешительности почти каждый день.
8. 8. Периодически возникающие мысли о смерти.
9. 9. Периодически возникающие мысли о самоубийстве.
10. 10. Попытки покончить с собой.
2. 1. Переоценка своей личности или склонность к грандиозным идеям.
2. 2. Уменьшение потребности во сне (например, до 3 часов).
3. 3. Большая, чем обычно разговорчивость или потребность говорить.
4. 4. Ускорение темпа мышления или субъективное ощущение скачки мыслей.
5. 5. Повышенная отвлекаемость (внимание легко переключается под влиянием внешних стимулов).
6. 6. Повышенная активность, направленная на достижение какой-либо цели (социальной, трудовой, образовательной, сексуальной).
7. 7. Чрезмерное увлечение деятельностью, приносящей удовольствие, которая может иметь пагубные последствия.
3. 1. Чрезмерная тревога и беспокойство (ожидание плохого).

2. 2. Трудности при попытке справиться с тревогой.
3. 3. Беспокойство, суетливость, нетерпеливость.
4. 4. Быстрая утомляемость.
5. 5. Расстройство концентрации внимания и памяти.
6. 6. Раздражительность.
7. 7. Мышечное напряжение.
8. 8. Нарушения сна (трудности при засыпании, нарушение продолжительности сна или сон, не приносящий чувство свежести).
4. 1. Выраженный и устойчивый страх, связанный с наличием или ожиданием специфического объекта или ситуации.
2. 2. Понимание того, что его страх является чрезмерным, неразумным.
3. 3. Ситуация, вызывающая страх избегалась или переносилась с интенсивной тревогой.
4. 4. Избегание вызывающей страх ситуации в значительной степени препятствовало осуществлению обычной социальной деятельности.
5. 5. Боязнь животных.
6. 6. Боязнь естественных явлений окружающего мира (высоты, воды, грозы).
7. 7. Боязнь вида крови, инъекции, травмы.
8. 8. Боязнь определенной ситуации (например, пребывание в самолете, лифте, закрытом помещении).
9. 9. Боязнь ситуаций, которые, по мнению человека, могут привести к удушью, рвоте или инфицированию.
5. 1. Страх, связанный с социальной ситуацией или публичными выступлениями.
2. 2. Понимание неразумности или чрезмерности этого страха.
3. 3. Избегание ситуаций, связанных со страхом.
4. 4. Социальная дезадаптация, связанная с переживаниями страха.
6. 1. Наличие навязчивых мыслей, побуждений или образов.
2. 2. Навязчивые мысли не вызваны реальными переживаниями.
3. 3. Попытка подавить или игнорировать навязчивые переживания.
4. 4. Повторяющиеся физические или психические действия в ответ на навязчивые переживания.
5. 5. Физические или психические действия направлены на ослабление или предотвращение напряжения или предотвращение пугающих событий или ситуаций.

6. Понимание чрезмерности или необоснованности навязчивых переживаний.

7.

1. Воздействие травмирующего события, угрожающее психической или физической целостности личности.
2. Реакция на эти события в виде страха, беспомощности или ужаса.
3. Повторные, навязчивые воспоминания о событии.
4. Повторные, вызывающие беспокойство сны о событии.
5. Такие действия и ощущения, как если бы событие случилось снова.
6. Сильное психологическое напряжение при воспоминании о психотравме.
7. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.
8. Попытки избежать действий, мест или людей, связанных с травмой.
9. Невозможность вспомнить важные аспекты травмы.
10. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности.
11. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.
12. Неспособность испытывать любовь.
13. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу.
14. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.
15. Раздражительность или вспышки гнева.
16. Трудности концентрации внимания.
17. Сверхнастороженность.
18. Усиленная реакция на испуг.
19. Расстройство вызывает стойкое психическое напряжение или нарушение жизнедеятельности.

8.

Периоды сильного страха или дискомфорта, сопровождающийся следующими признаками:

1. Тахикардия.
2. Потливость.
3. Дрожание или сотрясение тела.
4. Ощущение нехватки воздуха.
5. Удушье.
6. Боль или дискомфорт за грудиной.
7. Тошнота или желудочный дискомфорт.
8. Головокружение, неустойчивость или слабость.
9. Дерезализация или деперсонализация.

10. Страх потерять над собой контроль или сойти с ума.

11. Страх умереть.

12. Парестезии.

13. Жар или озноб.

9.

1. Многочисленные жалобы на соматическое состояние, которые начались в возрасте до 30 лет и нескольких лет сохраняются.
2. Настойчивые требования медицинской помощи сочетаются со значительными нарушениями в сферах деятельности.
3. Жалобы на болевые ощущения, связанные, по меньшей мере, с 4 органами, частями тела или функциями.
4. Не менее 2 симптомов, связанных с функцией желудочно-кишечного тракта.
5. Не меньше 1 симптома, связанного с расстройством сексуальной сферы или репродуктивной функции, помимо боли.
6. Не менее 1 симптома или нарушения, напоминающего неврологическое заболевание.

10.

1. Боль в одной или нескольких частях тела, требующая медицинского вмешательства.
2. Боль вызывает значительное напряжение или нарушение жизнедеятельности.
3. Психологические факторы способны сыграть важную роль в возникновении, тяжести, усилении или сохранении боли.

11.

1. Устойчивое или периодическое переживание отчуждения своих психических процессов или своего тела
2. Расстройство вызывает психическое напряжение или нарушение в сферах жизнедеятельности

12.

1. Периодическая утрата контроля над своими агрессивными побуждениями.
2. Непропорциональность степени агрессивности, обусловившим ее психологическим причинам.

13.

1. Отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества.
2. Неустойчивые и бурные межличностные отношения с колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой.

3. Выраженная и длительно сохраняющаяся нестабильность в представлении о самом себе или в самооценке.
4. Импульсивность по меньшей мере в двух сферах деятельности.
5. Тенденция к самопоражению, включая суицидальные попытки или угрозы.
6. Выраженная склонность к колебаниям настроения.
7. Постоянное ощущение опустошенности.
8. Неадекватная гневливость или трудности при ее сдерживании.

14.

1. Неспособность соблюдать принятые в обществе нормы поведения и вести себя в соответствии с законом.
2. Склонность ко лжи, частые повторные обманы окружающих ради личной выгоды или удовольствия, игнорирование чужих интересов.
3. Импульсивность поступков или неспособность к планированию.
4. Раздражительность или агрессивность (повторные драки или нападения).
5. Безрассудное игнорирование личной безопасности и безопасности окружающих.
6. Безответственное отношение к своим обязанностям, неспособность сосредоточиться на выполнении работы, нарушения финансовых обязательств.
7. Неспособность к сочувствию, равнодушие, стремление рационалистически объяснить свои поступки.

15.

1. Безосновательные подозрения, что окружающие используют, обманывают или причиняют вред.
2. Озабоченность сомнениями в лояльности или надежности друзей или коллег.
3. Нежелание доверять другим из-за необоснованного страха, что информация будет использована против него.
4. Поиски скрытого смысла или угроз в высказываниях окружающих или событиях.
5. Устойчивое недоброжелательное отношение к окружающим, неспособность прощать обиды или неуважение.
6. Ложное убеждение, что кто-то угрожает репутации и немедленная реакция на это в виде злобы или агрессии.
7. Периодические необоснованные сомнения в верности супруга или сексуального партнера.

16.

1. Идеи отношения.
2. Необычные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и не соответствующие нормам данной субкультуры.
3. Необычные ощущения, включая иллюзии, связанные с собственным телом.
4. Странность мышления и речи (неопределенность, метафоричность или стереотипность, обстоятельность).
5. Подозрительность.
6. Неадекватность или обеднение эмоций.
7. Странное или эксцентричное поведение или внешность.
8. Отсутствие близких друзей.
9. Чрезмерная тревожность при общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве.
10. Дискомфорт, связанный с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими.

17.

1. Ощущение дискомфорта в ситуациях, когда пациент не является объектом внимания.
2. Отношения с окружающими часто характеризуются неуместным проявлением сексуального обаяния во внешности или поведении.
3. Лабильность и поверхностность эмоциональных переживаний.
4. Постоянное использование собственной внешности для привлечения к себе внимания.
5. Чрезмерно выразительный, но недостаточно точный стиль речи.
6. Самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций.
7. Внушаемость, подверженность влиянию людей или обстоятельств.
8. Понимание межличностных отношений как более интимных, чем в действительности.

18.

1. Поглощенность деталями, правилами, списками, приказами, организацией или планированием в такой степени, что основная цель работы теряется.
2. Стремление к усовершенствованию, которое мешает завершить выполнение задания.
3. Чрезмерная занятость работой и достижением результатов до такой степени, что исключается возможность отдыха и дружеского общения.
4. Чрезмерная совестливость, скрупулезность, и отсутствие гибкости в вопросах морали, этики или нравственных ценностей.

5. Неспособность избавляться от изношенных или ненужных вещей, даже если они не связаны с сентиментальными воспоминаниями.
6. Нежелание делить ответственность или работу с другими, если другие не выполняют работу в полном соответствии с требованиями пациента.
7. Скупость в отношении себя или окружающих.
8. Ригидность и упрямство.

19.

1. Стремление избегать профессиональной деятельности, требующей общения с другими людьми, из-за опасения критики, неодобрения или недовольства.
2. Нежелание вступать в контакт с людьми, если есть подозрения, что они не будут испытывать к нему чувство симпатии или любви.
3. Сдержанность в интимных отношениях из-за страха перед упреками или насмешками со стороны партнера.
4. Обеспокоенность возможностью критического отношения и неодобрения со стороны окружающих.
5. Подавление эмоций при общении с незнакомыми людьми из-за чувства собственной неполноценности.
6. Как правило, нежелание брать на себя ответственность или участвовать в новых видах деятельности из-за опасения оказаться в затруднительном положении.

20.

1. Трудности с принятием решений в повседневной жизни без помощи или убеждения со стороны.
2. Стремление перекладывать на других ответственность за решение задач в большинстве основных жизненных сфер.
3. Трудности при выражении несогласия с другими из-за страха утраты поддержки или одобрения.
4. Трудности в начинании новых дел или при выполнении самостоятельных действий из-за отсутствия уверенности в себе.
5. Чрезмерное стремление к заботе или поддержке со стороны окружающих.
6. Ощущение дискомфорта и беспомощности в одиночестве из-за преувеличенного страха перед неспособностью позаботиться о себе.
7. В случае утраты близких отношений немедленное возникновение потребности найти новую тесную связь, как источник заботы и поддержки.
8. Боязнь быть покинутые на произвол судьбы.

21.

1. Пассивное сопротивление решению социальных и профессиональных задач.
2. Жалобы на недопонимание и недооценку со стороны окружающих.
3. Угрюмость и склонность вступать в споры.
4. Беспричинная критика в отношении авторитетных лиц или презрение к ним.
5. Выражение зависти и злобы в отношении тех, кто более удачлив.
6. Склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья.
7. Чередование непокорности и раскаяния.

22.

1. Нежелание иметь близкие отношения с окружающими, отсутствие радости от таких отношений, включая отношения с членами семьи.
2. Выбор только индивидуальной деятельности.
3. Сниженный интерес или его отсутствие к сексуальным отношениям.
4. Ограниченный круг деятельности или полное отсутствие интереса к какой-либо деятельности.
5. Отсутствие близких друзей или приятелей.
6. Равнодушие к похвале или критике.
7. Эмоциональная холодность, обособленность, отчуждение или оскудение эмоций.

23.

1. Ухудшение запоминания новой информации, забывчивость в привычных занятиях.
2. Замедление скорости мыслительных процессов, трудности при счете.
3. Затруднения концентрации внимания, повышенная отвлекаемость.
4. Снижение способности контролировать эмоции, быстрая смена настроения.
5. Периодические эпизоды снижения двигательной активности или гиперактивности.
6. Актуализация воспоминаний прошедших событий в мельчайших деталях, при ухудшении запоминания текущих.

ФИО _____ № истории болезни _____ Дата
обследования _____