**НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**F40.1 Социальные фобии**

Социальные фобии часто начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. В отличие от большинства других фобий, социальные фобии одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом) или диффузными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Важным может быть страх рвоты в обществе. В некоторых культурах особенно пугающим может быть прямое столкновение с глазу на глаз. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, при этом иногда пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой; симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак. Часто значительно выражено избегание этих ситуаций, что в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

**Диагностические указания:**

Для постановки достоверного диагноза должны быть удовлетворены все нижеперечисленные критерии:

а) психологические, поведенческие или вегетативные симптомы должны быть проявлением прежде всего тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;

б) тревога должна быть ограничена только или преимущественно определенными социальными ситуациями;

в) избегание фобических ситуаций должно быть выраженным признаком.

Дифференциальный диагноз:

Часто выражены и агорафобия и депрессивные расстройства, и они могут способствовать тому, что больной становится прикованным к дому. Если дифференциация социальной фобии и агорафобии представляет затруднения, агорафобию следует кодировать в первую очередь как основное расстройство; не следует ставить диагноз депрессии, если только не выявляется полный депрессивный синдром.

Включаются: антропофобия; социальный невроз.

**F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)**

Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы варьируют у разных больных, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья. головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства довольно вариабельны. В панической атаке больные часто испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые приводят к тому, что больные торопливо покидают место, где находятся. Если подобное возникает в специфической ситуации, например, в автобусе или в толпе, больной может впоследствии избегать эту ситуацию. Аналогично, частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх оставаться одному или появляться в людных местах. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки.

Диагностические указания:

В этой классификации паническая атака, возникающая в установленной фобической ситуации, считается выражением тяжести фобии, которая в диагностике должна быть учтена в первую очередь. Паническое расстройство должно быть диагностировано как основной диагноз только при отсутствии любой из фобий в F40.-.

Для достоверного диагноза необходимо, чтобы несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении периода около 1 месяца:

а) при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой;

б) атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;

в) между атаками состояние должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения является обычной).

Дифференциальный диагноз:

Паническое расстройство необходимо отличать от панических атак, возникающих как часть установленных фобических расстройств, как уже отмечено. Панические атаки могут быть вторичными по отношению к депрессивным расстройствам, особенно у мужчин, и если также выявляются критерии депрессивного расстройства, паническое расстройство не должно устанавливаться как основной диагноз.

Включаются: панический приступ; паническая атака; паническое состояние.

Исключается: паническое расстройство с агорафобией (F40.01).

**F41.1 Генерализованное тревожное расстройство**

Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (то есть она является "нефиксированной"). Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы очень вариабельны, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом. Течение различно, но имеются тенденции к волнообразности и хронификации.

Диагностические указания:

У больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период по крайней мере несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев.

Эти симптомы обычно включают:

а) опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);

б) моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);

в) вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

У детей могут быть выраженными потребность быть успокаиваемыми и рецидивирующие соматические жалобы.

Транзиторное появление (на несколько дней) других симптомов, особенно депрессии, не исключает генерализованного тревожного расстройства как основного диагноза, но больной не должен соответствовать полным критериям депрессивного эпизода (F32.-), фобического тревожного расстройства (F40.-), панического расстройства (F41.0), обсессивно-компульсивного расстройства (F42.х).

Включаются: тревожное состояние; тревожный невроз; невроз тревоги; тревожная реакция. Исключается: неврастения (F48.0).

**F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство**

Эта смешанная категория должна использоваться, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы оправдать диагноз. Если имеется тяжелая тревога с меньшей степенью депрессии, используется одна из других категорий для тревожных или фобических расстройств. Когда присутствуют депрессивные и тревожные симптомы, и они достаточно выражены для раздельной диагностики, тогда должны кодироваться оба диагноза, а настоящая категория не должна использоваться; если из практических соображений можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение. Должны иметь место некоторые вегетативные симптомы (такие как тремор, сердцебиение, сухость во рту, бурление в животе и пр.), даже если они непостоянны; не используется эта категория если присутствует только беспокойство или чрезмерная озабоченность без вегетативных симптомов. Если симптомы, отвечающие критериям этого расстройства, возникают в тесной связи со значимыми жизненными переменами или стрессовыми событиями жизни, тогда используется категория F43.2х, расстройство приспособительных реакций.

Пациенты с такой смесью сравнительно легких симптомов часто наблюдаются при первичном обращении, но их гораздо больше существует в населении, не попадающих во внимание медиков.

Включается: тревожная депрессия (легкая или неустойчивая).

Исключается: хроническая тревожная депрессия (дистимия) (F34.1).

**/F45/ Соматоформные расстройства**

Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности; это может иметь место даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов. Достижимая степень понимания причин симптоматики часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача.

При этих расстройствах часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований.

Дифференциальный диагноз:

Дифференциация от ипохондрического бреда обычно основывается на внимательном рассмотрении случая. Хотя идеи больного сохраняются длительно и кажутся противоречащими здравому смыслу, степень убежденности обычно снижается в какой-то мере и на короткое время под влиянием аргументации, успокоения и проведения новых обследований. Кроме того, наличие неприятных и пугающих физических ощущений может рассматриваться как культурально приемлемое объяснение развития и сохранения убежденности в физическом заболевании. Исключаются:

диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.-);

выдергивание волос (F98.4);

лепетная речь (F80.0);

детская форма речи (лепет) (F80.0);

шепелявая речь (F80.88);

сюсюканье (F80.88);

кусание ногтей (F98.8);

психологические и/или поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54);

сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F52.-); сосание пальца (F98.8);

тики (в детском и подростковом возрасте) (F95.-);

синдром Жилль де ла Туретта (F95.2);

трихотилломания (F63.3).

**F45.0 Соматизированное расстройство**

Основным признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. Большинство пациентов прошли длительный и сложный путь, включая первичную и специальную медицинскую службу, в ходе которого были получены негативные результаты обследований и могли быть выполнены бесполезные операции. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота и т.д.), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т.д.). Нередки сексуальные и менструальные жалобы.

Часто обнаруживается отчетливая депрессия и тревоги. Это может оправдать специфическое лечение.

Течение расстройства хроническое и флюктуирующее, часто сочетается с длительным нарушением социального, межперсонального и семейного поведения. Расстройство значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и часто начинается в молодом возрасте.

Нередко обнаруживается зависимость или злоупотребление лекарственными препаратами (обычно седатиками или анальгетиками) как следствие частых медикаментозных курсов.

Диагностические указания:

Достоверный диагноз требует наличия всех нижеприведенных признаков:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и вариабельных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;

б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов, и отказ следовать их советам;

в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Дифференциальный диагноз:

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

а) Соматические расстройства.

Вероятность появления независимого соматического расстройства у таких больных не ниже, чем у обычных людей в том же возрасте. Особое внимание в случае смены акцентов в жалобах больных или их стабильности, когда нужно продолжение обследований.

б) Аффективные (депрессивные) и тревожные расстройства.

Депрессия и тревога различной степени часто сопровождают соматизированные расстройства, однако их не следует описывать отдельно за исключением тех случаев, когда они достаточно явны и стабильны для того, чтобы оправдать собственный диагноз. Появление множественных соматических симптомов в возрасте после 40 лет может свидетельствовать о манифестации первичного депрессивного расстройства.

в) Ипохондрическое расстройство.

При соматизированном расстройстве акцент делается на самих симптомах и их индивидуальном проявлении, тогда как при ипохондрическом расстройстве внимание направлено больше на наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса, а также его инвалидизирующих последствий. При ипохондрическом расстройстве пациент чаще просит об обследовании для того, чтобы подтвердить природу предполагаемой болезни, тогда как пациент с соматизированным расстройством просит о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы. При соматизированном расстройстве обычно имеется избыточное употребление препаратов, тогда как пациенты с ипохондрическим расстройством опасаются лекарств, их побочных эффектов и ищут поддержки и успокоения за счет частых визитов к различным врачам.

г) Бредовые расстройства (такие как шизофрения с соматическим бредом и депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями).

Причудливые особенности идей, сочетающиеся с меньшим их числом и более постоянной природой соматических симптомов наиболее типичны для бредовых расстройств. Недлительное (менее 2-х лет) и менее выраженное по интенсивности сочетание симптомов лучше квалифицировать в качестве недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1). Включаются: синдром множественных жалоб; множественное психосоматическое расстройство. Исключается: симуляция болезни (сознательная симуляция) (Z76.5).

**F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство**

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, вариабельны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается. Например, может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования. Основания для предположения психологической обусловленности могут иметь место, а могут и отсутствовать, но не должно быть соматических оснований для психиатрического диагноза. Если все-таки существует отчетливая вероятность соматического расстройства, лежащего в основе жалоб, или если ко времени диагностического кодирования психиатрическое обследование еще не завершено, то следует использовать другие категории из соответствующих Классов МКБ-10.

Дифференциальный диагноз:

Как и для полного синдрома соматизированного расстройства.

Включается: недифференцированное психосоматическое расстройство.

**F45.2 Ипохондрическое расстройство**

Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больными как анормальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, тем не менее, степень убежденности в наличии заболевания обычно меняется от консультации к консультации, причем пациент считает более вероятным то одно заболевание, то другое. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное.

Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, которые могут оправдывать установление дополнительного диагноза. Расстройство редко впервые проявляется в возрасте после 50 лет, а симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Не должно быть устойчивого бреда, тема которого касается функций или формы тела. Здесь должны кодироваться страхи наличия одного или более заболеваний.

Этот синдром встречается как у мужчин, так и у женщин, а особые наследственные характеристики здесь отсутствуют (в отличие от соматизированного расстройства).

Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или непсихиатрических медицинских служб. Обращение к психиатру часто отвергается, если только его не удается осуществить на ранних этапах в результате тактичного взаимодействия между врачом-непсихиатром и психиатром. Степень нарушения продуктивности очень разнообразна. Некоторые больные в результате имеющейся у них симптоматики главенствуют в семье и манипулируют ею, а также социальными структурами и лишь небольшая часть пациентов функционирует нормально.

*Диагностические указания:*

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обусловливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;

б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обусловливающей их симптомы.

Следует отметить:

В ряде случаев на первый план выходит стремление к преодолению "недуга" либо с помощью "подбора" собственных мер оздоровления организма, включающих физические нагрузки, не соответствующие медицинским рекомендациям виды диет, самостоятельное лечение различными медикаментозными средствами и др., либо изменение всего жизненного уклада с формированием особого щадящего режима ("сверхценная ипохондрия").\*\*\*

*Дифференциальный диагноз*:

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

*а) Соматизированное расстройство.*

Для больных важнее само заболевание и его последствия, чем отдельные симптомы. При ипохондрическом расстройстве более вероятна озабоченность больного одним или двумя возможными соматическими расстройствами, которые постоянно фигурируют в беседе с ним, тогда как более вариабельные и встречающиеся в большем количестве предположения о природе вероятного заболевания более характерны для соматизированного расстройства. При ипохондрическом расстройстве не отмечается отчетливых половых различий по частоте их регистрации, а также каких-либо особых семейных случаев.

*б) Депрессивные расстройства.*

В случае, если депрессивные проявления особенно заметны и они предшествуют формированию ипохондрических идей, депрессивное расстройство расценивается как первичное.

*в) Бредовые расстройства.*

Убежденность в наличии соматического заболевания при ипохондрическом расстройстве не обладает той устойчивостью, которая характерна для депрессивных и шизофренических расстройств, сопровождающихся соматическим бредом. Расстройства, при которых пациенты убеждены, что у них неприятная внешность или неправильное телосложение, должны относиться к рубрике "бредовое расстройство" (F22.- ).

*г) Тревожные и панические расстройства.*

Соматические проявления тревоги иногда интерпретируются пациентами как признаки тяжелого соматического заболевания, одна ко при этих расстройствах пациентов обычно легко успокоить, дав им соответствующие физиологические объяснения, причем убежденность в наличии соматической болезни не формируется.

Включаются:

расстройство, выражающееся в озабоченности собственным здоровьем;

дисморфофобия (небредовая);

ипохондрический невроз;

ипохондрия;

нозофобия.

Исключаются:

"ипохондрия здоровья" (F43.8);

бредовая дисморфофобия (F22.88);

"ограниченная (circumscripta) ипохондрия" (F45.4);

ипохондрия персекуторная (F23.8х);

бред, фиксированный на функционировании или внешнем виде собственного тела (F22.88).

**/F45.3/ Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы**

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, то есть сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной системы. (Сюда частично относится и мочеполовая система). Наиболее частые и яркие примеры относятся к сердечнососудистой системе ("невроз сердца"), дыхательной системе (психогенная одышка и икота) и желудочно-кишечной системе ("невроз желудка" и "нервный понос").

Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы. Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор.

Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

*Диагностические указания:*

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе; в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и разуверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном: нарушении данного органа или системы.

*Дифференциальный диагноз:*

Дифференциация от генерализованного тревожного расстройства основывается на преобладании психологических компонентов вегетативного возбуждения при генерализованном тревожном расстройстве, таких как страх и тревожные предчувствия, а также отсутствии постоянного отнесения других симптомов к определенному органу или системе. Вегетативные симптомы могут возникать и при соматизированных расстройствах, но по сравнению с рядом других ощущений они не обладают ни выраженностью, ни постоянством и также не приписываются все время к одному органу или системе.

Включаются:

кардиальный невроз;

синдром да Коста;

гастроневроз;

нейроциркуляторная астения;

психогенная форма аэрофагии;

психогенная форма кашля;

психогенная форма диареи;

психогенная форма диспепсии;

психогенная форма дизурии;

психогенная форма метеоризма;

психогенная форма икоты;

психогенная форма глубокого и частого дыхания;

психогенная форма мочеиспускания;

психогенная форма раздраженного кишечника;

психогенная форма пилороспазма.

Исключаются: психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54).

Пятый знак используется для выделения отдельных расстройств этой группы с указанием органа или системы, которые рассматриваются больным в качестве источника симптоматики.

F45.30 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечнососудистой системы

Включаются: невроз сердца;

синдром да Коста;

нейроциркуляторная астения.

F45.31 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочнокишечного тракта

Включаются: невроз желудка; психогенная аэрофагия; икота; диспепсия; пилороспазм.

F45.32 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочнокишечного тракта

Включаются: психогенный метеоризм; синдром раздраженного кишечника; синдром газовой диареи.

F45.33 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания

Включаются: психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов Включаются: психогенное повышение частоты мочеиспускания; психогенная дизурия.

F45.38 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов

**F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство**

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Результатом обычно является отчетливое усиление поддержки и внимания со стороны отдельных лиц, либо медиков.

Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются по шифру F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках), плюс дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень G43.-).

Следует отметить:

В ряде случаев состояние упорной соматоформной боли сопровождаются сверхценным стремлением к преодолению патологических телесных сенсаций за счет разработки собственных методов лечения, отличающихся вычурностью и бруталь- Российское общество психиатров (РОП) – psychiatr.ru К оглавлению 171 ностью, и в выраженных случаях может вызывать различной степени аутоагрессию ("ограниченная (circumscripta)ипохондрия").\*\*\*

Дифференциальный диагноз:

Наиболее часто приходится дифференцировать это расстройство с истерической переработкой органической боли. Пациенты с болями органического происхождения, у которых еще нет определенного соматического диагноза, могут легко становиться пугливыми или обиженными, что в свою очередь приводит к формированию поведения, ориентированного на поиск внимания. Различные боли весьма часты при соматизированном расстройстве, но при этом они не выделяются по своей силе и постоянству среди других жалоб.

Включаются:

психалгия;

психогенная боль в спине;

психогенная головная боль;

"ограниченная (circumscripta) ипохондрия";

соматоформное болевое расстройство.

Исключаются:

боль в спине БДУ (M54.9);

боль БДУ (R52.9);

боль острая (R52.0);

боль хроническая (R52.2);

боль неустранимая (R52.1);

головная боль напряженного типа (G44.2).

**F45.8 Другие соматоформные расстройства.**

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела; это контрастирует с множественностью и изменчивостью интерпретаций происхождения симптомов и эмоциональных расстройств, обнаруживаемых при соматизированном расстройстве (F45.0) и недифференцированном соматоформном расстройстве (F45.1). Повреждений тканей при этом не имеется.

Сюда же следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами или приводят к значительно возрастающему вниманию к пациенту либо со стороны отдельных лиц, либо медиков. Ощущения разбухания, движений по коже и парестезий (покалывание и/или онемение) представляют собой частые примеры.

Сюда следует включить следующие типы расстройств:

а) "истерический ком" (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию), а также другие формы дисфагии;

б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (но исключая синдром Жилль де ла Туретта);

в) психогенный зуд (но исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или уртикарию психогенного генеза (F54));

г) психогенную дисменорею (но за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);

д) скрежетание зубами.

Включаются:

психогенная дисменорея;

психогенная дисфагия,

включая globus hystericus;

психогенный зуд;

психогенная кривошея; с

крежетание зубами.

**F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное**

Включаются:

неуточненное психофизиологическое расстройство; психосоматическое расстройство БДУ.

**/F48/ Другие невротические расстройства**

**F48.0 Неврастения**

Картина этого расстройства подвержена значительным культуральным вариациям; существуют два основных типа, которые имеют много общего.

При первом типе основным симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы, часто проявляется снижение профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах. Умственная утомляемость обычно описывается как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и непродуктивное мышление. При другом типе основным является физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий, сопровождающаяся чувством боли в мускулах и невозможность расслабиться. При обоих типах обычными являются и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружение, тензионные головные боли и чувство общей неустойчивости. Обычна также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония (потеря чувства радости, наслаждения) и небольшие степени подавленности и тревожности. Часто нарушены начальные и промежуточные фазы сна, однако выраженной может быть и гиперсомния.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются следующие признаки:

а) постоянные жалобы на повышенную утомляемость после умственной работы или жалобы на слабость в теле и истощение после минимальных усилий;

б) по крайней мере два из следующих симптомов:

ощущение мускульных болей, головокружение, тензионная головная боль, нарушение сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсия;

в) любые имеющиеся вегетативные или депрессивные симптомы не настолько продолжительны и тяжелы, чтобы соответствовать критериям более специфических расстройств, описываемых в данной классификации.

*Дифференциальный диагноз:*

Во многих странах диагноз "неврастения" используется редко. Многие подобные диагнозы, выставленные в прошлом, соответствовали бы существующим в настоящее время критериям депрессивного или тревожного расстройства. Однако есть и такие случаи, которые больше соответствуют описанию неврастении, чем любого другого невротического синдрома, и в одних странах такие случаи встречаются, видимо, чаще, в других реже. Если предполагается наличие у пациента неврастении, прежде всего необходимо исключить депрессивное заболевание или тревожное расстройство. Отличительной чертой синдрома являются жалобы пациента на утомляемость и слабость и его озабоченность по поводу снижения умственной и физической работоспособности (в отличие от соматоформных расстройств, где в клинической картине преобладают жалобы на физическое заболевание). Если неврастенический синдром появляется после физического заболевания (особенно гриппа, вирусного гепатита или инфекционного мононуклеоза), следует отметить и предшествующий неврастении диагноз.

*Следует отметить:*

Выделенные подтипы в случаях преобладания жалоб на умственную утомляемость и при наличии объективно выявляемых признаков снижения психической продуктивности необходимо дифференцировать с псевдоневрастеническими состояниями, обусловленными аффективным расстройством (астенической депрессией), а также с астеническими проявлениями "бедной симптомами" шизофрении (F21.5).\*\*\*

Включается:

синдром утомляемости.

Исключаются:

астения БДУ (R53);

опустошенность (состояние истощения жизненных сил) (Z73.0);

послевирусный синдром утомляемости (G93.3);

недомогание и утомляемость (R53);

психастения (F48.8).