WORLD HEALTH ORGANIZATION

Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents

CAMBRIDGE
UNIVERSITY PRESS
1996

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте

Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10

Москва
«Смысл»

2003

С.-Петербург
«Речь»

УДК 159.94
ББК 88

Перевод на русский язык
О.Ю. Донец

Научное редактирование и предисловие
А.Н. Моховикова

Вступительная статья А.А. Северного

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. — 407 с.

ISBN 0-521-58133-8 (англ.)
ISBN 5-89357-138-X («Смысл»)
ISBN 5-9268-0194-X

© World Health Organization, 1996.
© Изд-во «Смысл», перевод на русский язык, 2003.
© Изд-во «Речь», 2003.

Содержание

Перспективы многоосевой диагностики в детской психиатрии. *А.А. Северный* 8

Предисловие научного редактора. *А.Н. Моховиков* 13

Благодарности 15

Введение. *М. Раттер* 16

Принципы многоосевого подхода 17

Как использовать руководство — общие сведения 19

Ось I: Клинические психопатологические синдромы 20

Ось II: Специфические расстройства психического развития 22

Ось III: Уровень интеллекта 23

Ось IV: Соматические состояния 23

Ось V: Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации 24

Ось VI: Общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности 25

Ось I (Клинические психопатологические синдромы) 27

Список категорий 27

XX Без признаков психических нарушений 27

F84 Общие расстройства развития 31

F90—F98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте 41

F00—F09 Органические, в том числе симптоматические психические расстройства 81

F10—F19 Психические и поведенческие расстройства, обусловленные потреблением психоактивных веществ 84

F20—F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства 91
F30—F39 (Аффективные) расстройства настроения 122
F40—F48 Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства 146
F50—F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами 200
F60—F69 Расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых 226
F99 Неуточненное психическое расстройство и проблемы, не соответствующие критериям какого-либо специфического психического расстройства 250

Ось II (Специфические расстройства психического развития) 251
Список категорий 251
XX Без психических расстройств 251
F80 Специфические расстройства развития речи 251
F81 Специфические расстройства развития школьных навыков 261
F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций 272
F83 Смешанные специфические расстройства развития 274
F88 Другие расстройства психического развития 274
F89 Расстройство психического развития, неуточненное 274

Ось III (Уровень интеллекта) 275
XX Уровень интеллекта в пределах нормы 275
F70 Легкая умственная отсталость 278
F71 Умеренная умственная отсталость 279
F72 Тяжелая умственная отсталость 281
F73 Глубокая умственная отсталость 281
F78 Другие виды умственной отсталости 282
F79 Неуточненная умственная отсталость 282

Ось IV (Соматические состояния МКБ-10, часто сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами) 283

Ось V (Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации) 310
Список категорий 310
00 Отсутствие значительного искажения или неадекватности психосоциального окружения 316
1 Аномальные отношения в семье 316
2 Психическое расстройство, отклонение или физический недостаток в группе первичной поддержки ребенка 325
3 Неадекватное или искаженное общение в семье 330
4 Аномальные качества воспитания 332
5 Аномалии ближайшего окружения 345
6 Неблагоприятные события жизни 354
7 Социальные стрессовые события 366
8 Хронический межличностный стресс, связанный с учебой/работой 368
9 Стрессовые события/ситуации, обусловленные расстройством/дисфункцией у ребенка 372

Ось VI (Общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности) 375
0 Отличное/хорошее социальное функционирование 376
1 Удовлетворительное социальное функционирование 376
2 Легкое нарушение социальной продуктивности 376
3 Умеренное нарушение социальной продуктивности 376
4 Серьезное нарушение социальной продуктивности 376
5 Серьезное общее нарушение социальной продуктивности 377
6 Неспособность к продуктивному функционированию в большинстве областей 377
7 Тяжелое общее нарушение социальной продуктивности 377
8 Глубокое общее нарущение социальной продуктивности 377

Предметный указатель 378

Перспективы многоосевой диагностики в детской психиатрии

Предлагаемая вниманию читателя книга, несомненно, представляет значительный интерес для российских специалистов, причин чему несколько.

Во-первых, освоение в отечественной детской психиатрии МКБ-10 находится лишь на начальном этапе, и многим детско-подростковым психиатрам, «воспитанным» на нозологической парадигме предшествующей классификации, все еще трудно «втиснуть» свои представления о диагностике психических расстройств в систематику, лишенную по сути принципа течения заболевания, его исхода и прогноза, основанную на одномоментной фиксации состояния больного, на сугубо формализованных критериях диагностической оценки состояния (в частности, необходимости набора определенного количества признаков независимо от диагностического «веса» того или иного признака).

Во-вторых, сама идея многоосевой диагностики представляется чрезвычайно плодотворной особенно в детской психиатрии, поскольку психические расстройства, отклонения в поведении и развитии в детском возрасте, связанные с ними нарушения соматического здоровья, социального функционирования, коммуникативности, уровня и структуры средовой адаптации, их динамика и прогноз чрезвычайно многофакторны, тесно взаимосвязаны, взаимно влияют друг на друга и должны учитываться комплексно, во всем указанном многообразии при формировании тактики лечения, коррекции и реабилитации. В связи с этим представляется важным и плодотворным, хотя и требующим дальнейшего обсуждения и развития, включение в предлагаемую классификацию Оси IV: соматические состояния МКБ-10, часто связанные с психическими и поведенческими расстройствами), Оси V: сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации и Оси VI: общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности. Особенно хочется в связи с этим подчеркнуть значение Оси V, т.к. необходимо признать, что

наша детская психиатрия на сегодня останется практически «внесемейной» — и подготовка кадров для службы психического здоровья детей и подростков, и сама организация этой службы (хотя понятие «службы» мы применяем условно, т.к. соответствующей службы как таковой у нас просто не существует) не подразумевают обязательного учета и активного включения в систему помощи психически больному ребенку его ближайшего семейного окружения, что на нынешнем уровне развития детской психиатрии выглядит нонсенсом.

В-третьих, что представляется нам особенно значимым, внедрение такого рода многоосевой диагностики может послужить существенным образовательным моментом для молодых детских психиатров, лишь начинающих свою практическую деятельность. Поскольку приходится с сожалением констатировать, что внешняя «легкость» диагностирования по МКБ-10 (набрал нужное количество признаков, «подогнал» больного ребенка под соответствующую рубрику — и нет необходимости более глубокого анализа его состояния и сопутствующих ему факторов) не способствует критическому осмыслению собственного клинического опыта, не побуждает к углубленному психопатологическому анализу и поиску и не дает достаточного набора опорных признаков для лечебно-коррекционной и реабилитационной работы.

Наконец, освоение подобной классификации позволит под новым углом строить отечественные клинико-психопатологические и коррекционно-реабилитационные исследования в детской психиатрии, делая их соотносимыми с соответствующими зарубежными работами, позволяя объективизировать (или, по крайней мере, формализовать), в частности, клинические психофармакологические исследования, включая в оценку действия препаратов не только симптоматический аспект, но и аспекты развития, социальной адаптации, качества жизни больного ребенка и его семьи и т.п.

Прежде чем перейти к характеристике содержательной части работы, следует сделать некоторые замечания по качеству перевода, которые, возможно, следует учесть при ее переиздании. В частности, буквальное следование английскому тексту во вступлении, написанном М. Раттером, создает некоторые трудности для восприятия смысла. И основное: многие рубрики с описанием отдельных синдромов и состояний полностью повторяют нормативный перевод МКБ-10, 1992 г., изданный под эгидой ВОЗ, и вряд ли имеет смысл как-то модифицировать этот перевод, целесообразней полностью использовать хорошо знако-

мый специалистам текст, с тем чтобы не вызывать каких-то возможных разночтений. К примеру, при описании «другого дезинтегративного расстройства детского возраста» (F84.3), «диагностические критерии» в издании 1992 г. — «Диагноз основывается на явно (подчеркнуто нами — *А.С.*) нормальном развитии до возраста, по крайней мере, 2-х лет...», а в данном издании — «Диагноз устанавливается на основании внешне (подчеркнуто нами — *А.С.*) нормального развития до возраста, по крайней мере, двух лет...», что, очевидно, совсем не однозначно.

С одной стороны, следует согласиться с М. Раттером, что данная классификация является «атеоретической», т.к. она носит сугубо статистический прагматический характер, но с другой — следует признать, что под такого рода подходом лежит сформулированная классиками детской психиатрии теория неразрывной связи проявлений и течения расстройств психики, развития, поведения у детей со всем комплексом биологических, эволютивных, социальных, в первую очередь семейных, факторов.

Описание первых трех осей (клинические психопатологические синдромы, специфические расстройства психического развития и уровень интеллекта) практически полностью повторяет МКБ-10, что представляется естественным, поскольку издание является развитием действующей классификации Всемирной Организации Здравоохранения. С другой стороны, если говорить все же о специфически «детской» классификации, при дальнейшей работе в данном направлении было бы весьма целесообразно отразить в изложении «взрослых» синдромов и состояний те особенности, которые свойственны проявлениям данных расстройств именно у детей, в различные возрастные периоды (тот же М. Раттер посвятил множество работ особенностям аффективной патологии у детей и подростков). В частности, к примеру, следовало бы указать, что у детей и подростков синдром зависимости от психоактивных веществ в большинстве случаев, является «фасадным», скрывая ту или иную «базисную» психическую патологию, во всяком случае на первых этапах формирования и развития такой зависимости, что хорошо известно наркологам, работающим с данными группами больных[1]. Хорошо

[1] Здесь хотелось бы попутно указать, что в МКБ-10 отсутствует понятие «злоупотребления» психоактивными веществами, почему-то широко используемое отечественными наркологами, но, с нашей точки зрения, в отношении детей и подростков лишенное какого-либо смысла.

известны особенности проявлений в детском возрасте шизофрении и многих других заболеваний и патологических состояний. Суть здесь в том, что диагностические критерии, применимые к взрослым больным, не всегда и не однозначно применимы к больным детского и подросткового возраста.

Не совсем ясно, почему в МКБ-10 синдром Ландау-Клеффнера отнесен в рубрику «специфических расстройств речи» (F80.3), хотя по основным параметрам возникновения, течения и клиники соотносим с таким расстройством, как синдром Ретта в рубрике «общих расстройств развития» (F84), но это уже вопрос к МКБ-10 в целом.

Что касается оси IV: соматические состояния МКБ-10, часто сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами, то вызывает непонимание отсутствие в перечне заболеваний всех специфически детских инфекций, как правило, сопровождающихся разнообразной соматогенной психической патологией — от легкой постинфекционной астении до тяжелых психозов с помрачением сознания. То же можно сказать о поствакцинальных осложнениях, о таких достаточно распространенных в детском возрасте и сопряженных с психическими нарушениями кожных расстройствах, как нейродермит, различные формы алопеции и др. Очевидно, данный раздел требует более пристального рассмотрения и коррекции.

Наибольший интерес представляет Ось V: сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации. Важно подчеркнуть вслед за авторами необходимость очень осторожного, взвешенного подхода к оценке роли этих ситуаций в возникновении у ребенка психопатологических расстройств,-ни в коем случае не абсолютизируя психогенетическое значение таких ситуаций, но и тщательно оценивая возможность и степень их влияния. При этом следует учесть, что авторами не предполагается никаких объективизированных методических подходов к оценке ситуации, то есть речь идет о чисто субъективной рейтинговой оценке, диагностическая значимость которой, естественно, чрезвычайно относительна и подвержена колебаниям большой амплитуды в зависимости от личностных, средовых, культуральных и многих других условий. При этом неясно, как и должны ли вообще стандартизироваться условия диагностической оценки. К примеру, в диагностических критериях говорится о тех или иных проявлениях родительского отношения, но неясно, как получаются сведения об этом — путем наблюдения взаимодействия родителя с ребенком в естественных усло-

виях, беседы исследователя с родителем, сбора сведений от третьих лиц, применением специальных тестовых методик и пр. Совершенно очевидно, что сам метод получения сведений может кардинально влиять на оценку ситуации. В рамках предисловия мы не можем подробно останавливаться на данном разделе, т.к. он требует «постатейного» тщательного комментария. Тем не менее следует еще раз подчеркнуть, что сама постановка вопроса чрезвычайно важна и предложенная классификация требует широкой апробации с целью ее развития и усовершенствования. И можно лишь с сожалением отметить, что российские специалисты не были привлечены к клиническим испытаниям психосоциальной оси.

Ось VI: общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности — изложена кратко и, в отличие от предыдущих, никак не соотносится с МКБ-10. Оценочные критерии изложены крайне общо и в данном виде, очевидно, трудно применимы. Их использование требует апробации, конкретизации и развития на основе приобретаемого опыта.

А.А. Северный, кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник НЦ психического здоровья РАМН,
президент Ассоциации детских психиатров и психологов

Предисловие научного редактора

Систематика психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в МКБ 10-го пересмотра (ICD-10) подверглась существенным изменениям по сравнению с предыдущими классификациями. Прежде всего нужно отметить введение в клиническую практику детской и подростковой психиатрии многомерного подхода для описания и классификации *диагностических категорий*. Появились новые *диагностические категории*, произошло сужение границ шизофрении и устранение альтернативного разделения психических расстройств в соответствии с психотическим и невротическим уровнями реагирования. Последнее обстоятельство позволило более удовлетворительно представить расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте, которым в классификации выделены два больших раздела: F80—89 и F90—98.

Значительным достижением настоящей классификации является использование двух дополнительных осей, отсутствующих во «взрослом» варианте, а именно осей, позволяющих соответственно классифицировать сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации, которые могут играть роль факторов риска в возникновении психических расстройств, и проводить оценку нарушений психосоциальной продуктивности, появившихся в результате течения психического заболевания.

Еще одной, очень важной отличительной чертой новой систематики является ее стройность, обеспечивающаяся значительным увеличением числа кодов при использовании буквы для первого знака вместо цифры: при этом буква приобретает определенный концептуальный смысл, несмотря на то, что во введении профессор Майкл Раттер утверждает атеоретический характер классификации. Распределение психических расстройств в соответствии с категориями проводится не только на основании внешнего сходства клинической картины, но и по родственности происхождения состояний (например, психотических и непсихотических расстройств, возникших на органи-

чески обусловленной основе). В данной систематике значительно изменился и порядок диагностирования в силу введения более детальных описаний расстройств и четких диагностических критериев включения и исключения.

Бо́льшая часть функциональных и органических психических расстройств в МКБ-10 представлена в виде синдромальных категорий. Важно упомянуть, что диагностические категории в настоящей классификации могут иметь отношение как к актуальному состоянию больного, так и к течению болезни в целом (например, шизотипическое расстройство или нарушения психического развития). В силу этого в классификации для полноты диагностического охвата рекомендуется при необходимости использовать одновременно два кода или более.

В процессе работы над русским переводом мы старались по возможности соблюсти особенности оригинальной англоязычной терминологии в целях сохранения клинического смысла диагностических категорий. Естественно, некоторые из них выглядят и звучат непривычно. Однако опыт клинического испытания МКБ-10 в России и Украине показывает, что применение ее диагностических категорий не вызывает непреодолимых трудностей при условии их предварительной и внимательной проработки заинтересованными специалистами.

Систематизация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков предназначается, в первую очередь, для статистических нужд и должна на равных правах существовать в одном клиническом поле с иными оригинальными психиатрическими классификациями, сохраняющими свое значение в научных исследованиях и практической деятельности.

А.И. Моховиков, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры клинической психологии
Института последипломного образования
Одесского национального университета
им. И.И. Мечникова

Благодарности

Свой вклад в разработку классификации психических и поведенческих расстройств в МКБ-10 внесло много людей и организаций, в том числе имеющие отношение к детской и подростковой психиатрии. Клинические испытания проводились почти в 40 странах, и предпринятые усилия достойно оценены в полных публикациях ВОЗ, которые представляют данную классификацию. Однако, учитывая, что настоящая публикация является первой, в которой представлена Ось V с глоссарием и диагностическими критериями, следует отметить значительный вклад, внесенный рабочей группой ВОЗ, состоящей из д-ра Герваи Гоор-Ламбо, профессора Фрица Пустка и профессора сэра Майкла Раттера. Центры, проводившие клинические испытания психосоциальной оси, перечислены в конце соответствующего раздела. Д-р Джон Орли, сотрудник программы психического здоровья ВОЗ, осуществлял общее руководство координацией работы над этой многоосевой классификацией.

Введение

Около двадцати пятн лет назад на семинаре Всемирной организации здравоохранения были представлены данные, свидетельствующие о полезности многоосевого подхода для классификации психических расстройств у детей (*Rutter, Lebovici, Eisenberg et al.*, 1969). В то время были предложены три оси: клинические психопатологические синдромы, уровень интеллектуального функционирования и сопутствующие или этиологические факторы (соматические или относящиеся к окружающей среде). В дальнейшем было предложено разделить последнюю ось на две части. В 1975 году ВОЗ опубликовала отчет о пробном использовании этих четырех осей, три из которых были взяты из Международной классификации болезней 8-го пересмотра (МКБ-8) (*Rutter, Shaffer, Shepherd*, 1975). Проведенные клинические испытания показали увеличение надежности классификации при использовании предложенных осей. Несколько позже, в 1975 году, многомерная модель была введена в клиническую практику в Великобритании с добавлением еще одной оси для обозначения специфических нарушений развития, которые ранее относились к «биологическим факторам». Эта модель базировалась на недавно введенной МКБ-9, включавшей сравнительно простой список сопутствующих психосоциальных ситуаций. Последовавшие исследования показали, что надежность психосоциальной оси оказалась неприемлемо низкой, и, учитывая, что в 1990 году должен был появиться новый пересмотр Международной классификации болезней, специально созданная рабочая группа приступила к переработке психосоциальной оси в соответствии с принципами, которые в МКБ-10 применялись для классификации психических расстройств. Работа сводилась к более детальному определению в данной оси критериев кодирования каждого из отдельно идентифицированных психосоциальных стрессоров.

В настоящей книге приводится классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте, построенная на основе МКБ-10 и использующая ее многомерную структуру. В первых четырех осях используются диагностические категории и числовые коды, аналогичные МКБ-10. Однако они размещены в несколько ином порядке (для соответствия многомерному подходу и для того, чтобы расположить вначале категории, чаще использующиеся для классификации психических расстройств у детей и подростков). Пятая ось («Сопутствующие психосоциальные ситуации») включает ряд характеристик, входящих в МКБ-10 в виде различных «Z»-кодов, и в настоящей книге они представлены гораздо подробнее. Процесс разработки этой оси описан в другом исследовании (*Van Goor-Lambo, Orley, Poustka, Rutter*, 1990). Шестая ось — общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности — единственная, не являющаяся частью МКБ-10. Она добавлена в эту классификацию, поскольку ВОЗ признала оценку нетрудоспособности важнейшей задачей психиатрии (WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule, 1988). Данная ось преобразована из шкалы «Общая оценка функционирования», взятой из пятой оси DSM-III-R и включенной в клинические испытания МКБ-10 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders..., 1987). Шкала подверглась некоторой модификации для использования в детской и подростковой психиатрии. Ее включение в настоящее издание следует рассматривать в качестве первого шага на пути разработки систематической оценки социальной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами.

Следует отметить, что существует и другая предложенная ВОЗ, многомерная классификация психических расстройств у взрослых, включающая только три оси (*Janca*, 1996).

Принципы многомерного подхода

Психиатрический диагноз обязательно включает несколько различных элементов. Поэтому на практике может оказаться желательным идентификация типа психического расстройства независимо от наличия или отсутствия у больного умственной отсталости, а также сопутствующего органического заболевания мозга. В большинстве случаев невозможно подобрать единственное диагностическое понятие, включающее все перечисленное, и поэтому приходится прибегать к использованию нескольких кодов. Естественно, МКБ учитывает подобную

ситуацию, однако не существует определенных правил, указывающих, сколько диагностических категорий следует использовать и в каком порядке их располагать. Опыт клинических испытаний показывает, что множественное использование категорий значительно отличается у разных психиатров (*Rutter, Lebovici, Eisenberg et al.*, 1969; *Rutter, Shaffer, Shepherd*, 1975). В результате ситуация, в которой какое-либо состояние не подверглось кодированию, может означать, что оно или отсутствовало, или присутствовало, но не расценивалось как важное или просто не кодировалось, хотя и считалось важным. Более того, на основании кодов невозможно определить, какой именно случай имел место.

Для преодоления этих недостатков и разработан многомерный подход. Он представляет собой логическое развитие использованной в МКБ мультикатегориальной модели с изменениями, позволившими преодолеть описанные выше трудности. Для обеспечения адекватного отражения клинических данных и их доступности сравнению требуется соблюдать три правила: (1) следует кодировать стандартное число диагностических элементов (каждому из них соответствует отдельная ось), (2) эти коды всегда должны относиться к одним и тем же элементам диагноза и (3) ставиться в одинаковом порядке.

В такую многомерную схему можно включить неопределенное множество элементов, но для ее реального использования на практике числу осей следует быть строго ограниченным. Они должны быть отобраны на основании обеспечения однозначной информации, имеющей максимальное клиническое значение в наибольшем числе случаев. Для использования в детской и подростковой психиатрии выбраны оси, относящиеся к клиническому психопатологическому синдрому (нервная анорексия, детский аутизм и т.п.), наличию специфического расстройства психического развития (расстройство экспрессивной речи, специфическое расстройство чтения и т.д.), уровню интеллекта (норма, легкая умственная отсталость и т.п.), сопутствующим аномальным психосоциальным ситуациям (физическое насилие над ребенком, воспитание в детском учреждении и т.п.) и общей оценке психосоциального функционирования (отличное/хорошее функционирование, умеренное нарушение и т.п.). Все пункты, включенные в первые пять осей, уже имеются в МКБ, и при многомерном подходе происходит только перегруппировка диагностических категорий и их размещение под общими заголовками соответствующих «осей». Шестая ось пред-

ставляет собой адаптацию взятой из DSM-III-R оси и составлена в соответствии с теми же принципами.

Многомерный подход основан на том, что каждый основной элемент диагноза систематически регистрируется на отдельной оси, и в каждом клиническом случае на каждой оси помечается хотя бы один код. Для всех осей предусмотрен код отсутствия патологии. На первых четырех осях это состояние отмечается кодом «XX», на пятой — «00», а на шестой — «0».Таким образом, для каждого пациента обеспечивается наличие кода на каждой из шести осей, при чем сопоставимые данные по шести элементам диагноза во всех случаях кодируются одинаковым способом и в одной последовательности, что значительно облегчает систематизацию клинических данных.

Схема является сугубо описательной, а не теоретической, и может использоваться сопоставимым образом клиницистами с различной теоретической ориентацией. Ее цель состоит в регистрации наличия или отсутствия различных состояний и ситуаций вне зависимости от того, считает ли их клиницист случайными или имеющими отношение к психиатрической проблеме. Эта процедура несколько отличается от обычного формулирования диагноза, но является необходимой в виду продолжающихся теоретических дискуссий о важности биологических, психосоциальных и когнитивных факторов в этиологии психических расстройств.

Следует также подчеркнуть, что коды относятся только к ситуации и проблемам человека в настоящее время, а не к самому человеку. Они вовсе не подразумевают постоянства и необратимости и совершенно не предназначены для «навешивания ярлыков» на пациента (путем обозначения имеющегося у него расстройства или актуальной ситуации). Более того, сами по себе диагностические коды не могут быть основанием для административного решения или помещения человека в лечебное или воспитательное заведение (например, для госпитализации требуются еще данные о необходимости лечения и т.п.).

Как использовать руководство — общие сведения

Никакая классификация не может удовлетворительно использоваться при отсутствии пояснений значения применяемых терминов — для этого в книге помещен глоссарий. Однако для разных целей требуется

различная степень детализации и уточнения. Глава МКБ-10, посвященная психическим и поведенческим расстройствам, существует в трех основных формах. Имеется сокращенная версия, включенная в полную МКБ-10 и перечисляющая все категории заболеваний (International Statistical Classification ..., 1991). Она содержит сравнительно краткие сведения об основной концепции каждого расстройства вместе с основными диагностическими особенностями. Опубликованы и две другие ее формы. Во-первых, существует клиническая версия, содержащая более детальное повествовательное описание концептуальных и диагностических особенностей, соответствующих каждому коду в виде перечня клинических характеристик и диагностических указаний (The ICD-10 Classification of Mental ..., 1992). Во-вторых, существует набор диагностических критериев, необходимый для проведения научных исследований и обеспечивающий более структурированную операционализацию упомянутых концепций и особенностей в ряд правил, которые сходным образом могут использоваться научными работниками в различных ситуациях и обстоятельствах (The ICD-10 Classification of Mental ..., 1993). В настоящее руководство включены текстовые формы клинических описаний и диагностических указаний для определения расстройств, которые чаще встречаются у детей и подростков. Для состояний, реже наблюдающихся в этих возрастных группах, приводится только список категорий либо текстовая форма сокращенной версии, включенной в полную МКБ-10 (International Statistical Classification ..., 1991). При проведении научных исследований читателям следует обращаться к опубликованным ВОЗ диагностическим критериям для научных исследований, посвященным области, описываемой этой главой МКБ-10 (The ICD-10 Classification of Mental ..., 1993). Вместе с тем, критерии, приведенные в настоящем руководстве для категорий, относящихся к Оси V, являются очень подробными и сравнимыми с «критериями для научных исследований». Их отдельного издания пока нет.

Ось I: Клинические психопатологические синдромы

Ось I включает главу V МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства» за исключением кодов специфических расстройств психического развития, выделенных в Ось II, а также кодов умственной отсталости, составивших особую Ось III. Общие расстройства развития (F84) в МКБ-10 группируются вместе со специфическими расстройст-

вами психического развития, однако в предлагаемой классификации они отнесены к Оси I клинических психопатологических синдромов. В детской и подростковой психиатрии эти расстройства относятся именно к данной диагностической категории, и клиницисты, работающие в этой области, многократно выражали настойчивое предпочтение подобному размещению. Коды также расположены в ином порядке: вначале идут общие расстройства развития (F84) и поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90—F98). Последовательность кодов остальных расстройств совпадает с их очередностью в МКБ-10. Цифровые коды и описания диагностических категорий остались неизменными.

Принципом МКБ-10 является отсутствие отдельных классификаций, предназначенных для разных возрастных групп (хотя должны быть и существуют диагностические категории для расстройств, возникающих лишь в определенные возрастные периоды). Вследствие этого Ось I включает коды расстройств, практически не имеющих отношения к детскому возрасту (например, болезнь Альцгеймера). Тем не менее в принципе (хотя и чрезвычайно редко) эти диагнозы могут применяться к детям и подросткам. Поэтому они включаются в настоящее издание, и для соблюдения принципа последовательности категорий в соответствии с МКБ-10 деменции и расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ, помещены ближе к началу настоящей книги. Однако для удобства использования руководства категории, редко применяемые в раннем возрасте, приводятся без описаний, либо печатаются более мелким шрифтом, либо приводятся в виде кратких описаний, взятых из полного издания МКБ-10 (International Statistical Classification ..., 1991), а не развернутых, помещенных в книге, посвященной главе V (The ICD-10 Classification of Mental ..., 1992).

В глоссарии предлагаются описания всех соответствующих диагностических категорий, но некоторые общие вопросы требуют уточнения. Во-первых, психические расстройства у детей могут находиться под заголовками, используемыми для обозначения состояний, встречающихся, в основном, у взрослых; в этих случаях следует использовать соответствующий «взрослый» код. Например, аффективные расстройства кодируются одинаково, независимо от возраста человека. Однако код тревожного расстройства может относиться либо к разделу F40—F48, в котором описывается широкий круг тревожных расстройств, возникающих в любом возрасте, либо к разделу F93 (эмоциональные расстрой-

ства, возникающие в детском возрасте). Последняя группа расстройств определяется по-иному, и этот код должен использоваться, только если расстройство соответствует диагностическим критериям, а не в связи с тем, что пациент является ребенком. Раздел расстройств зрелой личности и поведения у взрослых включен полностью из-за его возможного применения в позднем подростковом возрасте и в силу того, что некоторые клиницисты испытывают стремление отмечать ранние проявления этих нарушений в детском возрасте (несмотря на то, что подобная диагностика является спорной).

Во-вторых, хотя классификация в целом основана на принципе, гласящем, что предположений об этиологии следует избегать, тем не менее, существует несколько исключений. Так, раздел F00—F09, включающий «...органические, в том числе симптоматические психические расстройства», объединяет состояния на основании доказанной этиологии, которая состоит в церебральном заболевании, черепно-мозговой травме или каком-либо ином поражении, ведущим к мозговой дисфункции. Аналогично код F43 определяется как расстройство, возникшее из-за чрезвычайно тяжелого жизненного события, вызвавшего острую реакцию на стресс, или значительной перемены в жизни, обусловившей продолжительные неблагоприятные обстоятельства, в результате чего возникло расстройство адаптации. Тем не менее все эти расстройства определяются на основании формы и модели симптоматологии, и данные коды следует использовать, только если расстройство соответствует приведенным критериям. Их не следует применять лишь на основании мнения врача о том, что экзогенные факторы оказались важными в этиологии. Для отражения этих факторов создана и предназначена Ось V.

Наконец, следует отметить, что существует специальный код (F54) для регистрации психологических и поведенческих влияний, предположительно сыгравших существенную роль в этиологии соматических расстройств, классифицируемых в других главах (например, астмы или пептической язвы). При использовании кода F54 на Оси IV следует отдельно обозначать соответствующее соматическое состояние.

Ось II: Специфические расстройства психического развития

Кодирование по этой оси является описательным, а не этиологическим. Специфические задержки при расстройствах психического развития следует кодировать независимо от их происхождения (единственное

исключение составляют задержки, которые можно полностью отнести за счет некачественного школьного обучения). Это правило означает следующее: если, например, ребенок с ранним детским аутизмом страдает серьезным расстройством развития речи, то последнее кодируется по данной оси. Однако ее коды ставятся только при наличии специфической задержки определенного аспекта развития. Поэтому общее отставание в развитии ребенка, являющееся частным проявлением тяжелой умственной отсталости, должно обозначаться по Оси II кодом «XX» (то есть, Без специфической задержки), если нарушение развития речи по степени тяжести соответствует другим расстройствам когнитивных функций.

Ось III: Уровень интеллекта

Эта ось обеспечивает описание актуального уровня общего интеллектуального функционирования индивида. Если уровень умственного развития человека снижен, что сказывается на его деятельности, то это обстоятельство следует отметить при кодировании независимо от того, является ли в данном случае умственная отсталость следствием общего расстройства развития, социокультуральной депривации или заболевания (например, синдром Дауна). Короче говоря, кодирование является описательным и не включает в себя данных, необходимых для обозначения этиологии или прогноза. В главе V МКБ-10 кодами F70—F79 обозначаются различные категории умственной отсталости в зависимости от уровня социального функционирования. Коды настоящей оси являются параллельными F70—F79, однако отличаются своим строгим определением в соответствии с уровнем интеллекта (на основании психометрической или клинической оценки). Этот подход обусловлен тем обстоятельством, что измерение уровня интеллекта, независимое от социального функционирования, по многим причинам является предпочтительным, поскольку на него может оказывать влияние сопутствующее болезненное состояние, обозначенное по Оси I, а возможность общей оценки психосоциального функционирования обеспечивается Осью VI.

Ось IV: Соматические состояния

Эта ось обеспечивает кодирование болезненных состояний, требующих непсихиатрической медицинской помощи, однако это касается лишь состояния на данный момент. Заболевания или травмы, перенесенные в прошлом, не должны регистрироваться, если не связаны с ка-

ким-либо текущим соматическим состоянием, подлежащим кодированию. Вместе с тем, при наличии такового состояния его следует обязательно кодировать независимо от мнения врача относительно его причинной связи с психическим расстройством. Специфические коды, предназначенные для обозначения конкретных соматических расстройств, можно найти в главах МКБ-10, исключая пятую (International Statistical Classificatoin..., 1991). В настоящее издание включен краткий перечень групп, охватывающий значительное количество соматических состояний вместе с кодами некоторых специфических состояний, которые могут иметь отношение к практике детской и подростковой психиатрии. Акты нанесения самоповреждений, связанные с психическим расстройством, следует также отмечать по Оси IV путем использования дополнительного X кода из главы XX МКБ-10. Эти коды не позволяют дифференцировать попытку самоубийства от «парасуицида», обе разновидности включены в общую категорию самоповреждений.

Ось V: Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации

Эта ось предоставляет возможность кодирования аномальных психосоциальных ситуаций, которые *могут* играть определенную роль в качестве причины возникновения психического расстройства *или иметь значение* при планировании его лечения. Учитывая последнюю потребность, а также неизбежное отсутствие уверенности в причинно-следственных связях с расстройством, аномальные психосоциальные ситуации следует кодировать независимо от мнения врача по поводу обусловленности психического расстройства пациента этими ситуациями.

При кодировании возникает неизбежная дилемма, касающаяся решения в отношении временны́х рамок аномальных психосоциальных ситуаций. С одной стороны, тяжелый и неблагоприятный опыт, пережитый в прошлом, может все еще сказываться на актуальной клинической ситуации. С другой стороны, неблагоприятные значимые события более обычного свойства, вероятно, имеют клиническое значение, если, в основном, совпадают по времени с началом расстройства. Включение обозначения причинно-следственных связей в разряд кодов вызвало бы серьезные расхождения во мнениях врачей (и противоречило бы общему атеоретическому подходу, применяющемуся в МКБ-10), и подобное

решение в отношении данной рубрики было бы неправильным. Таким образом, кодирование по Оси V распространяется на события всей жизни, при этом пользователям настоящей классификации придется самостоятельно решать, какие временные рамки более всего подходят к их задачам.

Ось VI: Общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности

Эта ось отражает качество психического, социального и трудового функционирования пациента на момент клинической оценки. Она описывает нарушения функционирования, возникшие вследствие психического расстройства, специфических расстройств психического развития или умственной отсталости. Нарушения, обусловленные соматическими ограничениями (или внешними факторами), на этой оси не кодируются.

По общей структуре и подразделениям она соответствует оси DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994). Единственная модификация состоит в том, что, как и в шкале, разработанной для клинического испытания МКБ-10, исключены ссылки на специфические симптомы (из-за их обозначения по Оси I) и внесены более подробные уточнения относительно социальных областей, которые необходимо учитывать при кодировании.

Литература

Rutter M., Lebovici L., Eisenberg L., Sneznevskij A.V., Sadoun R., Brooke E., Lin T.Y. A tri-axial classification of mental disorders in childhood // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1969. V. 10. P. 41—61.

Rutter M., Shatter D., Shepherd M. An Evaluation of a Proposal/or a Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders // World Health Organization Monograph. Geneva: World Health Organization, 1975.

Van Goor-Lambo G., Oriey J., Poustka F., Rutter M. Classification of abnormal psychosocial situations: Preliminary report of a revision of a WHO scheme // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1990. V. 31. P. 229—241.

WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Geneva: World Health Organization, 1988..

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Third Edition — Revised. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1987.

International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems // Tenth Revision. V. 1. Tabular List. Geneva: World Health Organization, 1991.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.

Janca A. The Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry. Published on behalf of the World Health Organization by Cambridge University Press, 1996.

Сэр Майкл Раммер,
профессор

Ось I : Клинические психопатологические синдромы

Список категорий

XX Без психических расстройств

(Код XX ставится при отсутствии психопатологических расстройств любого типа, соответствующих категориям Оси I. В зависимости от используемой компьютерной системы пользователи могут предпочесть оставлять пустые места вместо введения кода XX)

F84 Общие расстройства развития

F90—F98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства

F91 Расстройства поведения

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F93 Эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском возрасте

F94 Расстройство социального функционирования, обычно начинающееся в детском возрасте

F95 Тикозные расстройства

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F00—F09 Органические, в том числе симптоматические психические расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при иных болезнях, классифицированных в других рубриках

F03 Неуточненная деменция

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга и соматическим заболеванием

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

F10—F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

F19 Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

F20—F29 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства

F20 Шизофрения

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства

F28 Другие неорганические психотические расстройства

F29 Неуточненный неорганический психоз

F30—F39 Аффективные расстройства (расстройства настроения)

F30 Маниакальный эпизод

F31 Биполярное аффективное расстройство

F32 Депрессивный эпизод

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F34 Хронические аффективные расстройства (расстройства настроения)

F38 Другие аффективные расстройства (расстройства настроения)

F39 Неуточненное аффективное расстройство (расстройство настроения)

F40—F48 Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F45 Соматоформные расстройства

F48 Другие невротические расстройства

F50—F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Расстройства пищевого поведения

F51 Расстройства сна неорганической природы

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60—F69 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F60 Специфические расстройства личности

F61 Смешанное и другие расстройства личности

F62 Стойкие изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга

F63 Расстройства привычек и влечений

F64 Расстройства половой идентификации

F65 Расстройства полового предпочтения

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и сексуальной ориентацией

F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F69 Неуточненное расстройство зрелой личности и поведения у взрослых

F99 Неуточненное психическое расстройство и проблемы, не соответствующие критериям какого-либо уточненного психического расстройства

Список категорий по Оси I с соответствующими определениями

Каждая группа расстройств, относящихся к Оси I, описывается отдельно, начиная с общих расстройств развития.

F84 Общие расстройства развития

F84.0 Детский аутизм

F84.1 Атипичный аутизм

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 Синдром Аспергера

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

F84 Общие расстройства развития

Расстройства, входящие в эту группу, характеризуются качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. Эти качественные аномалии являются общими чертами функционирования индивида во всех ситуациях, хотя они могут несколько различаться по степени. В большинстве случаев развитие является аномальным с раннего детства, и за редким исключением эти состояния проявляются в пределах первых пяти лет жизни. Обычно, но не обязательно, имеется некоторая степень общего нарушения когнитивных процессов, однако расстройства определяются, в основном, нарушением *поведения*, не соответствующего психическому возрасту ребенка (независимо от наличия или отсутствия умственной отсталости). Существуют определенные расхождения во мнениях относительно подразделения этой группы общих расстройств развития.

В некоторых случаях эти расстройства сочетаются и, предположительно, бывают обусловлены некоторыми соматическими состояниями,

среди которых чаще всего встречаются детские судороги, врожденная краснуха, туберозный склероз, церебральный липидоз и синдром хрупкой Х-хромосомы. Однако диагноз расстройства, относящегося к этой группе, следует ставить на основании особенностей поведения независимо от наличия сопутствующих соматических состояний; тем не менее любое подобное сопутствующее состояние должно отдельно кодироваться под рубриками F70—F79, поскольку оно не является обязательным признаком общих расстройств развития.

F84.0 Детский аутизм

Этот вид общего расстройства развития определяется наличием патологического и (или) нарушенного развития, впервые проявляющегося в возрасте до трех лет, и характерным типом аномального функционирования во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного набора повторяющихся стереотипных форм поведения. Расстройство наблюдается у мальчиков в три—четыре раза чаще, чем у девочек.

Диагностические критерии

Обычно период безусловно нормального развития отсутствует, но если и наблюдается, то аномалии проявляются в возрасте до трех лет. Всегда имеются качественные нарушения социального взаимодействия. Они принимают форму неадекватного реагирования на социально-эмоциональные сигналы, что выражается в отсутствии реакции на эмоции других людей и/или неспособности модулировать поведение в соответствии с социальным контекстом; в недостаточном использовании социальных сигналов и слабой интеграции социальных, эмоциональных и коммуникативных форм поведения; особенно в недостаточности социально-эмоциональной взаимности. Универсальными являются качественные нарушения общения. Они выражаются в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков (каковы бы они ни были); в нарушении социально-имитационной игры, а также отсутствии игр, в которых ребенок представлял бы себя кем-то; в низкой синхронности и отсутствии взаимодействия в беседе; в недостаточной гибкости речевого выражения и относительном отсутствии творчества и фантазии в мышлении; в недостаточности эмоциональных реакций на словесные и невербальные обращения

других людей; в нарушении использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; в отсутствии сопровождающей речь жестикуляции, обеспечивающей выразительность или поясняющей смысл высказываний.

Данное состояние также характеризуется ограниченными, повторяющимися и стереотипными моделями поведения, интересов и видов деятельности. Это проявляется в тенденции устанавливать ригидный, раз и навсегда заведенный распорядок при осуществлении широкого круга аспектов повседневного функционирования, что обычно относится как к новым видам деятельности, так и привычным занятиям и моделям игры. В раннем детстве может наблюдаться специфическая привязанность к необычным, чаще всего жестким предметам. Дети могут настаивать на определенном заведенном порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; у них могут появляться стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписаниям транспорта; часто наблюдается специфическая заинтересованность нефункциональными элементами или предметами (запахами, фактурой поверхности). Дети нередко сопротивляются изменениям заведенного распорядка или в привычных деталях личного окружения (например, в расположении украшений или мебели в доме, где проживает семья).

Помимо этих специфических диагностических особенностей у детей с аутизмом нередко наблюдается ряд других неспецифических нарушений: страхи/фобии, нарушения сна или пищевого поведения, вспышки гнева и агрессивность. Довольно частым является нанесение самоповреждений (например, укусы рук), особенно при сопутствующей умственной отсталости. У большинства лиц, страдающих аутизмом, имеется недостаточность спонтанности, инициативы и творчества при организации досуга, а также затруднения в применении концептуализации (общих понятий) при принятии решений во время выполнения работы (даже если сложность самих задач полностью соответствует их способностям). Характерные для аутизма проявления дефицитарных нарушений с возрастом меняются, однако нарушения сохраняются по мере взросления и в зрелом возрасте, причем модель проблем в социализации, общении и интересах, в целом, остается прежней. Для установления диагноза необходимо, чтобы нарушения развития проявлялись до трехлетнего возраста, однако синдром может диагностироваться во всех возрастных группах.

При аутизме могут наблюдаться любые уровни умственного развития, однако примерно в трех четвертях случаев наблюдается значительная умственная отсталость.

Включаются:
аутистическое расстройство;
инфантильный аутизм;
инфантильный психоз;
синдром Каннера.

Дифференциальный диагноз

Кроме других видов общих расстройств развития дифференциальную диагностику детского аутизма следует проводить со специфическим расстройством развития рецептивной речи (F80.2) со вторичными социо-эмоциональными проблемами; расстройством привязанности детского возраста — реактивным (F94.1) или по расторможенному типу (F94.2); умственной отсталостью (F70—F72) с некоторыми сопутствующими эмоциональными и поведенческими расстройствами; шизофренией (F20.—) с необычно ранним началом; синдромом Ретта (F84.2).

Исключаются:
аутистическая психопатия (F84.5).

F84.1 Атипичный аутизм

Этот вид общего расстройства развития отличается от детского аутизма *либо* возрастом начала, *либо* неполным соответствием требованиям по трем наборам диагностических критериев. Так, например, признаки аномального или нарушенного развития впервые проявляются только в возрасте старше трех лет; и (или) отсутствуют достаточно отчетливые симптомы в одной (или двух) из трех психопатологических сфер, необходимых для постановки диагноза аутизма (нарущения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение), несмотря на наличие характерных аномалий в двух других сферах (или соответственно в одной из них). Атипичный аутизм чаще всего возникает у лиц с глубокой умственной отсталостью, чрезвычайно низкий уровень функционирования которых ограничивает диапазон проявления специфических форм отклоняющегося поведе-

ния, требующихся для диагноза аутизма; он также возникает у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отличающееся от аутизма.

Включаются:
атипичный психоз детского возраста;
умственная отсталость с чертами аутизма.

F84.2 Синдром Ретта

Состояние неизвестной этиологии, пока описанное только у девочек, выделенное на основании характерного начала, течения и модели симптоматологии. В типичных случаях за ранним периодом внешне нормального или приближающегося к нормальному развития следует частичная или полная потеря приобретенных мануальных навыков и речи наряду с замедлением роста головы. Расстройство обычно начинается в возрасте от 7 до 24 месяцев. Особенно характерны стереотипии в форме «заламывания рук», гипервентиляция и потеря целенаправленных движений рук. Социальное и игровое развитие останавливается в течение первых двух—трех лет, но отмечается тенденция к сохранению социального интереса. Приблизительно к периоду среднего детского возраста начинают развиваться статическая атаксия и апраксия в сочетании со сколиозом или кифосколиозом, а в ряде случаев и хореоатетоидные движения. Исходом состояния почти всегда является тяжелая умственная отсталость. В раннем или среднем детском возрасте нередко развиваются судорожные припадки.

Диагностические критерии

В большинстве случаев расстройство начинается в возрасте от 7 до 24 месяцев. Наиболее характерной особенностью является потеря приобретенных навыков целенаправленных движений рук и тонкой манипулятивной моторики. Этому сопутствует потеря, частичная потеря или недостаточное развитие речи; характерные стереотипные движения рук (подобные «заламыванию» или мытью), при которых руки находятся в согнутом положении у груди или подбородка; стереотипное смачивание кистей рук слюной; недостаточное прожевывание пищи; частые эпизоды гипервентиляции; практически во всех случаях отсутствие приобретения контроля над деятельностью кишечника и мочевого пузыря; не-

редко избыточное слюнотечение и высовывание языка; отсутствие социального взаимодействия. В типичных случаях в раннем детстве ребенок, сохраняя на лице своеобразную «социальную улыбку», смотрит на или «сквозь» людей, но не взаимодействует с ними социальным образом (хотя позже подобное взаимодействие обычно развивается). Осанка нарушается, походка становится неустойчивой, отмечается мышечная гипотония, нарушение координации движений туловища, нередко развивается сколиоз или кифосколиоз. Приблизительно в половине случаев к подростковому или молодому возрасту развивается спинальная атрофия с тяжелой моторной недостаточностью. Позже может появиться спастическое напряжение мышц, обычно более выраженное в нижних конечностях. В большинстве случаев к восьми годам у детей начинаются эпилептические припадки, чаще в форме одного из типов малых припадков. В отличие от аутизма, преднамеренное самоповреждение, а также сложные стереотипные интересы и соблюдение заведенного порядка действий являются редкими.

Дифференциальный диагноз

Первоначально дифференциальный диагноз синдрома Ретта устанавливается на основании отсутствия целенаправленных движений рук, замедления роста головы, атаксии, наличия стереотипных «моющих» движений рук и недостаточности жевания. Течение болезни с прогрессированием моторной недостаточности подтверждает диагноз.

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Это общее расстройство развития (иное, чем синдром Ретта), которое определяется периодом нормального развития до его начала, после чего в течение нескольких месяцев происходит отчетливая потеря ранее приобретенных навыков в нескольких сферах развития, наряду с характерными аномалиями социальных, коммуникативных и поведенческих функций. Нередко наблюдается продромальный период с легким недомоганием; ребенок становится беспокойным, раздражительным, тревожным или чрезмерно активным. После этого наступает обеднение, а затем полная потеря речи и языковых навыков, сопровождающаяся дезинтеграцией поведения. В некоторых случаях потеря навыков постоянно прогрессирует (обычно в тех случаях, когда расстройство связано с

прогрессирующим поддающимся диагностике неврологическим состоянием), однако чаще после периода ухудшения функций, длящегося несколько месяцев, наступает стабилизация состояния, а затем — ограниченное улучшение. Прогноз обычно является весьма неблагоприятным, и у большинства больных расстройство приводит к тяжелой интеллектуальной недостаточности. Среди специалистов отсутствует единое мнение о степени, в которой это состояние отличается от аутизма. В некоторых случаях удается установить связь расстройства с энцефалопатией, но диагноз основывается на поведенческих симптомах. Любое сопутствующее неврологическое нарушение должно кодироваться отдельно.

Диагностические критерии

Диагноз устанавливается на основании внешне нормального развития до возраста, по крайней мере, двух лет, после чего наступает выраженная потеря приобретенных ранее навыков; этому сопутствует качественно аномальное социальное функционирование. Обычной является глубокая регрессия или потеря речи, регрессия уровня игры, социальных умений и адаптивного поведения, а нередко и потеря контроля над деятельностью кишечника и мочевого пузыря с ухудшением общего моторного контроля. В типичных случаях эти симптомы сопровождаются общей потерей интереса к окружающему, появлением стереотипных, повторяющихся вычурных движений, а также нарушением социального взаимодействия и общения по характерному для аутизма типу. В некоторых отношениях данный синдром напоминает деменцию у взрослых, отличаясь от нее тремя ключевыми особенностями: обычно отсутствуют признаки поддающегося диагностике органического заболевания или повреждения (однако обычно можно сделать вывод о наличии какого-то типа органической мозговой дисфункции); после потери навыков может следовать их частичное восстановление; нарушение социализации и общения отличается качествами, характерными скорее для аутизма, чем для снижения интеллекта. По этим причинам синдром включен в данную рубрику, а не в рубрику F00—F09.

Включаются:
детская деменция;
дезинтегративный психоз;
симбиотический психоз;
синдром Геллера.

Исключаются:
приобретенная афазия с эпилепсией (F80.3);
элективный мутизм (F94.0);
синдром Ретта (F84.2);
шизофрения (F20.—).

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Это нечетко описанное расстройство неопределенной нозологической принадлежности. Данная категория включена в настоящую рубрику для случаев, характеризующихся сочетанием у детей тяжелой умственной отсталости (коэффициент интеллектуального развития ниже 35) с выраженной гиперактивностью и нарушением внимания, а также часто проявляющимся стереотипным поведением. Детям, страдающим этим расстройством, не помогает лечение стимулирующими средствами (в отличие от тех, у кого коэффициент интеллектуального развития в пределах нормы) и может вызывать у них тяжелую дисфорическую реакцию (иногда с психомоторной заторможенностью). В подростковом возрасте гиперактивность имеет тенденцию сменяться пониженной активностью (что *не характерно* для детей с гиперкинетическим расстройством при нормальном интеллекте). Этот синдром часто сочетается с различными видами задержек развития, специфических или общих. Остается неизвестным, в какой степени поведенческие нарушения являются следствием низкого интеллекта или органического повреждения мозга, неясно также, следует ли относить расстройства, наблюдающиеся у детей с легкой умственной отсталостью в сочетании с гиперкинетическим синдромом, к данной рубрике или рубрике F90.—; в настоящем их относят к рубрике F90.—.

Диагностические критерии

Диагноз зависит от сочетания не соответствующей уровню развития резко выраженной моторной гиперактивности, моторных стереотипий с тяжелой умственной отсталостью; для установления диагноза необходимо наличие всех трех элементов. Если диагностические критерии соответствуют подрубрикам F84.0, F84.1, F84.2, то диагноз следует ставить в соответствии с ними.

F84.5 Синдром Аспергера

Данное расстройство, нозологическая самостоятельность которого не определена, характеризуется теми же качественными аномалиями социального взаимодействия, что и типичный аутизм, наряду с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. Основное отличие от аутизма заключается в отсутствии общей задержки или отставания в развитии речи либо когнитивных функций. Большинство лиц с синдромом Аспергера обладают нормальным уровнем интеллекта, но им свойственна выраженная неуклюжесть. Этот синдром наблюдается, в основном, у мальчиков (в соотношении восемь мальчиков к одной девочке). Имеется высокая вероятность, что часть случаев представляет собой легкую форму типичного аутизма, однако остается неизвестным, касается ли эта связь всех случаев синдрома. Наблюдается устойчивая тенденция к сохранению нарушений в подростковом и в зрелом возрасте, причем, по-видимому, они представляют собой индивидуальные характеристики, на которые окружающие воздействия оказывают незначительное влияние. В молодости изредка отмечаются психотические эпизоды.

Диагностические критерии

Диагностика основана на сочетании отсутствия клинически выраженного общего отставания в развитии речи и когнитивных функций с наличием характерных для аутизма качественных нарушений социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся стереотипных моделей поведения, интересов и занятий. Могут наблюдаться и проблемы общения, подобные тем, которые связаны с аутизмом, однако наличие грубых нарушений речи исключает данный диагноз.

Включаются:
аутистическая психопатия;
шизоидное расстройство детского возраста.

Исключаются:
ананкастическое расстройство личности (F60.5);
расстройства привязанности детского возраста (F94.1, F94.2);
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—);
шизотипическое расстройство (F21);
простая шизофрения (F20.6).

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

Эта остаточная диагностическая категория должна использоваться для расстройств, соответствующих описанию общих расстройств развития, если ввиду противоречивости данных или из-за отсутствия адекватной информации нет возможности установить, удовлетворяются ли диагностические критерии какой-либо из предшествующих рубрик в F84.

F90—F98 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства

F90.0 Нарушение активности и внимания

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное

F91 Расстройства поведения

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное семейным окружением

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения

F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 Эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F93.0 Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте

F93.1 Тревожно-фобическое расстройство детского возраста

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста

F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное

F94 Расстройство социального функционирования, обычно начинающееся в детском и подростковом возрасте

F94.0 Элективный мутизм

F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста

F94.2 Расстройство привязанности детского возраста по расторможенному типу

F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста

F94.9 Расстройство социального функционирования в детском возрасте, неуточненное

F95 Тикозные расстройства

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

F95.2 Сочетанное расстройство с голосовыми и множественными двигательными тиками (синдром де ла Туретта)

F95.8 Другие тикозные расстройства

F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F98.0 Энурез неорганической природы

F98.1 Энкопрез неорганической природы

F98.2 Расстройство питания младенческого и детского возраста

F98.3 Поедание несъедобных предметов в младенческом и детском возрасте (пикацизм)

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства

F98.5 Заикание

F98.6 Речь взахлеб

F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства

Расстройства, относящиеся к этой группе, характеризуются ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо поддающегося регуляции поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием у ребенка настойчивости в выполнении задач, при чем эти характеристики поведения отличаются постоянством в различных ситуациях и с течением времени.

Считается, что конституциональные аномалии играют ключевую роль в генезе этих расстройств, однако их специфическая этиология до настоящего времени остается неизвестной. В последние годы для обозначения этих синдромов предлагалось использовать диагностический термин «расстройство дефицита внимания». Он так и не был внедрен, поскольку подразумевал наличие знаний о психологических процессах, которыми мы пока не обладаем. Этот термин предполагал и включение в его сферу тревожных, чем-то озабоченных, «мечтательных» или апатичных детей также отличающихся сниженным вниманием, возникшим в связи с совершенно другими проблемами (нарушениями). Тем не менее, совершенно ясно, что с точки зрения поведения, проблемы расстройства внимания составляют центральную особенность гиперкинетических синдромов.

Гиперкинетические расстройства всегда начинаются на ранних этапах развития (обычно, в течение первых 5 лет жизни). Их основными характеристиками являются отсутствие настойчивости в занятиях, требующих использования когнитивных функций, с тенденцией переходить от одного вида деятельности к другому, не завершая начатых дел. Наряду с этим типичной является дезорганизованная, почти не регулируемая, чрезмерная активность. Эти проблемы обычно продолжаются на протяжении всех школьных лет, а иногда и во взрослом возрасте, однако у многих лиц, страдающих этими расстройствами, наблюдается улучшение состояния, касающееся как поведения, так и внимания.

Перечисленные нарушения могут сочетаться со многими другими отклонениями. Гиперактивные дети зачастую проявляют безрассудство и импульсивность, подверженность несчастным случаям и травмам. Нередко они навлекают на себя неприятности и наказания скорее из-за необдуманного нарущения правил, чем вследствие сознательного пренебрежения ими или намеренного непослушания. Во взаимоотношениях с взрослыми этим детям нередко свойственна социальная расторможенность, излишняя развязность в общении, им недостает естественной осторожности и сдержанности. У своих сверстников они обычно не

пользуются популярностью, их недолюбливают, что может, в конце концов, привести к социальной изоляции. Среди этих детей распространены когнитивные нарушения, непропорционально часто встречаются специфические задержки моторного и речевого развития.

Вторичные осложнения включают диссоциальное поведение и сниженную самооценку. Поэтому имеется значительное совпадение гиперкинетических расстройств с другими моделями брутального поведения, к примеру, с таким как «несоциализированное расстройство поведения». Вместе с тем, данные современных исследований свидетельствуют в пользу выделения группы расстройств, в которой ведущей проблемой является гиперактивность.

Частота гиперкинетические расстройства у мальчиков в несколько раз превышает их частоту у девочек. Нередко этим расстройствам сопутствуют затруднения в чтении (и/или другие трудности в учебе).

Диагностические критерии

Основными симптомами являются нарушение внимания и чрезмерная активность. Для установления диагноза необходимо наличие обоих из них, и они должны проявляться в более чем одной ситуации (например, дома, в классе, в клинике).

Нарушение внимания выражается в том, что ребенок прерывает выполнение заданий на середине и не доводит до конца начатые дела, постоянно переходит от одного занятия к другому, и выглядит это так, будто он теряет интерес к предыдущему делу, отвлекаясь на следующее (хотя результаты лабораторных исследований не всегда показывают значительную степень сенсорной или перцептивной отвлекаемости). Такой дефицит настойчивости и внимания следует принимать во внимание при диагностике, только если он является чрезмерным для ребенка данного возраста и с соответствующим коэффициентом интеллектуального развития.

Чрезмерная активность подразумевает избыточную подвижность и непоседливость, особенно в ситуациях, требующих относительного покоя. В зависимости от ситуации ребенок может бегать и прыгать, вскакивать с места, когда следует сидеть, чересчур много разговаривать и шуметь, или беспокойно двигать руками и ногами, вертеться и ерзать на стуле. Стандартом для диагностики должна являться гиперактивность ребенка в контексте ситуации и по сравнению с другими детьми того же возраста и уровня интеллектуального развития. Эта особенность поведе-

ния становится особенно заметной в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокого уровня самоконтроля поведения.

Сопутствующие симптомы являются недостаточными и даже необязательными для установления диагноза, но помогают в его подтверждении. Расторможенность в социальных отношениях, безрассудство в ситуациях, угрожающих опасностью, и импульсивное нарушение социальных правил (проявляющееся, например, в том, что ребенок вмешивается в дела других людей или мешает им, «выпаливает» ответ, когда вопрос еще не задан до конца, не может подождать своей очереди) — все эти особенности являются характерными для детей с данным расстройством.

Трудности в учебе и неуклюжесть движений появляются у этих детей чаще, чем у других, и в случае появления должны кодироваться отдельно (под кодами F80—F89). Однако эти нарушения не входят в число симптомов, позволяющих ставить диагноз самого гиперкинетического расстройства.

Симптомы нарушения поведения не позволяют ни установить данный диагноз, ни его исключить, но их наличие служит основанием для разделения данного расстройства на отдельные виды (см. ниже).

Характерные проблемы с поведением должны отличаться ранним началом (до 6 лет) и стойкостью во времени. Вместе с тем, до поступления в школу гиперактивность трудно распознать из-за широкого диапазона вариантов нормы: только наиболее выраженные ее формы приводят к установлению данного диагноза детям дошкольного возраста.

Диагноз гиперкинетического расстройства может быть установлен и взрослому. Основания для этого те же, однако внимание и активность должны оцениваться с учетом норм, соответствующих данному возрасту и уровню развития. Если гиперкинетическое расстройство имело место в детстве, а затем исчезло, и за ним последовало другое состояние, такое как диссоциальное расстройство личности или злоупотребление психоактивными веществами, то кодировать следует текущее, а не более раннее расстройство.

Дифференциальный диагноз

Часто встречаются расстройства смешанного типа, например, сочетание общих расстройств развития с гиперкинетическими расстройствами. Основные проблемы при диагностике состоят в дифференциации с расстройствами поведения: если состояние ребенка более

соответствует выше приведенным критериям, то предпочтение отдается диагнозу гиперкинетического расстройства. Однако более легкие степени избыточной активности и невнимательности часто наблюдаются и при расстройствах поведения. Если присутствуют симптомы гиперактивности и нарушения поведения, причем гиперактивность является выраженной и стойкой, то устанавливается диагноз «гиперкинетического расстройства поведения» (F90.1).

Другая проблема порождается тем фактом, что симптомы чрезмерной активности и нарушения внимания, несколько отличающиеся от характерных признаков гиперкинетического синдрома, могут возникать при тревожных или депрессивных расстройствах. Таким образом, двигательное беспокойство, являющееся типичной составной частью ажитированного депрессивного расстройства или выраженной тревоги, не должно служить основанием для установления диагноза гиперкинетического расстройства. Если у ребенка выявлены критерии одного из тревожных расстройств (F40.—, F41.—, F43.— или F93.—), то предпочтение отдается именно этому диагнозу, например, если помимо связанного с тревогой двигательного беспокойства отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии сопутствующего гиперкинетического расстройства. Аналогичным образом, если состояние соответствует критериям расстройства настроения (F30—F39), то диагноз гиперкинетического расстройства не должен ставиться лишь на том основании, что у ребенка имеется нарушение внимания и психомоторное возбуждение. Двойной диагноз устанавливается только в том случае, когда симптомы, не являющиеся составной частью расстройства настроения, отчетливо указывают на присутствие сопутствующего гиперкинетического расстройства.

Острое возникновение гиперактивного поведения у ребенка школьного возраста с большей вероятностью бывает обусловлено каким-то типом реактивного расстройства (психогенного или органического), маниакальным состоянием, шизофренией или неврологическим заболеванием (например, поражением нервной системы при остром ревматизме).

Исключаются:
тревожные расстройства (F41.— или F93.0);
(аффективные) расстройства настроения (F30—F39);
общие расстройства развития (F84.—);
шизофрения (F20.—).

F90.0 Нарушение активности и внимания

Среди специалистов отсутствует единое мнение по вопросу о принципах разделения гиперкинетических расстройств на подрубрики. Вместе с тем, продолжительное наблюдение показывает, что исход этих состояний в подростковом и зрелом возрасте в значительной степени зависит от наличия сопутствующей агрессии, делинквентного или диссоциального поведения. Поэтому основное подразделение отталкивается от наличия или отсутствия этих сопутствующих особенностей поведения. Код F90.0 должен применяться при соответствии состояния всем критериям гиперкинетического расстройства (F90.—) и отсутствии критериев расстройства поведения (F91.—).

Включаются:
расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью;
гиперактивное расстройство с дефицитом внимания.

Исключается:
гиперкинетическое расстройство, сочетающееся с расстройством поведения (F90.1).

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

Этот код должен использоваться при выявлении у ребенка как общих критериев гиперкинетических расстройств (F90.—), так и общих критериев расстройств поведения (F91.—).

F90.8 Другие гиперкинетические расстройства

F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное

Эта остаточная рубрика не рекомендуется для использования; к ней следует прибегать лишь в случаях, когда нет возможности провести дифференциацию между F90.0 и F90.1, но в то же время выявляются общие критерии для F90.—.

Включаются:
гиперкинетическая реакция или синдром в детском и подростковом возрасте БДУ

F91 Расстройства поведения

Расстройства этой группы характеризуются повторяющимися и стойкими моделями диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Для установления диагноза подобное поведение в крайних для данного индивида формах выражения должно сводиться к грубым нарушениям соответственных возрасту социальных ожиданий, то есть его проявления должны быть гораздо более серьезными, чем обычное ребяческое озорство или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные поступки или правонарушения сами по себе не являются основанием для постановки данного диагноза, подразумевающего наличие устойчивой модели поведения.

Проявления нарушений поведения могут быть и симптомами других психических расстройств, и в этих случаях предпочтение должно отдаваться основному диагнозу, который и следует кодировать.

Расстройства поведения иногда могут развиваться в диссоциальное расстройство личности (F60.2). Расстройство поведения часто бывает связано с неблагоприятным психосоциальным окружением, включающим неудовлетворительные семейные отношения и трудности в учебе. Оно чаще встречается у мальчиков. Отличие данной категории нарушений от эмоциональных расстройств достоверно установлено; их отличие от гиперактивности является менее четким, и они часто сочетаются.

Диагностические критерии

Заключение о наличии расстройства поведения должно учитывать возраст и уровень развития ребенка. Например, вспышки гнева и раздражения являются нормальными особенностями развития для детей трехлетнего возраста и их периодическое возникновение само по себе не может быть основанием для диагноза. С другой стороны, большинство семилетних детей просто не в силах нарушать гражданские права других лиц (например, путем совершения преступления, связанного с насилием), поэтому подобные нарушения не являются обязательным диагностическим критерием для этой возрастной группы.

Примеры форм поведения, на которых основывается диагноз, включают: чрезмерную драчливость или хулиганство; жестокость по отношению к другим людям или животным; причинение значительного ущерба чьей-либо собственности; поджоги; воровство; постоянную лживость; прогулы занятий в школе и побеги из дому; необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее и провоцирующее поведение; открытое

непослушание. Любая из этих форм поведения при условии ее выраженности является достаточной для установления диагноза, но изолированные диссоциальные акты не могут служить основанием для него.

Критерии исключения для данной категории составляют нечастые, но серьезные первичные нарушения, подобные шизофрении, маниакальному состоянию, общему расстройству развития, гиперкинетическому расстройству или депрессии.

Установление данного диагноза рекомендуется только в том случае, если длительность описанных форм поведения составляет шесть или более месяцев.

Дифференциальный диагноз

Расстройства поведения совпадают по клиническим проявлениям со многими другими состояниями. Их сочетание с эмоциональными расстройствами детского возраста (F93.—) обусловливает диагноз смешанного расстройства поведения и эмоций (F92.—). Если случай соответствует и критериям гиперкинетического расстройства (F90.—), то следует отдать предпочтение последнему диагнозу. Вместе с тем, в некоторых ситуациях у детей с расстройством поведения часто наблюдаются более легкие и характерные уровни чрезмерной активности и нарушения внимания наряду со снижением самооценки и незначительными эмоциональными нарушениями; ни те, ни другие не исключают данного диагноза.

Исключаются:

нарушения поведения, сочетающиеся с эмоциональными расстройствами (F92.—) или с гиперкинетическими расстройствами (F90.1—);

(аффективные) расстройства настроения (F30—F39);

общие расстройства развития (F84.—);

шизофрения (F20.—).

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное семейным окружением

Это расстройство характеризуется аномальным поведением, которое носит диссоциальный или агрессивный характер (а не просто является оппозиционным, вызывающим или конфликтным) и полностью

или почти полностью ограничивается условиями семьи и/или контекстом взаимодействий с самыми близкими родственниками либо непосредственным домашним окружением. Для установления диагноза данного расстройства требуется, чтобы удовлетворялись общие критерии для F91; даже очень серьезно нарушенные взаимоотношения между родителями и ребенком сами по себе не дают для этого диагноза достаточных оснований. Могут иметь место кражи из дома, часто связанные с деньгами или имуществом, принадлежащим одному или двум определенным лицам. Эти действия могут сопровождаться преднамеренно деструктивным поведением, также сосредоточенным на определенных членах семьи, — ребенок, например, ломает их игрушки или украшения, рвет одежду, режет или царапает мебель, портит любимые вещи. Насилие по отношению к членам семьи (но не к другим лицам) и преднамеренные поджоги, ограничивающиеся домом, также дают основания для этого диагноза.

Диагностические критерии

Для установления данного диагноза необходимо, чтобы вне семейной обстановки у ребенка не наблюдалось серьезных нарушений поведения, *а также,* чтобы его социальные отношения вне семьи были в пределах нормы.

В большинстве случаев расстройства поведения, ограниченные семьей, возникают в контексте какой-то формы выраженного нарушения отношений ребенка с одним (или более) ближайшим родственником. Например, расстройство может возникнуть из-за конфликта с мачехой или отчимом, недавно появившимися в семье. Нозологическая достоверность данной категории остается неуточненной, но вполне возможно, что эти высоко специфические для определенной ситуации расстройства не влекут за собой неблагоприятного прогноза, свойственного общим нарушениям поведения.

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

Данный тип расстройства характеризуется сочетанием стойкого диссоциального или агрессивного поведения (удовлетворяющего общим критериям F91.—, причем не просто оппозиционного, вызывающего или конфликтного) со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми.

Диагностические критерии

Ключевым отличием от «социализированного» расстройства поведения является отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников, причем эта особенность является ведущей по отношению ко всем остальным отличиям. Нарушения отношений со сверстниками проявляются, в основном, в изоляции и/или отвержении ребенка другими детьми в случае его непопулярности среди ровесников, а также при отсутствии близких дружеских или длительных взаимно эмпатических отношений с детьми той же возрастной группы. Отношения со взрослыми нередко отличаются разногласиями, враждебностью и частыми обидами. Иногда с взрослыми устанавливаются хорошие отношения (хотя обычно им недостает близости и доверия), однако это обстоятельство *не* исключает диагноза. Часто, но не всегда, возникают сопутствующие эмоциональные нарушения (если степень их тяжести является достаточной для соответствия критериям смешанного расстройства, то следует использовать код F92.—).

Правонарушения обычно (но не всегда) совершаются в одиночку. Типичные формы поведения включают: хулиганство и издевательства над другими детьми, частые драки, а также (у более старших детей и подростков) вымогательство и насильственные действия; открытое непослушание, грубость, отказ от сотрудничества с другими людьми и отказ от подчинения лицам, наделенным авторитетом; бурные вспышки гнева и неконтролируемой ярости; причинение значительного ущерба чьей-либо собственности, поджоги; жестокость по отношению к животным или другим детям. Наряду с этими формами поведения некоторые изолированные дети включаются в совершение групповых правонарушений. Однако для установления диагноза характер совершенного правонарушения имеет меньшее значение по сравнению с качеством личных отношений.

Расстройство стойко проявляется в разных ситуациях, однако может быть наиболее выраженным в ситуации школы; специфичность проявлений в отношении определенных ситуаций (кроме семейной) не исключает данного диагноза.

Включаются:
нарушения поведения;
уединенно агрессивный тип;
несоциализированное агрессивное поведение.

F91.2 Социализированное расстройство поведения

Эта категория расстройств характеризуется упорным диссоциальным или агрессивным поведением (удовлетворяющим общим критериям для F91.---, но не сводящимся к простой оппозиции, вызывающим или конфликтным проявлениям), возникающим у детей или подростков, в общем хорошо интегрированных в группу сверстников.

Диагностические критерии

Ключевой отличительной особенностью является наличие адекватных продолжительных дружеских отношений с близкими по возрасту детьми. Часто, но не всегда, группа сверстников состоит из детей и подростков, вовлеченных в делинквентную или диссоциальную деятельность (в этом случае социально неприемлемое поведение ребенка может одобряться группой и регулироваться субкультурой, к которой она относится). Однако это обстоятельство не является необходимым условием для установления данного диагноза: ребенок может относиться и к неделинквентной группе ровесников, а его диссоциальное поведение — проявление контекста этой группы. Если диссоциальное поведение, в частности, включает хулиганство и издевательство над другими детьми, то могут нарушаться отношения с пострадавшими и некоторыми детьми. Этот факт не служит основанием для отмены данного диагноза, если ребенок принадлежит и лояльно относится к определенной группе, с членами которой поддерживает устойчивые дружеские отношения.

Отношения со взрослыми, наделенными авторитетом, обычно бывают неудовлетворительными, но с другими людьми могут складываться вполне добрые отношения. Эмоциональные нарушения обычно бывают минимальными. Расстройство поведения может распространяться на домашнюю обстановку и семейное окружение, однако если оно ограничивается только семьей и домом, то данный диагноз исключается. Часто расстройство оказывается наиболее выраженным именно вне семейного контекста, в частности, ярко проявляясь в школе (или других общественных местах), — это обстоятельство является вполне совместимым с данным диагнозом.

Включаются:
расстройство поведения, групповой тип;
групповая делинквентность;

правонарушения в условиях членства в банде;
воровство в компании с другими;
прогулы школьных занятий.

Исключается:
участие в деятельности банды без признаков психического нарушения (Z03.2).

F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство

Расстройство поведения этого типа обычно возникает у детей в возрасте до 9—10 лет. Оно характеризуется прежде всего *наличием* открытого непослушания, явно вызывающего, конфликтного, провоцирующего поведения, при этом — *отсутствием* более серьезных диссоциальных или агрессивных поступков, преступающих закон или нарушающих права других людей. Для установления диагноза требуется, чтобы удовлетворялись общие критерии F91.—: даже серьезное непослушание или озорное поведение само по себе не дают для этого достаточных оснований. Многие специалисты полагают, что оппозиционно-вызывающие модели поведения представляют собой нарушение поведения с меньшей степенью тяжести, а не отдельный, качественно отличающийся тип расстройства. Для окончательного решения вопроса о том, является ли указанное отличие качественным или количественным, имеется недостаточно научных данных. Вместе с тем, на основании исследований можно сказать, что четкие отличия проявляются в большинстве случаев или исключительно у детей более младшего возраста. При использовании данной категории необходима осмотрительность, особенно если речь идет о ребенке более старшего возраста. У этих детей клинически значимые нарушения поведения сопровождаются диссоциальными или агрессивными проявлениями, обычно выходящими за рамки открытого неповиновения, непослушания или конфликтности, характерных для младших по возрасту детей.

Диагностические критерии

Основной особенностью данного расстройства является модель стойкого негативистического, враждебного, вызывающего, провоцирующего и конфликтного поведения, явно выходящего за рамки нормального поведения ребенка данного возраста, воспитанного в соответству-

ющем социокультуральном контексте. При этом отсутствуют более серьезные нарушения прав других людей, выражающиеся в агрессивных и диссоциальных формах поведения, характерных для категорий F91.0 и F91.2. Дети с данным расстройством часто склонны активно сопротивляться просьбам взрослых и нарушать установленные правила, а также преднамеренно вызывать раздражение у других людей. Они обычно часто злятся и раздражаются, возмущаются другими людьми, приписывая им вину за собственные ошибки и трудности. В большинстве случаев они плохо переносят фрустрацию и легко выходят из себя. В типичных случаях их сопротивление и непослушание носит вызывающий характер, они являются инициаторами конфронтации и конфликтов, проявляя высокий уровень грубости и отсутствие готовности сотрудничать и подчиняться лицам, наделенным определенным авторитетом.

Нередко подобное поведение особенно ярко проявляется во взаимодействии со взрослыми или сверстниками, хорошо знакомыми ребенку, а во время клинического интервью признаки расстройства могут не обнаруживаться.

Ключевым отличием от других типов нарушения поведения является *отсутствие* поступков, преступающих законы и нарушающих основные права других людей (краж, жестокости, хулиганства, физического насилия и разрушительных действий). Совершение любого из перечисленных выше действий исключает данный диагноз. Вместе с тем, оппозиционно-вызывающее поведение, как было указано в предыдущих разделах, часто выявляется при других типах нарушения поведения. Если обнаружен другой тип расстройства (F91.0—F91.2), то при установлении диагноза и кодировании следует отдать ему предпочтение.

Исключаются:

расстройства поведения, включающие открыто диссоциальное или агрессивное поведение (F91.0—F91.2).

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

Эта остаточная рубрика не рекомендуется для использования; ее следует применять лишь для расстройств, соответствующих общим

критериям категории F91, но не уточненных по подтипу или не удовлетворяющих критериям ни одного из конкретных подтипов.

Включаются:
нарушение поведения в детстве БДУ;
расстройство поведения детского возраста БДУ.

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

Эта группа расстройств характеризуется сочетанием стойкого агрессивного, диссоциального или вызывающего поведения с явными, заметными симптомами депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями.

Диагностические критерии

Серьезность обоих типов нарушений должна быть достаточной, чтобы одновременно удовлетворялись как критерии расстройства поведения детского возраста (F91.—), так и эмоциональных расстройств детского возраста (F93.—), или характерных для взрослого возраста невротических расстройств (F40—48), или расстройств настроения (F30—39).

В настоящее время существует недостаточно научных данных, позволяющих испытывать уверенность в том, что эту категорию действительно следует отделять от расстройств поведения детского возраста. Она включена в данную классификацию из-за своей потенциальной этиологической и терапевтической ценности и вклада в показатели надежности классификации.

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

Для отнесения к этой категории требуется сочетание расстройства поведения детского возраста (F91.—) со стойкой, выраженной депрессией, проявляющейся такими симптомами, как чрезмерная печаль, потеря интереса и способности получать удовольствие от прежде любимых занятий, склонность к самообвинениям и чувство безнадежности. Могут также отмечаться нарушения сна или аппетита.

Включается:
расстройство поведения (F91.—), сочетающееся с депрессивным расстройством (F30—F39).

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

Для отнесения к этой категории требуется сочетание расстройства поведения детского возраста (F91.—) со стойкими, выраженными эмоциональными симптомами, такими как тревога, робость, обсессии или компульсии, деперсонализация или дереализация, фобии или ипохондрические проявления. Гнев и раздражение являются, скорее, симптомами нарушения поведения, чем эмоционального расстройства; они не противоречат данному диагнозу, но и не поддерживают его.

Включаются:
расстройство поведения (F91.—), сочетающееся с эмоциональным расстройством (F93.—) или невротическим расстройством (F40—F48)

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 Эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

В детской психиатрии традиционно проводились различия между эмоциональными расстройствами, специфическими для детского и подросткового возраста, и невротическими расстройствами, свойственными взрослым. Это подразделение оправдывалось четырьмя основными соображениями. Во-первых, данные исследований убедительно показывают, что большинство детей, страдающих эмоциональными расстройствами, вырастают здоровыми; лишь у меньшинства из них в зрелом возрасте обнаруживаются невротические расстройства. Соответственно, многие невротические расстройства у взрослых, по-видимому, начинаются лишь в зрелом возрасте и не имеют значительных психопатологических предпосылок в детстве. Таким образом, между эмоциональными расстройствами, возникающими в

различные возрастные периоды, практически не наблюдается преемственности. Во-вторых, многие эмоциональные расстройства детского возраста, по-видимому, представляют собой скорее преувеличение нормальных тенденций процесса развития, чем феномены, которые сами по себе являются качественно аномальными. В-третьих, в связи с последним соображением нередко высказывались теоретические предположения, что психические механизмы, задействованные при эмоциональных расстройствах детского возраста, могут отличаться от таковых при неврозах. В-четвертых, эмоциональные расстройства детского возраста менее ясно разграничиваются на предположительно специфические формы, подобные фобическим или обсессивным расстройствам.

Третье из высказанных соображений не находит достоверных эмпирических подтверждений. Кроме того, эпидемиологические данные показывают, что если четвертое положение и является верным, то речь может идти только о степени выраженности различий (поскольку нечетко разграниченные эмоциональные расстройства нередко наблюдаются как у детей, так и взрослых). Таким образом, вторая особенность (то есть соответствие определенным этапам развития) используется в качестве ключевого диагностического признака для определения различия между эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (F93.—), и невротическими расстройствами (F40—F49). Достоверность этих различий остается недостаточно подтвержденной, однако существуют эмпирические данные, позволяющие предполагать, что прогноз для соответствующих этапу развития эмоциональных расстройств детского возраста является более благоприятным.

F93.0 Тревожное расстройство, связанное с боязнью разлуки в детском возрасте

Детям раннего и дошкольного возраста в норме свойственно испытывать определенную степень тревоги, связанной с реальной или угрожающей разлукой с людьми, к которым они привязаны. Это расстройство диагностируется только в случаях, когда в основе тревоги лежит страх перед разлукой, причем эта тревога впервые возникает в раннем детстве. От нормальной тревоги ее отличают по степени тяжести, выходящей за пределы обычного статистически установленного диапазона

(включая патологическую устойчивость, выходящую за рамки соответствующего возрастного периода), и по сопутствующим значительным проблемам в социальном функционировании. Кроме того, для установления данного диагноза требуется отсутствие общего нарушения личностного развития и функционирования; если подобное расстройство имеется, то следует подумать о диагнозе расстройств, входящих в рубрики F40—F48. Тревога в связи с боязнью разлуки, возникающая в несоответствующем возрасте (например, подростковом), не должна относиться к данной рубрике за исключением тех случаев, когда она представляет собой аномальное продолжение того же расстройства, начавшегося на более ранней стадии развития.

Диагностические критерии

Ключевым диагностическим симптомом является узко направленная, чрезмерная тревога по поводу разлуки с лицами, к которым ребенок испытывает привязанность (обычно с родителями или другими членами семьи), причем эти переживания не являются составной частью общей тревоги, связанной со множеством ситуаций. Тревога может принимать следующие формы:

(a) не имеющее под собой реальных оснований постоянное беспокойство в связи с предполагаемыми бедами, которые могут постигнуть лиц, являющихся главными объектами привязанности ребенка, или опасения, что вдруг они покинут его и не вернутся;

(b) не имеющее под собой реальных оснований постоянное беспокойство, что какие-либо драматические обстоятельства разлучат ребенка с основным объектом привязанности (например, ребенок потеряется, попадет в больницу, будет похищен или убит);

(c) ребенок с постоянной неохотой ходит в школу или отказывается ее посещать из-за страха разлуки (это обстоятельство преобладает над другими причинами, такими как страх перед неприятностями в школе);

(d) ребенок с неохотой идет спать или отказывается ложиться в постель, если рядом не будет того, к кому он питает особую привязанность;

(e) постоянный, ничем не обоснованный страх остаться днем в одиночестве дома или даже с другими лицами, но в отсутствие основного объекта привязанности;

(f) повторяющиеся кошмарные сновидения, содержание которых связано с разлукой;

(g) повторяющееся возникновение соматических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль или рвота) в ситуациях, включающих разлуку с основным объектом привязанности, например, при уходе в школу;

(h) чрезмерный дистресс, неизменно демонстрируемый ребенком в предвидении разлуки с основным объектом привязанности, во время или сразу после нее (о чем свидетельствуют тревога, плач, вспышки раздражения, страдальческий вид, апатия или социальная отгороженность).

Многие ситуации, включающие разлуку, влекут за собой и другие потенциальные стрессовые факторы или источники тревоги. Диагноз основывается на демонстрации общего элемента, порождающего тревогу в различных ситуациях, которым является именно обстоятельство разлуки с основным объектом привязанности. Необходимость в этом возникает чаще всего, по-видимому, в связи с отказом от посещения школы (или «школьной фобии»). Подобный отказ действительно нередко бывает обусловлен тревогой перед разлукой, но иногда (особенно в подростковом возрасте) имеет другие причины. Отказ от посещения школы, впервые появившийся в подростковом возрасте, не следует относить к данной рубрике, если он не является производным тревоги перед разлукой, и эта тревога, достигающая аномальной интенсивности, не была впервые выявлена в дошкольном возрасте. Если эти критерии не удовлетворяются, то синдром следует отнести к другим категориям рубрик F93 или F40—F48.

Исключаются:
(аффективные) расстройства настроения (F30—F39);
невротические расстройства (F40—F48);
тревожно-фобическое расстройство детского возраста (F93.1);
социальное тревожное расстройство детского возраста (F93.2).

F93.1 Тревожно-фобическое расстройство детского возраста

У детей подобно взрослым могут развиваться страхи, связанные с широким диапазоном объектов или ситуаций. Некоторые из этих стра-

хов (или фобий), например, агорафобия, не являются нормальным этапом психосоциального развития. Если эти страхи возникают в детстве, их следует относить к соответствующей категории в рубриках F40—F48. Вместе с тем, некоторые виды страхов отличаются специфичностью для определенной фазы развития и возникают (до некоторой степени) у большинства детей; это касается, например, страха перед животными у детей дошкольного возраста.

Диагностические критерии

К данной рубрике относят только страхи, явно присущие определенной фазе развития, если они соответствуют дополнительным критериям, применимым в отношении всех расстройств, относящихся к рубрике F93, в частности:

(a) возникновение расстройства приходится на соответствующий этап развития и возрастной период;

(b) степень выраженности тревоги является клинически аномальной;

(c) тревога не является частью более общего расстройства.

Исключается:
общее тревожное расстройство (F41.1).

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

Настороженность в отношении чужих людей является нормальным феноменом второй половины первого года жизни. Определенная степень социальных опасений или тревоги, возникающих при столкновении ребенка с новыми, незнакомыми или чем-то угрожающими в социальном смысле ситуациями, в норме свойственна периоду раннего детства. Поэтому данная категория должна использоваться только в случаях, когда эти страхи возникают в раннем возрасте (до шести лет), являются необычными по степени тяжести, сопровождаются нарушением социального функционирования и не являются частью более общего эмоционального нарушения.

Диагностические критерии

Дети с данным расстройством проявляют постоянную или повторяющуюся боязнь и/или избегание чужих людей; этот страх может возникать, главным образом, перед взрослыми, ровесниками или людьми любого возраста. Страх появляется на фоне нормального уровня избирательной привязанности к родителям или другим знакомым людям. Избегание или боязнь социальных ситуаций по степени выраженности превосходит нормальные пределы для данной возрастной группы и вызывает клинически выраженные проблемы социального функционирования.

Включается:
уклоняющееся расстройство детского или подросткового возраста.

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

У большинства детей раннего возраста в связи с появлением на свет младшего брата или сестры (обычно следующих непосредственно за ними по порядку) возникают более или менее выраженные эмоциональные нарушения. В большинстве случаев эти нарушения являются легкими, однако чувства соперничества или ревности, появившиеся непосредственно после рождения брата или сестры, могут оказаться удивительно стойкими и продолжительными.

Диагностические критерии

Расстройство характеризуется сочетанием следующих признаков:

(a) проявлениями соперничества и/или ревности в отношении брата или сестры;

(b) их возникновением в течение первых месяцев после рождения младшего (обычно следующего непосредственно по порядку за ребенком) сиблинга;

(c) эмоциональные нарушения являются аномальными по степени выраженности и/или длительности и связаны с возникновением психосоциальных проблем.

Сиблинговое соперничество или ревность может проявляться в выраженной конкуренции с сиблингами за внимание и привязанность ро-

дителей; для того чтобы считать это явление патологическим, оно должно быть связано с необычной степенью выраженности негативных чувств. В тяжелых случаях оно может сопровождаться открытой враждебностью, злобой, нанесением физических травм и/или стремлением унизить сиблинга. В менее выраженных случаях расстройство может проявляться в нежелании делиться, недостатке положительного отношения, внимания и дружеского взаимодействия с сиблингом.

Эмоциональные нарушения могут принимать различные формы, часто включающие определенную регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (таких как контроль за деятельностью кишечника или мочевого пузыря) и тенденцией проявлять поведение, свойственное детям более раннего возраста. Нередко старший ребенок пытается копировать поведение младенца, привлекающее внимание родителей, например, пищевое поведение. Часто усиливаются конфронтационное или оппозиционное поведение в отношении родителей, вспышки гнева, дисфория, проявляющаяся в форме тревоги, грусти или уменьшения социальных контактов. Могут возникать нарушения сна; усиливаются попытки привлечь внимание родителей, например, при укладывании ребенка спать.

Включается:
ревность сиблингов.

Исключается:
вражда со сверстниками (не сиблингами) (F93.8).

F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста

Включаются:
расстройство идентификации;
расстройство с чрезмерной тревогой;
вражда со сверстниками (не сиблингами).

Исключается:
расстройство половой идентификации детского возраста (F64.2).

F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное

Включается:
эмоциональное расстройство детского возраста БДУ.

F94 Расстройство социального функционирования, обычно начинающееся в детском и подростковом возрасте

Это довольно гетерогенная группа расстройств, для которых общей чертой являются нарушения социального функционирования. Они начинаются в период развития, но (в отличие от общих расстройств развития), по-видимому, не характеризуются главным образом конституциональной социальной некомпетентностью или дефектом, распространяющимся на все сферы функционирования. Во многих случаях решающую роль в этиологии, вероятно, играют негативные воздействия средовых факторов и отсутствие благоприятных условий для нормального развития ребенка. Заметные отличия, связанные с полом, отсутствуют. Существование данной группы расстройств социального функционирования признается большинством специалистов, однако определяющие диагностические критерии четко не установлены и отсутствует единое мнение о наиболее приемлемом подразделении и классификации подобных нарушений.

F94.0 Элективный мутизм

Это состояние характеризуется выраженной, эмоционально обусловленной избирательностью в проявлении речевых навыков. Таким образом, в одних условиях ребенок демонстрирует вполне достаточный уровень владения речью, а в других (определенных) ситуациях не способен говорить. Чаще всего расстройство проявляется наиболее ярко в раннем детстве. Оно встречается с приблизительно одинаковой частотой у детей обоего пола. Мутизм обычно сочетается с такими выраженными личностными особенностями, как социальная тревожность, отгороженность, сенситивность или негативизм. В типичных случаях ребенок разговаривает с членами семьи и близкими друзьями и молчит в школе и с чужими людьми, однако наблюдаются и другие модели проявлений расстройства (включая прямо противоположный).

Диагностические критерии

Данный диагноз предполагает:

(a) нормальное или практически нормальное понимание обращенной речи;

(b) уровень владения экспрессивной речью, достаточный для социального общения;

(c) демонстративные доказательства, что ребенок способен нормально или практически нормально разговаривать в некоторых ситуациях и пользуется этой способностью.

Вместе с тем, у довольно значительного числа детей с элективным мутизмом в анамнезе отмечается задержка речевого развития или проблемы артикуляции. Данный диагноз может быть поставлен при условии, что речь является достаточно развитой для эффективного общения, и, вместе с тем, имеется *выраженное* несоответствие в уровне использования речи, зависящее от социального контекста: ребенок хорошо разговаривает в одних ситуациях и полностью или почти полностью молчит в других. Кроме того, должно отмечаться демонстративное отсутствие речи в одних социальных ситуациях при ее наличии в других. Для установления диагноза необходимы стойкость и продолжительность нарушения речи во времени, а также наличие последовательности и предсказуемости ситуаций, в которых речь есть или отсутствует.

В большинстве случаев у детей имеются и другие нарушения социальных эмоций, однако они не входят в число критериев, обязательных для установления данного диагноза. Эти нарушения не составляют последовательной модели, но весьма часто наблюдаются патологические особенности темперамента (в частности, социальная сенситивность, социальная тревожность и социальная отгороженность), а также оппозиционное поведение.

Включается:
избирательный мутизм.

Исключаются:
общие расстройства развития (F84.—);
шизофрения (F20.—);
специфические расстройства развития речи (F80.—);
транзиторный мутизм как часть тревожного расстройства в связи с боязнью разлуки у детей младшего возраста (F93.0).

F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста

Это расстройство, возникающее у младенцев и детей раннего возраста, характеризуется стойкими аномалиями модели социальных взаимоотношений ребенка, которые сочетаются с эмоциональными нарушениями, являющимися реакцией на изменение условий окружающей среды. Характерны также такие особенности, как боязливость и повышенная настороженность, при которых ребенок не реагирует на попытки его успокоить, крайне низкое качество социального взаимодействия со сверстниками, глубокая печаль; нередко возникают проявления самоагрессии и агрессии в отношении других; в некоторых случаях наблюдается задержка или прекращение роста. Синдром, по-видимому, возникает как прямой результат полного отсутствия заботы о ребенке со стороны родителей, пренебрежения его насущными потребностями или жестокого обращения. Существование данной модели поведения признается и хорошо известно специалистам, однако до сих пор отсутствует уверенность относительно четких диагностических критериев и границ этого синдрома, существуют сомнения, составляет ли он отдельную нозологическую единицу. Тем не менее включение данной категории нарушений в настоящую классификацию обусловлено частотой, с которой этот синдром встречается в клинической практике, уверенностью в его существовании, а также тем, что характерная для него модель поведения совершенно не соответствует другим диагностическим категориям.

Диагностические критерии

Ключевым симптомом является аномальная модель отношений с лицами, осуществляющими уход за ребенком, развивающаяся в возрасте до 5 лет и включающая стойкие проявления дезадаптации, обычно не свойственные здоровым детям, но все же доступные коррекции при существенных изменениях в условиях воспитания.

Дети раннего возраста с данным синдромом проявляют весьма противоречивые или амбивалентные социальные реакции, особенно заметные при расставании или встрече с близкими. Так, ребенок может подходить к ним, не глядя в их сторону, упорно отворачиваться, когда его берут на руки или неоднозначно реагировать на ухаживающих лиц, одновременно стремясь к ним и избегая, не реагируя на попытки его успо-

коить. Эмоциональные нарушения проявляются в снижении настроения, недостаточности аффективного реагирования, реакциях отгороженности (при которых ребенок, например, сидит, съежившись на полу) и/или агрессивных реакциях на собственный или чужой дистресс. Во многих случаях наблюдаются боязливость и излишняя настороженность (которую иногда описывают как «застывший следящий взгляд»), когда ребенок не реагирует на попытки успокоить его. В большинстве случаев дети проявляют интерес к взаимодействию со сверстниками, однако социальной игре мешают негативные эмоциональные реакции. Расстройство привязанности может также сопровождаться нарушениями соматического здоровья и замедлением роста; при необходимости для их обозначения следует использовать дополнительные коды, соответствующие соматическим нарушениям (R62) по Оси IV.

У многих здоровых детей имеются признаки некоторой недоверчивости в моделях селективной привязанности к одному из родителей, однако эти реакции не следует путать с реактивным расстройством привязанности, отличающимся во многих отношениях. При этом расстройстве обнаруживается аномальный тип недоверчивости, проявляющейся в явно противоречивых социальных реакциях, обычно не наблюдающихся у здоровых детей. Аномальные реакции распространяются на различные социальные ситуации, а не ограничиваются взаимоотношениями с одним конкретным человеком; характерными признаками являются отсутствие реакции на попытки успокоить ребенка и наличие сопутствующих эмоциональных нарушений в форме апатии, печали или боязливости.

Пять основных особенностей отличают это состояние от общих расстройств развития. Во-первых, дети с реактивным расстройством привязанности обладают нормальной способностью к социальным взаимоотношениям и ответным реакциям, а при общих расстройствах развития эта способность отсутствует. Во-вторых, хотя при реактивном расстройстве привязанности аномальные модели социальных реакций исходно являются общей чертой поведения ребенка в разнообразных ситуациях, они существенно меняются в лучшую сторону, если ребенка помещают в нормальное воспитательное окружение, обеспечивающее в отношении ребенка постоянство заботы и отзывчивости. Этих положительных сдвигов не наблюдается при общих расстройствах развития. В-третьих, хотя при реактивном расстройстве привязанности могут возникать нарушения речевого развития (подобные описанным

под рубрикой F80.1), эти дети не обнаруживают аномальных качеств общения, характерных для аутизма. В-четвертых, в отличие от аутизма, реактивное расстройство привязанности не сопровождается стойкой и тяжелой когнитивной недостаточностью, на которой никак не сказываются изменения окружающей среды. В-пятых, постоянно ограниченные, повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересы и виды занятий не являются симптомом реактивного расстройства развития.

Реактивные расстройства привязанности почти всегда возникают в связи с выраженной неадекватностью ухода за ребенком и его воспитания. Они могут принимать форму психологического насилия или пренебрежения психологическими потребностями ребенка (в виде излишне строгих наказаний, постоянного отсутствия реакции на обращения ребенка, полной несостоятельности родителей в вопросах воспитания), а также физического насилия или пренебрежения телесными потребностями ребенка (в виде постоянного невнимания к основным физиологическим потребностям ребенка, повторяющегося преднамеренного нанесения ребенку телесных травм, недостаточного обеспечения питанием). Поскольку имеется недостаточно знаний о постоянстве связи между неадекватным воспитанием ребенка и данным расстройством, наличие неблагоприятных условий окружающей среды и искажений воспитания не является обязательным диагностическим критерием. Тем не менее следует проявлять осторожность при установлении данного диагноза, если отсутствуют доказательства насилия над ребенком или отсутствия заботы о нем. И наоборот, диагноз не стоит ставить автоматически лишь на основании одного факта насилия или пренебрежения потребностями ребенка: далеко не все заброшенные или подвергающиеся насилию дети проявляют признаки данного синдрома.

Исключаются:

синдром Аспергера (F84.5);

расстройство привязанности детского возраста по расторможенному типу (F94.2);

синдромы пренебрежительного обращения, приводящие к соматическим проблемам (T74.—);

нормальные вариации в проявлениях избирательной привязанности;

сексуальное или физическое насилие в отношении ребенка, приводящее к психосоциальным проблемам (Z61.4—Z61.6).

F94.2 Расстройство привязанности детского возраста по расторможенному типу

Особая модель патологического социального функционирования, которая возникает в первые 5 лет жизни и, установившись, в дальнейшем имеет тенденцию к сохранению даже в тех случаях, если в окружающей обстановке происходят существенные изменения. В возрасте двух лет расстройство обычно проявляется стремлением постоянно цепляться за старших, проситься на руки и диффузными, нецеленаправленными формами привязанности, отсутствием избирательности при их формировании. К четырем годам диффузные привязанности сохраняются, а стремление проситься на руки и за кого-то держаться сменяется направленным на привлечение внимания и неразборчиво-дружественным поведением. Позже, в дошкольном и школьном возрасте у детей могут развиться избирательные привязанности, однако поведение, направленное на привлечение внимания, часто сохраняется, и взаимодействия со сверстниками обычно остаются слабо модулированными. В зависимости от обстоятельств, клиническая картина может включать сопутствующие эмоциональные или поведенческие нарушения. Синдром наиболее отчетливо определяется у детей, с младенчества воспитывавшихся в детских учреждениях, но может возникать и в других ситуациях; считается, что он частично обусловлен отсутствием возможности развития избирательных форм привязанности вследствие частой смены лиц, воспитывающих ребенка. Концептуальное единство синдрома зависит от раннего появления диффузных форм привязанности, стойких нарушений социального взаимодействия и отсутствия ситуационно обусловленной модуляции поведения.

Диагностические критерии

Диагноз устанавливается на основании сведений о том, что в течение первых 5 лет жизни у ребенка отмечались диффузные, лишенные избирательности формы привязанности и что этому в период младенчества сопутствовало стремление постоянно за кого-то цепляться, а позже, в дошкольном и школьном возрасте появилось поведение, направленное на привлечение внимания окружающих. Обычно возникают затруднения в формировании близких, доверительных отношений со сверстниками. Клиническая картина может включать и сопутствующие эмоциональные или поведенческие расстройства (отчасти зависящие от

текущих обстоятельств жизни ребенка). В большинстве случаев история первых пяти лет жизни ребенка включает частые смены воспитателей или несколько переходов ребенка из одной семьи в другую (речь идет, например, о сменах приемных родителей).

Включаются:
психопатия с неустойчивыми формами привязанности;
учрежденческий (институциональный) синдром.

Исключаются:
синдром Аспергера (F84.5);
госпитализм (синдром отрыва от дома) у детей (F43.2);
гиперкинетические расстройства (F90.—);
реактивное расстройство привязанности детского возраста (F94.1);

F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте

Включаются:
Расстройства социального функционирования с замкнутостью и застенчивостью в результате недостаточности социальной компетентности.

F94.9 Расстройство социального функционирования в детском возрасте, неуточненное

-

F95 Тикозные расстройства

Преобладающим симптомом при данных синдромах является какая-либо разновидность тика. Тиком называется непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция. Двигательные и голосовые тики начинаются внезапно и носят отчетливо бесцельный характер. Многими тики воспринимаются как непреодолимые, неподдающиеся сознательному контролю движения, однако, на самом деле, их, как правило, на какое-то время можно подавить. Двигательные (моторные) и голосовые (вокальные) тики можно разделить на простые и сложные, хотя границы между ними четко не определе-

ны. К типичным простым двигательным тикам относятся мигание, подергивание шеей, пожимание плечами, гримасничание, а к аналогичным голосовым — покашливание, лай, фырканье, шмыганье и шипение. Наиболее распространенные сложные двигательные тики — поколачивание себя и подпрыгивание. Сложные голосовые тики могут проявляться в форме повторения определенных слов, иногда — социально неприемлемых, часто непристойных (копролалия); в некоторых случаях человек повторяет издаваемые им самим звуки или свои собственные слова (палилалия).

В степени тяжести тиков наблюдаются огромные вариации. Одну крайность представляют близкие к норме состояния, такие как преходящие тики, появляющиеся в то или иное время у одного ребенка на 5—10 детей. Другой крайностью является синдром де ла Туретта — редкое, хроническое и приводящее к инвалидности расстройство. У специалистов не существует уверенности в том, представляют ли оба крайних проявления разные состояния или относятся к одному континууму; многие полагают, что более вероятным является последнее утверждение. Тикозные расстройства значительно чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек, и нередко имеется семейная история (анамнез) тиков.

Диагностические критерии

Основными особенностями, отличающими тики от других моторных расстройств, являются: внезапный, транзиторный и ограниченный характер движений при отсутствии признаков обусловливающего их органического неврологического нарушения; их повторное возникновение; (обычно) исчезновение во время сна; легкость, с которой они могут произвольно вызываться или подавляться. Отсутствие ритмичности отличает тики от стереотипных повторных движений, наблюдающихся в некоторых случаях аутизма или умственной отсталости. Моторные проявления с признаками манерности, характерные для упомянутых расстройств, обычно представлены более сложными и разнообразными движениями, чем при тиках. Движения при обсессивно-компульсивном синдроме иногда напоминают сложные тики, но отличаются тем, что форма компульсивных движений определяется скорее их целью (человек может, например, прикасаться к различным предметам, поворачиваться определенное число раз), чем включенной в них мышечной группой; вместе с тем, дифференцировать эти виды расстройств достаточно трудно.

Тики нередко возникают в качестве изолированного феномена, однако во многих случаях могут сочетаться с разнообразными эмоциональными расстройствами, чаще всего, вероятно, с обсессивными и ипохондрическими проявлениями. Вместе с тем, тики могут быть связаны со специфическими задержками развития. Не существует четкого разграничения между тикозными расстройствами, сопровождающимися каким-нибудь эмоциональным нарушением, и эмоциональным расстройством, которому сопутствуют тики. В подобных случаях диагноз должен отражать основной тип патологии.

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

Состояние соответствует общим критериям тикозного расстройства, но тики сохраняются не более 12 месяцев. Это самая распространенная форма тиков, чаще всего возникающая у детей 4—5-летнего возраста. Тики обычно принимают форму моргания, гримасничания или кивания головой. Иногда они возникают в виде единичного эпизода, а в других случаях обострения и ремиссии наблюдаются в течение нескольких месяцев.

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

Состояние отвечает общим критериям тикозного расстройства, при котором наблюдаются двигательные или голосовые тики (но не оба вида); они бывают единичными или (чаще) множественными и длятся более года.

F95.2 Комбинированное расстройство с голосовыми и множественными двигательными тиками (синдром де ла Туретта)

При этой форме тикозного расстройства наблюдаются (или наблюдались) множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, хотя они не всегда возникают одновременно. Расстройство почти всегда начинается в детском или подростковом возрасте. Моторные тики чаще развиваются раньше голосовых; симптоматика нередко ухудшается в подростковом периоде, и, как правило, расстройство сохраняется в зрелом возрасте.

Голосовые тики часто бывают множественными, со взрывчатыми, повторяющимися вокализациями, покашливанием, хрюканьем; могут употребляться непристойные слова или фразы. Иногда это сопровождается эхопраксией с повторением жестов, которая может носить непристойный характер (копропраксия). Подобно моторным тикам, вокальные гиперкинезы могут произвольно подавляться на короткое время, обостряться при стрессе и исчезать во время сна.

F95.8 Другие тикозные расстройства

F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

Остаточная рубрика, не рекомендуемая для использования; применяется для обозначения расстройств, соответствующих общим критериям тикозного расстройства, специфическая категория которых не уточнена или симптоматика не соответствует критериям подрубрик F95.0, F95.1 или F95.2.

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Эта рубрика охватывает гетерогенную группу расстройств, которые объединены таким общим признаком, как начало в детском возрасте, но они во многом различаются в других отношениях. Одни из этих состояний представляют собой достоверно установленные, имеющие хорошо разработанные определения синдромы; другие являются не более чем комплексами симптомов, нозологическая самостоятельность которых не доказана, однако они включены в классификацию ввиду широкой распространенности, с учетом их связи с важными психосоциальными проблемами и потому, что не могут быть отнесены к другим синдромам.

Исключаются:
задержка дыхания (R06.8);
расстройство половой идентификации детского возраста (F64.2);
синдром гиперсомноленции и мегафагии (Клейне—Левина) (G47.8).
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—);
расстройства сна (F51.—).

F98.0 Энурез неорганической природы

Данное расстройство характеризуется непроизвольным мочеиспусканием в дневное и/или ночное время, что не может рассматриваться как нормальное явление с учетом психического возраста ребенка; оно не обусловлено отсутствием контроля над функцией мочевого пузыря вследствие какого-либо неврологического заболевания, эпилептического припадка или структурной аномалии мочевых путей. Энурез может беспрерывно присутствовать с самого рождения (патологическое продолжение нормального младенческого недержания) или возникнуть после некоторого периода уже приобретенного контроля над этой физиологической функцией. При разновидности с более поздним началом (вторичный энурез) недержание мочи обычно возникает в возрасте 5—7 лет. Энурез может представлять собой моносимптоматическое состояние или сочетаться с эмоциональным или поведенческим расстройством более общего характера. В последнем случае механизмы связи между этими расстройствами остаются недостаточно ясными. Эмоциональные проблемы могут возникать в качестве вторичных последствий дистресса или позора, обусловленных фактом энуреза; энурез может являться частью другого психиатрического расстройства, или же энурез и эмоциональное/поведенческое расстройство могут развиваться параллельно из-за взаимосвязанных этиологических факторов. Не существует прямого и однозначного способа выбора одной из указанных альтернатив в каждом индивидуальном случае, и диагноз следует ставить на основании того, какой тип расстройства (энурез или эмоциональное/поведенческое) представляют основную проблему.

Диагностические критерии

Не существует четкого разграничения между энурезом как расстройством и нормальными возрастными вариациями, когда вырабатывается контроль над функцией мочеиспускания. Поэтому диагноз энуреза обычно не ставится детям моложе 5 лет или с психическим возрастом ниже 4 лет. Если энурез связан с каким-нибудь (другим) эмоциональным или поведенческим расстройством, диагноз энуреза ставится как основной лишь в том случае, когда непроизвольное мочеиспускание случается, по меньшей мере, несколько раз в неделю и если другие симптомы по времени проявления совпадают с энурезом. Иногда он возникает совместно с энкопрезом; в этих случаях ставится диагноз энкопреза.

В некоторых случаях у детей развивается транзиторный энурез в результате цистита или полиурии (например, вызванной диабетом). Однако эти нарушения не могут в достаточной мере объяснять продолжение энуреза после излечения инфекции или прекращения полиурии. Нередко цистит развивается вторично по отношению к энурезу, когда восходящая инфекция мочевыводящих путей обусловлена постоянно мокрым бельем (особенно у девочек).

Включаются:
энурез (первичный) (вторичный) неорганического происхождения;
функциональный или психогенный энурез;
недержание мочи неорганической природы.

Исключается:
энурез БДУ (R32).

Пятый знак может использоваться для более детальной классификации неорганического энуреза. Британская педиатрическая ассоциация предложила следующие рубрики:

F98.00 Первичный энурез, неуточненный

F98.01 Первичный ночной энурез

F98.02 Первичный дневной (и ночной) энурез

F98.03 Вторичный энурез, неуточненный

F98.04 Вторичный ночной энурез

F98.05 Вторичный дневной (и ночной) энурез

F98.1 Энкопрез неорганической природы

Это расстройство характеризуется повторяющимся произвольным или непроизвольным отхождением кала, обычно нормальной или почти нормальной консистенции, в местах, которые для этой цели в данной социокультуральной среде являются неадекватными и неприемлемыми. Данное состояние может представлять собой патологическое продолжение нормального младенческого недержания или развиться в результате потери навыков регуляции функции кишечника после периода уже приобретенного контроля; в некоторых случаях выделение кала осуществляется в неадекватных местах намеренно, несмотря на нормальный

контроль над соответствующей физиологической функцией. Энкопрез может встречаться как моносимптоматическое расстройство или быть частью более глобального расстройства, особенно эмоционального (F93.—) или поведенческого (F91.—).

Диагностические критерии

Основным для данного диагноза симптомом является испражнение в несоответствующих местах. Это состояние может возникать по-разному. Во-первых, к нему может привести неадекватное обучение навыкам опрятности или неадекватная реакция на обучение, в результате чего длительное время ребенок вообще не может научиться в достаточной мере контролировать данную физиологическую функцию. Во-вторых, энкопрез может представлять психологически обусловленное расстройство, при котором ребенок обладает нормальным физиологическим контролем над актом дефекации, однако, по какой-то причине, у него возникает нежелание, сопротивление или полный отказ следовать социальным нормам отправления физиологических потребностей в отведенных для этого местах. В-третьих, расстройство может являться следствием физиологической задержки акта дефекации, в результате которой кал накапливается, и в дальнейшем переполненный кишечник опорожняется в несоответствующих местах. Подобный физиологический запор бывает следствием борьбы между ребенком и родителями в связи с воспитанием навыков опрятности, сдерживания позыва из-за болезненной дефекации (например, при трещинах заднего прохода) и других причин.

В некоторых случаях энкопрез может сопровождаться размазыванием кала по телу или окружающим предметам, реже — засовыванием пальцев в задний проход и мастурбацией. Обычно возникают различные по степени тяжести сопутствующие эмоциональные/поведенческие нарушения. Не существует ясного разграничения между энкопрезом с сопутствующими эмоциональными/поведенческими нарушениями и другим психическим расстройством, включающим энурез в качестве дополнительного симптома. Рекомендуется ставить основной диагноз энкопреза и его кодировать, если именно он является преобладающим клиническим феноменом. В противном случае на первое место следует ставить диагноз другого расстройства (а также если частота энкопреза составляет менее одного раза в месяц). Энкопрез нередко сочетается с

энурезом, в этих случаях следует отдавать предпочтение кодированию энкопреза в качестве основного расстройства. Энкопрез может возникать при органических нарушениях, например, в случаях трещины заднего прохода или желудочно-кишечной инфекции, и если факт недержания кала можно удовлетворительно объяснить этим нарущением, то ставят диагноз и кодируют только соматическое расстройство. Однако, если оно является лишь усугубляющим фактором, а не причиной, то следует дополнительно ставить и кодировать диагноз энкопреза (в качестве сопутствующего диагнозу соматического нарушения).

Дифференциальный диагноз

Важно учитывать возможность следующих состояний:

(a) энкопреза, вызванного соматическими (органическими) заболеваниями, такими как мегаколон (Q43.1) или *spina bifida* (Q05.—); однако не следует забывать, что энкопрез неорганической природы может сопровождать или следовать за такими преходящими соматическими состояниями, как трещина заднего прохода или желудочно-кишечные инфекции;

(b) запора с накоплением каловых масс и переполнением кишечника, вследствие чего белье может пачкать жидкий или полужидкий кал (K59.0); если, как нередко бывает, энкопрез сочетается с запором, то кодировать следует энкопрез (и дополнительно устанавливать соответствующий код для обозначения причины запора).

F98.2 Расстройство питания младенческого и детского возраста

Расстройство питания может иметь различные проявления, обычно специфические для младенческого и раннего детского возраста. В большинстве случаев оно включает в себя отказ от пищи и крайнюю привередливость при наличии адекватной (по количеству и качеству) пищи и вполне компетентного лица, обеспечивающего кормление и уход, а также при отсутствии органического заболевания. В качестве сопутствующего расстройства может отмечаться так называемое «жевание жвачки» (повторные срыгивания при отсутствии тошноты или желудочно-кишечного заболевания).

Диагностические критерии

Легкие затруднения при приеме пищи являются весьма распространенными в младенчестве и детстве (в форме привередливости, предполагаемого старшими недоедания или переедания). Сами по себе эти феномены не следует считать признаком патологии. Диагноз данного расстройства ставится только в тех случаях, когда трудности отчетливо выходят за пределы нормы, то есть если нарушение питания ребенка является качественным (по набору потребляемых продуктов) или количественным (ребенок не набирает или теряет в весе в течение 1 или более месяцев).

Включается:
«жевание жвачки» в младенчестве.

Дифференциальный диагноз

Важно отличать данное расстройство от:

(a) состояний, когда ребенок охотно принимает пищу не от лица, обычно осуществляющего уход, а от других взрослых;

(b) органических (соматических) заболеваний, обусловливающих отказ от пищи;

(c) нервной анорексии и других расстройств, связанных с приемом пищи (F50.—);

(d) более общих психических расстройств;

(e) поедания несъедобных предметов (пикацизма) в младенческом и детском возрасте (F98.3);

(f) трудностей в организации питания и неправильного подхода к проблеме (R63.3).

F98.3 Поедание несъедобных предметов (пикацизм) в младенческом и детском возрасте

При этом расстройстве наблюдается упорное поедание непищевых предметов или веществ (грязи, кусочков заеохшей краски и т.п.). Данное явление может возникать как один из многих симптомов, составляющих картину более широкого психического расстройства (такого как аутизм), или представлять собой относительно изолированное патологическое поведение; *только* последнее следует классифицировать в

данной рубрике. Пикацизм наиболее распространен среди умственно отсталых детей, и если отмечается умственная отсталость, то в качестве основного нужно использовать обозначающий ее код (F70—F79). Вместе с тем, данное расстройство может возникать у детей (обычно раннего возраста) с нормальным интеллектом.

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства

Эти расстройства характеризуются произвольными, повторяющимися, стереотипными, нефункциональными (и часто ритмическими) движениями, которые не являются частью клинической картины какого-либо установленного психического или неврологического состояния. Когда подобные движения возникают как симптом какого-либо другого расстройства, кодируется только общее расстройство (то есть код F98.4 использоваться не должен). Движения, не являющиеся самоповреждающими, включают: раскачивание туловища, качание головой, такие привычки, как перебирание прядей волос или накручивание их на палец, щелканье пальцами, а также размахивание рукой. (Сюда не следует причислять такие привычки, как обкусывание ногтей, сосание пальца или ковыряние в носу, поскольку они не являются достоверными показателями наличия психопатологии или настолько важными критериями для оценки здоровья, чтобы их выделять в отдельную классификационную рубрику). Стереотипное самоповреждающее поведение может выражаться в том, что ребенок неоднократно ударяется головой о какие-либо поверхности, шлепает себя по лицу, тычет пальцем в глаза, кусает губы, руки или другие части тела. Все стереотипные двигательные расстройства чаще встречаются в сочетании с умственной отсталостью (в этом случае следует кодировать *оба* состояния).

Привычка тыкать пальцами себе в глаза отмечается чаще всего у детей с нарушением зрения. Однако плохое зрение не является достаточной причиной для возникновения этой привычки, поэтому, когда у ребенка она сосуществует со слепотой (или частичной слепотой), то используются два кода: тыканье в глаза обозначают кодом рассматриваемой категории (F98.4), а состояние зрения — кодом соответствующего соматического расстройства.

Исключаются:
патологические непроизвольные движения (R25.—);

двигательные расстройства органического происхождения (G20—G26);
обкусывание ногтей, ковыряние в носу, сосание пальца (F98.8);
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—);
стереотипии, являющиеся частью более общего психического состояния (такого как общее расстройство развития);
тикозные расстройства (F95.—);
трихотилломания (F63.3).

F98.5 Заикание

Речь при данном расстройстве характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков, слогов или слов, либо частыми запинками или паузами в речи, что нарушает ее ритмическое течение. Легкие дизритмии подобного типа являются весьма распространенным феноменом в качестве преходящей фазы развития в раннем детстве или незначительной, но постоянной особенности речи у детей более старшего возраста и взрослых. Подобные явления должны классифицироваться как расстройство, только если они являются выраженными настолько, что заметно нарушают плавность и ясность речи. Могут отмечаться ассоциированные движения лица и/или других частей тела, совпадающие по времени с повторением, пролонгацией или паузами в речи. Заикание следует дифференцировать от речи взахлеб (см. ниже) и тиков. В некоторых случаях данному расстройству могут сопутствовать расстройства развития речи, которые следует обозначать отдельным кодом F80.—.

Исключаются:
речь взахлеб (F98.6);
неврологические расстройства, обусловливающие речевые дизритмии (Глава VI МКБ-10);
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—);
тикозные расстройства (F95.—).

F98.6 Речь взахлеб

Данное расстройство характеризуется быстрым темпом речи с настолько выраженным нарушением ее плавности (но без повторений или запинок), что это обстоятельство заметно снижает ее разборчивость и

понятность. Речь обычно является беспорядочной, дизритмичной, с резкими внезапными «рывками», нередко нарушается построение фраз (например, паузы внезапно сменяются речевым «залпом», при котором группы слов не согласуются с грамматическим строем предложения).

Исключаются:
неврологические расстройства, обусловливающие речевые дизритмии (Глава VI МКБ-10);
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—);
заикание (F98.5);
тикозные расстройства (F95.—).

F98.8 Другие уточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Включаются:
расстройство с дефицитом внимания без гиперактивности;
(чрезмерная) мастурбация;
обкусывание ногтей;
ковыряние в носу;
сосание пальца.

F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Остаточной категорией для всей Оси I, а не только для блока поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, является F99. Поэтому данная категория помещается не здесь, а в самом конце Оси I.

F00—F09 Органические, включая симптоматические психические, расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменция при иных болезнях, классифицированных в других рубриках

F03 Деменция неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга и соматическим заболеванием

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Синдром характеризуется выраженным нарушением памяти на недавние и отдаленные события при сохранении непосредственного воспроизведения; снижением способности к усвоению нового материала и дезориентацией во времени. Характерной чертой являются конфабуляции, но восприятие и другие когнитивные функции, включая интеллект, обычно сохранены. Прогноз зависит от течения заболевания, лежащего в основе расстройства.

Включается:
психоз Корсакова или синдром неалкогольного генеза.

Исключаются:
амнезия: БДУ (R41.3);
антероградная (R41.1);
диссоциативная (44.0);
ретроградная (41.2);
синдром Корсакова, обусловленный употреблением алкоголя или неуточненный (10.6);
вызванный другими психоактивными веществами (11—19 с общим четвертым знаком 6).

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Этиологически неспецифический органический церебральный синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сон – бодрствование. Продолжительность делирия бывает разной, и его интенсивность колеблется в широких пределах — состояние больного может быть как легким, так и очень тяжелым.

Включаются:
острый или подострый мозговой синдром;
острое или подострое состояние спутанности (неалкогольное);
острый или подострый инфекционный психоз;
острая или подострая органическая реакция;
острый или подострый психоорганический синдром.

Исключается:
состояние отмены с делирием, вызванное алкоголем (белая горячка) (F10.4) или неуточненное.

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга и соматическим заболеванием

Эта категория включает различные состояния, причинно связанные с мозговым расстройством, которое может быть обусловлено: первичным церебральным заболеванием; системным заболеванием, вызывающим вторичное поражение мозга; действием экзогенных токсических

веществ или гормонов; эндокриннымн расстройствами или другими соматическими заболеваниями.

Исключаются:

психические расстройства, связанные

— с делирием (F05.- -);

— с деменцией (классифицируемые под рубрикой F00—F03);

— обусловленные употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (F10—F19).

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

Изменение личности и поведения может развиться как сопутствующее или как остаточное явление при заболевании, повреждении или дисфункции головного мозга.

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

Включаются:

органический психоз БДУ;

симптоматический психоз БДУ.

Исключается:

психоз БДУ (F29).

F10—F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

F10 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

F11 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов

F12 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов

F13 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств

F14 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака

F18 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F19 Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Данный раздел охватывает широкий круг весьма разнообразных расстройств, которые, различаясь по степени тяжести и клиническим формам, объединены тем, что объясняются употреблением одного или нескольких психоактивных веществ, назначенных врачом или полученных иными путями. Конкретное вещество указывается третьим знаком кода (т.е. второй цифрой после буквы F), а четвертый знак характеризует клиническое состояние. Эти коды следует использовать по мере необходимости для каждого определяемого вещества, однако нужно учитывать, что четвертые знаки не являются универсальными: каждый конкретный знак может оказаться применимым не для всех веществ.

При идентификации употребляемого психоактивного вещества целесообразно использовать как можно больше источников информации.

В частности, учитываются заявления самого пациента, результаты анализов крови, мочи и прочих лабораторных исследований, характерные соматические и психологические симптомы, клинические признаки, наблюдения за поведением, а также другие сведения (наличие у пациента наркотиков, сообщения из хорошо информированных посторонних источников). Нередкими являются случаи, когда практикуется употребление более чем одного типа психоактивных веществ. Однако основной диагноз должен, по возможности, устанавливаться в соответствии с веществом (или классом веществ), которое вызвало представленный клинический синдром либо внесло решающий вклад в его формирование. Другие диагнозы кодируются, если иные психоактивные вещества принимались в дозах, вызывающих интоксикацию (опьянение) (при этом используется общий четвертый знак: .0), либо их употребление привело к вредным последствиям (общий четвертый знак: .1), формированию зависимости (.2) или другим расстройствам (.3—9).

Только в случаях, если психоактивные вещества принимаются совершенно хаотическим образом, без каких-либо признаков системы, или роль употребления конкретных наркотиков не поддается выделению, следует использовать код расстройства, обусловленного сочетанным употреблением наркотиков (F19).

Исключается:
злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F55).

Нижеследующее подразделение по четвертому знаку предназначено для использования с категориями (F10—F19).

.0 Острая интоксикация

Состояние, наступающее вслед за приемом алкоголя или другого психоактивного вещества и приводящее к расстройствам сознания, восприятия, эмоций, поведения, когнитивных или других психофизиологических функций и реакций. Нарушения связаны с непосредственным фармакологическим действием вещества. Со временем они обычно полностью разрешаются, после чего наступает полное выздоровление, за исключением случаев, когда возникает повреждение тканей или другие осложнения. Последние могут включать травмы, аспирацию рвотных масс, делирий, кому, судороги и т.п. Их характер зависит от фармакологического класса вещества и способа его применения.

Включаются:
острое опьянение при алкоголизме;
«неудачное путешествие» при приеме галлюциногенов;
опьянение БДУ;
патологическая интоксикация (опьянение);
состояния транса и одержимости (овладения) при интоксикации психоактивными веществами.

.1 Употребление с вредными последствиями

Модель употребления психоактивного вещества, следование которой наносит ущерб здоровью. Вредные последствия могут быть соматическими (например, в случае заражения гепатитом из-за самостоятельного введения инъекционных наркотиков) или психическими (например, случаи возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Включается:
злоупотребление психоактивными веществами.

.2 Синдром зависимости

Под синдромом зависимости понимают сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических явлений, развивающихся после многократного употребления психоактивного вещества. Среди них наиболее типичными являются: сильное желание принимать данное вещество; ослабление контроля над его приемом; продолжение употребления, несмотря на вредные последствия; высокий приоритет употребления вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами; возросшая толерантность; в некоторых случаях — физиологический синдром отмены.

Синдром зависимости может проявляться в отношении определенного вещества (например, табака, алкоголя или диазепама), группы веществ (например, опиатных препаратов) или более широкого спектра различных психоактивных веществ.

Включаются:
хронический алкоголизм.
дипсомания;
лекарственная (наркотическая) зависимость;

.3 Состояние отмены

Это состояние характеризуется группой симптомов различной степени тяжести, проявляющихся (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема вещества после некоторого периода его постоянного употребления. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и зависят от типа вещества и дозы, применявшейся непосредственно перед отменой или сокращением приема. Синдром отмены может осложняться судорогами.

.4 Состояние отмены с делирием

К этой рубрике относят случаи, при которых состояние отмены, обозначаемое кодом с общим четвертым знаком .3, осложняется делирием, описанным в рубрике F05.—. Могут наблюдаться и судороги. Если в этиологии играют роль органические факторы, состояние следует классифицировать под рубрикой F05.8.

Включается:
белая горячка (состояние отмены с делирием алкогольного генеза).

.5 Психотическое расстройство

Это комплекс психотических симптомов, возникающих во время или непосредственно после употребления вещества, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены. Расстройство характеризуется яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором), аффективными нарушениями, варьирующими от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность.

Включаются:
алкогольный галлюциноз;
алкогольный бред ревности;
алкогольная паранойя;
алкогольный психоз БДУ.

Исключается:

вызванное алкоголем или другими психоактивными веществами резидуальное психотическое расстройство или психотическое расстройство с поздним (отсроченным) дебютом (F10—F19 с общим четвертым знаком: .7).

.6 Амнестический синдром

Синдром связан с выраженным хроническим нарушением памяти на недавние и более отдаленные события. Непосредственное воспроизведение обычно сохраняется. Память на недавние события обычно нарушается в большей степени, чем на отдаленные. Как правило, отмечаются нарушение чувства времени, затруднения установления последовательности событий; нарушается способность к усвоению нового материала. Иногда (но не во всех случаях) могут появляться конфабуляции. Другие когнитивные функции обычно остаются сравнительно сохранными, и в клинической картине преобладают дефекты памяти; все остальные нарушения по степени выраженности являются несопоставимыми с ними.

Включаются:

амнестическое расстройство, вызванное алкоголем или наркотическими веществами;

психоз Корсакова или синдром, вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами либо неуточненный.

Исключается:

неалкогольный психоз Корсакова или синдром (F04).

.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отсроченным) дебютом

К этой группе относят расстройства, при которых обусловленные алкоголем или наркотиками изменения когнитивных функций, аффективной сферы, личности или поведения сохраняются за рамками периода непосредственного действия психоактивного вещества. Начало расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества.

Случаи, когда подобное состояние впервые возникает через некоторое время после эпизода (эпизодов) употребления вещества, должны здесь кодироваться только при наличии отчетливых и убедительных доказательств, позволяющих квалифицировать их как резидуальный эффект воздействия психоактивного вещества. Наплывы реминисценций можно дифференцировать от психотического расстройства, опираясь на такие отличия, как их эпизодический характер, часто очень короткая продолжительность (секунды или минуты); один из наиболее характерных признаков состоит в том, что они представляют собой повторение (иногда точное) переживаний, связанных с предыдущим употреблением психоактивного вещества.

Включаются:
алкогольная деменция БДУ;
хронический алкогольный мозговой синдром (энцефалопатия);
деменция и другие, более легкие формы стойких нарушений когнитивных функций;
реминисценции;
психотическое расстройство с поздним дебютом, вызванное употреблением психоактивных веществ;
нарущение восприятия после воздействия галлюциногенов;
резидуальное аффективное расстройство;
резидуальное расстройство личности и поведения.

Исключаются:
обусловленные употреблением алкоголя или психоактивных веществ
синдром Корсакова(F10—19 с общим четвертым знаком .6);
психотическое состояние (F10—19 с общим четвертым знаком .5).

.8 Другие психические и поведенческие расстройства

.9 Неуточненные психические и поведенческие расстройства

Приведенные выше подразделения в соответствии с четвертым знаком предназначены для использования с нижеследующими категориями (F10—F19).

F10 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

F11 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов

F12 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов

F13 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств

F14 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака

F18 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F19 Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Эту категорию используют в случаях, когда известно, что употреблялось два психоактивных вещества или более, но невозможно оценить, какое из них сыграло бóльшую роль в развитии расстройства. Кроме того, этот код следует применять, если не удается точно идентифицировать некоторые (или даже все) из подобных веществ, поскольку лица, употребляющие много различных психоактивных средств, зачастую сами не имеют точного представления, какие именно препараты принимают.

Включается:
неправильное употребление лекарств БДУ.

F20—F29 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства

F20 Шизофрения

F20.0 Параноидная шизофрения

F20.1 Гебефренная шизофрения

F20.2 Кататоническая шизофрения

F20.3 Недифференцированная шизофрения

F20.4 Постшизофреническая депрессия

F20.5 Резидуальная шизофрения

F20.6 Простая шизофрения

F20.8 Другие формы шизофрении

F20.9 Шизофрения, неуточненная

Для указания типа течения шизофренических расстройств может использоваться пятый знак:

F20.x0 Непрерывное

F20.x1 Эпизодическое с прогредиентным развитием дефекта

F20.x2 Эпизодическое со стабильным дефектом

F20.x3 Эпизодическое ремиттирующее

F20.x4 Неполная ремиссия

F20.x5 Полная ремиссия

F20.x8 Другой тип течения

F20.x9 Тип течения не установлен ввиду недостаточной длительности периода наблюдения

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F22.0 Бредовое расстройство

F22.8 Другие хронические бредовые расстройства

F22.9 Хроническое бредовое расстройство, неуточненное

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F23.3 Другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства

F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства

F23.9 Острое и транзиторное психотическое расстройство, неуточненное

Для указания на отсутствие или наличие связи с острым стрессом может использоваться пятый знак:

F23x0 Без связи с острым стрессом

F23x1 В связи с острым стрессом

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства

F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F25.8 Другие шизоаффективные расстройства

F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное

F28 Другие неорганические психотические расстройства

F29 Неуточненный неорганический психоз

Введение

Шизофрения является наиболее распространенным и важным из всех расстройств, принадлежащих к данной группе. Шизотипическое расстройство проявляется многими симптомами, характерными для шизофрении, и, вероятно, генетически связано с ней; вместе с тем, при нем отсутствуют галлюцинации, бред и серьезные нарушения поведения, наблюдающиеся при самой шизофрении, в связи с чем пациенты с данным расстройством не всегда попадают в поле зрения врачей. Большинство бредовых расстройств, вероятно, не имеет отношения к шизо-

френии, хотя иногда бывает трудно клинически отличить их друг от друга, особенно на ранних стадиях развития. Они составляют гетерогенный и недостаточно изученный набор расстройств, которые для удобства делятся в зависимости от типичной продолжительности течения на группу хронических бредовых расстройств и более обширную группу острых и транзиторных психотических расстройств. Последние, по-видимому, являются наиболее распространенными в развивающихся странах. Приведенную здесь классификацию следует считать предварительной. В этом разделе также сохранена рубрика шизоаффективных расстройств, несмотря на то, что вопрос об их природе остается спорным.

F20 Шизофрения

Шизофренические расстройства в целом характеризуются типичными фундаментальными нарушениями мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Как правило, сохраняются ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя со временем могут появиться некоторые дефекты когнитивного функционирования. Расстройство затрагивает самые основные психические функции, дающие здоровому человеку ощущение индивидуальности, уникальности и самоопределения. У больного нередко появляется чувство, что самые интимные его мысли, ощущения, эмоции и действия известны или принадлежат также другим людям. Далее может развиться бред, объясняющий эти явления, например, воздействием естественных или сверхъестественных сил, весьма причудливыми способами влияющих на мысли и действия больного. Человек может считать себя центром всех происходящих вокруг событий. Распространенным симптомом являются галлюцинации, особенно слуховые, при которых больной слышит комментарии относительно своего поведения или мыслей. Нередко возникают и другие нарушения восприятия: цвета или звуки могут ощущаться как чрезмерно яркие или качественно измененные. Несущественные особенности обычных вещей могут представляться более важными, чем весь объект или ситуация в целом. На ранних стадиях заболевания достаточно распространенным симптомом является растерянность, часто ведущая к убеждению, что повседневные бытовые ситуации наполнены особым, обычно зловещим значением и созданы специально для больного. При характерном для шизофрении

расстройстве мышления второстепенные, не имеющие отношения к делу детали целостного понятия или концепции, которые при нормальной, целенаправленной психической деятельности не принимаются во внимание и отбрасываются, выходят на передний план и используются вместо существенных вещей, имеющих непосредственное отношение к данной ситуации. Поэтому мышление становится расплывчатым, окольным и неясным, а его речевое выражение нередко вообще невозможно понять. Нередко у больных наблюдаются обрывы или наплывы мыслей, при которых у больного возникают идеи «отнятия» или «вкладывания» мыслей посторонней силой. В типичных случаях эмоции являются уплощенными, инадекватными, настроение не соответствует ситуации, наблюдается амбивалентность. Волевые нарушения выражаются в инертности, негативизме или ступоре. В некоторых случаях возникает кататонический синдром. Начало (дебют) заболевания может быть острым, с серьезными нарушениями поведения или постепенным, с медленным развитием странностей в мыслях и поведении. Течение заболевания также значительно варьирует, оно не является неизбежно хроническим или инвалидизирующим (форма течения обозначается пятым знаком кода). В ряде случаев, частота которых оказывается различной в разных культурах и популяциях, исходом бывает полное или практически полное выздоровление. Заболеваемость шизофренией среди мужчин и женщин практически является одинаковой, однако у женщин существует тенденция к более позднему началу заболевания.

При шизофрении невозможно идентифицировать какие-либо строго патогномонические для этого заболевания психопатологические феномены, вместе с тем, в практических целях полезно выделить в описанных выше клинических проявлениях группы, объединяющие особенно важные для установления диагноза и обычно наблюдающиеся совместно симптомы, к которым относятся:

(a) «эхо-мысли»; идеи вкладывания или отнятия мыслей, их открытой передачи;

(b) бред воздействия, влияния или пассивности, явным образом относящийся к своему телу, движениям конечностей или к специфическим мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

(c) галлюцинаторные голоса, которые осуществляют текущий комментарий действий больного или обсуждают его между собой, говоря о

относящихся, по крайней мере, к двум группам, обозначенным буквами (e) — (h), причем эти симптомы должны наблюдаться бо́льшую часть времени *в течение периода в один или более месяцев.* Впервые возникшие состояния, отвечающие приведенным симптоматическим требованиям, но длящиеся менее одного месяца (независимо от проведения лечения), следует диагностировать как острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2), а позднее изменить диагноз на шизофрению, если симптомы сохраняются более длительное время. Симптом, обозначенный в приведенном выше списке буквой (i), относится только к диагнозу «простая шизофрения» (F20.6), и для установления этого диагноза требуется, чтобы симптомы длились не менее одного года.

При ретроспективном анализе нередко выясняется, что появлению психотических симптомов предшествует продромальный период, опережающий их на несколько недель или даже месяцев и проявляющийся такими симптомами и изменениями поведения, как потеря интереса к работе, социальной активности, своей внешности и личной гигиене наряду с генерализованной тревогой, легкой депрессией и озабоченностью. Из-за трудности, которую представляет точное определение времени начала заболевания, критерий длительности не менее одного месяца относится лишь к перечисленным выше специфическим симптомам, а не к каким-либо проявлениям продромальной непсихотической фазы.

Диагноз шизофрении не должен устанавливаться при наличии выраженных депрессивных или маниакальных симптомов за исключением случаев, когда точно известно, что шизофренические симптомы предшествовали появлению аффективных нарушений. Если шизофренические и аффективные симптомы развиваются одновременно и являются равными по степени тяжести, то следует ставить диагноз шизоаффективного расстройства (F25.—), даже если шизофренические симптомы сами по себе оправдали бы диагноз шизофрении. Также не следует диагностировать шизофрению при наличии явных признаков заболевания головного мозга либо на фоне интоксикации психоактивными веществами или состояния отмены. Сходные расстройства, развивающиеся при эпилепсии или других заболеваниях мозга, кодируются как F06.2, а вызванные психоактивными веществами — как F10—F19 с общим четвертым знаком F1x.5.

Типы течения

Течение шизофренических расстройств классифицируют с использованием следующих пятизначных кодов:

F20.x0 Непрерывное

F20.x1 Эпизодическое с прогредиентным развитием дефекта

F20.x2 Эпизодическое со стабильным дефектом

F20.x3 Эпизодическое ремиттирующее

F20.x4 Неполная ремиссия

F20.x5 Полная ремиссия

F20.x8 Другой тип течения

F20.x9 Тип течения не установлен ввиду недостаточной длительности периода наблюдения

F20.0 Параноидная шизофрения

Это наиболее распространенная форма шизофрении в большинстве частей света. В клинической картине преобладает относительно стабильный, часто параноидный бред, который обычно сопровождается галлюцинациями, особенно слуховыми, и нарушениями восприятия. Расстройства эмоциональной и волевой сферы, нарушения речи, кататонические симптомы отсутствуют либо являются слабо выраженными.

Примерами наиболее частых симптомов при этой форме шизофрении являются:

(a) бредовые идеи преследования, отношения, высокого происхождения, особой миссии, телесных изменений или ревности;

(b) галлюцинаторные «голоса» угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации в невербальной форме — свист, звучание мелодий, смех;

(c) обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или иные телесные ощущения;

(d) зрительные галлюцинации также могут возникать, но редко оказываются преобладающими.

В состоянии обострения явными становятся расстройства мышления, но они не мешают больному достаточно ясно описывать типичные

бредовые идеи и галлюцинации. Степень притупления эмоций является менее выраженной, чем при других формах шизофрении, однако обычно наблюдается легкая неконгруэнтность аффективных проявлений и такие нарушения настроения, как раздражительность, внезапные вспышки гнева, боязливость и подозрительность. Нередко в клинической картине присутствуют, но не доминируют «негативные» симптомы в виде аффективной уплощенности или волевых нарушений.

Течение параноидной шизофрении может быть эпизодическим с частичными или полными ремиссиями или хроническим. При хроническом течении яркая симптоматика сохраняется в течение многих лет и выделить отдельные эпизоды бывает трудно. Начало чаще наблюдается в более позднем возрасте, чем при гебефренной или кататонической форме.

Диагностические критерии

Должны удовлетворяться общие критерии шизофрении (см. выше введение к рубрике F20). Кроме того, должны присутствовать выраженные галлюцинации и/или бредовые идеи. Нарушения аффектов, воли и речи, а также кататонические симптомы должны быть сравнительно менее заметными. Галлюцинации обычно принимают форму, описанную в пунктах (b) и (c) приведенного выше списка. Бредовые идеи могут быть практически любыми по содержанию, однако наиболее характерными являются бред воздействия, влияния или пассивности, а также различного рода идеи преследования.

Включается:
парафренная шизофрения.

Дифференциальный диагноз

Важно исключить эпилептические и вызванные психоактивными веществами психозы и также не забывать о том, что бред преследования, возникающий у представителей некоторых стран и культур, может не обладать значительной диагностической ценностью.

Исключаются:
инволюционный параноид (F22.8);
паранойя (F22.0).

F20.1 Гебефренная шизофрения

Форма шизофрении, при которой наблюдаются выраженные эмоциональные изменения, преходящие и фрагментарные бред и галлюцинации, безответственное и непредсказуемое поведение; часто встречается манерность. Аффективные реакции являются уплощенными и неадекватными, часто сопровождаются смехом или улыбкой, свидетельствующими об удовлетворении собой и погруженности в свои внутренние переживания, или высокомерным выражением лица, гримасами и манерностью. Поведение больных характеризуется нелепыми выходками и дурашливостью. В целом оно кажется бесцельным и не обусловленным чувствами. Иногда отмечаются ипохондрические жалобы. Мышление является дезорганизованным, а речь становится бессвязной и непоследовательной. Больные нередко по нескольку раз повторяют одну и ту же фразу. Отмечается тенденция к социальной изоляции. Эта форма шизофрении обычно начинается в возрасте от 15 до 25 лет, и прогноз при ней, как правило, является неблагоприятным в связи с быстрым развитием «негативных» симптомов, особенно уплощения аффективных проявлений и нарастания абулии.

Аффективные и волевые расстройства, а также нарушения мышления обычно бывают резко выраженными. Галлюцинации и бред обычно могут присутствовать в легкой форме. Побуждения и целеустремленность полностью угасают, больной более не стремится достичь определенных целей, в связи с чем его поведение становится нецеленаправленным и бессмысленным. Иногда возникает поверхностное и манерное увлечение религией, философией и другими абстрактными вопросами. Уследить за ходом мыслей больного во время разговоров на отвлеченные темы на фоне нарушенного мышления слушателю становится все труднее и труднее.

Диагностические критерии

Должны удовлетворяться общие критерии шизофрении (см. выше введение к рубрике F20). Диагноз гебефрении обычно устанавливается только в подростковом и юношеском возрасте. Преморбидные личностные особенности обычно (но не всегда) выражаются в застенчивости и замкнутости. Обычно требуется постоянное наблюдение за больным в течение 2—3 месяцев, чтобы убедиться в сохранении характерного для этого заболевания поведения и быть уверенным в диагнозе гебефрении.

Включаются:
дезорганизованная шизофрения;
гебефрения.

F20.2 Кататоническая шизофрения

При этой форме шизофрении в клинической картине ведущее место занимают выраженные психомоторные расстройства, которые могут варьировать между такими крайними проявлениями, как гиперкинезы и ступор или автоматическая подчиняемость и негативизм. Вынужденные позы могут сохраняться в течение длительного времени. Ярким проявлением состояния бывают эпизоды возбуждения, сопровождающиеся агрессивным поведением.

По не вполне понятным причинам кататоническая шизофрения в настоящее время редко встречается в индустриально развитых странах, хотя в других регионах мира остается достаточно распространенной. Кататонические феномены иногда сочетаются со сновидным (онейроидным) состоянием с очень яркими сценоподобными галлюцинациями.

Диагностические критерии

Должны удовлетворяться общие критерии шизофрении (см. выше введение к рубрике F20). Транзиторные и изолированные кататонические симптомы могут наблюдаться в контексте любого другого клинического типа шизофрении, однако для диагноза кататонической формы этого заболевания в клинической картине должна преобладать одна или более из следующих форм поведения:

(a) ступор (значительное снижение реактивности на внешние стимулы наряду с редукцией спонтанных движений и активности) или мутизм;

(b) возбуждение (явно нецеленаправленная двигательная активность, которая не зависит от влияния внешних раздражителей);

(c) застывания (произвольное принятие и сохранение неадекватных или причудливых поз);

(d) негативизм (немотивированное сопротивление внешним воздействиям, выражающееся в неподчинении любым инструкциям, например, противодействии попыткам сдвинуть больного с места, причем иногда он даже совершает движения в противоположном направлении);

(e) ригидность (сохранение ригидной позы, несмотря на предпринимаемые другими лицами попытки изменить ее);

(f) восковая гибкость (сохранение положения тела и конечностей, приданного им другими людьми);

(g) другие симптомы, такие как автоматическая подчиняемость (механическое выполнение инструкций) и повторение слов и фраз (пересеверации).

Пациентам, отказывающимся от общения и проявляющим поведенческие симптомы кататонии, диагноз шизофрении до получения достоверных сведений о присутствии у них других симптомов этого заболевания следует ставить лишь предварительно. Чрезвычайно важно не забывать, что кататонические симптомы сами по себе не являются патогномоническим признаком шизофрении и встречаются также при органических заболеваниях головного мозга, метаболических нарушениях, могут быть связаны с употреблением алкоголя или наркотиков или с расстройствами настроения.

Включаются:
кататонический ступор;
шизофреническая восковая гибкость;
шизофреническая каталепсия;
шизофреническая кататония.

F20.3 Недифференцированная шизофрения

К этой категории относятся психотические состояния, которые соответствуют общим диагностическим критериям шизофрении (см. выше введение к рубрике F20), но не совпадают ни с одним из описанных подтипов (F20.0—F20.2) либо демонстрируют признаки двух или более подтипов без отчетливого доминирования индивидуального набора диагностических характеристик, специфических для какого-либо из них. Данную рубрику следует использовать только для обозначения психотических состояний (то есть исключаются резидуальная шизофрения, F20.5 и постшизофреническая депрессия, F20.4) и прежде, чем ее применять, необходимо попытаться отнести состояние к какой-либо из трех предыдущих категорий.

Диагностические критерии

Данная категория предназначена для обозначения расстройств, при которых:

(a) удовлетворяются общие критерии шизофрении (F20.0—F20.3);

(b) симптоматика либо не соответствует критериям ни одного из подтипов F20.0, F20.1, F20,2, F20.4 или F20.5, либо симптомов настолько много, что удовлетворяются критерии более чем одного из подтипов, перечисленных выше (параноидной — F20.0, гебефренической — F20.1 или кататонической — F20.2 шизофрении).

Включается:
атипичная шизофрения.

F20.4 Постшизофреническая депрессия

Это депрессивный эпизод (нередко продолжительный), возникающий как последствие шизофрении. Некоторые шизофренические симптомы должны еще присутствовать, но они уже не доминируют в клинической картине. Эти персистирующие симптомы шизофрении могут быть «продуктивными» или «негативными», однако последние являются более распространенными. Обычно трудным для выяснения и несущественным для установления диагноза является то, в какой мере депрессивные симптомы просто вышли на первый план после разрешения психотической симптоматики (а не появились вновь), представляя, таким образом, составную часть симптоматики шизофрении, а не психологическую реакцию на нее. По степени тяжести они редко соответствуют критериям тяжелого депрессивного эпизода (F32.2 и F32.3), и зачастую бывает нелегко решить, какие именно симптомы у больного обусловлены депрессией, а какие — применением нейролептиков или нарушением воли и уплощением аффекта, свойственными самой шизофрении. Депрессивное расстройство связано с повышенным суицидальным риском.

Диагностические критерии

Данный диагноз следует ставить, только если:

(a) на протяжении предшествующих 12 месяцев у больного наблюдалась клиническая картина, удовлетворяющая общим критериям шизофрении (см. выше введение к рубрике F20);

(b) некоторые шизофренические симптомы еще присутствуют и

(c) депрессивные симптомы являются выраженными и субъективно беспокоящими, соответствуют, по крайней мере, критериям легкого депрессивного эпизода (F32.—) и длятся не менее двух недель.

В случаях, когда у больного больше не отмечается шизофреническая симптоматика, следует диагностировать депрессивный эпизод (F32.—). Если же эта симптоматика остается яркой и выраженной, то сохраняется диагноз соответствующего подтипа шизофрении (F20.0, F20.1, F20.2 или F20.3).

F20.5 Резидуальная шизофрения

Это хронический этап в развитии патологического процесса, на котором наблюдается отчетливый переход от ранней стадии течения шизофрении (состоящей из одного или более эпизодов с психотической симптоматикой, соответствующих описанным выше общим критериям шизофрении) к последующей стадии, характеризующейся стойкими, длительно сохраняющимися (хотя и не обязательно необратимыми) «негативными» симптомами.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза состояние больного должно соответствовать следующим критериям:

(a) присутствие выраженных «негативных» симптомов шизофрении, таких как психомоторная заторможенность, сниженная активность, притупление аффекта, пассивность и отсутствие инициативы; бедность речи и элементов невербального общения, включающих мимику, глазной контакт, голосовые модуляции и позы;

(b) наличие в анамнезе, по меньшей мере, одного явного психотического эпизода, соответствующего критериям шизофрении;

(c) период *по меньшей мере продолжительностью в один год*, в течение которого интенсивность и частота ярких симптомов шизофрении, таких как бред и галлюцинации, была минимальной или существенно уменьшалась, *и в то же время* присутствовал «негативный» шизофренический синдром;

(d) отсутствие деменции, другого органического заболевания или поражения головного мозга, а также хронической депрессии или госпи-

тализма, достаточно выраженных, чтобы их симптомами можно было объяснить наличие негативных расстройств.

В тех случаях, когда невозможно получить адекватную информацию об истории жизни и заболевания пациента и в связи с этим нельзя точно установить, соответствовало ли его состояние когда-либо в прошлом критериям шизофрении, приходится ставить лишь предварительный диагноз резидуальной шизофрении.

Включаются:
хроническая недифференцированная шизофрения;
шизофренические
— резидуальное состояние;
— Restzustand.

F20.6 Простая шизофрения

Мало распространенное расстройство, при котором постепенно, исподволь, но с неуклонным нарастанием развиваются странности в поведении, прогрессирует неспособность соответствовать требованиям общества, снижается общая продуктивность. Бред и галлюцинации не выявляются, и признаки психоза представляются гораздо менее явными, чем при гебефренической, параноидной и кататонической формах шизофрении. Появлению характерных негативных симптомов резидуальной шизофрении (например, уплощения аффекта, утраты побуждений) не предшествуют какие-либо отчетливые психотические симптомы. Вследствие оскудения социальных отношений может развиться склонность к бродяжничеству, погруженность во внутренние переживания, отсутствие жизненных целей и бездеятельность.

Диагностические критерии

Установить достоверный диагноз простой шизофрении сложно, поскольку он основан на выявлении медленного, но неуклонно прогрессирующего развития характерных «негативных» симптомов резидуальной шизофрении (см. выше F20.5) и отсутствии в анамнезе галлюцинаций, бреда или других проявлений перенесенного психотического эпизода. Должны также наблюдаться на протяжении, по меньшей мере, одного года значительные изменения в определенных лич-

ностных аспектах и поведении пациента, проявляющиеся потерей интересов, бездеятельностью и социальной отгороженностью.

Включается:
симплекс-шизофрения.

F20.8 Другие формы шизофрении

Включаются:
сенестопатическая шизофрения;
шизофреноформное расстройство БДУ.

Исключаются:
кратковременное шизофреноподобное расстройство (F23.2);
циклическая шизофрения (F25.2);
латентная шизофрения (F23.2).

F20.9 Шизофрения, неуточненная

F21 Шизотипическое расстройство

Это расстройство характеризуется чудаковатым поведением, аномалиями в сфере мышления и эмоций, напоминающими наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии течения заболевания характерные для шизофрении нарушения не отмечаются. Отсутствуют какие-либо преобладающие в клинической картине или типичные проявления, но могут возникать следующие симптомы:

(a) эмоциональная холодность или неадекватность аффекта (человек кажется холодным и равнодушным);

(b) странное или чудаковатое поведение или внешний вид;

(c) отсутствие эмпатии, тенденция к социальной отгороженности;

(d) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и не соответствующим нормам субкультуры, к которой принадлежит больной;

(e) подозрительность или параноидные идеи;

(f) навязчивые размышления («умственная жвачка»), к которым отсутствует внутреннее сопротивление, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

(g) необычные переживания в сфере восприятия, включающие соматосенсорные (телесные) или иные иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;

(h) расплывчатость, обстоятельность, метафоричность, чрезмерная детализация или стереотипия мышления, проявляющиеся, в частности, в особенностях речи, но без выраженной разорванности;

(i) преходящие квазипсихотические эпизоды с выраженными иллюзиями, слуховыми и другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, возникающие обычно вне связи с воздействием внешних провоцирующих факторов.

Течение расстройства является хроническим с колебаниями в степени выраженности симптомов. Иногда оно переходит в шизофрению. Точное время начала определить трудно, и обычно развитие и течение, в основном, такие же, как при расстройствах личности. Данное расстройство оказывается более распространенным среди родственников больных шизофренией, чем в общей популяции, и считается частью генетического «спектра» шизофрении.

Диагностические критерии

Данная диагностическая рубрика не рекомендуется для широкого использования, поскольку у нее нет четко определенных границ ни с простой шизофренией, ни с параноидным расстройством личности. Для использования данного диагноза необходимо постоянное или эпизодическое присутствие трех-четырех описанных выше типичных проявлений в течение, *по меньшей мере, двух лет*. Состояние пациента не должно соответствовать критериям самой шизофрении, в том числе в анамнезе. Наличие шизофрении у родственника первой степени родства придает дополнительный вес данному диагнозу, но не является для него необходимым условием.

Включаются:
пограничная шизофрения;
латентная шизофрения;
латентная шизофреническая реакция;

предпсихотическая шизофрения;
продромальная шизофрения;
псевдоневротическая шизофрения;
псевдопсихопатическая шизофрения;
шизотипическое расстройство личности.

Исключаются:
синдром Аспергера (F84.5);
шизоидное расстройство личности (F60.1).

F22 Хронические бредовые расстройства

Данная группа включает различные расстройства, при которых хронический бред является единственной или наиболее заметной клинической характеристикой, причем они не могут быть квалифицированы как органические, шизофренические или аффективные. Расстройства, относящиеся к этой группе, по-видимому, являются гетерогенными, и их связь с шизофренией четко не определена. Относительное значение генетических факторов, личностных характеристик и жизненных обстоятельств в их происхождении не установлено и, вероятно, бывает различным.

F22.0 Бредовое расстройство

Данная группа расстройств характеризуется развитием монотематического либо систематизированного политематического бреда, который обычно является очень стойким и иногда сохраняется на протяжении всей жизни. Бред бывает самым разным по содержанию. Чаще всего он представлен идеями преследования, величия или ипохондрическими переживаниями, однако в ряде случаев наблюдается бред иного содержания — сутяжничества, ревности, дисморфоманические мысли или убеждение больного в том, что другие люди считают его гомосексуалистом или ощущают неприятный запах от его/ее тела. В типичных случаях другие психопатологические симптомы отсутствуют, однако периодически могут возникать депрессивные переживания, а в некоторых случаях развиваться обонятельные или тактильные галлюцинации. С диагнозом бредового расстройства являются несовмести-

мыми отчетливые хронические слуховые галлюцинации (голоса), шизофренические симптомы (такие как бред воздействия и выраженная эмоциональная уплощенность), наличие данных, свидетельствующих об органическом поражении головного мозга. Однако эпизодические или транзиторные слуховые галлюцинации (особенно у пожилых больных) не исключают такого диагноза при условии, что эта симптоматика является нетипичной для шизофрении и составляет лишь небольшую часть общей клинической картины. Бредовые расстройства обычно начинаются в среднем возрасте, но иногда, особенно в случае убеждений в искаженности формы тела (диморфомании), они могут возникать в молодом или даже подростковом возрасте. Содержание бреда или время его развития часто бывают связаны с жизненными обстоятельствами больного, например, идеи преследования чаще всего возникают у представителей национальных меньшинств. За исключением действий и отношений, непосредственно связанных с бредом или бредовой системой, аффективные процессы, речь и поведение являются нормальными.

Диагностические критерии

Наличие бредовых идей является преобладающей или единственной клинической характеристикой. Они должны наблюдаться, по меньшей мере, в течение трех месяцев и носить скорее личный, чем субкультуральный характер. Время от времени могут наблюдаться депрессивные симптомы или даже депрессивный эпизод (F32.—) при условии, что бред сохраняется и вне периодов аффективного расстройства. Не должно быть данных, свидетельствующих о наличии заболевания головного мозга; слуховые галлюцинации должны отсутствовать или быть лишь эпизодическими; не должно быть (даже в анамнезе) типичных симптомов шизофрении (бреда воздействия или влияния, чувства открытости мыслей и т.п.).

Включаются:
паранойя;
параноидный психоз;
параноидное состояние;
поздняя парафрения;
сенситивный бред отношения.

Исключаются:
параноидное расстройство личности (F60.0);
психогенный параноидный психоз (F23.3);
параноидная реакция (F23.3);
параноидная шизофрения (F20.0);

F22.8 Другие хронические бредовые расстройства

Это остаточная категория, предназначенная для обозначения хронических бредовых расстройств, не соответствующих критериям бредового расстройства (F22.0). При этих расстройствах бред сопровождается стойкими галлюцинаторными голосами или шизофреническими симптомами, не дающими достаточных оснований для установления диагноза шизофрении (F20.—). Однако бредовые расстройства, длящиеся менее трех месяцев, следует (по крайней мере, временно) относить к рубрике F23.— .

Включаются:
бредовая форма дисморфофобии;
инволюционный параноид;
кверулянтная форма паранойи.

F22.9 Хроническое бредовое расстройство, неуточненное

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

Доступная в настоящее время систематическая клиническая информация является недостаточной для обеспечения четкого руководства в классификации острых психотических расстройств, а ограниченные данные и клинические традиции, которые приходится использовать в этих целях, не несут в себе строгих концепций этих расстройств, позволяющих ясно определять их и отличать друг от друга. В отсутствие выверенного и апробированного многоосевого подхода предлагающийся здесь метод позволяет избежать диагностической путаницы. Он состоит в создании диагностической последовательности, отражающей порядок приоритета, отдаваемого выбранным ключевым симптомам расстройства. В данном руководстве установлена следующая последовательность приоритетов:

(a) острое начало (в пределах двух недель) является определяющим признаком для всей данной группы;

(b) наличие типичных синдромов;

(c) присутствие острого стресса, с которым связано расстройство.

Вместе с тем, классификация составлена таким образом, чтобы врачи, не согласные с предложенным порядком приоритетов, тем не менее могли идентифицировать острые психотические расстройства с каждой из этих особенностей.

Кроме того, рекомендуется, если это окажется возможным, в дальнейшем использовать подразделение всех расстройств, относящихся к данной группе, по характеру их начала. *Острое начало* определяется как переход от состояния без симптомов психоза к четкому патологическому психотическому состоянию в течение периода, не превышающего две недели. Имеются данные о том, что острое начало бывает связано с благоприятным исходом, и, вероятно, можно сказать, что чем более внезапным является начало, тем лучшим оказывается прогноз расстройства. Поэтому рекомендуется, если позволяет ситуация, особо выделять *внезапное начало* расстройства (в пределах 48 часов).

В качестве *типичных синдромов* были выбраны следующие: во-первых, изменчивость, непостоянство состояния больного, которое здесь обозначается как «полиморфное»; специалистами многих стран эта клиническая особенность выделена как характерная черта острых психозов; во-вторых, присутствие типичных шизофренических симптомов.

Наличие связи расстройства с острым стрессом можно, при желании, обозначить пятым знаком кода ввиду бытующего традиционного мнения о связи острых психозов со стрессом. Вместе с тем, ограниченные сведения, имеющиеся в распоряжении специалистов, свидетельствуют, что достаточно большое число случаев острого психоза не имеет никакой связи со стрессовыми факторами, поэтому в данной классификации обеспечивается возможность обозначать как наличие, так и отсутствие стресса. Наличие связи с острым стрессом подразумевает, что первые психотические симптомы возникают в пределах двух недель после одного или большего числа событий, которые в аналогичных обстоятельствах были бы восприняты как стрессовые большинством людей, относящихся к той же культурной среде, что и больной. Типичными примерами подобных событий являются смерть близкого человека, потеря партнера, работы, развод, психологические травмы,

полученные в ходе боевых действий, террористических актов или пыток. Долговременные жизненные трудности или проблемы не следует в данном контексте включать в число источников стресса.

В большинстве случаев в пределах двух-трех месяцев, а иногда нескольких недель и даже дней наступает полное выздоровление, лишь у небольшого числа больных развиваются стойкие и серьезные состояния. К сожалению, современное состояние знаний не позволяет осуществлять раннее прогнозирование с выделением тех немногих больных, у которых не наступит быстрое выздоровление.

Данное клиническое описание и диагностические критерии предназначены для использования клиницистами, которым приходится оценивать состояние пациентов, устанавливать диагноз и осуществлять лечение в пределах нескольких дней или недель после начала психоза, не имея при этом возможности заранее определить, сколько времени он будет длиться. Поэтому был включен ряд напоминаний, касающихся временных пределов и перехода от одного расстройства к другому, чтобы помочь лицам, регистрирующим диагноз, своевременно изменять его при необходимости в зависимости от состояния больного.

Номенклатура этих острых расстройств так же остается неуточненной, как и их нозологическая принадлежность, тем не менее была предпринята попытка использования простых и знакомых терминов. Удобный термин «психотическое расстройство» применяется для всей группы (слово «психотический» определялось выше, во введении к настоящему руководству) с дополнительным квалифицирующим термином, указывающим определяющую особенность каждого отдельного вида, как указано в приведенном выше порядке приоритетов.

Диагностические критерии

Ни одно из расстройств, относящихся к данной группе, не соответствует критериям маниакального (F30.—) или депрессивного (F32.—) эпизода, хотя эмоциональные изменения и отдельные аффективные симптомы могут время от времени проявляться в достаточно выраженной форме.

Эти расстройства также характеризуются отсутствием органических причин их возникновения, таких как сотрясение головного мозга, делирий или деменция. У больного нередко наблюдаются растерянность, замешательство и нарушение внимания во время беседы, однако если эти симптомы являются достаточно выраженными и постоянными,

чтобы заподозрить органически обусловленный делирий или деменцию, то установление окончательного диагноза следует отсрочить до тех пор, пока обследование больного или наблюдение не прояснят ситуацию. В равной мере диагнозы расстройств, относящихся к рубрике F23.—, не следует ставить лицам, находящимся в состоянии выраженного острого алкогольного или наркотического опьянения. Вместе с тем, незначительное увеличение употребляемых доз, например, алкоголя или марихуаны при отсутствии признаков тяжелой интоксикации или дезориентировки не исключает диагноза одного из острых психотических расстройств.

Важно отметить, что 48-часовой и двухнедельный критерии применяются не к стадии максимальной степени тяжести (разгару) расстройства, а к тому времени, когда психотические симптомы впервые становятся явными и нарушают некоторые аспекты повседневной жизни и работы. Какова ни была бы острота начала, своего пика расстройство достигает лишь спустя некоторое время; симптомы расстройства должны быть явными в указанное время только в том смысле, что обычно приводят к обращению пациента за помощью в ту или иную медицинскую службу. Продромальные периоды тревоги, депрессии, социальной отгороженности или слегка изменившегося поведения обычно не включаются в указанные промежутки времени.

Пятый знак может использоваться для указания наличия или отсутствия связи острого психотического расстройства с острым стрессом:

F23.x0 Без связи с острым стрессом;

F23.x1 В связи с острым стрессом.

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

Это острое психотическое расстройство, при котором галлюцинации, бред или нарушения восприятия являются очевидными, но чрезвычайно вариабельными и меняются день ото дня или даже от часа к часу. Часто отмечается также эмоциональное смятение с интенсивными транзиторными чувствами счастья и экстаза, тревоги и раздражительности. В общем для клинической картины характерны полиморфизм и нестабильность; при этом возникающие отдельные аффектив-

ные или психотические симптомы не удовлетворяют критериям маниакального эпизода (F30.—), депрессивного эпизода (F32.—) или шизофрении (F20.—). При таких психозах особенно часто наблюдается внезапное начало (в течение 48 часов) и быстрое разрешение симптомов; во многих случаях они возникают без связи с каким-либо очевидным стрессом.

Если симптомы сохраняются дольше, чем в течение трех месяцев, следует установить другой диагноз. Наиболее подходящими могут оказаться диагнозы хронического бредового расстройства (F22.—) или другого неорганического психотического расстройства (F28).

Диагностические критерии

Для достоверности диагноза:

(a) начало должно быть острым (от непсихотического состояния до явно психотического проходит 2 недели или менее);

(b) галлюцинации и бредовые идеи должны быть разных типов и меняться — как по типу, так и по интенсивности — день ото дня или в течение одних суток;

(c) эмоциональное состояние должно быть таким же изменчивым;

(d) несмотря на разнообразие симптомов, никакие из них не должны являться достаточно специфичными или стойкими, чтобы соответствовать критериям шизофрении (F20.—), маниакального или депрессивного эпизодов (F30.— или F32.—).

Включаются:

бредовые вспышки без симптомов шизофрении или неуточненные;

циклоидный психоз без симптомов шизофрении или неуточненный.

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

Острое психотическое расстройство, клиническая картина которого является аналогичной описанной для острого полиморфного психотического расстройства (F23.0), однако на протяжении большей части периода заболевания присутствуют также некоторые типичные для шизофрении симптомы.

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза необходимо присутствие симптомов, соответствующих критериям (a), (b) и (c) острого полиморфного психотического расстройства (F23.0). Дополнительно с момента появления в клинической картине расстройства явно психотических симптомов некоторые их них на протяжении большей части времени удовлетворяют критериям шизофрении (F20.—).

Если шизофренические симптомы сохраняются дольше чем в течение месяца, диагноз должен быть изменен на шизофрению (F20.—).

Включаются:
бредовые вспышки с симптомами шизофрении;
циклоидный психоз с симптомами шизофрении.

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

При данном остром психотическом расстройстве психотические симптомы являются относительно стабильными и отвечают критериям шизофрении (F20.—), но продолжительность их существования составляет менее одного месяца. Наблюдается некоторая степень изменчивости или нестабильности эмоций, однако они не достигают степени выраженности, описанной в рубрике F23.0.

Диагностические критерии

Для достоверности диагноза:

(a) начало должно быть острым (от непсихотического состояния до явно психотического проходит 2 или менее недели);

(b) симптомы, соответствующие критериям шизофрении (F20.—), должны присутствовать на протяжении большей части времени с момента появления в клинической картине расстройства явно психотических симптомов;

(c) существующие симптомы не соответствуют критериям острого полиморфного психотического расстройства.

Если шизофренические симптомы сохраняются дольше чем в течение месяца, диагноз должен быть изменен на шизофрению (F20.—).

Включаются:
острая (недифференцированная) шизофрения;
кратковременное шизофреноформное расстройство;
кратковременный шизофреноформный психоз;
онейрофрения;
шизофреническая реакция.

Исключаются:
органическое бредовое [шизофреноподобное] расстройство (F06.2);
шизофреноформное расстройство БДУ (F20.8).

F23.3 Другие острые, преимущественно бредовые психотические расстройства

К этой рубрике относят острые психотические расстройства, при которых основное место в клинической картине занимают относительно стабильный бред или галлюцинации, не дающие достаточных оснований для установления диагноза шизофрении (F20.—). Достаточно частым является бред преследования и отношения, а галлюцинации чаще всего слуховые (голоса общаются непосредственно с больным).

Диагностические критерии

Для достоверности диагноза:

(a) начало должно быть острым (от непсихотического состояния до явно психотического проходит 2 недели или менее);

(b) бред и галлюцинации должны присутствовать на протяжении большей части времени с момента появления в клинической картине расстройства явно психотических симптомов;

(c) не удовлетворяются критерии шизофрении (F20.—) или острого полиморфного психотического расстройства (F23.0).

Если бредовые идеи сохраняются дольше чем в течение месяца, диагноз должен быть изменен на хроническое бредовое расстройство (F22.—). Если более трех месяцев сохраняются только галлюцинации, его следует изменить на другое неорганическое психотическое расстройство (F28).

Включаются:
параноидная реакция;
психогенный параноидный психоз.

F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства

Так должны кодироваться любые острые психотические расстройства, которые не могут быть классифицированы в других рубриках F23 (например, острые психотические состояния, при которых отмечаются отчетливые бред или галлюцинации, но лишь в течение короткого времени). Сюда включаются также состояния недифференцированного возбуждения (в случаях, когда невозможно получить более подробную информацию о психическом состоянии больного), но только при условии отсутствия данных, свидетельствующих об органических причинах.

F23.9 Острое и транзиторное психотическое расстройство, неуточненное

Включаются:
кратковременный реактивный психоз БДУ.

F24 Индуцированное бредовое расстройство

Данный термин применяется в случаях, когда бредовое расстройство разделяется двумя или более лицами, между которыми существуют тесные эмоциональные связи. Истинным психотическим расстройством страдает лишь один из них; у остальных бред формируется под его влиянием и, как правило, редуцируется при разлучении.

Включаются:
folie à deux («помешательство вдвоем, втроем и т.д.»);
индуцированное параноидное или психотическое расстройство.

F25 Шизоаффективные расстройства

Это расстройства с приступообразным течением, при которых выраженные аффективные и шизофренические симптомы возникают во время одного и того же эпизода заболевания одновременно или с разницей в несколько дней. Их связь с расстройствами настроения [аффективными расстройствами] (F30—F39) и шизофреническими расстройствами (F20—F24) остается неясной. Они выделены в отдельную категорию, поскольку достаточно высокая распространенность этих расстройств не позволяет их игнорировать. Другие состояния, при которых аффективные симптомы накладываются на ранее возникшее шизофреническое расстройство, составляют часть его клинической картины либо сосуществуют (или перемежаются) с другими хроническими бредовыми расстройствами, должны классифицироваться в соответствующих рубриках F20—F29. Не соответствующие психотические симптомы при аффективных расстройствах (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3 или F33.3) сами по себе не оправдывают диагноза шизоаффективного расстройства.

У пациентов, страдающих рекуррентными эпизодами шизоаффективных расстройств, в особенности теми, при которых преобладают симптомы маниакального (а не депрессивного) типа, обычно наблюдается полное выздоровление и редко развивается дефектное состояние.

Диагностические критерии

Диагноз шизоаффективного расстройства следует устанавливать только в тех случаях, когда отчетливые симптомы шизофрении и аффективных расстройств появляются в выраженной форме *одновременно* или с промежутком не более нескольких дней в рамках одного и того же эпизода заболевания, в результате чего приступ болезни не соответствует ни критериям шизофрении, ни маниакального или депрессивного эпизода. Данный диагноз не следует применять к пациентам, у которых симптомы шизофрении и аффективных расстройств выявляются только во время разных эпизодов заболевания. Например, у больных шизофренией часто появляются депрессивные симптомы как последствие психотического эпизода (см. постшизофреническая депрессия, F20.4). У некоторых пациентов возникают рекуррентные шизоаффективные эпизоды маниакального, депрессивного или смешанного типа. У других один или два шизоаффективных эпизода перемежаются с типичными

эпизодами мании или депрессии. В первом случае диагноз шизоаффективного расстройства является оправданным. Во втором — возникновение редких шизоаффективных эпизодов не противоречит диагнозу биполярного аффективного расстройства или рекуррентного депрессивного расстройства, если клиническая картина в остальном является типичной.

F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

При данном расстройстве шизофренические и маниакальные симптомы одинаково выражены в рамках одного и того же эпизода болезни. Нарушения настроения обычно проявляются в его патологической приподнятости, сопровождающейся повышением самооценки и идеями величия, однако иногда преобладают возбуждение или раздражительность с агрессивным поведением и идеями преследования. В обоих случаях наблюдается повышение энергии, чрезмерная активность, нарушение внимания и потеря нормальной способности подавлять побуждения, не соответствующие культуральным нормам. Может присутствовать бред отношения, величия или преследования, но для установления данного диагноза требуется наличие и других, более типичных для шизофрении симптомов. Больные могут высказывать не только идеи величия или преследования, но и другие необычные мысли, например, утверждать, что их мысли открыты для других или подвергаются внешнему воздействию или что некая посторонняя сила контролирует их действия. Нередко необходим тщательный опрос больного для установления, действительно ли он переживает эти болезненные феномены или просто шутит и говорит метафорами. Шизоаффективные расстройства маниакального типа обычно представляют собой ярко выраженные психотические состояния с острым началом; хотя поведение больных часто бывает резко нарушенным, полное выздоровление обычно наступает в пределах нескольких недель.

Диагностические критерии

Должно наблюдаться выраженное повышение настроения или менее явное повышение настроения в сочетании с раздражительностью или возбуждением. В рамках того же эпизода должны присутствовать, по меньшей мере, один или, предпочтительней, два типичных для ши-

зофрении симптома (указанных в рубрике F20.—), диагностические критерии шизофрении (a)—(d) должны быть удовлетворены.

Эта категория используется как для единичного эпизода, так и для рекуррентного расстройства при условии, что большинство эпизодов соответствуют критериям шизоаффективного расстройства маниакального типа.

Включаются:
шизоаффективный психоз, маниакальный тип;
шизофреноформный психоз, маниакальный тип.

F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

Расстройство, при котором шизофренические и депрессивные симптомы являются одинаково выраженными в рамках одного и того же эпизода болезни. Подавленность настроения обычно сопровождается рядом других характерных для депрессии симптомов и нарушений поведения, таких как двигательная заторможенность, бессонница, потеря энергии, снижение аппетита или веса, потеря ранее свойственных больному интересов, нарушение внимания. Эмоциональное состояние характеризуется чувствами вины и безнадежности, появляются суицидальные мысли. В то же самое время или в рамках одного эпизода присутствуют и другие симптомы, более характерные для шизофрении. Больные, например, могут утверждать, что их мысли открыты для других или подвергаются внешнему воздействию или что некая посторонняя сила контролирует их действия. Они могут быть уверены, что за ними кто-то следит или хочет причинить вред, причем подобные намерения не оправданы их собственным поведением. Появляются слуховые галлюцинации, при которых «голоса» не только оскорбляют и обвиняют больного, но и угрожают его жизни или обсуждают между собой его поведение. Проявления шизоаффективных психозов депрессивного типа обычно бывают менее яркими и пугающими, чем при маниакальном типе, однако длительность их течения обычно больше, а прогноз менее благоприятен. Хотя большинство больных полностью выздоравливают, у некоторых в конечном итоге развивается шизофренический дефект.

Диагностические критерии

Должна наблюдаться выраженная депрессия, сопровождающаяся, по меньшей мере, двумя характерными для этого состояния симптомами или нарушениями поведения, описанными в рубрике «депрессивный эпизод» (F32.—). В рамках того же эпизода должны присутствовать хотя бы один или, предпочтительней, два типичных для шизофрении симптома (указанных в рубрике F20.—), диагностические критерии шизофрении (a)—(d) должны быть удовлетворены.

Данная категория используется как для единичного эпизода, так и для рекуррентного расстройства при условии, что большинство эпизодов удовлетворяют критериям шизоаффективного расстройства депрессивного типа.

Включаются:
шизоаффективный психоз, депрессивный тип;
шизофреноформный психоз, депрессивный тип.

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

В данной рубрике кодируются расстройства, при которых симптомы шизофрении (F20.—) сосуществуют с проявлениями смешанного биполярного аффективного расстройства (F31.6).

Включаются:
циклическая шизофрения;
смешанный шизофренический и аффективный психоз.

F25.8 Другие шизоаффективные расстройства

F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное

Включается:
шизоаффективный психоз БДУ.

F28 Другие неорганические психотические расстройства

Так должны кодироваться психотические расстройства, которые не соответствуют критериям шизофрении (F20.—), критериям психотических типов расстройств настроения [аффективных расстройств] (F30—F39), а также симптоматическим критериям хронических бредовых расстройств (F22.—).

Включается:
хронический галлюцинаторный психоз БДУ.

F29 Неуточненный неорганический психоз

Данная категория должна также использоваться для психозов неизвестной этиологии.

Включается:
психоз БДУ.

Исключаются:
психическое расстройство БДУ (F99);
органический или симптоматический психоз БДУ (F09).

F30—F39 (Аффективные) расстройства настроения

F30 Маниакальный эпизод

F30.0 Гипомания

F30.1 Мания без психотических симптомов

F30 2 Мания с психотическими симптомами

F30.8 Другие маниакальные эпизоды

F30.9 Маниакальный эпизод, неуточненный

F31 Биполярное аффективное расстройство

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии

.30 без соматического синдрома

.31 с соматическим синдромом

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симотомов

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9 Биполярное аффективное расстройство, неуточненное

F32 Депрессивный эпизод

F32.0 Легкий депрессивный эпизод

.00 без соматического синдрома

.01 с соматическим синдромом

F32.1 Умеренный депрессивный эпизод

.10 без соматического синдрома

.11 с соматическим синдромом

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

F32.9 Депрессивный эпизод, неуточненный

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

.00 без соматического синдрома

.01 с соматическим синдромом

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

.10 без соматического синдрома

.11 с соматическим синдромом

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов

F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод с психотическими симптомами

F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии

F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное

F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения

F34.0 Циклотимия

F34.1 Дистимия

F34.8 Другие хронические (аффективные) расстройства настроения

F34.9 Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное

F38 Другие (аффективные) расстройства настроения

F38.0 Другие единичные (аффективные) расстройства настроения

.00 смешанный аффективный эпизод

F38.1 Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения

.10 рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

F38.8 Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения

F39 Неуточненное (аффективное) расстройство настроения

Введение

Взаимоотношения между этиологией, симптомами, биохимическими процессами, лежащими в основе заболевания, эффективностью лечения и исходом аффективных расстройств в настоящее время еще недостаточно изучены и не позволяют создать их классификацию, заслуживающую всеобщего одобрения. Тем не менее попытка создания подобной классификации необходима, и на представленную ниже классификацию возлагается надежда, что она будет, по крайней мере, приемлемой для всех, поскольку являлась результатом широкого обсуждения.

При данных расстройствах основное нарушение заключается в изменении настроения или аффекта, иногда (чаще всего) — в сторону угнетения, подавленности (с сопутствующей тревогой либо без нее), иногда — в сторону подъема. Это изменение настроения обычно сопровождается изменением общего уровня активности, а большинство других симптомов либо вторичны, либо легко понимаются в контексте этих изменений настроения и активности. Большинство из этих расстройств имеет тенденцию к рекуррентному течению, а начало отдельных эпизодов часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями. Этот раздел касается расстройств настроения у лиц всех возрастных групп, поэтому здесь следует кодировать и соответствующие нарушения, возникающие в детском и подростковом возрасте.

Основные критерии классификации аффективных расстройств были выбраны, исходя из практических соображений, чтобы наиболее распространенные клинические формы этих расстройств могли быть

легко распознаваемы. Единичные эпизоды отделяются от биполярных и других многократных эпизодов, поскольку значительная часть больных переносят только один эпизод заболевания. Отчетливо должна быть обозначена степень тяжести, так как от нее непосредственно зависит лечение и определение необходимого уровня обслуживания. Признается, что симптомы, обозначаемые здесь как «соматические», могли бы также именоваться «меланхолическими», «витальными», «биологическими» или «эндогеноморфными». Научный статус этого синдрома все еще остается неопределенным. Мы надеемся, что его включение в классификацию вызовет широкое обсуждение и критическую оценку специалистами необходимости его выделения. Классификация организована таким образом, что этот соматический синдром может регистрироваться теми, кто считает его важным, или игнорироваться без потери другой информации.

Распределение расстройств по степени тяжести остается проблемой; рубрики для трех степеней тяжести (легкой, умеренной и тяжелой) остаются в классификации по желанию многих клиницистов.

Термины «мания» и «тяжелая депрессия» используются в этой классификации для обозначения противоположных вариантов аффективного спектра; «гипомания» означает промежуточное состояние без бреда, галлюцинаций или полной неспособности осуществления нормальной активности, которое часто (но не всегда) наблюдается у пациентов с развивающейся или разрешающейся манией.

F30 Маниакальный эпизод

Здесь выделяются три степени тяжести расстройства, общими характеристиками которых являются повышение настроения и увеличение объема и темпа физической и психической активности. Все подрубрики этой категории должны использоваться только для единичного маниакального эпизода. Гипоманиакальные или маниакальные приступы у больного, уже перенесшего хотя бы один аффективный эпизод (депрессивный, гипоманиакальный, маниакальный или смешанный), должны кодироваться как биполярное аффективное расстройство (F31.—).

Включается:
биполярное расстройство, единичный маниакальный эпизод.

F30.0 Гипомания

Гипомания представляет собой легкую степень мании (F30.1), при которой нарушения настроения и поведения являются слишком постоянными или выраженными, чтобы оправдать диагноз циклотимии (F34.0), но не сопровождаются галлюцинациями или бредом. Отмечается постоянный легкий подъем настроения (длящийся, по крайней мере, несколько дней), повышенная энергичность и активность, выраженное чувство благополучия, физической и психической продуктивности. Также часто отмечаются повышенная социабельность, разговорчивость, чрезмерная фамильярность в контактах с малознакомыми людьми, повышенная сексуальная активность и сниженная потребность в сне; однако выраженность этих симптомов не достигает значительной степени, и они не приводят к серьезным нарушениям в работе или социальному неприятию больных. Иногда вместо обычной эйфорической социабельности могут наблюдаться раздражительность, грубость и повышенное самомнение.

Сосредоточение и внимание могут быть нарушены, уменьшая тем самым способности к целенаправленному выполнению работы или отдыху в свободное время. Однако это состояние не мешает проявлению повышенного интереса к совершенно новым видам деятельности и начинаниям (особенно рискованным), а также умеренной расточительности.

Диагностические критерии

Несколько упомянутых выше признаков повышенного или измененного настроения и повышенной активности должны присутствовать непрерывно, по крайней мере, в течение нескольких дней. Степень их выраженности и постоянство должны быть больше, чем описано при циклотимии (F34.0). Определенные затруднения в работоспособности или социальной деятельности не противоречат диагнозу гипомании, однако при значительном нарушении или полной утрате этих способностей состояние следует квалифицировать как манию (F30.1 или F30.2).

Дифференциальный диагноз

Диагноз гипомании охватывает диапазон расстройств настроения от циклотимии (F34.0) до мании (F30.1 и F30.2). Повышенную активность и двигательное беспокойство (часто сопровождающиеся потерей веса) следует отграничивать от подобных симптомов при тиреотоксикозе и

нервной анорексии. Ранние стадии «ажитированной депрессии» могут иметь поверхностное сходство с раздражительным вариантом гипомании (особенно в среднем и пожилом возрасте). Больные с тяжелыми обсессивными симптомами могут проявлять активность в ночное время, совершая свои домашние ритуалы, связанные с чистоплотностью, однако их аффективное состояние обычно является противоположным описанному в этой рубрике.

Когда короткий период гипомании возникает в начале или на выходе из мании (F30.1 и F30.2), то ее не следует выделять в отдельную диагностическую рубрику.

F30.1 Мания без психотических симптомов

Приподнятое настроение неадекватно обстоятельствам и может варьировать от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения. Эйфория сопровождается повышенной энергичностью, приводящей к гиперактивности, речевому напору и сниженной потребности в сне. Нормальное социальное торможение утрачивается. Больной не в состоянии удержать внимание на определенном объекте; отмечается выраженная отвлекаемость, повышенная самооценка часто чрезмерна; легко демонстрируется самоуверенность и высказываются идеи величия.

Могут возникать нарушения восприятия, такие как субъективная гиперакузия, цвета воспринимаются как особенно яркие (и обычно красивые), больной проявляет озабоченность мелкими деталями какой-либо поверхности или фактурой материала. Нередко наблюдается безрассудное или экстравагантное поведение, больные идут на рискованные сделки и предприятия, расточительно тратят деньги; они могут стать агрессивными, флиртовать или нелепо шутить в неподходящих обстоятельствах. При некоторых маниакальных эпизодах скорее наблюдаются раздражительность и повышенная подозрительность, чем приподнятое настроение. Первый приступ чаще всего возникает в возрасте от 15 до 30 лет, но может развиться в любом возрасте, начиная с младшего школьного возраста и далее.

Диагностические критерии

Эпизод должен длиться, по меньшей мере, в течение недели, симптомы должны быть достаточно выраженными и приводить к серьезно-

му нарушению обычной работоспособности или полной утрате способности больного к труду и социальной деятельности. Изменение настроения сопровождается повышенной энергичностью и несколькими из описанных выше симптомов, особенно повышенной разговорчивостью («речевым напором»), сниженной потребностью в сне, идеями величия и чрезмерным оптимизмом.

F30.2 Мания с психотическими симптомами

Клиническая картина соответствует более тяжелой форме мании, чем описанная под рубрикой F30.1. Повышенная самооценка и идеи величия могут перерасти в бред, а раздражительность и подозрительность — в бред преследования. В тяжелых случаях особенно ярким становится бред величия, особого предназначения или идентификации с известными религиозными и политическими фигурами, а скачка идей и «напор речи» достигают крайней степени и больного невозможно понять. Безудержная и постоянная физическая активность и возбуждение могут приводить к агрессии и насилию, а пренебрежение к еде, питью и личной гигиене — к опасным состояниям дегидратации и запущенности. Бред и галлюцинации можно разделить на конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. Неконгруэнтные включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения или голоса, говорящие больному о событиях, не вызывающих особого эмоционального отклика.

Дифференциальный диагноз

Труднее всего бывает осуществить дифференциальную диагностику этого состояния с шизофренией, особенно если врач не наблюдал развитие расстройства целиком, например, пропустил стадию гипомании и увидел больного только в разгар заболевания, когда яркие и пышные бредовые идеи, маловразумительная речь и безудержное возбуждение могут скрывать основное нарушение настроения. Больные с маниакальным состоянием, которые хорошо реагируют на лечение нейролептиками, могут представить аналогичную диагностическую проблему на той стадии, когда их физическая и психическая активность вернулась к норме, но еще остаются бред или галлюцинации. Изредка возникающие специфические для шизофрении галлюцинации или бред

(F20.—) можно оценивать как неконгруэнтные настроению, сохраняя прежний диагноз, однако если эти симптомы оказываются выраженными и длительными, более уместным является диагноз шизоаффективного расстройства (F25.—).

Включается:
маниакальный ступор.

F30.8 Другие маниакальные эпизоды

F30.9 Маниакальный эпизод, неуточненный

Включается:
мания БДУ.

F31 Биполярное аффективное расстройство

Данное расстройство характеризуется повторными (по крайней мере, двумя или более) эпизодами, при которых настроение и уровень активности больного значительно нарушаются. В одних случаях его настроение, энергичность и активность повышаются (мания или гипомания), в других — снижаются (депрессия). В типичных случаях между эпизодами наблюдается полное выздоровление. В отличие от других нарушений настроения распространенность этого расстройства у мужчин и женщин является примерно одинаковой. Поскольку больные, страдающие только повторными эпизодами мании или гипомании, встречаются сравнительно редко и напоминают (семейным анамнезом, преморбидными особенностями личности, возрастом начала и длительным прогнозом) тех, у которых бывают также (хотя бы редкие) эпизоды депрессии, эти случаи следует относить к биполярному расстройству (F31.8).

Маниакальные эпизоды обычно начинаются внезапно и продолжаются от 2 недель до 4-5 месяцев (средняя продолжительность эпизода составляет около 4 месяцев). Депрессии имеют тенденцию к более длительному течению (в среднем около 6 месяцев), хотя редко сохраняются более одного года. Часто эпизоды обоих типов следуют за стрессовыми жизненными событиями или психологическими травмами, хотя их на-

личие не является обязательным для установления диагноза. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства и далее. Частота эпизодов и характер ремиссий и обострений бывают самыми различными, хотя ремиссии имеют тенденцию к укорочению с возрастом, а депрессии становятся более частыми и длительными после среднего возраста.

Хотя изначальная концепция «маниакально-депрессивного психоза» включала больных, страдавших только депрессией, термин «маниакально-депрессивное расстройство или психоз» теперь используется, в основном, как синоним биполярного расстройства.

Включаются:
маниакально-депрессивное заболевание, психоз или реакция.

Исключаются:
биполярное расстройство, единичный маниакальный эпизод (F30.—);
циклотимия (F34.0).

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен удовлетворять критериям гипомании (F30.0) и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен соответствовать критериям мании без психотических симптомов (F30.1) и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен соответствовать критериям мании с психотическими симптомами (F30.2) и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

При необходимости можно квалифицировать бред или галлюцинации как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению (см. F30.2).

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен соответствовать критериям легкой (F32.0) или умеренной (F32.1) депрессии и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный аффективный эпизод.

Пятый знак может быть использован для обозначения отсутствия или наличия соматического синдрома в клинической картине текущего депрессивного эпизода:

F31.30 без соматического синдрома;

F31.31 с соматическим синдромом.

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен соответствовать критериям тяжелой депрессии без психотических симптомов (F32.2) и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный аффективный эпизод.

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

Диагностические критерии

Для достоверного диагноза:

(a) текущий эпизод должен соответствовать критериям тяжелой депрессии с психотическими симптомами (F32.3) и

(b) в анамнезе должен быть, по меньшей мере, еще один гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный аффективный эпизод.

При необходимости можно квалифицировать бред или галлюцинации как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению (см. F30.2).

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод

У больного в анамнезе имеется, по крайней мере, один достоверный гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный аффективный эпизод, а в настоящее время наблюдается либо смешение маниакальных и депрессивных симптомов, либо их быстрое чередование.

Диагностические критерии

Хотя наиболее типичные формы биполярных расстройств характеризуются чередованием маниакальных и депрессивных эпизодов, разделенных периодом нормального настроения, нередко наблюдаются случаи, когда депрессивное настроение в течение нескольких дней или недель сопровождается чрезмерной активностью или «напором речи» или маниакальное настроение и идеи величия сочетаются с ажитированностью, снижением активности и либидо. Депрессивные симптомы, гипомания или мания могут быстро чередоваться, сменяя друг друга ежедневно или даже ежечасно. Диагноз смешанного биполярного аффективного расстройства должен устанавливаться только в том случае, если обе группы симптомов отчетливо выражены на протяжении большей части текущего эпизода заболевания и если этот эпизод длится не менее двух недель.

Исключается:
единичный смешанный аффективный эпизод (F38.0).

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

В прошлом больной перенес, по крайней мере, один достоверный гипоманиакальный, маниакальный или смешанный аффективный эпизод и — в дополнение — еще хотя бы один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный); однако в настоящее время нет никаких существенных нарушений настроения в течение, по меньшей мере, нескольких месяцев. Периоды ремиссии во время профилактического лечения также должны кодироваться здесь.

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства

Включаются:
биполярное расстройство, тип II;
рекуррентные маниакальные эпизоды.

F31.9 Биполярное аффективное расстройство, неуточненное

F32 Депрессивный эпизод

В типичных случаях во всех трех вариантах депрессивных эпизодов, описанных ниже (легкий эпизод — F32.0, умеренный — F32.1 и тяжелый — F32.3), больной страдает от сниженного настроения, утраты способности испытывать удовольствие и интерес; падения энергетического потенциала, которое приводит к повышенной утомляемости и сниженной активности. Выраженная усталость нередко ощущается даже при незначительном усилии. Другими частыми симптомами являются:

(a) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
(b) снижение самооценки и уверенности в себе;
(c) идеи виновности и самоуничижения (даже при легкой депрессии);
(d) унылое и пессимистическое видение будущего;
(e) мысли о причинении себе вреда или самоубийстве;
(f) нарушенный сон;
(g) сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало колеблется день ото дня; оно, как правило, не зависит от внешних обстоятельств, но могут быть характерные суточные колебания. Как и при маниакальных эпизодах, клиническая картина обнаруживает значительную индивидуальную вариабельность, а в подростковом возрасте особенно часто наблюдаются атипичные проявления. В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательное возбуждение временами становятся более выраженными, чем тоска и подавленность. Изменения настроения могут также маскироваться дополнительными симптомами, такими как раздражительность, злоупотребление алкоголем, истерическое поведение, обострение предшествующих фобических или обсессивных симптомов, ипохондрические переживания. Диагноз депрессивного эпизода всех трех степеней тяжести обычно ставится при длительности его течения не менее 2 недель, однако при необычно тяжелой симптоматике и остром начале диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов.

Некоторые депрессивные симптомы отличаются особенно характерными проявлениями, и их принято рассматривать как имеющие специальное клиническое значение. Наиболее типичным примером являются «соматические» симптомы: утрата интересов и способности получать удовольствие от деятельности; утрата эмоциональной реактивности на обычно приятные обстоятельства и события; ранние

(раньше обычного на 2 часа или более) пробуждения и усиление депрессии по утрам; объективные проявления отчетливой психомоторной заторможенности или ажитации (заметные при осмотре или отмечаемые посторонними людьми); потеря аппетита; снижение веса тела (нередко более 5% веса тела в течение последнего месяца); выраженное снижение сексуального влечения. Обычно считается, что этот соматический синдром присутствует, если выявляются не менее четырех упомянутых выше симптомов.

Рубрики легкого (F32.0), умеренного (F32.1) и тяжелого (F32.2) депрессивного эпизода, более подробно описанные далее, должны использоваться только для единичного (первого) эпизода депрессии. Дальнейшие депрессивные эпизоды следует относить к одной из подрубрик рекуррентного депрессивного расстройства (F33.—).

Три степени тяжести выделены для охвата более широкого диапазона клинических состояний, встречающихся в психиатрической практике. Больные с легкими формами депрессивных эпизодов часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, а в психиатрических стационарах лечатся, в основном, больные, страдающие депрессией более тяжелой степени.

Самоповреждающие действия, связанные с (аффективными) расстройствами настроения, – чаще всего самоотравления назначенными врачом лекарствами — должны регистрироваться и обозначаться дополнительным кодом из главы XX МКБ-10 (X60—X84). Эти коды не предусматривают разграничения между суицидальной попыткой и «парасуицидом». Оба вида действий включаются в общую категорию самоповреждения.

Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью депрессивного эпизода основана на сложной клинической оценке, учитывающей число, тип и тяжесть имеющихся симптомов. Полнота обычной трудовой деятельности и социальной активности зачастую может помочь в определении степени тяжести эпизода. Однако индивидуальные, социальные и культуральные различия между людьми являются настолько существенными, что не позволяют установить прямой взаимосвязи между степенью тяжести симптомов и социальной продуктивностью больного, поэтому было бы нецелесообразно включать этот критерий как основной при определении степени тяжести депрессии.

Присутствие деменции (F00—F03) или умственной отсталости (F70—F79) не исключает диагноза излечимого депрессивного эпизода,

однако трудности общения с больным обусловливают необходимость полагаться больше чем обычно при диагностике на объективно выявляемые соматические симптомы: психомоторная заторможенность, потеря аппетита и веса, нарушения сна.

Включаются:
единичные эпизоды депрессивной реакции;
большой депрессии (без психотических симптомов);
психогенной или реактивной депрессии (F32.0, F32.1 или F32.2).

F32.0 Легкий депрессивный эпизод

Диагностические критерии

Сниженное настроение, утрата интересов и способности испытывать удовольствие, а также повышенная утомляемость обычно считаются наиболее типичными симптомами депрессии. Для установления достоверного диагноза необходимы, по крайней мере, два из этих трех симптомов, а также наличие хотя бы еще двух других симптомов, описанных выше. Ни один из указанных симптомов не должен быть выраженным. Минимальная продолжительность всего эпизода должна составлять примерно две недели.

Человек, страдающий легким депрессивным эпизодом, испытывает определенное беспокойство, вызванное симптомами, затрудняется выполнять обычную работу и быть социально активным, однако, как правило, не прекращает функционировать полностью.

Пятый знак можно использовать для обозначения «соматического синдрома»:

F32.00 Без соматического синдрома

Критерии легкого депрессивного эпизода удовлетворяются, соматических симптомов мало, либо они полностью отсутствуют.

F32.01 С соматическим симптомом

Критерии легкого депрессивного эпизода удовлетворяются, а также присутствует не менее четырех соматических симптомов. (Если присутствует только два или три соматических симптома, которые отлича-

ются достаточной степенью тяжести, использование этой рубрики также оправдано).

F32.1 Умеренный депрессивный эпизод

Диагностические критерии

Должны присутствовать, по крайней мере, два из трех наиболее типичных симптомов легкого депрессивного эпизода (F32.0), а также, по меньшей мере, три (а предпочтительней четыре) других симптома. Несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это не обязательно, если имеется много симптомов. Минимальная продолжительность всего эпизода составляет две недели.

Больной с умеренным депрессивным эпизодом, как правило, испытывает значительные трудности при осуществлении социальных, трудовых и бытовых видов деятельности.

Пятый знак может использоваться для обозначения «соматического синдрома»:

F32.10 Без соматического синдрома

Критерии умеренного депрессивного эпизода удовлетворяются, соматических симптомов мало, либо они полностью отсутствуют.

F32.11 С соматическим синдромом

Критерии умеренного депрессивного эпизода удовлетворяются, а также присутствуют не менее четырех соматических симптомов. (Если присутствуют только два или три соматических симптома, которые отличаются достаточной степенью тяжести, то использование данной рубрики также оправдано).

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

При тяжелом эпизоде депрессии у больного обычно наблюдается значительная степень беспокойства и ажитации. Но может отмечаться и выраженная заторможенность. Типичными являются снижение самооценки, идеи никчемности и виновности. В наиболее тяжелых случаях расстройства значительно возрастает опасность совершения суицида.

Считается, что при этой степени тяжести депрессии почти всегда присутствует «соматический синдром».

Диагностические критерии

Должны присутствовать все три наиболее типичные симптома, характерные для легкого и умеренного депрессивных эпизодов (F32.0, F32.1), а также, по меньшей мере, четыре других симптома, часть из которых должны быть тяжелой степени. Однако если присутствуют такие важные симптомы, как ажитация или заторможенность, больной может не захотеть или быть не в состоянии подробно описать многие другие симптомы. В таких случаях общая оценка эпизода как тяжелого может быть оправдана. Депрессивный эпизод обычно должен длиться не менее двух недель. Если же симптомы являются особенно тяжелыми, а начало — острым, то диагноз тяжелой депрессии оправдан и в более ранние сроки.

Больной, страдающий тяжелым депрессивным эпизодом, обычно совершенно неспособен осуществлять социальную активность, справляться с работой и домашними обязанностями, во всяком случае, эта способность крайне ограничена.

Эта рубрика должна использоваться только для обозначения единичного (первого) эпизода тяжелой депрессии без психотических симптомов. Дальнейшие депрессивные эпизоды следует относить к одной из подрубрик рекуррентного депрессивного расстройства (F33.—).

Включаются:
единичные эпизоды ажитированной депрессии;
меланхолия или витальная депрессия без психотических симптомов.

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

Диагностические критерии

Эпизод депрессии, соответствующий критериям, приведенным выше в рубрике F32.2, но протекающий с галлюцинациями, бредом или депрессивным ступором. Бред обычно включает идеи греховности, обнищания или приближающихся бедствий, за которые несет ответственность больной. Наблюдаются слуховые и обонятельные галлюцинации.

Первые обычно являются антагонистическими или угрожающими по содержанию, а вторые — крайне неприятными: больной ощущает, например, запах тухлой рыбы или разлагающихся трупов. Выраженная психомоторная заторможенность может развиться в ступор. При необходимости галлюцинации и бред могут квалифицироваться как конгруэнтные или неконгруэтные настроению (см. F30.2).

Дифференциальный диагноз

Депрессивный ступор следует дифференцировать от кататонического, возникающего при шизофрении (F20.2), диссоциативного (F44.2) и органических форм ступора.

Данная рубрика должна использоваться только для обозначения единичного (первого) эпизода тяжелой депрессии с психотическими симптомами; дальнейшие депрессивные эпизоды следует относить к одной из подрубрик рекуррентного депрессивного расстройства (F33.).

Включаются единичные эпизоды:
большой депрессии с психотическими симптомами;
психотической депрессии;
психогенного депрессивного психоза;
реактивного депрессивного психоза.

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

В эту рубрику следует включать эпизоды, которые не отвечают описанию депрессивных эпизодов в F32.0—F32.3, хотя общее диагностическое впечатление указывает, что они имеют депрессивную природу. Примеры включают: флюктуирующую смесь депрессивных симптомов (особенно относящихся к «соматическому синдрому») с не имеющими диагностического значения симптомами, такими как внутреннее напряжение, беспокойство или отчаяние; сочетание «соматических» депрессивных симптомов с хронической болью (или истощаемостью), не обусловленной органическими причинами (что можно наблюдать у больных, находящихся в больницах общего профиля).

Включаются:
атипичная депрессия;
единичные эпизоды «маскированной» депрессии БДУ.

F32.9 Депрессивный эпизод, неуточненный

Включаются:
депрессия БДУ;
депрессивное расстройство БДУ.

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

Это расстройство характеризуется повторными эпизодами депрессии, соответствующими описанию депрессивного эпизода (F32.—), при отсутствии в анамнезе сведений об отдельных эпизодах приподнятого настроения и повышенной активности (свидетельствующих о мании). Однако использованию этой категории не препятствуют кратковременные эпизоды легкого приподнятого настроения и гиперактивности (гипомания), которые следуют после депрессивного эпизода (иногда они могут быть спровоцированы приемом антидепрессантов). Тяжелые формы рекуррентного депрессивного расстройства имеют много общего с более ранними понятиями маниакально-депрессивного психоза депрессивного типа, меланхолии, витальной и эндогенной депрессии. Первый эпизод может развиться в любом возрасте — от детского до старческого; начало может быть острым или постепенным, а продолжительность колеблется от нескольких недель до многих месяцев. Вероятность развития мании у больного с рекуррентным депрессивным расстройством никогда не сводится к нулю, сколько бы депрессивных эпизодов он ни перенес в прошлом. Если развивается эпизод мании, то диагноз следует изменить на биполярное аффективное расстройство (F31.—).

Включаются рекуррентные эпизоды:
депрессивной реакции;
психогенной депрессии;
реактивной депрессии;
сезонного депрессивного расстройства.

Исключаются:
рекуррентные кратковременные депрессивные эпизоды (F38.10).

F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

Расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессии; по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как легкий, соответствующий описанию в рубрике F32.0; сведения о маниакальных эпизодах в анамнезе отсутствуют.

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

Расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессии; по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как умеренный, соответствующий описанию в рубрике F32.1; сведения о маниакальных эпизодах в анамнезе отсутствуют.

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов

Расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессии; текущий эпизод можно оценить как тяжелый без психотических симптомов, соответствующий описанию в рубрике F32.2; сведения о маниакальных эпизодах в анамнезе отсутствуют.

Включаются:
эндогенная депрессия без психотических симптомов;
большая рекуррентная депрессия без психотических симптомов;
маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип без психотических симптомов;
витальная рекуррентная депрессия без психотических симптомов.

F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод с психотическими симптомами

Расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессии; текущий эпизод можно оценить как тяжелый с психотическими симптомами, соответствующий описанию в рубрике F32.3; сведения о маниакальных эпизодах в анамнезе отсутствуют.

Включаются:
эндогенная депрессия с психотическими симптомами;
маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип с психотическими симптомами;
рекуррентные тяжелые эпизоды:
большой депрессии с психотическими симптомами;
психогенного депрессивного психоза;
психотической депрессии;
реактивного депрессивного психоза.

F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии

В анамнезе у пациента — два или более депрессивных эпизода, соответствующих описаниям, приведенным в F33.0—F33.3, но в настоящее время депрессивная симптоматика отсутствует в течение нескольких месяцев.

F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное

Включается:
монополярная депрессия БДУ.

F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения

Расстройства, входящие в эту категорию, характеризуются хроническим и обычно флюктуирующим течением, причем отдельные эпизоды в большинстве своем не достигают такого уровня интенсивности, чтобы оправдать их описание как гипомании или легкой депрессии. Поскольку они длятся годами (иногда в течение всей жизни больного), то причиняют существенное беспокойство и значительно нарушают продуктивность. В некоторых случаях рекуррентные или единичные маниакальные или депрессивные эпизоды могут накладываться на

хроническое аффективное расстройство. Таким образом, данный диагноз и диагноз одного из аффективных расстройств в рубриках 30—33 не являются взаимоисключающими.

F34.0 Циклотимия

Под циклотимией понимается состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости настроения, ни один из которых не является достаточно интенсивным или длительным, чтобы оправдать диагноз биполярного аффективного (F31.—) или рекуррентного депрессивного (F33.—) расстройства. Это расстройство часто выявляется у родственников больных, страдающих биполярным аффективным расстройством. У некоторых больных циклотимией в конце концов развивается биполярное аффективное расстройство.

Включаются:
аффективное расстройство личности;
циклоидная личность;
циклотимическая личность.

F34.1 Дистимия

При этом расстройстве, по меньшей мере, в течение нескольких лет наблюдается хроническое депрессивное настроение, которое ввиду недостаточной тяжести состояния (или недостаточной длительности отдельных эпизодов) не дает оснований для установления диагноза рекуррентного депрессивного расстройства тяжелой, умеренной или легкой степени (F33.—).

Включаются:
депрессивный невроз;
депрессивное расстройство личности;
невротическая депрессия;
хроническая тревожная депрессия.

Исключается:
тревожная депрессия (легкая или нестойкая) (F41.2).

F34.8 Другие хронические (аффективные) расстройства настроения

F34.9 Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное

F38 Другие (аффективные) расстройства настроения

F38.0 Другие единичные (аффективные) расстройства настроения

F38.00 Смешанный аффективный эпизод

Аффективный эпизод, длящийся, по крайней мере, две недели, который характеризуется сочетанием либо быстрой (в течение нескольких часов) сменой гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

F38.1 Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения

F38.10 Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

Рекуррентные кратковременные депрессивные эпизоды, возникающие примерно один раз в месяц в течение последнего года. Каждый отдельный эпизод продолжается менее двух недель (в типичных случаях 2—3 дня), сменяясь полным выздоровлением, но по симптоматике удовлетворяет диагностическим критериям легкого, умеренного или тяжелого депрессивного эпизода (F32.0, F32.1, F32.2).

Дифференциальный диагноз

В отличие от дистимии (F34.1) у больных не наблюдается постоянной депрессии в течение большей части времени. Если депрессивные эпизоды возникают только в связи с менструальным циклом, то следу-

ет использовать код F38.8 совместно со вторым кодом, обозначающим этиологический фактор расстройства (N94.8 — другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом).

F38.8 Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения

Это остаточная категория для аффективных расстройств, не соответствующих критериям любых других вышеописанных категорий F30—F38.

F39 Неуточненное (аффективное) расстройство настроения

Эту рубрику следует использовать только в качестве последней возможности, если других определений нет.

Включается:
аффективный психоз БДУ.

Исключается:
психическое расстройство БДУ.

F40—F48 Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

.00 Без панического расстройства

.01 С паническим расстройством

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9 Тревожно-фобическое расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления («умственная жвачка»)

F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации

F43.0 Острая стрессовая реакция

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.2 Расстройства адаптации

.20 Кратковременная депрессивная реакция

.21 Пролонгированная депрессивная реакция

.22 Смешанная тревожно-депрессивная реакция

.23 С преобладанием нарушения других эмоций

.24 С преобладанием нарушений поведения

.25 Со смешанными нарушениями эмоций и поведения

.28 С другими уточненными преобладающими симптомами

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.1 Диссоциативная фуга

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.3 Состояния транса и одержимости (овладения)

F44.4 Диссоциативные расстройства моторики

F44.5 Диссоциативные судороги

F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

.80 Синдром Ганзера

.81 Расстройство множественной личности

.82 Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте

.88 Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

F45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

.30 Сердца и сердечно-сосудистой системы

.31 Верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

.32 Нижнего отдела желудочно-кишечного тракта

.33 Дыхательной системы

.34 Мочеполовой системы

.38 Других органов или систем

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

F45.8 Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 Другие невротические расстройства

F48.0 Неврастения

F48.1 Синдром деперсонализации—дереализации

F48.8 Другие специфические невротические расстройства

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

Введение

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией неврозов, а также ввиду связи (хотя и не совсем ясной) многих из них с психогенными этиологическими факторами. Как отмечалось в общем введении к разделу МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств: клиническое описание и диагностические критерии», понятие невроза не сохранилось в данной классификации в качестве основного организующего принципа, однако было обращено внимание на обеспечение легкости в идентификации расстройств, которые некоторые пользователи определяют как невротические в соответствии с их пониманием этого термина.

Часто наблюдаются сочетания симптомов (в частности, депрессии и тревоги), особенно при легких проявлениях этих расстройств, с которыми пациенты обращаются в службы первичной медицинской помощи. Хотя, как правило, следует стремиться к выделению ведущего синдрома, тем не менее для диагностических целей была выделена категория смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2),

предусмотренная для тех случаев, когда ни один из двух типов симптомов не достигает самостоятельного диагностического значения и любая попытка во что бы то ни стало сделать выбор в пользу того или иного из них была бы искусственным решением.

F40 Тревожно-фобические расстройства

Эта группа объединяет расстройства, при которых тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными внешними ситуациями или объектами, в настоящее время не представляющими опасности. В результате человек, как правило, характерным образом избегает подобных ситуаций либо переносит их, переживая страх. Фобическая тревога субъективно, на физиологическом и поведенческом уровне ничем не отличается от других видов тревоги и может иметь различную степень тяжести от легкого беспокойства до ужаса. Иногда внимание больного концентрируется на отдельных симптомах, таких как сердцебиение, ощущение дурноты, головокружение; испытываемое беспокойство часто сопровождается вторичным страхом смерти, утраты самоконтроля или сумасшествия. Тревога не уменьшается от осведомленности, что другие люди не считают эту ситуацию опасной или угрожающей. Даже предположение о возможности попадания в соответствующую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения.

Принятие критерия внешнего расположения фобического объекта или ситуации по отношению к субъекту повлекло за собой изменения в классификации: в настоящем многие страхи, относящиеся к возникновению какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия), теперь относятся к рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Вместе с тем, если страх заболевания возникает и преимущественно повторяется в связи с возможным заражением или загрязнением или представляет собой лишь боязнь медицинских процедур (инъекций, операций и т.п.) или медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.п.), более подходящей категорией является F40.— (обычно F40.2, специфическая фобия).

Фобическая тревога и депрессия часто сосуществуют. Ранее существовавшая фобическая тревога неизбежно усиливается во время интеркуррентного депрессивного эпизода. Некоторые депрессивные эпизоды сопровождаются преходящей фобической тревогой, а некоторые виды фобий, в частности агорафобия, нередко сопровождаются депрессив-

ным настроением. Нужно ли ставить два диагноза (фобическая тревога и депрессивный эпизод) или только один? Этот вопрос по-разному решают в каждом конкретном случае, учитывая, развилось ли одно из расстройств раньше другого и является ли одно из них преобладающим на момент установления диагноза. Если, например, состояние больного удовлетворяло критериям депрессивного расстройства перед тем, как впервые появились фобические симптомы, то первому расстройству отдается диагностическое предпочтение (см. общее введение к настоящей классификации).

Большинство фобических расстройств, за исключением социальных фобий, являются более распространенными среди женщин.

В данной классификации паническая атака (F41.0), возникающая в установленной фобической ситуации, рассматривается как отражение тяжести фобии, которая имеет приоритет при диагностике и регистрируется в качестве основного расстройства. Паническое расстройство должно фигурировать в качестве основного диагноза только в отсутствии каких-либо фобий, перечисленных в рубрике F40.0—.

F40.0 Агорафобия

Термин «агорафобия» используется здесь в более широком смысле в сравнении с тем, который он имел изначально и до сих пор имеет в некоторых странах. Теперь он применяется для обозначения не только боязни открытых пространств, но и связанных с ними обстоятельств, таких как присутствие толпы людей и трудность немедленного бегства в безопасное место (чаще всего домой). Таким образом, данный термин относится к совокупности взаимосвязанных и частично совпадающих друг с другом фобий, охватывающей разные аспекты боязни выхода из дому: страх перед посещением магазинов и других общественных мест, страх толпы или боязнь в одиночку путешествовать по железной дороге, на автобусе или самолетом. Хотя интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения бывают различными, в целом это расстройство ограничивает активность и снижает трудоспособность больных в большей степени, чем все другие фобические расстройства. Некоторые лица, страдающие агорафобией, вообще не выходят из дома; другие испытывают ужас от одной мысли, что им станет плохо и они останутся беспомощными на глазах у множества людей. Отсутствие немедленного доступа к выходу является ключевой особенностью мно-

гих агорафобических ситуаций. Болеют этим расстройством чаще женщины, и оно начинается в молодом возрасте. Могут также присутствовать депрессивные и обсессивные симптомы, социальные фобии, но они не преобладают в клинической картине. В отсутствии эффективного лечения агорафобия часто становится хронической, хотя степень выраженности симптомов обычно является волнообразной.

Диагностические критерии

Для достоверности диагноза необходимо соответствие всем следующим критериям:

(a) психологические и вегетативные симптомы должны являться первичными проявлениями тревоги, а не быть вторичными в отношении других симптомов, таких как бред или навязчивые мысли;

(b) тревога должна возникать только (или преимущественно) хотя бы в двух из следующих ситуаций: в присутствии толпы, во время пребывания в общественных местах, при путешествиях на дальние расстояния от дома и поездках в одиночку;

(c) избегание фобических ситуаций должно являться (или быть в прошлом) одним из ярких проявлений клинической картины расстройства.

Дифференциальный диагноз

Не следует забывать, что некоторые лица, страдающие агорафобией, сравнительно редко испытывают тревогу, поскольку им удается избегать фобических ситуаций. Присутствие других симптомов, таких как депрессия, деперсонализация, обсессивные симптомы и социальные фобии, не исключает данного диагноза, если они не преобладают в клинической картине. Вместе с тем, если у пациента фон настроения был значительно снижен прежде, чем появились первые фобические симптомы, основной диагноз депрессивного эпизода может больше соответствовать случаю; подобное течение чаще наблюдается при позднем начале расстройства.

Наличие или отсутствие панического расстройства (F41.0) в большинстве агорафобических ситуаций может быть обозначено пятым знаком:

F40.00 Без панического расстройства

F40.01 С паническим расстройством

Включается:
паническое расстройство с агорафобией.

F40.1 Социальные фобии

Социальные фобии часто начинаются в подростковом возрасте. В их основе лежит страх оказаться объектом внимания окружающих в сравнительно небольших группах людей (в отличие от страха толпы), приводящий к избеганию социальных ситуаций. От других фобий они отличаются одинаковой распространенностью среди мужчин и женщин. Социальные фобии бывают изолированными (например, боязнь приема пищи в общественных местах, выступлений перед аудиторией или встреч с лицами противоположного пола) или диффузными, охватывающими практически все социальные ситуации, выходящие за рамки семейного круга. Иногда существенную роль играет страх рвоты в общественном месте. В некоторых культурах особенный стресс вызывает прямой взгляд в глаза другого человека. Социальные фобии обычно сочетаются с низкой самооценкой и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, причем иногда больной принимает одно из таких вторичных проявлений тревоги в качестве основной проблемы. Симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак. Часто отмечается избегание фобических ситуаций, и в экстремальных случаях результатом может оказаться практически полная социальная изоляция.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны быть удовлетворены все следующие критерии:

(a) психологические, поведенческие и вегетативные симптомы должны быть первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бред или обсессивные мысли;

(b) тревога должна возникать исключительно или преимущественно в определенных социальных ситуациях;

(c) фобические ситуации, по возможности, избегаются.

Включаются:
антропофобия;
социальный невроз.

Дифференциальный диагноз

Данные расстройства нередко сочетаются с выраженными признаками агорафобии и депрессивных расстройств, которые вносят свой вклад в то, что больные оказываются полностью «прикованными к дому». Если провести четкое разграничение между социальной фобией и агорафобией слишком сложно, предпочтение следует отдавать диагнозу агорафобии; диагноз депрессии ставят лишь в тех случаях, когда удается ясно идентифицировать полный депрессивный синдром.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

Это фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение в непосредственной близости от животных определенного биологического вида; пребывание на высоких местах, в темноте, в замкнутом пространстве; боязнь грозы, полетов в самолете; мочеиспускания или дефекации в общественных туалетах; употребления в пищу некоторых продуктов; стоматологического лечения; вида крови или ран; страх заболеть специфическими болезнями. Хотя пусковая ситуация является изолированной, контакт с объектом страха может вызвать панику, как при агорафобии или социальных фобиях. Специфические фобии обычно возникают в детстве или молодости и могут продолжаться десятилетиями при отсутствии лечения. Серьезность расстройства и ограничений в жизни, к которым оно приводит, зависит от того, насколько больному удается избегать фобических ситуаций. Их боязнь, в отличие от агорафобии, не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности. Частыми объектами этих фобий являются лучевая болезнь, венерические инфекции, а в последнее время — СПИД.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться все следующие критерии:

(а) психологические и вегетативные симптомы должны являться первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, таким как бредовые или навязчивые мысли;

(b) тревога должна ограничиваться присутствием определенного фобического объекта или ситуации;

(c) фобические ситуации, по мере возможности, избегаются.

Включаются:
акрофобия;
фобии животных;
клаустрофобия;
экзаменационная фобия;
простая фобия.

Дифференциальный диагноз

В отличие от агорафобии или социальных фобий, характерно отсутствие других психопатологических симптомов. Фобия вида крови и повреждений отличается от других тем, что приводит скорее к брадикардии и иногда — обмороку, а не к тахикардии. Боязнь специфических заболеваний, таких как рак, болезни сердца или венерические болезни, следует относить к ипохондрическому расстройству (F45.2), если только они не связаны со специфическими ситуациями, в которых заболевание может быть приобретено. Если убежденность в наличии заболевания достигает бредовой интенсивности, то следует ставить диагноз бредового расстройства (F22.0). Лицам, убежденным в том, что у них имеется аномалия строения или уродство какой-либо части тела (обычно лица), которое объективно не наблюдается другими (иногда подобные убеждения называют дисморфофобией), следует ставить диагноз ипохондрического расстройства (F45.2) или бредового расстройства (F22.0), в зависимости от силы и постоянства их убежденности.

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9 Тревожно-фобическое расстройство, неуточненное

Включаются:
фобическое состояние БДУ;
фобия БДУ.

F41 Другие тревожные расстройства

К этой категории относят расстройства, при которых в симптоматике главное место занимают проявления тревоги, возникающие вне связи с какой-либо особой ситуацией. Могут также присутствовать депрессивные и обсессивные симптомы и даже некоторые элементы фобической тревоги при условии, что они носят отчетливо вторичный характер и являются менее выраженными.

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паника), не ограничивающиеся определенной ситуацией или какими-либо специфическими обстоятельствами и, следовательно, непредсказуемые. Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы у разных людей бывают различными, однако частыми являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Практически всегда возникает также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Отдельные приступы обычно длятся лишь несколько минут, а иногда и дольше; частота их возникновения, а также течение расстройства являются весьма разнообразными. Человек в состоянии панической атаки обычно испытывает резко нарастающий страх и вегетативные симптомы, в результате чего он поспешно покидает место, в котором в ту минуту находится. Если это происходит в специфической обстановке, например, в автобусе или в толпе, то в дальнейшем пациент начинает избегать подобные ситуации. Частые и непредсказуемые панические приступы могут также приводить к страху оставаться в одиночестве или посещать общественные места. После панического приступа часто остается стойкий страх его повторения.

Диагностические критерии

В данной классификации панические приступы, возникающие в установленной фобической ситуации, расцениваются как выражение степени тяжести фобии, и диагностическое предпочтение отдается последней. Паническое расстройство должно диагностироваться как основное только в отсутствии каких-либо фобий из рубрики F40.—.

Для установления достоверного диагноза несколько тяжелых приступов тревоги с вегетативными проявлениями должны наблюдаться в течение периода приблизительно одного месяца:

(a) в ситуации отсутствия объективной опасности;

(b) не ограничивающиеся известными или предсказуемыми ситуациями;

(c) при относительной свободе от симптомов тревоги между приступами (хотя тревога ожидания является обычной).

Включаются:
паническая атака;
паническое состояние.

Дифференциальный диагноз

Паническое расстройство следует дифференцировать от панических приступов, возникающих в качестве составной части описанных выше фобических расстройств. Панические приступы могут являться вторичными по отношению к депрессивным расстройствам, особенно у мужчин, и если одновременно удовлетворяются критерии депрессивного расстройства, то не следует диагностировать паническое расстройство как основное.

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

(В диагностических критериях МКБ-10 для исследований диагностический код генерализованного тревожного расстройства детского возраста отнесен к рубрике F93.8. Вместе с тем, в «Клинических описаниях и диагностических критериях МКБ-10» это расстройство включено в общую рубрику генерализованного тревожного расстройства — F41.1).

Основным симптомом этого расстройства является стойкая и генерализованная избыточная тревога с волнением (тревожным ожиданием), которая не только не ограничивается какими-либо определенными внешними обстоятельствами, но даже не позволяет очертить круг ситуаций, в которых она возникала бы явно чаще (то есть тревога является нефиксированной, «свободноплавающей»). Как и при других тревожных расстройствах, доминирующие симптомы являются весьма вариабельными, однако наиболее типичными становятся жалобы на чувство

постоянной нервозности, повышенную утомляемость, трудность сосредоточения внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна. Часто пациент испытывает страх, что он сам или кто-то из его родственников скоро заболеет или станет жертвой несчастного случая, а также многие другие страхи и дурные предчувствия. Человеку бывает трудно контролировать такие волнения, и в связи с ними нередко возникает нарушение социального функционирования. Течение расстройства бывает различным, но имеется общая тенденция к волнообразному хроническому течению.

Диагностические критерии

У больного должны проявляться первичные симптомы избыточной тревоги и/или волнения в течение большинства дней на протяжении, по крайней мере, нескольких недель подряд, обычно — в течение нескольких месяцев. В число симптомов обычно входят следующие элементы:

(a) мрачные предчувствия (беспокойство по поводу грядущих неприятностей, ощущение «нервности», «взвинченности», состояние «на грани нервного срыва»; трудности сосредоточения и т.п.);

(b) моторное напряжение (двигательное беспокойство, суетливость, головная боль напряжения, дрожь, неспособность расслабиться);

(c) повышенная утомляемость (постоянное чувство усталости, исчерпанности всех сил);

(d) нарушение концентрации внимания (трудность сосредоточения или внезапное «отключение» во время работы);

(e) повышенная раздражительность;

(f) нарушения сна (затруднение при засыпании или неспокойный, не приносящий удовлетворения сон).

Преходящее появление (в течение нескольких дней) других симптомов, в частности депрессии, не исключает основной диагноз генерализованного тревожного расстройства; однако состояние больного не должно полностью соответствовать критериям депрессивного эпизода (F32.—), тревожно-фобического расстройства (F40.—), панического расстройства (F41.0) или обсессивно-компульсивного расстройства (F42.—).

Включаются:
тревожный невроз;
тревожная реакция;
тревожное состояние;
избыточное тревожное расстройство детского возраста.

Исключается:
неврастения (F48.0).

F41.2 Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

Эта смешанная категория используется в случаях, когда присутствуют симптомы тревоги и депрессии, но ни те, ни другие не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы в отдельности оправдать соответствующий диагноз. Если тяжелая тревога сочетается с менее выраженной депрессией, то следует использовать одну из категорий для тревожных или фобических расстройств. Когда при одновременном наличии симптомов этих двух расстройств и те, и другие (в отдельности) являются достаточно выраженными для установления соответствующего диагноза, то кодируют оба диагноза, не прибегая к данной рубрике; если по практическим соображениям регистрации приходится прибегать лишь к одному диагнозу, то следует отдавать предпочтение депрессии. Обязательно должны присутствовать, хотя бы кратковременно, некоторые вегетативные симптомы (тремор, сердцебиение, сухость во рту, урчание в животе и т.п.); если имеется только волнение или чрезмерная озабоченность без вегетативных симптомов, то эту категорию использовать не следует. Если симптомы, удовлетворяющие критериям данного расстройства, появляются в тесной связи со значительными жизненными переменами или стрессовыми событиями, следует использовать категорию F43.2 — адаптационное расстройство.

Лица с подобной смесью сравнительно легких симптомов часто обращаются за первичной медицинской помощью, однако среди всего населения встречаются гораздо больше подобных людей, вообще не прибегающих к психиатрической или медицинской помощи.

Включается:
тревожная депрессия (легкая или нестойкая).

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

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

Эта рубрика используется для обозначения расстройств, соответствующих критериям генерализованного тревожного расстройства (F41.1), при котором симптомы тревоги сосуществуют с признаками (часто кратковременными) других расстройств из рубрик F42—F49, хотя критерии этих расстройств полностью не удовлетворяются. Самыми частыми примерами являются сочетания с симптомами обсессивно-компульсивного расстройства (F42.—), диссоциативных расстройств (F44.—), соматизированного расстройства (F45.0), недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1) и ипохондрического расстройства (F45.2). Если симптомы, соответствующие критериям данного расстройства, возникают в тесной связи со значимыми жизненными переменами или стрессовыми событиями, то следует использовать категорию F43.2, адаптационные расстройства.

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

Включается:
тревожная истерия.

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

Включается:
тревога БДУ.

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

Основной чертой являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. (Для краткости при обозначении симптомов в дальнейшем будет использоваться термин «обсессивный» вместо «обсессивно-компульсивный»). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда неприятны (поскольку по содержанию являются агрессивными или непристойны-

ми или просто воспринимаются как бессмысленные), и человек обычно пытается — безуспешно — сопротивляться им. Тем не менее он признает эти мысли своими собственными, даже если они возникают против его воли и представляются совершенно неприемлемыми или нередко вызывающими отвращение. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяемые вновь и вновь стереотипные формы поведения. Им изначально не присуще свойство доставлять удовольствие, и они не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их функция состоит в предотвращении каких-либо — объективно маловероятных — событий (часто связанных с предполагаемым вредом, который якобы может быть нанесен больному или, напротив, причинен им самим). Как правило, подобное поведение расценивается больным как бессмысленное или бесплодное, и он снова и снова пытается сопротивляться ему; при долговременных расстройствах это сопротивление уменьшается до минимума. Почти во всех случаях присутствует тревога и вегетативные симптомы, но неприятные ощущения внутреннего или психического напряжения могут возникать и при отсутствии вегетативных проявлений. Существует тесная связь между обсессивными симптомами, особенно мыслями, и депрессией. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто возникают депрессивные симптомы, а у пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (F33.—), могут развиться обсессивные мысли во время эпизодов депрессии. И в той, и другой ситуации увеличение или уменьшение степени тяжести депрессивных симптомов обычно сопровождаются параллельными изменениями в выраженности обсессивных симптомов.

Частота обсессивно-компульсивного расстройства является одинаковой у мужчин и женщин, и в преморбидной личности нередко преобладают ананкастные черты. Начало расстройства обычно наблюдается в детстве или в молодости. Течение бывает различным, и при отсутствии выраженных депрессивных симптомов оно с большой вероятностью приобретает хроническую форму.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза обсессивные симптомы или компульсивные действия, или те и другие вместе должны присутствовать в течение большинства дней на протяжении, по меньшей мере,

двухнедельного периода, являясь источником дистресса или мешая осуществлению деятельности. Обсессивные симптомы должны обладать следующими характеристиками:

(a) больной осознает их как собственные мысли или импульсы;

(b) по крайней мере, одна обсессивная мысль или одно действие продолжает вызывать у больного сопротивление (хотя и безуспешное), даже если существуют другие, которым он уже не сопротивляется;

(c) мысли о выполнении компульсивных действий не доставляют больному удовольствия (обычное временное облегчение тревоги или напряжения не воспринимается как удовольствие);

(d) мысли, образы или импульсы неприятно, навязчиво повторяются.

Включаются:
ананкастический невроз;
обсессивный невроз;
обсессивно-компульсивный невроз.

Дифференциальный диагноз

Бывает сложно провести дифференциальную диагностику между обсессивно-компульсивным и депрессивным расстройством, поскольку оба типа симптомов весьма часто сочетаются. При остром эпизоде расстройства предпочтение следует отдавать тому, симптомы которого появились первыми; если присутствуют оба типа симптомов, и никакие из них не преобладают, обычно лучше считать первичной депрессию. При хроническом течении расстройство, симптомы которого сохраняются в отсутствие других, следует считать ведущим.

Периодически возникающие панические приступы или легкие фобические симптомы не противоречат этому диагнозу. Вместе с тем, обсессивные симптомы, развивающиеся на фоне шизофрении, синдрома Туретта или органического психического расстройства, должны считаться частью симптоматики этих состояний.

Хотя обсессивные мысли и компульсивные действия часто сосуществуют, у некоторых больных полезно выделять в качестве ведущего один тип симптомов, поскольку они могут реагировать на различные виды лечения.

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления («умственная жвачка»)

Обсессии могут принимать форму идей, образов или побуждений к действиям. По содержанию они бывают различными, но почти всегда являются неприятными для субъекта, вызывая дистресс. Иногда мысли бывают просто бесполезными, проявляясь в виде бесконечного рассмотрения квазифилософских альтернатив по различным поводам. Подобное бесконечное и бесплодное рассмотрение альтернатив является важным элементом и других форм навязчивых размышлений, оно нередко приводит к неспособности принимать тривиальные, но необходимые в повседневной жизни решения.

Прослеживается тесная взаимосвязь между обсессивными размышлениями и депрессией; при наличии подобного сочетания диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства должно отдаваться предпочтение только в тех случаях, когда навязчивые размышления возникают или продолжают существовать вне депрессивных эпизодов.

F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)

Большинство навязчивых действий (компульсии) касается соблюдения чистоты (особенно мытья рук), многократных проверок для убежденности, что меры для предотвращения потенциально опасной ситуации приняты (или для непрерывного контроля за порядком и аккуратностью). В основе подобного поведения обычно лежит страх, связанный с представлением об опасности (которая угрожает больному либо может исходить от него самого), и ритуальное действие представляет собой бесплодную или символическую попытку предотвратить ее. Компульсивные ритуальные действия могут ежесуточно совершаться помногу часов и нередко сочетаются с выраженной нерешительностью и медлительностью. В целом они отличаются одинаковой распространенностью у обоих полов, а медлительность с многократными повторами является более свойственной мужчинам.

Компульсивные ритуальные действия менее тесно связаны с депрессией, чем обсессивные мысли, и легче поддаются поведенческой терапии.

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

У большинства лиц с обсессивно-компульсивными расстройствами имеются элементы как обсессивных мыслей, так и компульсивного поведения. Этой подрубрикой следует пользоваться, если обе группы симптомов выражены в равной мере, как это нередко бывает. Вместе с тем, полезно выделять одну преобладающую рубрику, поскольку мысли и действия реагируют на различные виды лечения.

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, идентифицируемые не только на базе симптоматики и течения, но и на основании наличия того или иного из двух причинных факторов: исключительного по интенсивности стресса травматического жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или серьезных перемен в жизни, влекущих за собой продолжительно сохраняющиеся неприятные обстоятельства, в результате чего развивается расстройство адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс («жизненные события») может провоцировать начало или способствовать проявлению множества разнообразных расстройств, классифицируемых в других рубриках этой классификации, его этиологическое значение не всегда является ясным и в каждом случае зависит от индивидуальной, часто особой уязвимости. Другими словами, наличие психосоциального стресса не является необходимым и достаточным условием, которое позволяет полностью объяснить возникновение этих расстройств и форму их проявления. Иначе обстоит дело с расстройствами, рассматриваемыми в данной рубрике: они, по-видимому, всегда возникают как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной психической травмы. Вызывающее стресс событие или долговременные неприятные обстоятельства представляют собой первичный и основной

причинный фактор, и расстройство не возникло бы без их влияния. Таким образом, в данную категорию включены реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, возникающие во всех возрастных группах.

Каждый отдельный симптом, из массы которых складываются острые реакции на стресс и расстройства адаптации, может встречаться и при других психических нарушениях, однако имеются определенные особенности проявлений симптоматики, оправдывающие выделение этих расстройств в отдельную клиническую рубрику. Третье состояние, описанное в данной рубрике, — посттравматическое стрессовое расстройство — обладает относительно специфическими и характерными клиническими проявлениями.

Расстройства, представленные в этом подразделе, могут, следовательно, рассматриваться как нарушенные адаптационные реакции на тяжелый или пролонгированный стресс — в том смысле, что они препятствуют успешному действию механизмов адаптации, приводя, таким образом, к нарушению социального функционирования.

F43.0 Острая стрессовая реакция

Это транзиторное расстройство, развивающееся у человека, не страдающего какими-либо иными явными психическими расстройствами, в ответ на исключительно сильный физический и/или психологический стресс; как правило, оно проходит в течение нескольких часов или дней. Стрессором может являться сильное травматическое переживание, включающее угрозу для жизни и физического благополучия пострадавшего и близких ему лиц (например, природный катаклизм, несчастный случай, боевые действия, разбойное нападение, изнасилование), или совершенно внезапные и угрожающие перемены в жизненном или социальном положении человека, например, утрата нескольких близких людей, пожар в доме и т.п. Риск развития этого расстройства возрастает при дополнительном физическом истощении или воздействии других органических факторов.

В возникновении при соответствующих условиях острой реакции на стресс и степени ее тяжести основную роль играют индивидуальная уязвимость и адаптивные способности. Симптомы обнаруживают типичную смешанную, изменчивую картину, включающую начальное состояние «оглушения» с некоторым сужением поля сознания и объема внимания, неспособностью адекватно реагировать на внешние стиму-

лы и дезориентацией. Это состояние может углубиться, — в этом случае отрыв от окружающей действительности все более усиливается вплоть до развития диссоциативного ступора (F44.2), — либо смениться ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки тревоги (тахикардия, потливость, покраснение лица). Обычно симптомы развиваются в течение нескольких минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают на протяжении двух—трех дней (нередко — в течение нескольких часов), иногда развивается частичная или полная амнезия (F44.0) времени эпизода.

Диагностические критерии

Между воздействием исключительного по силе стрессора и появлением симптомов должна быть непосредственная и ясная связь во времени; расстройство обычно наступает в пределах нескольких минут, если не сразу после воздействия стрессора. Кроме того, симптомы обладают рядом особенностей:

(a) клиническая картина обычно является смешанной и изменчивой по характеру; в дополнение к первоначальному состоянию «ошеломления» проявляются подавленность, тревога, гнев, отчаяние, избыточная активность; может также возникнуть замкнутость, отгороженность, однако ни один из симптомов не превалирует длительное время;

(b) симптомы быстро разрешаются (максимум через несколько часов) в тех случаях, когда оказывается возможным удаление пострадавшего из стрессовой ситуации; если же стрессовое воздействие продолжается или по своей природе оказывается необратимым, симптомы обычно начинают разрешаться через 24-48 часов и сводятся к минимуму спустя примерно 3 дня.

Данный диагноз не должен использоваться для обозначения резких обострений состояния у лиц, ранее уже проявлявших симптомы, соответствующие критериям какого-либо другого психического расстройства, за исключением личностных расстройств (F60.—). Вместе с тем, наличие предшествующего психического расстройства в анамнезе не исключает установления этого диагноза в соответствующих случаях.

Включаются:
острая кризисная реакция;
боевая психическая травма («боевая усталость»);
кризисное состояние;
психический шок.

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое расстройство возникает как отставленная и(или) затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые, в принципе, способны вызвать общее потрясение почти у любого человека (например, ситуации природных или антропогенных катастроф, боевых действий, серьезных аварий, присутствие при насильственной гибели людей, роль жертвы пыток, террористических актов, изнасилования или иного преступления). Предрасполагающие факторы, такие как определенные личностные черты (например, компульсивные, астенические) или перенесенное ранее невротическое заболевание могут снизить порог чувствительности к развитию этого синдрома или утяжелить его течение, но не являются необходимыми и достаточными условиями для его возникновения.

К типичным признакам относятся эпизоды повторного переживания травмы в форме навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на происходящие в непосредственном окружении события, ангедонии, а также избегания деятельности и ситуаций, напоминающих о пережитом. Часто наблюдается страх и избегание вообще любых намеков, которые могут напомнить пострадавшему о перенесенной травме. Реже могут возникать внезапные острые вспышки страха, паники или агрессии в ответ на стимулы, вызывающие внезапные воспоминания и/или повторное проживание ситуации травмы или изначальной реакции на нее.

Как правило, наблюдается состояние чрезмерного возбуждения вегетативной нервной системы с повышенным уровнем бодрствования, усиленной реакцией испуга и бессонницей. Эти симптомы и признаки обычно сопровождаются тревогой и депрессией; нередко возникают

суицидальные мысли. Осложнять ситуацию может злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Данное расстройство возникает вслед за травмой после латентного периода, который может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев (но редко превышает 6 месяцев). Течение имеет волнообразный характер, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. У незначительной части пациентов отмечается тенденция к хроническому течению; описанное состояние сохраняется у них на протяжении многих лет и, в конце концов, переходит в хроническое изменение личности (F62.0).

Диагностические критерии

Диагноз данного расстройства должен устанавливаться лишь в том случае, если имеются свидетельства, что оно развилось в пределах 6 месяцев после травматического события чрезвычайной интенсивности. «Вероятный» диагноз может быть правомерным, если отсрочка между событием и началом расстройства составила более шести месяцев, при этом клинические симптомы являются типичными и альтернатива какого-либо другого расстройства (например, тревожного или обсессивно-компульсивного расстройства или депрессивного эпизода) не приемлема. Помимо свидетельств о перенесенной травме у больного должны наблюдаться повторяющиеся воспоминания или «проигрывание» пережитого события в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах. Заметная эмоциональная отстраненность, «онемение» чувств и избегание обстоятельств, напоминающих о пережитой травме, также часто присутствуют, но не являются обязательными для установления диагноза. Вегетативные нарушения, расстройства настроения и нарушения поведения входят в число симптомов, подтверждающих диагноз, но не представляют для него особой важности.

Включается:
травматический невроз.

F43.2 Расстройства адаптации

К данной категории относят состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства (обычно препятствующие социальному функционированию и ведущие к снижению продуктивности), которые

возникают в период адаптации к значительным переменам в жизни или стрессовому жизненному событию (включающему наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может затрагивать целостность микросоциальной сети больного (потеря кого-либо из близких, разлука, развод) или более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор может влиять только на данного человека или всю группу и сообщество, к которым он относится.

Индивидуальная предрасположенность или уязвимость играет более значимую роль в вероятности возникновения и формах проявления расстройства адаптации, чем для других состояний из рубрики F43.—; тем не менее считается, что состояние не развивается без воздействия стрессового фактора. Расстройство может проявляться по-разному. Часто наблюдаются депрессивное настроение, тревога, беспокойство (или сочетание этих симптомов); больной ощущает себя неспособным справиться с имеющимися проблемами и строить планы на будущее, но в то же время не в силах оставаться в сложившейся ситуации; отмечается также (в той или иной степени) снижение продуктивности в повседневной деятельности. Человек нередко чувствует, что готов совершить какой-нибудь драматический или агрессивный поступок, однако редко осуществляет его в действительности. Тем не менее рассматриваемое состояние иногда сопровождается расстройствами поведения (особенно у подростков). Ни один из симптомов не достигает достаточной степени выраженности и не является в достаточной мере ведущим для установления более специфического диагноза. У детей обычную часть клинической картины составляют такие регрессивные феномены, как возврат к энурезу (у детей, уже овладевших контролем над функциями мочевого пузыря), лепетная, не соответствующая возрасту речь, сосание пальцев. При преобладании этих симптомов следует использовать код F43.23.

Расстройство обычно начинается в пределах одного месяца после стрессового события или жизненной перемены, и продолжительность симптомов не превышает 6 месяцев, за исключением случаев пролонгированной депрессивной реакции (F43.21). Если симптомы сохраняются по истечении этого периода, то диагноз следует изменить в соответствии с имеющейся клинической картиной и дополнительные стрессовые обстоятельства могут кодироваться по Оси V.

Реакции острого горя любой продолжительности, которые можно считать патологическими из-за формы или содержания, следует кодиро-

вать в рубриках F43.22, F43.23, F43.24 или F43.25, а если их проявления остаются интенсивными более 6 месяцев, то ставится диагноз пролонгированной депрессивной реакции (F43.21).

Диагностические критерии

Установление диагноза зависит от тщательной оценки соотношений между:

(a) формой, содержанием и степенью тяжести симптомов;

(b) анамнезом и личностными особенностями пациента;

(c) стрессовым событием, ситуацией или жизненным кризисом.

Наличие этого третьего фактора (c) должно быть ясно установлено, и должны существовать веские, хотя, возможно, и предположительные свидетельства, что без указанных обстоятельств расстройство не развилось бы. Если стрессовое воздействие оценивается как сравнительно незначительное или невозможно установить связь во времени между расстройством и этим стрессором (в пределах трех месяцев), то расстройство следует отнести к иной классификационной рубрике в зависимости от преобладающих симптомов.

Включаются:
культуральный шок;
реакция горя;
госпитализм (синдром отрыва от дома, анаклитическая депрессия) у детей.

Исключается:
тревожное расстройство, связанное с боязнью разлуки в детском возрасте (F93.0).

Если общие критерии расстройства адаптации удовлетворены, клиническая форма или преобладающие характерные особенности симптоматики могут кодироваться с использованием пятого знака:

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция

Транзиторное легкое депрессивное состояние длительностью не более 1 месяца.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

Легкое депрессивное состояние, возникающее в ответ на длительное воздействие стрессовой ситуации, но продолжительностью не более двух лет.

F43.22 Смешанная тревожно-депрессивная реакция

Отчетливо выраженными являются симптомы тревоги и депрессии, степень тяжести которых, однако, не выше, чем при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) или других смешанных тревожных расстройствах (F41.3).

F43.23 С преобладанием нарушения других эмоций

Наблюдаемые симптомы обычно относятся к нескольким типам эмоций, таким как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не являются преобладающими в достаточной степени, чтобы служить основанием для диагностики иных, более специфических депрессивных или тревожных расстройств. К этой категории следует относить аналогичные реакции у детей, при которых отмечаются и определенные формы регрессивного поведения, например, энурез или сосание пальца.

F43.24 С преобладанием нарушений поведения

Доминирующую роль в клинической картине играют нарушения поведения; например, у подростков реакция горя нередко проявляется агрессивным или диссоциальным поведением.

F43.25 Со смешанными нарушениями эмоций и поведения

Отчетливо выраженными являются эмоциональные симптомы и нарушения поведения.

F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Общие признаки, присущие диссоциативным и конверсионным расстройствам, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием собственной идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролем над движениями тела, с другой. Обычно остается значительная доля сознательного контроля над воспоминаниями и ощущениями, отбираемыми для направления непосредственного внимания и осуществления предпринимаемых движений и действий. Считается, что при диссоциативных расстройствах эта способность осуществлять осознанный и избирательный контроль нарушается в степени, меняющейся день ото дня или даже час от часа. Обычно весьма трудно определить, в какой степени нарушение функций находится под произвольным контролем.

Ранее эти расстройства классифицировали как различные типы «конверсионной истерии», однако теперь считается целесообразным по возможности избегать термина «истерия», поскольку его значение является неоднозначным. Описанные здесь диссоциативные расстройства считаются «психогенными» по происхождению, будучи тесно связанными по времени с травматическими жизненными событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Таким образом, часто представляется возможность высказывать интерпретации и предположения о способах, которыми пользуется данный индивид для преодоления невыносимого стресса. Однако концепции, вытекающие из какой-либо одной определенной теории, например о «бессознательной мотивации» или «вторичной выгоде», не включены в настоящее руководство и критерии диагностики.

Термин «конверсия» широко применяется ко многим из этих расстройств; он подразумевает, что отрицательный аффект, вызванный проблемами и конфликтами, которые индивид не в силах разрешить, каким-то образом трансформируется в симптомы.

Начало и окончание диссоциативных состояний часто описывают как «внезапные», однако подобная внезапность является характерной не для естественных условий, а скорее для специально созданных ситуаций, например терапевтических взаимодействий или процедур подобных гипнотическому воздействию. Изменение или исчезновение диссоциативного состояния может ограничиваться временем проведения этой процедуры. Все типы диссоциативных состояний имеют тенденцию к разрешению спустя несколько недель или месяцев, особенно

если их начало было связано с травматическим жизненным событием. Хронические состояния, в частности параличи и нарушения чувствительности, могут развиваться постепенно (иногда медленно), если связаны с неразрешимыми проблемами или межличностными трудностями. Диссоциативные состояния, длящиеся без лечения 1—2 года и затем попадающие в поле зрения психиатра, часто оказываются резистентными к терапии.

Лица, страдающие диссоциативными расстройствами, нередко проявляют поразительное отрицание имеющихся проблем или трудностей, совершенно очевидных другим людям. Любые проблемы, которые признаются ими, они относят за счет диссоциативных симптомов.

Деперсонализация и дереализация *не входят* в число симптомов данного расстройства, поскольку при этих синдромах обычно затрагиваются лишь ограниченные аспекты личностной идентичности и им не сопутствуют нарушения деятельности, то есть чувствительности, воспоминаний и двигательной активности.

Диагностические критерии

Для достоверности диагноза должны удовлетворяться следующие критерии:

(a) присутствие клинических характеристик, описанных в рубриках отдельных диссоциативных расстройств F44.—;

(b) отсутствие каких-либо физических расстройств, обусловливающих данную симптоматику;

(c) наличие данных о психологических причинных факторах в форме стрессовых событий, проблем или нарушенных отношений, тесно связанных во времени с моментом возникновения расстройства (даже если пациент отрицает это обстоятельство).

Иногда бывает трудно отыскать психологические причинные факторы расстройства, даже если имеются вполне обоснованные подозрения их присутствия. При наличии известных расстройств центральной и периферической нервной системы диагноз диссоциативного расстройства следует ставить с большой осторожностью. В отсутствие достоверных данных о психогенной этиологии расстройства диагноз должен оставаться предварительным, следует продолжать дальнейшее изучение физических и психологических аспектов заболевания.

Включаются:
конверсионная истерия;
конверсионная реакция;
истерия;
истерический психоз.

Исключается:
симуляция (сознательная имитация заболевания) (Z76.5).

F44.0 Диссоциативная амнезия

Основной признак — потеря памяти (обычно на недавние важные события), которая не обусловлена органическим психическим расстройством и является слишком значительной, чтобы ее можно было объяснить простой забывчивостью или усталостью. Подобная амнезия обычно фокусируется на травматических событиях (несчастный случай, неожиданная утрата близких и т.п.) и является частичной и избирательной. Степень выраженности и полнота амнезии нередко меняются день ото дня, и разным лицам пациент может давать различные ответы, однако существует постоянное ядро амнезии, события, о которых человек не способен вспомнить в бодрствующем состоянии. Полная и генерализованная амнезия встречается редко; как правило, она представляет собой часть клинической картины диссоциативной фуги (в этом случае расстройство должно классифицироваться в соответствующей рубрике и кодироваться как F44.1).

Аффективные состояния, сопутствующие амнезии, бывают различными, однако выраженная депрессия возникает редко. Могут наблюдаться растерянность, дистресс и разные виды поведения, направленного на привлечение внимания, но иногда может показаться удивительным спокойное принятие факта нарушения. Временами возникает бесцельное блуждание по ограниченной территории; оно нередко сопровождается недостаточным уходом за собой и обычно продолжается не более одного-двух дней.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться следующие критерии:

(a) амнезия, частичная либо полная, на недавние события травматического или стрессового характера (эти аспекты могут выясниться только после разговора с другими информаторами);

(b) отсутствие органического поражения головного мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

Дифференциальный диагноз

При органических психических расстройствах обычно имеются другие признаки повреждения нервной системы, а также явные и стойкие симптомы помрачения сознания, дезориентации и колебания осознавания. Потеря памяти на текущие события более типична для органических нарушений, независимо от возможного наличия травматических событий и проблем. Палимпсесты, вызванные злоупотреблением алкоголем или наркотиками, тесно связаны со временем их употребления, и события, «выпавшие» из памяти, никогда не восстанавливаются. Утрата кратковременной памяти при амнестическом состоянии (синдроме Корсакова) характеризуется тем, что немедленное воспроизведение остается в пределах нормы, а спустя 2—3 минуты материал полностью забывается, чего не наблюдается при диссоциативной амнезии.

Амнезия, следующая за сотрясением мозга или другой серьезной черепно-мозговой травмой, обычно является ретроградной, а в тяжелых случаях — и антероградной. Диссоциативная амнезия обычно бывает лишь ретроградной. Только диссоциативная амнезия может изменяться под влиянием гипноза или отреагирования. Амнезия после эпилептических припадков и других состояний ступора или мутизма, изредка наблюдающаяся при шизофрении или депрессивном расстройстве, обычно может дифференцироваться по другим характеристикам основного заболевания.

Труднее всего провести дифференциальный диагноз с преднамеренной симуляцией амнезии, и для этого может потребоваться повторная и детальная оценка преморбидной личности и мотивации пациента.

Исключаются:

амнестическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ (F10—F19 с общим четвертым знаком .x6)

амнезия БДУ (R41.3);

антероградная амнезия (R41.1);

органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами (F04);
постиктальная амнезия при эпилепсии (G40.—);
ретроградная амнезия (R41.2).

F44.1 Диссоциативная фуга

При диссоциативной фуге наблюдаются все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями вдали от места проживания и работы, во время которых пациент продолжает нормально заботиться о себе. Человек принимает новую идентичность обычно на несколько дней, а иногда на более продолжительное время, и полнота подобного «перевоплощения» бывает удивительной. Путешествия нередко предпринимаются в ранее знакомые и эмоционально значимые места. Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время может представляться постороннему наблюдателю вполне нормальным.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны присутствовать:

(a) признаки диссоциативной амнезии;

(b) целенаправленное путешествие за пределы мест, где пациент обычно бывает в повседневной жизни (вопрос об отличии подобного путешествия от блужданий решается в каждом случае, исходя из специфики местных условий);

(c) осуществление основной заботы о себе (прием пищи, умывание и т.п.) и простых социальных взаимодействий с посторонними (покупка билета на транспорт, заправка автомобиля, расспрос о пути следования, заказ пищи в местах общественного питания).

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика с постиктальной фугой, наблюдающейся, в частности, при височной эпилепсии, обычно является простой благодаря сведениям о наличии эпилепсии в анамнезе, отсутствию стрессовых событий или проблем, а также меньшей целеустремленности поведения и фрагментарности действий и путешествий, свойственных больным эпилепсией.

Так же, как и в случае диссоциативной амнезии, данное расстройство бывает трудно отличить от сознательной симуляции фуги.

F44.2 Диссоциативный ступор

Поведение человека соответствует критериям ступора, однако осмотр и обследование больного не позволяют выявить никакой физической причины этого состояния. Кроме того, как и при других диссоциативных расстройствах, имеются точные свидетельства о перенесенных психогенных воздействиях в форме недавних стрессовых событий или серьезных межличностных или социальных проблем.

Ступор диагностируют на основании чрезвычайно значительного сокращения или полного отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние раздражители, такие как свет, шум или прикосновение. Пациент в течение длительных периодов времени лежит или сидит практически неподвижно. Речь и спонтанные и целенаправленные движения совсем или почти полностью отсутствуют. Хотя может присутствовать некоторая степень нарушения сознания, мышечный тонус, поза тела, дыхание, а иногда открывание глаз и координированные движения глазных яблок свидетельствуют о том, что пациент не спит и не находится без сознания.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны присутствовать:

(a) описанное выше состояние ступора;

(b) отсутствие физических или других психических расстройств, которыми можно объяснить возникновение ступора;

(c) свидетельства о недавно перенесенных стрессовых событиях или текущих проблемах.

Дифференциальный диагноз

Диссоциативный ступор следует дифференцировать от кататонического, а также депрессивного или маниакального ступора. Ступору, возникающему при кататонической шизофрении, нередко предшествуют симптомы или поведение, свойственные этому заболеванию. Депрессивный и маниакальный ступор обычно развиваются сравнительно медленно, поэтому анамнестические сведения, полученные от осведом-

ленного лица, играют важную роль в диагностике. Депрессивный и маниакальный ступор становятся редкими состояниями во многих странах по мере того, как получает распространение раннее лечение аффективных заболеваний.

F44.3 Трансы и состояния овладения

К этой категории относят расстройства, характеризующиеся временной потерей чувства личностной идентичности и полноты осознания окружающей действительности; в некоторых случаях человек действует таким образом, будто им полностью овладела другая личность, дух, божество или «сила». Внимание и осознавание могут ограничиваться или сосредоточиваться на одном или двух аспектах непосредственного окружения, часто возникает ограниченный, повторяющийся набор движений, поз или высказываний. Состояния транса включаются сюда только в случаях, когда они являются непроизвольными или нежелательными, возникая вне рамок религиозных или культурально приемлемых ситуаций.

Трансовые состояния, возникающие в клинической картине шизофрении или других острых психозов, сопровождающихся галлюцинациями или бредом, а также расстройства множественной личности не входят в данную рубрику. Ее также не следует использовать в случаях, когда трансовое расстройство тесно связано с органическим расстройством (например, возникает при височной эпилепсии или в результате черепно-мозговой травмы) или обусловлено интоксикацией психоактивными веществами.

F44.4—F44.7 Диссоциативные расстройства движений и ощущений

К данной группе относятся расстройства, при которых возникает потеря или нарушение двигательной активности или утрата чувствительности (обычно кожной). Пациент чаще всего обращается по поводу физических нарушений, однако никаких объективных изменений, которые могли бы объяснить данную клиническую картину, не выявляется. Симптомы часто отражают представления пациента о том, как проявляется подобное физическое расстройство, в связи с чем симптоматика зачастую не согласуется с физиологическими и анатомическими прин-

ципами. Кроме того, оценка психического состояния и социальной ситуации пациента обычно позволяет предположить, что нарушения, связанные с потерей функции, помогают пациенту избежать неприятного конфликта или косвенно выразить свою зависимость или протест. Существующие проблемы или конфликты могут являться совершенно очевидными для окружающих, но пациент часто отрицает их наличие и приписывает дистресс симптомам или нарушенной продуктивности.

Степень нарушения продуктивности, возникающей в результате всех этих типов расстройств, бывает различной, в зависимости от числа и состава присутствующих людей и эмоционального состояния пациента. Иными словами, в дополнение к основным симптомам реальной потери двигательной активности и чувствительности, над которыми у пациента отсутствует произвольный контроль, возникает та или иная степень выраженности поведения, направленного на привлечение внимания окружающих.

У некоторых пациентов симптомы обычно развиваются в тесной связи с психологическим стрессом, однако у других подобной связи установить не удается. Может поражать спокойное принятие пациентом серьезной дисфункции («прекрасное безразличие»), однако это отношение не является универсальным; вместе с тем, спокойное отношение к болезни встречается и у хорошо адаптированных лиц, страдающих серьезными физическими заболеваниями.

Обычно у пациентов выявляются преморбидная патология личностных отношений и личности. Кроме того, кто-то из близких родственников или друзей мог ранее страдать физическими болезнями с симптоматикой, напоминающей текущие симптомы пациента. Легкие и преходящие формы этих расстройств часто наблюдаются у подростков, особенно девочек, хронические варианты чаще встречаются в молодом возрасте. У незначительного числа лиц устанавливается повторяющаяся модель реакции на стресс в виде появления этих расстройств, которая может проявляться в более позднем возрасте.

Расстройства, при которых возникает *только* потеря чувствительности, включаются в данную рубрику, тогда как расстройства, связанные с дополнительными ощущениями — такими как боль или другие сложные ощущения, относящиеся к сфере регуляции вегетативной нервной системы, — классифицируются в рубрике соматоформных расстройств (F45.—).

Диагностические критерии

Особая осторожность требуется при установлении диагноза диссоциативных расстройств, затрагивающих восприятие и моторику, пациентам с органическими заболеваниями нервной системы, а также лицам с нормальными семейными и социальными взаимоотношениями и высоким уровнем адаптации в преморбидном периоде.

Для уверенности в данном диагнозе необходимо:

(a) отсутствие признаков органического поражения;

(b) наличие достаточной информации о психологической и социальной ситуации, а также личных отношениях пациента, позволяющей убедительно сформулировать причины возникновения данного нарушения.

Диагноз должен оставаться предположительным или предварительным, если сохраняются сомнения о роли в этиологии заболевания установленных или предполагаемых органических нарушений или если невозможно понять, в связи с чем развилось расстройство. В неясных или сложных случаях не следует забывать о возможности дальнейшего развития серьезных физических или психических расстройств.

Дифференциальный диагноз

Ранние стадии развития прогрессирующих неврологических расстройств, в частности рассеянного склероза или системной красной волчанки, можно принять за диссоциативные расстройства движений и ощущений. Пациенты, реагирующие на появление симптомов рассеянного склероза дистрессом и поведением, направленным на привлечение внимания, представляют особенно сложную проблему; для установления окончательного диагноза может потребоваться сравнительно длительный период наблюдения и обследования.

Множественные и недостаточно определенные соматические жалобы относят к другой рубрике, например к соматоформным расстройствам (F45.—) или неврастении (F48.0).

Изолированные диссоциативные симптомы могут возникать в клинике серьезных психических нарушений, таких как шизофрения или тяжелая депрессия, однако подобные расстройства обычно легко выявляются, и им следует отдавать предпочтение перед диссоциативными симптомами при диагностике и кодировании.

Сознательную симуляцию утраты движений или чувствительности весьма нелегко отличить от диссоциативных нарушений; решение основывается на детальном обследовании, наблюдении, оценке личности пациента, обстоятельств, при которых началось данное расстройство, а также последствий, к которым привело бы выздоровление в сравнении со стойкой инвалидизацией.

F44.4 Диссоциативные расстройства моторики

Наиболее распространенным вариантом диссоциативного расстройства моторики является утрата способности к движению одной или нескольких конечностей (либо части конечности). Парез бывает частичным, с замедленными или ослабленными движениями; в других случаях наблюдается полный паралич. Могут наблюдаться разнообразные формы и степени тяжести нарушения координации движений (атаксии), особенно в ногах, что приводит к странности походки или неспособности стоять без опоры (астазия—абазия). Может появляться преувеличенное дрожание одной или нескольких конечностей или всего тела. Проявления могут близко напоминать практически любую форму атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича.

Включаются:
психогенная афония;
психогенная дисфония.

F44.5 Диссоциативные судороги

При диссоциативных судорогах (псевдоприпадках) часто очень точно имитируются движения, характерные для эпилептических припадков, но при этом крайне редки такие явления, как прикусывание языка, ушибы и кровоподтеки, получаемые при падении, недержание мочи. Сознание не нарушается или же развивается состояние ступора либо транса.

F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия

При данном расстройстве границы областей кожной анестезии нередко отчетливо свидетельствуют о том, что они отражают скорее представления больного о телесных функциях, нежели анатомическое стро-

ение организма в соответствии с научными знаниями. Отмечаются несоответствия в потере чувствительности (между сенсорными модальностями), которые не могут обусловливаться неврологическими повреждениями. Утрата чувственного восприятия может сопровождаться жалобами на парестезии.

Потеря зрения и слуха при диссоциативных расстройствах редко бывает полной. Нарушения зрения обычно проявляются в утрате остроты зрения, «затуманивания» поля зрения или «туннельного сужения поля зрительного восприятия». Несмотря на жалобы на потерю зрения, общая подвижность пациента и его двигательные навыки на удивление хорошо сохраняются.

Диссоциативная глухота или аноемия встречаются значительно реже, чем потеря кожной чувствительности или зрения.

Включается:
психогенная глухота.

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

К данной рубрике относят сочетания расстройств, описанных выше в рубриках F44.0—F44.6.

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.80 Синдром Ганзера

К данной рубрике относят сложное расстройство, описанное Ганзером и характеризующееся «приблизительными ответами» на вопросы. Обычно оно сопровождается различными другими диссоциативными симптомами и часто возникает при обстоятельствах, предполагающих психогенную этиологию.

F44.81 Расстройство множественной личности

Данное расстройство является редким, и существуют расхождения во мнениях о том, какую роль в его возникновении играет ятрогения и специфичность культуры, к которой принадлежит пациент. Важнейшим

признаком расстройства является существование у пациента двух или более разных личностей, из которых в каждый конкретный момент времени присутствует только одна. Каждая личность является полной, обладает своей памятью, особенностями поведения и предпочтениями, которые могут значительно отличаться и даже противоречить свойствам единственной преморбидной личности.

При обычной форме расстройства, когда имеются всего две личности, одна из них обычно доминирует, но у каждой из них отсутствует доступ к воспоминаниям другой, и обе они практически никогда не бывают осведомлены о существовании другой личности. Переключение от одной личности к другой впервые обычно бывает внезапным и тесно связано с травматическим событием. Последующие переходы часто ограничиваются драматическими или стрессовыми событиями, или происходят во время психотерапевтических сеансов, включающих релаксацию, гипноз или отреагирование.

F44.82 Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте

F44.88 Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства

Включаются:
психогенная спутанность;
сумеречное состояние.

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

F45 Соматоформные расстройства

Главной чертой соматоформных расстройств является повторяющееся предъявление соматических симптомов наряду с постоянными требованиями провести медицинское обследование вопреки многократному получению отрицательных результатов и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. В этих случаях

если и обнаруживаются какие-либо соматические нарушения, то они не объясняют характера и степени выраженности симптоматики или тяжести состояния больного и проявляемой им озабоченности. Даже если возникновение и продолжение симптомов состоят в тесной связи с неблагоприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, пациент обычно сопротивляется попыткам обсудить возможность психогенной этиологии расстройства. Подобное сопротивление может наблюдаться даже при наличии явных симптомов депрессии или тревоги. Трудности в достижении взаимопонимания касательно соматической или психологической обусловленности симптомов часто приносят огорчение и фрустрацию как пациенту, так и врачу.

При соматоформных расстройствах у пациентов часто наблюдается (в той или иной степени) ориентированное на поиск внимания (демонстративное) поведение, особенно если они переживают фрустрацию в связи с неудавшейся попыткой убедить врачей в преимущественно соматической природе своего заболевания и в необходимости дальнейших осмотров и обследований.

Дифференциальный диагноз

Дифференциация с ипохондрическим бредом обычно зависит от внимательного рассмотрения случая. Хотя убежденность больного является долговременной, стойкой и кажется противоречащей здравому смыслу, ее твердость обычно в какой-то мере и на короткое время снижается под влиянием разубеждения, успокоения и проведения новых обследований. Кроме того, наличие неприятных и пугающих физических ощущений может рассматриваться как культурально приемлемое объяснение для развития и сохранения убежденности в имеющейся физической болезни.

Исключаются:
диссоциативные расстройства (F44.—);
выдергивание волос (в детском возрасте) (F98.4);
лепетная речь (F80.0);
шепелявая речь (сигматизм) (F80.8);
кусание ногтей (F98.8);
психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках (F54);

половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием (F52.—);
сосание пальца (F98.8);
тикозные расстройства (в детском и подростковом возрасте) (F95.);
синдром Туретта (F95.2);
трихотилломания (F63.3).

F45.0 Соматизированное расстройство

Основным признаком являются множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые наблюдаются, по крайней мере, в течение нескольких лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. Большинство пациентов на этот момент уже имеют длительную и сложную историю контактов со службами первичной и специализированной медицинской помощи. В итоге накоплено множество негативных результатов различных обследований; некоторые больные перенесли даже бесполезные операции (проведенные с диагностической целью). Симптомы соматизированного расстройства могут относиться к любой части тела или системе органов, однако к числу наиболее распространенных проявлений относятся неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта (боли, отрыжка, срыгивание, рвота, тошнота и т.п.), а также аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, «ползание мурашек», онемение, болезненность и т.п.) и появление пятен на коже. Нередко встречаются жалобы на сексуальные и менструальные нарушения.

Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога, что оправдывает назначение специфического лечения.

Течение расстройства, как правило, хроническое и флюктуирующее; часто отмечаются нарушения поведения в сфере социального, межличностного и семейного функционирования. Данное расстройство гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и обычно начинается в молодом возрасте, хотя встречается и у подростков.

Вследствие проведения повторных курсов лекарственного лечения нередко развивается зависимость от медикаментов или злоупотребление ими (обычно седативными или обезболивающими препаратами).

Диагностические критерии

Достоверный диагноз требует присутствия всех следующих признаков:

(a) в течение, по крайней мере, двух лет предъявляются жалобы на множественные, разнообразные соматические симптомы, которые не могут быть объяснены никакими поддающимися выявлению соматическими расстройствами;

(b) больной упорно отказывается принять советы или заверения многих врачей об отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов;

(c) имеется некоторая степень нарушения социального и семейного функционирования, зависящая от природы симптомов и обусловленных ими форм поведения.

Включаются:
синдром множественных жалоб;
множественное психосоматическое расстройство.

Дифференциальный диагноз

При диагностике важно проводить дифференциацию со следующими расстройствами.

Соматические расстройства

У пациентов, страдающих долговременным соматизированным расстройством, существует та же вероятность заболеть каким-нибудь сопутствующим соматическим заболеванием, что и у любого другого человека того же возраста. Поэтому при изменении характера жалоб или их устойчивом характере, свидетельствующем о возможности возникновения соматической болезни, следует подумать о проведении соответствующего медицинского обследования и консультации.

Аффективные (депрессивные) или тревожные расстройства

Соматизированные расстройства обычно сопровождаются депрессией или тревогой той или иной степени выраженности. Эти нарушения настроения требуют установления отдельного диагноза только в случае, если их выраженность и устойчивость обусловливает подобную необ-

ходимость. Появление множественных соматических жалоб в возрасте старше сорока лет может оказаться одним из ранних проявлений первичного депрессивного расстройства.

Ипохондрическое расстройство

При соматизированном расстройстве основное внимание пациент уделяет самим симптомам и их индивидуальному эффекту, в то время как при ипохондрическом расстройстве внимание направлено в большей степени на существование основного прогрессирующего тяжелого заболевания и его возможные инвалидизирующие последствия. При ипохондрическом расстройстве пациент настаивает на обследовании для выявления или подтверждения характера заболевания, лежащего в основе симптомов, а пациент с соматизированным расстройством настаивает на лечении с целью ликвидации самих симптомов. При соматизированном расстройстве всегда наблюдается чрезмерное употребление лекарств и отказ от следования советам врачей в течение длительного времени, тогда как пациенты с ипохондрическим расстройством боятся лекарств с их побочными действиями и ищут утешения в частых посещениях различных врачей.

Бредовые расстройства

(например, шизофрения с соматическим бредом или депрессивные расстройства с ипохондрическим бредом)

Вычурный, странный характер убеждений, наряду с меньшим количеством и большим постоянством соматических симптомов, является типичным для бредовых расстройств.

Относительно кратковременные (менее двух лет) и менее выраженные сочетания симптомов рекомендуется относить к рубрике недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1).

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Эту категорию следует использовать в случаях, когда больной упорно предъявляет множественные и разнообразные соматические жалобы, но при этом полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается. Например, может не хватать

силы и драматического характера высказывания жалоб, их число остается сравнительно небольшим или полностью отсутствуют нарушения социального или семейного функционирования. Основания для предположений о психологической этиологии иногда имеются, но не являются обязательными, однако всегда должны отсутствовать соматические причины симптомов, на которые опирается психиатрический диагноз.

Если сохраняется возможность наличия соматического заболевания, обусловливающего симптомы, или психиатрическое обследование еще не завершено на момент установления диагноза и кода, следует использовать другие категории из соответствующих глав МКБ-10.

Включается:
недифференцированное психосоматическое расстройство.

Дифференциальный диагноз

Такой же, как и для полного синдрома соматизированного расстройства.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Основной признак заключается в стойкой озабоченности возможностью наличия тяжелого соматического заболевания (одного или более) с прогрессирующим течением. Больной постоянно предъявляет соматические жалобы или выражает беспокойство по поводу своего соматического состояния или внешности. Вполне нормальные или совершенно заурядные, обычные ощущения и явления часто истолковываются им как патологические и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Вызывающие страх соматическое заболевание или дефект тела могут прямо указываться пациентом, тем не менее степень убежденности в наличии заболевания и акцентирование внимания на одном конкретном расстройстве (а не другом) обычно изменяются от консультации к консультации; пациент признает возможность, что у него могут существовать и дополнительные физические нарушения помимо того, которому он придает особое значение.

Часто присутствуют выраженные депрессия и тревога, которые могут оправдывать установление дополнительного диагноза. Расстройство редко возникает впервые у лиц старше 50 лет, течение симптомов и

нарушение продуктивности обычно имеет хронический и волнообразный характер. При данном расстройстве должны отсутствовать устойчивые бредовые идеи, касающиеся функций или формы тела. К данному разделу следует относить боязнь заболеть одним или более заболеваниями (нозофобию).

Синдром возникает с одинаковой частотой у мужчин и женщин, при нем (в отличие от соматизированного расстройства) отсутствуют специфические семейные характеристики.

Многие лица, страдающие данным расстройством, особенно в легкой форме, получают лишь первичную или непсихиатрическую медицинскую помощь. Направление к психиатру обычно воспринимается негативно, если только психиатрическая помощь не будет предложена на ранних этапах развития заболевания при тактичном сотрудничестве врача-терапевта и психиатра. Степень нарушения продуктивности может быть самой различной; некоторым лицам симптомы позволяют доминировать в семье и манипулировать социальными и медицинскими службами, однако некоторые функционируют вполне удовлетворительно.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться следующие два критерия:

(a) упорная убежденность в наличии одного или более серьезных физических заболеваний, обусловливающих имеющуюся у пациента симптоматику, хотя неоднократные исследования и осмотры не позволили обнаружить адекватного соматического объяснения симптомов, или стойкая озабоченность предполагаемым уродством или деформацией тела;

(b) больной упорно отказывается принять советы и заверения врачей об отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов или каких-либо анатомических аномалий.

Включаются:
телесное дисморфическое расстройство;
дисморфофобия (небредовая форма);
ипохондрический невроз;
ипохондрия;
нозофобия.

Дифференциальный диагноз

Необходимой является дифференциация со следующими расстройствами.

Соматизированное расстройство

Внимание концентрируется на наличии самого заболевания и его будущих последствиях, а не на отдельных симптомах, как это бывает при соматизированном расстройстве. При ипохондрическом расстройстве, кроме того, озабоченность обычно касается одного или двух возможных соматических расстройств, которые конкретно называются пациентом, а не более многочисленных и часто меняющихся предположений, высказываемых при соматизированном расстройстве. Частота ипохондрического расстройства не зависит от пола, и симптоматика не имеет семейной специфики.

Депрессивные расстройства

Если симптомы депрессии являются особенно выраженными и появляются ранее ипохондрических переживаний, то депрессивное расстройство может быть первичным.

Бредовое расстройство

Убеждения при ипохондрическом расстройстве не отличаются той устойчивостью, которая характерна для депрессивных и шизофренических расстройств, сопровождающихся соматическим бредом. Расстройство, при котором пациент убежден, что обладает уродливой внешностью или искаженными формами тела, следует классифицировать как бредовое расстройство (F22.—)

Тревожные и панические расстройства

Соматические симптомы тревоги иногда интерпретируются как признаки серьезной соматической болезни, однако при этих расстройствах пациенты поддаются успокоению путем объяснения психологических механизмов, и убеждения в наличии физической болезни не развиваются.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Больной предъявляет жалобы таким образом, будто они обусловлены физическим расстройством системы или органа, которые регулируются — полностью или главным образом — вегетативной нервной системой (то есть может создаваться впечатление, что речь идет о заболевании сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной или мочеполовой системы). Самыми частыми и наглядными примерами подобных жалоб являются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы («невроз сердца»), дыхательной системы (психогенная одышка и икота) и желудочно-кишечного тракта («невроз желудка» и «нервный понос»). Обычно предъявляются симптомы двух типов, ни один из которых не указывает на соматическое расстройство соответствующего органа или системы. К первому типу (на основании которого обычно ставится диагноз) относятся жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного возбуждения (таких как сердцебиение, потливость, покраснение лица и тремор). Второй тип характеризуется более индивидуальными, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как кратковременные боли, ощущения жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения, которые пациент приписывает тому или иному конкретному органу или системе (к которым относятся и вегетативные симптомы). Характерную клиническую картину составляет сочетание отчетливой вегетативной дисфункции, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок на определенный орган или систему в качестве источника расстройства.

У многих пациентов, страдающих данным расстройством, наблюдаются проявления психологического стресса или текущие трудности и проблемы, казалось бы связанные с расстройством; вместе с тем, подобные явления отсутствуют у достаточно большого числа пациентов, клиническая картина которых полностью удовлетворяет критериям данного состояния.

При некоторых из подобных расстройств могут присутствовать также легкие нарушения физиологических функций, например икота, метеоризм кишечника или одышка, однако сами по себе они не нарушают основных физиологических функций соответствующего органа или системы.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться все следующие критерии:

(a) присутствие стойких и беспокоящих пациента симптомов вегетативного возбуждения, таких как сердцебиение, потливость, тремор, покраснение кожи;

(b) наличие дополнительных субъективных симптомов, относящихся к определенному органу или системе;

(c) озабоченность и дистресс из-за предполагаемого наличия серьезного (но конкретно не уточненного) расстройства со стороны указанного органа или системы, причем повторные пояснения и уверения врачей не приносят успокоения пациенту;

(d) отсутствуют объективные признаки нарушения структуры либо функций органов или систем, вызывающих беспокойство больного.

Дифференциальный диагноз

Дифференциация с генерализованным тревожным расстройством основана на преобладании психологических компонентов над вегетативным возбуждением. Так, страхи и тревожные предчувствия, наряду с отсутствием стойкого сосредоточения внимания на физических симптомах более характерны для генерализованного тревожного расстройства. При соматизированных расстройствах вегетативные симптомы возникают, но они не являются преобладающими и стойкими и занимают в клинической картине меньше места в сравнении с многочисленными другими ощущениями, и симптомы не настолько упорно приписываются одному определенному органу или системе.

Исключаются:

психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках (F54).

Пятый знак может использоваться для классификации отдельных расстройств этой рубрики на подгруппы с указанием органа или системы, которые рассматриваются пациентом в качестве источника симптомов:

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система

Включаются:
невроз сердца;
синдром Да Коста;
нейроциркуляторная дистония.

F45.31 Верхний отдел желудочно-кишечного тракта

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

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта

Включаются:
психогенный метеоризм и понос, синдром раздраженной толстой кишки, синдром газовой диареи.

F45.33 Дыхательная система

Включаются:
психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Мочеполовая система

Включаются:
психогенное повышение частоты мочеиспускания;
психогенная дизурия.

F45.38 Другие органы или системы

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

Ведущей чертой данного расстройства являются жалобы на упорную, жестокую, мучительную боль, которую нельзя полностью объяснить каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством, а ее начало настолько отчетливо связано с эмоциональными

конфликтами или психосоциальными проблемами, что это позволяет рассматривать указанные обстоятельства в качестве основных этиологических факторов. С возникновением боли человек обычно получает ощутимо усиленную поддержку и повышенное внимание со стороны личного окружения или медицинских работников.

В данную рубрику не включается боль предположительно психогенного происхождения, возникающая в процессе течения депрессивного расстройства или шизофрении. Боль, обусловленная известными или логически понятными психофизиологическими механизмами, например вызванная мышечным напряжением или мигренью, однако, по-видимому, имеющая психогенную этиологию, должна кодироваться в рубрике F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках) плюс дополнительный код из других разделов МКБ-10 (например, мигрень, G43.—).

Включаются:
психалгия;
психогенная боль в спине;
психогенная головная боль;
соматоформное болевое расстройство.

Дифференциальный диагноз

Основная задача заключается в дифференциации данного расстройства и истерического преувеличения боли, вызванной органическими причинами. Пациенты, испытывающие органические боли, которым еще не установлен определенный диагноз соматического заболевания, нередко испытывают страх или гнев (например, по поводу оказания неэффективной помощи), в связи с чем они проявляют поведение, направленное на привлечение внимания. Разнообразные боли характерны для соматизированного расстройства, но они не столь упорны и не преобладают над другими жалобами.

Исключаются:
боль в спине БДУ (M54.9);
боль БДУ (острая/ хроническая) (R52.—);
головная боль напряжения (G44.2).

F45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах предъявляемые жалобы не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами организма (или частями тела). Этим они отличаются от множественных и часто меняющихся жалоб и симптомов, тесно связанных по времени с вызывающими стресс событиями, возникающими при соматизированном расстройстве (F45.0) и недифференцированном соматоформном расстройстве (F45.1). Повреждение тканей при рассматриваемых расстройствах отсутствует.

Любые другие расстройства ощущений, не вызванные органическими нарушениями, тесно связанные во времени со стрессовыми событиями или проблемами либо приводящие к значительному повышению внимания к больному со стороны личного окружения или медицинских служб, также следует классифицировать в этой рубрике. Ощущения вздутия, шевеления на коже и парестезии (чувство «ползания мурашек» и/или онемения) являются характерными примерами жалоб. В данную рубрику включаются также следующие расстройства:

(a) «истерический ком» (ощущение комка в горле, мешающего глотанию) и другие формы дисфагии;

(b) психогенная кривошея и другие расстройства, включающие спазматические движения (за исключением синдрома Туретта);

(c) психогенный зуд (данный диагноз не включает специфических заболеваний кожи, таких как алопеция, дерматит, экзема или крапивница психогенного происхождения — F54);

(d) психогенная дисменорея (к данному разделу не относятся диспареуния — F52.6 и фригидность — F52.0);

(e) скрежетание зубами.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

Включается:

психофизиологическое или психосоматическое расстройство БДУ.

F48 Другие невротические расстройства

F48.0 Неврастения

Формы проявления этого расстройства в значительной мере варьируют в условиях разных культур; существуют два основных типа неврастении, имеющие между собой много общего. При первом типе ведущим симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость при умственной работе, что часто влечет за собой некоторое снижение профессиональной продуктивности или ухудшение способности справляться с решением повседневных задач. Проявления умственного утомления обычно описываются как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудность сосредоточения и общая неэффективность мышления. При неврастении второго типа доминируют такие симптомы, как физическая слабость и истощение при малейшем усилии, сопровождающиеся мышечной болью; характерна также неспособность расслабиться. При обоих типах распространены и другие неприятные физические ощущения, в частности головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. Во многих случаях отмечаются озабоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием, раздражительность, ангедония, а также (как правило, в легкой форме) подавленное настроение и тревога. Часто нарушается сон (главным образом его начальные и промежуточные фазы), однако иногда встречается и выраженная гиперсомния.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны присутствовать следующие симптомы:

(a) предъявляются настойчивые жалобы на беспокоящую больного повышенную утомляемость после незначительной умственной нагрузки либо на ощущение выраженной физической усталости и общей слабости после минимальной физической нагрузки;

(b) присутствует, по меньшей мере, два из следующих симптомов:
— ощущение тупой или острой мышечной боли;
— головокружение;
— головные боли напряжения;
— нарушение сна;
— неспособность расслабиться;

— раздражительность;
— диспепсия;

(с) в случае присутствия симптомов вегетативной дисфункции или депрессии они являются недостаточно устойчивыми или серьезными для соответствия критериям каких-либо более специфических расстройств из данной классификации.

Включается:
синдром усталости.

Дифференциальный диагноз

Во многих странах диагноз «неврастения» используется редко. Многие случаи, обозначавшиеся в прошлом этим диагнозом, согласно современным критериям, в большей мере соответствовали бы проявлениям депрессивного или тревожного расстройства. Однако встречаются пациенты с клинической картиной, в большей степени соответствующей описанию неврастении, чем любого другого невротического синдрома, причем в некоторых регионах частота подобных случаев, по-видимому, несколько выше, чем в других. Прежде чем использовать диагноз неврастении, рекомендуется исключить депрессивную болезнь или тревожное расстройство. Основными критериями данного синдрома являются упорные жалобы больного на повышенную утомляемость и слабость, а также озабоченность снижением умственной и физической работоспособности (в отличие от соматоформных расстройств, при которых в клинической картине доминируют телесные жалобы и озабоченность предполагаемым физическим заболеванием). Если неврастенический синдром развивается как последствие физического заболевания (в частности, гриппа, вирусного гепатита или инфекционного моноиуклеоза), следует отметить и диагноз этих болезней.

Исключаются:
астения БДУ (R53);
синдром «сгорания» (Z73.0);
недомогание и утомляемость (R53);
синдром утомляемости после перенесенной вирусной инфекции (G93.3);
психастения (F48.8).

F48.1 Синдром деперсонализации—дереализации

При этом расстройстве больной жалуется на испытываемое им ощущение качественной измененности его психической деятельности, тела и/или окружения, в результате чего они кажутся нереальными, незнакомыми или неестественными, как бы автоматическими. Пациенты могут ощущать отчужденность или отстраненность от собственных мыслей, воображения или воспоминаний; чувствовать, что их движения и поведение как бы не принадлежат им; что тело кажется им безжизненным, отстраненным или изменившимся в каком-либо ином отношении; что окружающий мир стал менее красочным, каким-то безжизненным и выглядит искусственно, подобно сцене, на которой люди разыгрывают отведенные им роли. В некоторых случаях пациенты могут ощущать, что видят себя как бы со стороны или что они мертвы. Из всех этих разнообразных феноменов самым частым является жалоба на утрату эмоциональных реакций.

Число лиц, переживающих это расстройство в чистой или изолированной форме, незначительно. Гораздо чаще деперсонализационно—дереализационные феномены наблюдаются в контексте депрессивного заболевания, фобического и обсессивно-компульсивного расстройства. Элементы этого синдрома могут проявляться и у психически здоровых лиц в состояниях сильной усталости, сенсорной депривации, интоксикации галлюциногенами или в качестве гипногогического/гипнопомпического феномена. Деперсонализационно—дереализационные феномены являются сходными с так называемыми «предсмертными переживаниями», связанными с ситуациями экстремальной, угрожающей жизни опасности.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны присутствовать критерии (a) или (b) плюс критерии (c) и (d):

(a) деперсонализационные симптомы — то есть пациент жалуется, что его чувства и/или опыт (переживания) являются отстраненными, отдаленными, не принадлежат ему, потеряны и т.п.;

(b) дереализационные симптомы, то есть объекты, люди и/или окружающий мир представляются ему нереальными, отдаленными, искусственными, бесцветными, безжизненными и т.п.;

(c) понимание, что эти явления представляют собой субъективные и спонтанные изменения, а не нечто, навязанное со стороны внешними силами или людьми (например, ясновидение и т.п.);

(d) ясное сознание и отсутствие токсических состояний спутанности или эпилепсии.

Дифференциальный диагноз

Это расстройство следует отличать от ряда других, при которых ощущается либо присутствует изменение или «расщепление» личности, например, шизофрении (бред метаморфоза или переживание воздействия), диссоциативных расстройств (при которых отсутствует осознавание изменений), некоторых случаев ранней деменции. Предиктальная аура при височной эпилепсии и некоторые постиктальные состояния могут включать деперсонализацию и дереализацию в качестве вторичных феноменов.

Если синдром деперсонализации—дереализации возникает в качестве составной части поддающихся диагностике депрессивного, фобического, обсессивно-компульсивного или шизофренического расстройств, то последним следует отдавать предпочтение в качестве основного диагноза.

F48.8 Другие специфические невротические расстройства

Эта рубрика включает смешанные расстройства поведения, убеждений и эмоций, имеющие неясное происхождение и неопределенное нозологическое положение и встречающиеся с особой частотой в некоторых культурных и этнических группах. Примеры включают дхат-синдром (чрезмерная озабоченность изнуряющим эффектом семяизвержения), коро (тревога и страх, связанные с представлениями, что половой член «втягивается в брюшную полость», причем по завершении этого процесса наступит смерть) и лата (имитирующее поведение и автоматическая подчиняемость). Тесная связь этих синдромов с принятыми в соответствующей культурной группе верованиями и моделями поведения показывает, что, вероятно, их лучше рассматривать как небредовые.

Включаются:
расстройство Брике;
дхат-синдром;
коро;
лата;
профессиональный невроз, включая писчий спазм;
психастения;
психастенический невроз;
психогенный обморок.

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

Включается:
невроз БДУ.

F50—F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Расстройства пищевого поведения

F50.0 Нервная анорексия

F50.1 Атипичная нервная анорексия

F50.2 Нервная булимия

F50.3 Атипичная нервная булимия

F50.4 Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями

F50.5 Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями

F50.8 Другие расстройства пищевого поведения

F50.9 Расстройство пищевого поведения, неуточненное

F51 Расстройства сна неорганической природы

F51.0 Бессонница неорганической природы

F51.1 Гиперсомния неорганической природы

F51.2 Расстройство ритма сна—бодрствования неорганической природы

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4 Ужас во время сна (ночные страхи)

F51.5 Кошмары

F51.8 Другие расстройства сна неорганической природы

F51.9 Расстройство сна неорганической природы, неуточненное

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения

F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

.10 Сексуальное отвращение

.11 Отсутствие сексуального удовлетворения

F52.2 Отсутствие генитальной реакции

F52.3 Оргазмическая дисфункция

F52.4 Преждевременная эякуляция

F52.5 Вагинизм неорганической природы

F52.6 Диспареуния неорганической природы

F52.7 Повышенное половое влечение

F52.8 Другие половые дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием

F52.9 Неуточненная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.0 Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.1 Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.8 Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.9 Послеродовое психическое расстройство, неуточненное

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

F55.0 Антидепрессанты

F55.1 Слабительные

F55.2 Анальгетики

F55.3 Средства снижения кислотности

F55.4 Витамины

F55.5 Стероиды или гормоны

F55.6 Специфические лечебные травы или народные средства

F55.8 Другие вещества, не вызывающие зависимости

F55.9 Неуточненные вещества, не вызывающие зависимости

F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Нарушения пищевого поведения

В рубрике нарушений пищевого поведения рассматриваются два важных и четко очерченных синдрома: нервная анорексия и нервная булимия. Менее специфические булимические расстройства также заслуживают своего места в этом разделе, как и переедание, сочетающееся с психологическими нарушениями. Краткий комментарий посвящен рвоте, связанной с психологическими нарушениями.

Исключаются:
анорексия или потеря аппетита БДУ (R63.0);
трудности организации и неправильный подход к проблеме питания (R63.3);
расстройство питания младенческого и детского возраста (F98.2);
поедание несъедобных предметов (пикацизм) у детей (F98.3).

F50.0 Нервная анорексия

Это расстройство характеризуется снижением массы тела, преднамеренно вызываемым и/или умышленно поддерживаемым на низком уровне самим больным. Нервной анорексии наиболее подвержены девочки-подростки и молодые женщины, но иногда она развивается у мальчиков-подростков и молодых мужчин, у детей препубертатного возраста, а также у женщин средних лет и старше (вплоть до менопаузы). Нервная анорексия представляет собой самостоятельный синдром в следующих отношениях:

(a) клинические особенности синдрома легко распознаются, в связи с чем диагноз является надежным, с высоким уровнем согласованности между разными врачами;

(b) катамнестические исследования показывают, что у значительного числа не излечившихся больных продолжают проявляться основные признаки нервной анорексии в хронической форме.

Хотя фундаментальные причины нервной анорексии остаются до конца невыясненными, накапливается все больше данных в пользу

того, что в ее этиологии значительную роль играет взаимодействие социокультуральных и биологических факторов, а также участвуют менее специфические психологические механизмы и предрасполагающие личностные особенности. Расстройство влечет за собой недостаточность питания разной степени тяжести, что, в свою очередь, приводит к вторичным эндокринным и метаболическим изменениям и нарушениям функций организма. Остаются некоторые сомнения в том, являются ли характерные эндокринные расстройства результатом одного лишь нарушения питания и, следовательно, прямым следствием вызвавших его форм поведения (например, соблюдения строгой диеты с ограниченным набором продуктов, чрезмерно интенсивных физических упражнений, изменяющих телосложение, произвольного вызывания рвоты и приема слабительных средств, приводящих к нарушениям электролитного баланса) или определенное значение имеют и другие неизвестные факторы.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться следующие требования:

(a) Показатель массы тела поддерживается на уровне не менее 15% ниже нормального, т.е. ожидаемого в соответствии с возрастом и ростом пациента (в результате потери или отсутствия прибавления веса), или показатель массы тела Кветелета (этот показатель определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах) составляет 17,5 или меньше. У пациентов препубертатного возраста может отсутствовать ожидаемое прибавление веса в период роста.

(b) Потерю массы тела намеренно вызывают сами больные, что достигается за счет избегания пищи, от которой «полнеют». Может присутствовать также один или более из следующих симптомов: произвольное вызывание рвоты; прием слабительных; чрезмерно интенсивные физические упражнения; употребление средств, подавляющих аппетит и/или мочегонных.

(c) Наблюдается патологическое искажение восприятия своего тела, при котором больные считают себя слишком толстыми, испытывая навязчивый или сверхценный страх располнеть, в связи с чем сами устанавливают для себя чрезвычайно заниженный предел допустимой массы тела.

(d) Развивается общее эндокринное расстройство (вовлекающее ось гипоталамус — гипофиз — половые железы), которое у женщин проявляется аменореей, а у мужчин — потерей полового влечения и потенции. (Кажущимся исключением является сохранение вагинальных кровотечений при анорексии у женщин, находящихся на заместительной гормональной терапии, принимаемой, как правило, с целью контрацепции). Могут наблюдаться повышенные уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и нарушение секреции инсулина.

(e) Если расстройство начинается в препубертатном периоде, то возникает задержка или даже остановка полового созревания (прекращается рост; у девочек не увеличивается грудь и наблюдается первичная аменорея; у мальчиков остаются ювенильными половые органы). После излечения от нервной анорексии половое созревание часто завершается нормально, но первая менструация начинается позже.

Дифференциальный диагноз

Этому расстройству могут сопутствовать депрессивные или обсессивные симптомы, а также симптомы расстройства личности, что затрудняет дифференциальную диагностику и/или обусловливает необходимость использования более одного диагностического кода. Соматические причины снижения массы тела у пациентов молодого возраста, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику, включают: хронические истощающие заболевания, опухоли мозга, заболевания кишечника, такие как болезнь Крона или синдром нарушения кишечного всасывания.

Исключаются:
потеря аппетита (R63.0);
психогенная потеря аппетита (F50.8)

F50.1 Атипичная нервная анорексия

Эта рубрика используется для установления диагноза лицам, у которых клиническая картина в целом соответствуют описанию нервной анорексии (F50.0), но отсутствуют один или более таких ключевых симптомов расстройства, как аменорея или значительное снижение массы тела. Такие лица могут обращаться в психиатрические службы

больниц общего профиля или в службы первичной медицинской помощи. Пациентов, у которых выявляются все ключевые симптомы, но лишь в легкой степени, также целесообразно относить к данной категории. Диагноз атипичной нервной анорексии не должен применяться для обозначения расстройств пищевого поведения, напоминающих нервную анорексию, но вызванных установленным соматическим заболеванием.

F50.2 Нервная булимия

Этот синдром характеризуется повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем над массой тела, что заставляет пациента принимать крайние меры для предупреждения «полнящего» действия съеденной пищи. Использование термина «нервная булимия» следует ограничивать формой расстройства, в психопатологическом отношении имеющей некоторые общие особенности с нервной анорексией. Распределение по возрасту и полу у этих двух расстройств в целом является сходным, однако имеется тенденция к появлению нервной булимии в более позднем возрасте. Данное расстройство может рассматриваться в качестве последствия хронической нервной анорексии (однако возможна и противоположная последовательность их возникновения). Например, у пациентки с анорексией наблюдается видимое улучшение состояния, увеличивается масса тела и восстанавливается менструальный цикл, однако затем устанавливается патологическая модель пищевого поведения с перееданием и произвольно вызываемой рвотой. Систематически вызываемая рвота может повлечь за собой нарушение электролитного баланса, соматические осложнения (судороги, эпилептические припадки, сердечные аритмии, мышечную слабость) и дальнейшее резкое снижение массы тела.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза должны удовлетворяться все следующие критерии:

(а) Отмечается постоянная поглощенность мыслями о приеме пищи, сильное желание или ощущение компульсивного побуждения (тяга) поесть; пациент не может удержаться от периодически повторяющихся эпизодов переедания, когда за короткое время употребляется большое количество пищи.

(b) Больной пытается предотвратить прибавление массы тела, обусловленное перееданием, с помощью одного или более из следующих приемов: произвольно вызываемой рвоты; приема слабительных средств; чередования переедания с периодами голодания; использования лекарственных средств, в частности, подавляющих аппетит, тиреоидных препаратов или мочегонных. Если булимия развивается у больных диабетом, они могут сознательно пренебрегать инсулиновой терапией.

(c) Психопатологические проявления состоят в наличии болезненного страха ожирения, из-за которого пациент обычно устанавливает себе строго определенный предел массы тела, значительно заниженный по сравнению с преморбидным или оптимальным для здоровья с медицинской точки зрения. В анамнезе нередко (но не обязательно) наблюдается эпизод нервной анорексии, и интервал между двумя расстройствами составляет от нескольких месяцев до нескольких лет. Этот более ранний эпизод может быть типичным, развернутым или проявляться в атипичной, скрытой форме в виде умеренного снижения массы тела и/или преходящей аменореи.

Включаются:
булимия БДУ;
нервная гиперорексия.

Дифференциальный диагноз

Нервную булимию следует дифференцировать от:

(a) расстройств верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, приводящих к рецидивирующей рвоте (при этом характерные психопатологические признаки отсутствуют);

(b) более общей патологии личности (при которой нарушение пищевого поведения сочетается, например, с алкогольной зависимостью и мелкими правонарушениями, такими как кражи продуктов из магазина);

(c) депрессивного расстройства (пациенты с булимией нередко испытывают симптомы депрессии).

F50.3 Атипичная нервная булимия

Эта рубрика используется для установления диагноза лицам, у которых клиническая картина в целом соответствует описанию нервной бу-

лимии (F50.2), но отсутствуют один или более ключевых симптомов этого расстройства. Чаще всего это относится к людям с нормальной или даже избыточной массой тела, у которых наблюдаются повторяющиеся эпизоды переедания с последующей рвотой или избыточным употреблением слабительных средств. Нередки и неполные синдромы, сочетающиеся с депрессивной симптоматикой, однако если депрессивные симптомы являются настолько выраженными, что оправдывают отдельный диагноз депрессивного синдрома, то следует устанавливать оба диагноза.

Включается:
булимия с нормальной массой тела.

F50.4 Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями

К этой рубрике относят случаи переедания, представляющие собой форму реакции на события, вызывающие стресс. Утрата близкого человека, несчастный случай, хирургическая операция или иное событие, вызывающее выраженную эмоциональную реакцию, может привести к «реактивному перееданию», особенно у лиц, склонных к полноте.

Полноту, служащую причиной возникновения психологических нарушений, не следует относить к данной рубрике. Излишняя полнота может вызвать у человека озабоченность своей внешностью и снижать уверенность в себе при установлении межличностных отношений; субъективная оценка размеров своего тела нередко бывает преувеличенной. Если ожирение является причиной возникновения психологического нарушения, то такое расстройство следует отнести к одной из следующих рубрик: F38.— (другие, аффективные расстройства настроения); F41.2 (смешанное тревожно-депрессивное расстройство) или F48.9 (невротическое расстройство, неуточненное), добавив относящийся к Оси IV код Е66.— из МКБ-10 для уточнения типа ожирения.

Ожирение, являющееся побочным действием долговременного лечения нейролептиками, антидепрессантами или другими медикаментами, также не следует относить к данной рубрике, а использовать относящийся к Оси IV код Е66.1 (ожирение, вызванное медикаментами), добавив дополнительный код из главы XX (Внешние причины) МКБ-10 для идентификации лекарства.

Ожирение может послужить мотивом для соблюдения диеты, которое, в свою очередь, вызывает легкие аффективные симптомы (тревогу, беспокойство, слабость и раздражительность) или, реже, депрессивные симптомы («диетическая депрессия»). Для обозначения этих симптомов используются соответствующие коды из рубрик F30—F39 или F40—F49, как было указано выше, плюс F50.8 (Другие расстройства пищевого поведения) для обозначения соблюдения диеты, плюс код из рубрики E66.— по Оси IV для уточнения типа ожирения.

Включается:
психогенное переедание.

Исключаются:
ожирение (E66.—);
полифагия БДУ (R63.2).

F50.5 Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями

Кроме произвольно вызываемой рвоты при нервной булимии, случаи повторяющейся рвоты наблюдаются при диссоциативных расстройствах (F44.—) и ипохондрическом расстройстве (F45.2), при которых рвота может являться одним из многочисленных соматических проявлений, а также при беременности, когда в происхождении тошноты и рвоты ведущую роль играют эмоциональные факторы.

Включаются:
психогенная чрезмерная рвота беременных;
психогенная рвота.

Исключаются:
тошнота и рвота БДУ (R11).

F50.8 Другие расстройства пищевого поведения

Включаются:
пикацизм неорганической природы у взрослых;
психогенная утрата аппетита.

Исключается:

расстройство питания (часто в младенческом и детском возрасте), не соответствующее критериям какого-либо уточненного расстройства питания (F98.2).

F50.9 Расстройство пищевого поведения, неуточненное

F51 Расстройства сна неорганической природы

Эта группа расстройств включает:

(a) диссомнии: первичные психогенные состояния, при которых преобладающее расстройство касается количества, качества или времени сна и обусловлено эмоциональными причинамн, например, бессонница (ннсомния), гиперсомния, а также нарушение ритма сон—бодрствоаине;

(b) парасомнии: патологические эпизодические явления, возникающие во время сна; в детском возрасте они связаны, в осиовном, с развитием ребенка, а у взрослых являются, главным образом, психогенными; к ним отиосятся снохождеиие, ужас во время сна (ночные страхи) и кошмарные сновидения.

В данный раздел входят только расстройства сна, при которых эмоциональные причиины считаются ведущим этиологнческим фактором. Расстройства сна органического происхождения, такие как синдром Клейна—Левина (G47.8), кодируются по Оси IV МКБ-10, приведенной в Главе VI (G47.—). Расстройства сна непсихогенной природы, такие как нарколепсия илн катаплексия (G47.4), и расстройства ритма сна—бодрствования (G47.2) также приведены в Главе VI и кодируются по Осн IV наряду с апноэ сна (G47.3) и эпизодическими двигательными расстройствами, включающими ночиой миоклонус (G25.3). Наконец, энурез неорганической природы (F98.0) помещен среди других поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начннающнхся в детском и подростковом возрасте, кодирующнхся по Оси I, в то время как первичный ночной энурез (R33.8), причиной которого считается задержка развития контроля за функцией мочевого пузыря во время сна, отнесен к главе XVIII МКБ-10, касающейся симптомов нарушения мочевыводящей системы, и кодируется по Оси IV.

Во многих случаях нарушение сна представляет собой один из симптомов другого расстройства, психического или соматического. Даже если специфическое расстройство сна представляется клинически независимым, ряд сопутствующих психических и/или соматических факторов может вносить свой вклад в его возникновение. В каждом конкретном случае вопрос о том, расценивать ли его как независимое состояние или как одно из проявлений другого заболевания (классифицируемого в иных рубриках Главы V или других главах МКБ-10), должен решаться на основании клинической картины и течения данного расстройства, а также терапевтических приоритетов на момент консультации. В любом случае, если жалобы на расстройство сна входят в число основных, его код следует регистрировать. Однако, в целом, предпочтительно указывать диагноз специфического нарушения сна наряду со всеми другими соответствующими диагнозами, описывающими психопатологию и патофизиологию конкретного случая.

Исключаются:
расстройства сна (органические) (G47.—).

F51.0 Бессонница неорганической природы

Бессонница представляет собой состояние, характеризующееся неудовлетворительной продолжительностью и/или плохим качеством сна, продолжающееся на протяжении значительного периода времени. Реальная степень отклонения от параметров, обычно считающихся нормальной продолжительностью сна, не должна служить главным критерием при установлении диагноза бессонницы, поскольку некоторые лица (так называемые «короткоспящие») спят весьма непродолжительное время, но при этом не жалуются на бессонницу. И наоборот, некоторые люди очень страдают от плохого качества сна, в то время как его продолжительность по субъективной и объективной оценке находится в пределах нормы.

При бессонице самой частой жалобой является трудность засыпания, второе место по частоте занимают жалобы на поверхностный сон и частое просыпание в ночное время и, наконец, на раннее пробуждение по утрам. Однако чаще всего пациенты предъявляют сочетание этих жалоб. В типичных случаях бессонница развивается в периоды повышенных стрессовых влияний. Если бессонница носит рецидивирующий

характер, она порождает боязнь нарушения сна и озабоченность ее последствиями. Это создает порочный круг, усугубляющий проблемы пациента.

Лица, страдающие бессонницей, жалуются на напряжение, тревогу, волнение или подавленность, возникающие, когда наступает время ложиться спать; они также ощущают ускоренное течение мыслей. Нередко они навязчиво возвращаются к мыслям о недостаточности сна, личных проблемах, состоянии своего здоровья и даже о смерти. Нередко они пытаются справиться с эмоциональным напряжением, принимая лекарственные средства или алкоголь. По утрам они часто испытывают физическую и умственную усталость; в дневное время они обычно чувствуют подавленность, волнение, напряженность, раздражительность и озабоченность своим состоянием.

Нередко родители утверждают, что у ребенка нарушен сон, но на самом деле проблема заключается в том, что они не наладили надлежащего режима сна (а не развилось расстройство сна как таковое). Проблемы подобного рода должны кодироваться не здесь, а в рубриках F99.1 или F99.2. Если проблема стоит шире, то следует отметить неадекватный родительский надзор и контроль в рубрике 4.1 по Оси V.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимо присутствие следующих клинических особенностей:

(a) пациент жалуется на трудность засыпания, поверхностный сон и пробуждения на протяжении ночи либо на плохое качество сна;

(b) нарушения сна отмечаются, по меньшей мере, трижды в неделю на протяжении не менее одного месяца;

(c) расстройство сна приводит к выраженной озабоченности бессонницей и излишнему волнению по поводу ее последствий, проявляющихся как ночью, так и днем;

(d) неудовлетворительная продолжительность и/или плохое качество сна вызывает выраженный дистресс или мешает в обычной повседневной деятельности пациента.

Если неудовлетворительная продолжительность и/или плохое качество сна является единственной жалобой пациента, то расстройство следует кодировать в данной рубрике. Присутствие других психиатри-

ческих симптомов, таких как депрессия, тревога или обсессии, не противоречит диагнозу бессонницы в том случае, если последняя является основной жалобой, или ее хронический характер и степень тяжести приводят к тому, что пациент воспринимает бессонницу как основное расстройство. Другие сопутствующие расстройства следует кодировать, если они являются достаточно выраженными и стойкими, чтобы оправдать необходимость их отдельного лечения. Следует отметить, что большинство пациентов, страдающих хронической бессонницей, обычно обеспокоены лишь расстройством сна и отрицают существование каких-либо эмоциональных проблем. Поэтому для исключения психологической основы жалоб требуется тщательное клиническое обследование.

Бессонница является частым симптомом других психических расстройств, в частности, аффективных, невротических, органических, расстройств пищевого поведения, употребления психоактивных веществ, шизофрении и других расстройств сна, например, кошмаров. Бессонница может сочетаться с соматическими расстройствами, сопровождающимися болями и дискомфортом, или с приемом некоторых лекарственных средств. Если бессонница развивается лишь в качестве одного из многих симптомов психического расстройства или соматического заболевания, то есть не доминирует в клинической картине, диагноз должен ограничиваться основным психическим или соматическим расстройством. Более того, диагноз другого расстройства сна, такого как кошмары, нарушение ритма сна—бодрствования, приступы апноэ сна или ночные миоклонусы, должен устанавливаться только в том случае, если оно приводит к снижению продолжительности или качества сна. Вместе с тем, во всех приведенных выше случаях, если бессонница является одной из ведущих жалоб и рассматривается как самостоятельное состояние, то данный код следует добавлять к основному диагнозу.

Настоящий код не относится к так называемой «транзиторной бессоннице». Преходящие нарушения сна являются нормальным явлением повседневной жизни. Поэтому здесь не кодируются, например, несколько ночей, проведенных без сна в связи с психосоциальным стрессовым событием. Их можно рассматривать как часть острой реакции на стресс (F43.0) или расстройства адаптации (F43.2), если у пациента отмечаются и другие клинически существенные признаки.

F51.1 Гиперсомния неорганической природы

Гиперсомния определяется как состояние, характеризующееся повышенной сонливостью и приступами сна в дневное время (что не объясняется недостаточной продолжительностью ночного сна) либо пролонгированным переходом к состоянию полного бодрствования после пробуждения. При отсутствии отчетливых данных об органической этиологии это состояние обычно сочетается с психическими расстройствами. Оно часто является симптомом депрессивного состояния при биполярном аффективном расстройстве (F31.3, F31.4 или F31.5), рекуррентного депрессивного расстройства (F33.—) или депрессивного эпизода (F32.—). Вместе с тем, в некоторых случаях критерии достоверного диагноза другого психического расстройства не удовлетворяются, хотя часто имеются некоторые свидетельства психопатологической основы для этой жалобы.

Некоторые пациенты сами замечают наличие связи между тенденцией засыпать в неподходящее время и некоторыми неприятными переживаниями, перенесенными днем. Другие отрицают подобную связь, даже если опытный врач выявляет присутствие таких переживаний. В других случаях невозможно установить наличие определенных эмоциональных или иных психологических факторов, однако отсутствие органических факторов дает основание предполагать, что гиперсомния скорее всего имеет психогенное происхождение.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимы следующие клинические особенности:

(a) чрезмерная сонливость в дневное время или приступы сна (не объясняющиеся недостаточной продолжительностью ночного сна), и/или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения (опьянение сном);

(b) это расстройство сна отмечается почти ежедневно на протяжении, по меньшей мере, одного месяца (или в течение повторяющихся периодов более короткой продолжительности) и приводит к выраженному дистрессу или препятствует нормальной повседневной деятельности;

(c) отсутствуют какие-либо дополнительные симптомы, указывающие на нарколепсию (катаплексия, паралич сна, гипнагогические гал-

люцинации) или клинические признаки апноэ сна (ночная остановка дыхания, типичный прерывистый храп и т.п.);

(d) отсутствуют данные о неврологическом или соматическом заболевании, симптомом которого может являться сонливость в дневное время.

Если гиперсомния развивается только как один из симптомов психического (например, аффективного) расстройства, то должно диагностироваться основное заболевание. Однако если жалобы на гиперсомнию доминируют в клинической картине у больных с другими психическими расстройствами, то диагноз психогенной гиперсомнии должен устанавливаться в качестве дополнительного. В случаях, когда другой диагноз не может быть установлен, регистрируется только код настоящей рубрики.

Дифференциальный диагноз

В ходе дифференциальной диагностики особенно важно исключить нарколепсию. При нарколепсии (G47.4), обычно присутствуют дополнительные симптомы, такие как катаплексия, паралич сна и гипнагогические галлюцинации; приступы сна непреодолимы и приносят пациенту более выраженное облегчение (освежают его); а ночной сон является фрагментарным и сокращенным по времени. В отличие от этого, при гиперсомнии приступов сна в течение дня бывает меньше и каждый из них более продолжителен; пациент часто способен преодолеть сонливость и предотвратить их наступление; ночной сон обычно продолжителен и наблюдается длительный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения (опьянение сном).

Важно дифференцировать гиперсомнию неорганической природы от гиперсомнии, связанной с апноэ сна и другими формами органической гиперсомнии. Помимо симптомов чрезмерной сонливости в дневное время у большинства пациентов, страдающих апноэ сна, отмечается прерывание дыхания, характерный прерывистый храп, а также ожирение, повышение кровяного давления, импотенция, когнитивные нарушения, двигательное беспокойство и профузная потливость во время сна, а по утрам — головная боль и нарушение координации движений. Если имеются обоснованные подозрения на апноэ сна, возможно, следует провести лабораторные исследования сна пациента для подтверждения диагноза и количественной оценки явлений апноэ.

Гиперсомния, обусловленная органическими факторами (энцефалитом, менингитом, сотрясением или другими повреждениями либо опухолями головного мозга, цереброваскулярными нарушениями, дегенеративными и другими неврологическими заболеваниями, метаболическими нарушениями, состояниями интоксикации, эндокринной патологией, пострадиационным синдромом), может дифференцироваться от неорганической гиперсомнии за счет выявления органического фактора путем получения данных тщательного клинического и соответствующего лабораторного обследования пациента.

F51.2 Расстройство ритма сна—бодрствования неорганической природы

В основе этого расстройства лежит несовпадение индивидуального ритма сна—бодрствования, присущего конкретному человеку, с тем ритмом, который диктуется условиями жизни в соответствующей среде; как следствие подобной асинхронности предъявляются жалобы на бессонницу или гиперсомнию. Этиология этого расстройства может являться психогенной или предположительно органической в зависимости от вклада в его происхождение и развитие психологических или органических факторов. У лиц, отличающихся дезорганизацией и изменчивостью времени сна и бодрствования, часто отмечаются существенные психологические нарушения, обычно сочетающиеся с различными психиатрическими состояниями, такими как личностные и аффективные расстройства. У лиц, часто меняющих время рабочих смен или путешествующих через часовые пояса, нарушение циркадных ритмов, в основном, является биологическим, однако эмоциональный компонент также играет значительную роль, поскольку многие из этих людей нередко испытывают выраженный дискомфорт. Наконец, у некоторых лиц имеет место опережение фазы сна—бодрствования относительно желаемого ритма, что может быть обусловлено внутренней неисправностью циркадного осциллятора (биологических часов) или аномалиями усвоения сигналов времени, которые управляют биологическими часами (последний случай может быть связан с эмоциональными и/или когнитивными нарушениями).

Данный код предназначен для обозначения тех расстройств ритма сна—бодрствования, при которых самую важную роль играют психологические факторы, тогда как случаи предположительно органичес-

кой природы должны кодироваться по Оси IV, в рубрике G47.2, то есть как непсихогенные расстройства ритма сна—бодрствования. Вопрос о преобладании психологических факторов в этиологии расстройства, то есть об отнесении его к данной рубрике или использовании кода G47.2, решается в каждом конкретном случае, исходя из клинической картины.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимо присутствие следующих клинических проявлений:

(a) индивидуальный ритм сна—бодрствования является десинхронизированным относительно желаемого ритма, соответствующего социальным требованиям и разделяемого большинством людей в окружении данного лица;

(b) индивид страдает бессонницей в течение основного периода сна и гиперсомнией в период бодрствования почти ежедневно на протяжении, по меньшей мере, одного месяца (или у него наблюдаются повторяющиеся эпизоды расстройства более короткой продолжительности);

(c) неудовлетворительные продолжительность, качество и режим сна приводят к выраженному субъективному дискомфорту или препятствуют нормальной повседневной деятельности.

Если отсутствуют данные о психиатрической или соматической причине расстройства, следует использовать только данный код. Вместе с тем, наличие психиатрических симптомов, таких как тревога, депрессия или гипомания, не исключает диагноза расстройства ритма сна—бодрствования неорганической природы, если это расстройство преобладает в клинической картине. Если другие психиатрические симптомы являются достаточно выраженными и стойкими, следует отдельно диагностировать специфическое психическое расстройство.

Включается психогенная инверсия:
циркадного ритма;
никтогемерального ритма;
ритма сна.

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)

Снохождение, или сомнамбулизм, представляет собой состояние измененного сознания, характеризующееся сочетанием феноменов сна и бодрствования. Во время эпизода снохождения больной (как правило, в течение первой трети ночного сна) поднимается с постели и ходит; при этом у него отмечается низкий уровень осознавания, реактивности и моторных навыков. Пациент может выйти из спальни, а иногда из дома, подвергая себя во время эпизода значительному риску травматизма. Однако чаще всего он спокойно возвращается в постель без посторонней помощи или при осторожной помощи другого человека. Подобные эпизоды обычно полностью амнезируются, и после пробуждения (наступившего сразу после эпизода или утром) человек ничего не может вспомнить.

Снохождение и ужас во время сна (ночные страхи, F51.4) имеют между собой много общего. Оба состояния считаются расстройствами процесса пробуждения, в частности пробуждения после самых глубоких стадий сна (стадий 3 и 4). У многих лиц в семейном анамнезе есть отягощенность одним из этих состояний, или нередко один пациент имеет оба упомянутых расстройства в роду. Кроме того, оба состояния чаще всего наблюдаются в детском возрасте, что указывает на роль факторов онтогенетического развития в их этиологии. К тому же в некоторых случаях начало этих состояний совпадает с лихорадочным заболеванием. Если они, начавшись в детстве, продолжаются в более позднем возрасте или впервые возникают у взрослых, то оба состояния обычно имеют тенденцию сочетаться с существенными психологическими нарушениями. На основании клинического и патогенетического сходства между снохождением и ужасами во время сна и того факта, что дифференциальный диагноз этих расстройств обычно заключается в определении, какое из них преобладает, в последнее время их считают частью одного нозологического континуума. Однако с целью соблюдения устоявшейся традиции и чтобы подчеркнуть различия в интенсивности клинических проявлений, в данной классификации этим расстройствам присвоены разные коды.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимо наличие следующих клинических особенностей:

(a) основной симптом заключается в одном или более эпизодах подъема с постели и хождения (обычно в первую треть ночного сна);

(b) во время эпизода снохождения глаза больного широко открыты; выражение лица отсутствующее; он почти не реагирует на попытки окружающих повлиять на его поведение или вступить с ним в общение, и требуются значительные усилия, чтобы разбудить его;

(c) при пробуждении (непосредственно во время приступа или наутро) воспоминания об эпизоде у пациента отсутствуют;

(d) через несколько минут после пробуждения от эпизода все нарушения психической активности или поведения полностью исчезают, хотя вначале может быть короткий период некоторой спутанности и дезориентации;

(e) какие-либо данные, указывающие на органическое психическое расстройство (такое как деменция, или соматическое заболевание, например, эпилепсия) отсутствуют.

Дифференциальный диагноз

Снохождение важно отличать от психомоторных эпилептических припадков. Психомоторная эпилепсия крайне редко проявляется только ночью. Во время эпилептического припадка человек совершенно не реагирует на окружающие стимулы, часто появляются персеверативные движения, такие как глотание или потирание рук. Присутствие характерных для эпилепсии разрядов на ЭЭГ подтверждает диагноз, хотя наличие припадков не исключает сопутствующего им снохождения.

От снохождения следует также отличать диссоциативную фугу (см. F44.1). При диссоциативных расстройствах эпизоды продолжаются гораздо дольше, сознание пациента нарушено в меньшей степени, и он способен совершать сложные и целенаправленные действия. Кроме того, эти расстройства редко наблюдаются у детей и в типичных случаях начинаются в состоянии бодрствования.

F51.4 Ужас во время сна (ночные страхи)

Это расстройство проявляется ночными приступами крайнего ужаса или паники, сопровождающимися интенсивными вокализациями, подвижностью и высоким уровнем вегетативной активности. Больной (обычно в течение первой трети ночного сна) поднимается с кровати

или садится в постели с отчаянным криком; часто бросается к двери, как бы пытаясь бежать, хотя на деле, как правило, не покидает помещения. Усилия других людей оказать влияние на состояние пациента во время эпизода ночного страха (успокоить его) могут даже увеличить интенсивность страха, поскольку человек не только практически не реагирует на подобные усилия, но у него на несколько минут может возникнуть полная дезориентация. После пробуждения обычно не сохраняется никаких воспоминаний об эпизоде. Учитывая приведенные клинические характеристики расстройства, во время эпизода ночного страха человек подвергается значительному риску травматизма.

Ужас во время сна и снохождение (F51.3) тесно связаны: генетические, онтогенетические, органические и психологические факторы играют важную роль в их возникновении и оба состояния обладают одинаковыми клиническими и патофизиологическими характеристиками. На основании сходства эти два состояния в последнее время принято считать частью одного нозологического континуума.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимо присутствие следующих клинических особенностей:

(a) преобладающим симптомом является один (или более) эпизод, когда больной пробуждается от сна с пронзительным паническим криком, испытывая интенсивную тревогу; это сопровождается подвижностью и проявлениями гиперактивности вегетативной нервной системы (тахикардия, сильное сердцебиение, учащенное дыхание, обильное потоотделение);

(b) эти эпизоды возникают обычно в течение первой трети ночного сна, и отдельный эпизод продолжается от 1 до 10 минут;

(c) во время приступа больной почти не реагирует на попытки окружающих успокоить его; у него наблюдаются признаки дезориентации и персеверативные движения;

(d) воспоминания об эпизоде отсутствуют или являются минимальными (обычно они ограничиваются одним или двумя фрагментарными психическими образами);

(e) отсутствуют данные о перенесенном неврологическом или соматическом заболевании, таком как опухоль головного мозга или эпилепсия.

Дифференциальный диагноз

Ужас во время сна (ночные страхи) следует дифференцировать от кошмаров. Последние представляют собой обычные «дурные сны» с отсутствием или ограниченной вокализацией и двигательной активностью. В отличие от ночных страхов, кошмары возникают в любое время ночи, и человека легко разбудить; при этом у него остаются очень подробные и яркие воспоминания о пережитом.

Дифференцируя ночные страхи от эпилептических припадков, врач должен учитывать, что припадки редко ограничиваются только ночным временем; однако патологическая ЭЭГ свидетельствует в пользу диагноза эпилепсии.

F51.5 Кошмары

Кошмары представляют собой насыщенные тревогой, устрашающие сновидения, о которых сохраняются весьма подробные воспоминания. Сны воспринимаются как очень живые и яркие, их «сюжетная канва» обычно включает темы, связанные с угрозой для жизни, безопасности или чувства собственного достоинства. Довольно часто повторяются одни и те же или сходные темы кошмарных сновидений. Во время типичного эпизода повышен уровень вегетативной активности, но отсутствуют выраженные вокализации и подвижность тела. При пробуждении быстро совершается переход к нормальному уровню бодрствования и полностью восстанавливается ориентировка. Человек способен свободно общаться с другими, обычно может детально рассказывать о пережитом во сне как непосредственно после сна, так и наутро.

У детей отсутствуют четко связанные с данным расстройством психологические нарушения, поскольку детские кошмары обычно обусловлены специфической фазой эмоционального развития. В отличие от них, кошмары у взрослых, согласно полученным результатам исследований, бывают связаны со значительными психологическими нарушениями, обычно в форме личностного расстройства. Обнаружено также, что употребление некоторых психотропных препаратов, таких как резерпин, тиоридазин, трициклические антидепрессанты и бензодиазепины, вносит свой вклад в возникновение кошмаров. Более того, внезапная отмена таких лекарств как небензодиазепиновые гипнотики, подавляющих REM-сон (стадию сна, связанную со сновидениями), мо-

жет привести к усилению сновидений и кошмаров вследствие возобновления и преобладания этой фазы сна.

Диагностические критерии

Для установления достоверного диагноза необходимо присутствие следующих клинических особенностей:

(a) больной пробуждается от ночного или дневного сна с детализированными, живыми воспоминаниями о сновидении чрезвычайно устрашающего содержания, сюжет которого обычно связан с угрозой для жизни, безопасности или чувства собственного достоинства; пробуждение может наступать в любой части периода сна, но чаще всего это случается во второй половине;

(b) при пробуждении от устрашающего сновидения быстро достигается нормальный уровень бодрствования и ориентировка;

(c) переживания, связанные с устрашающими сновидениями, и нарушения сна, возникающие вследствие обусловленных кошмарами пробуждений, приводят к выраженному дистрессу.

Включается:
расстройство тревожных сновидений.

Дифференциальный диагноз

Важно отличать кошмары от ужаса во время сна (ночных страхов). В последнем случае эпизоды возникают во время первой трети периода сна и отмечаются интенсивной тревогой, паническими криками, чрезмерной подвижностью тела, выраженными вегетативными проявлениями. Далее, при ночных страхах отсутствует детальное воспроизведение сновидения как сразу при пробуждении после эпизода, так и наутро.

F51.8 Другие расстройства сна неорганической природы

F51.9 Расстройство сна неорганической природы, неуточненное

Включается:
эмоциональное расстройство сна БДУ.

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения

F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

F52.2 Отсутствие генитальной реакции

F52.3 Оргазмическая дисфункция

F52.4 Преждевременная эякуляция

F52.5 Вагинизм неорганической природы

F52.6 Диспареуния неорганической природы

F52.7 Повышенное половое влечение

F52.8 Другие половые дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием

F52.9 Неуточненная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.0 Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.1 Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.8 Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других рубриках

F53.9 Послеродовое психическое расстройство, неуточненное

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках

Эта категория используется для регистрации наличия психологических или поведенческих влияний, по мнению врачей сыгравших основную роль в возникновении соматических расстройств, которые можно классифицировать по Оси IV, используя диагнозы из других глав МКБ-10. Возникающие в результате психические нарушения обычно являются легкими и нередко продолжительными (например, волнение, эмоциональный конфликт, опасения) и сами по себе не оправдывают использования каких-либо категорий, описанных в других частях этой книги. Дополнительный код следует использовать для обозначения соматического расстройства. (В редких случаях, когда, по мнению врачей, явное психическое расстройство вызвало соматическое расстройство, для обозначения психиатрического расстройства следует использовать второй дополнительный код).

Примерами таких нарушений могут служить: астма (F54 плюс J45.—); дерматит и экзема (F54 плюс L23—L25); язвенная болезнь желудка (F54 плюс K25.—); слизистый колит (F54 плюс K58.—); язвенный колит (F54 плюс K51.—); крапивница (F54 плюс L50.—).

Включаются:
психологические факторы, нарушающие соматическое состояние.

Исключается:
головная боль напряжения (G44.2).

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

В данной рубрике речь идет о самых разнообразных лекарствах, патентованных препаратах, а также народных средствах, но наибольшее значение имеют три группы препаратов: психотропные средства, не вызывающие зависимости (такие как антидепрессанты); слабительные и аналгетики, которые можно купить без рецепта (такие как аспирин или парацетамол). Изначально лечение данным препаратом могло быть назначено или рекомендовано врачом, однако позднее пациент продолжает употреблять его без необходимости продолжительное время и в больших дозах, чему способствует доступность этих веществ и возможность купить их без рецепта.

Хроническое и неоправданное употребление этих веществ связано с излишними расходами, часто приводит к ненужным контактам с медицинским персоналом или социальными работниками, а в некоторых случаях замечается по вредным последствиям употребления вещества. Попытки отговорить человека от приема лекарств или запретить их использование часто встречают сопротивление; например, он может продолжать использовать слабительные или аналгетики, несмотря на предупреждения о возможности развития (или даже вопреки возникновению) соматических нарушений, таких как почечная дисфункция или нарушения электролитного баланса. В этих случаях, хотя пациент совершенно явно настроен на продолжение употребления данного вещества, зависимость от него (F1x.2) или симптомы отмены (F1x.3) не развиваются, что отмечается при употреблении психоактивных веществ, перечисленных в разделах F10—F19.

Четвертый знак может использоваться для идентификации типа вещества, которым пациент злоупотребляет.

F55.0 Антидепрессанты

(такие как трициклические и тетрациклические антидепрессанты или ингибиторы моноаминоксидазы).

F55.1 Слабительные

F55.2 Аналгетики

(такие как аспирин, парацетамол, фенацетин или другие, не обозначенные как психоактивные вещества в рубриках F10—F19)

F55.3 Средства снижения кислотности

F55.4 Витамины

F55.5 Стероиды или гормоны

F55.6 Специфические травы или народные средства

F55.8 Другие вещества, не вызывающие зависимости

(например, диуретики)

F55.9 Неуточненные вещества, не вызывающие зависимости

Исключается:

злоупотребление психоактивными веществами, вызывающими зависимость (F10—F19).

F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60—F69 Расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

F60 Специфические расстройства личности

F60.0 Параноидное расстройство личности

F60.1 Шизоидное расстройство личности

F60.2 Диссоциальное расстройство личности

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

.30 импульсивный тип

.31 пограничный тип

F60.4 Истерическое расстройство личности

F60.5 Ананкастическое расстройство личности

F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

F60.7 Зависимое расстройство личности

F60.8 Другие специфические расстройства личности

F60.9 Расстройство личности, неуточненное

F61 Смешанные и другие расстройства личности

F61.0 Смешанные расстройства личности

F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

F62 Хронические изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением головного мозга

F62.0 Хроническое изменение личности после пережитой катастрофы

F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни

F62.8 Другие хронические изменения личности

F62.9 Хроническое изменение личности, неуточненное

F63 Расстройства привычек и влечений

F63.0 Патологическая склонность к азартным играм

F63.1 Патологическое влечение к поджогам (пиромания)

F63.2 Патологическое воровство (клептомания)

F63.3 Трихотилломания

F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

F63.9 Расстройство привычек и влечений, неуточненное

F64 Расстройства половой идентификации

F64.0 Транссексуализм

F64.1 Трансвестизм двойной роли

F64.2 Расстройство половой идентификации у детей

F64.8 Другие расстройства половой идентификации

F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное

F65 Расстройства сексуального предпочтения

F65.0 Фетишизм

F65.1 Фетишистский трансвестизм

F65.2 Эксгибиционизм

F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садомазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и сексуальной ориентацией

F66.0 Расстройство полового созревания

F66.1 Эгодистоническая сексуальная ориентация

F66.2 Расстройство сексуальных отношений

F66.8 Другие расстройства психосексуального развития

F66.9 Расстройство психосексуального развития, неуточненное

Пятый знак можно использовать для указания на связь с сексуальной ориентацией определенного типа:

..x0 Гетеросексуальный тип

..x1 Гомосексуальный тип

..x2 Бисексуальный тип

..x8 Другой тип, включая препубертатный

F68 Другие расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

F68.0 Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам

F68.1 Преднамеренное вызывание или симуляция соматических либо психических симптомов или инвалидизации (симулятивное расстройство)

F68.8 Другие специфические расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

F69 Неуточненное расстройство зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

Введение

Этот раздел включает ряд клинически значимых состояний и моделей поведения, которые имеют тенденцию к устойчивости и, по-видимому, отражают присущий индивиду стиль жизни и характер его отношения к себе и другим людям. Некоторые из этих состояний и моделей поведения формируются на ранних этапах в процессе индивидуального развития как результат совместного влияния конституциональных факторов и социального опыта, тогда как другие приобретаются позднее.

F60—F62 Специфические расстройства личности, смешанные и другие расстройства личности, а также хронические изменения личности

Эти состояния проявляются как глубоко укоренившиеся, постоянные модели поведения с ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. Они представляют собой чрезмерно выраженные либо существенные отклонения от наблюдаемых форм поведения у обычного, «среднего» представителя данной культуры со свойственными ему особенностями восприятия, мышления, чувств и, особенно, межличностных отношений. Эти модели имеют тенденцию к стабильности и охватывают многие сферы поведения и психологического функционирования. Они часто (но не всегда) сочетаются с более или менее серьезным субъективным дистрессом и нарушенными (в той или иной степени) социальным функционированием и продуктивностью.

Расстройства личности отличаются от изменений личности по времени и характеру возникновения; они представляют собой онтогенетические состояния, которые формируются в детстве или юности и сохраняются в зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними. Изменения личности, в отличие от них, развиваются обычно у взрослого человека после перенесенного тяжелого или длительного стресса, экстремальной средовой депривации, серьезного психического расстройства либо заболевания или травмы головного мозга (см. F07.—).

Каждое из состояний этой группы можно классифицировать, исходя из ведущих поведенческих проявлений. Однако классификация в данной области в настоящее время ограничивается описанием ряда типов и подтипов, которые не являются взаимоисключающими и могут частично совпадать по некоторым характеристикам.

Поэтому личностные расстройства подразделяются в соответствии с группами черт, которые объединены по наиболее часто встречающимся или самым заметным поведенческим проявлениям. Описанные здесь подтипы являются общепризнанными основными формами девиации личности. При установлении диагноза личностного расстройства клиницист должен учитывать все аспекты функционирования личности, хотя диагностическая формулировка для простоты и эффективности должна касаться только тех личностных признаков или черт, которые по степени выраженности превышают предполагаемые пороговые значения.

Оценка состояния пациента должна основываться на возможно большем числе источников информации. Хотя иногда достаточно одной беседы с пациентом, чтобы оценить состояние личности, однако нередко бывает необходимо не только провести несколько бесед, но и собрать необходимые данные, пользуясь различными источниками информации.

Циклотимия и шизотипическое расстройство, которые прежде классифицировались вместе с расстройствами личности, теперь включены в другие разделы (циклотимия — в F30—F39, а шизотипическое расстройство — в F20—F29), поскольку у них, по-видимому, имеется много общего с расстройствами, описанными в этих разделах (например, в симптоматике и наследственной отягощенности).

Классификация изменений личности основана на причинах или событиях, предшествовавших им, например, пережитой катастрофы, продолжительном стрессе или напряжении и психическом заболевании (за исключением резидуальной шизофрении, которая отнесена к рубрике F20.5).

Важно отличать личностные состояния от расстройств, включенных в другие разделы настоящей книги. Если состояние личности предшествует или следует за ограниченным во времени или хроническим психическим расстройством, то следует устанавливать оба диагноза.

Культуральные или региональные вариации являются весьма важными в проявлениях личностных состояний, однако специфические знания в этой области до сих пор весьма ограничены. Личностные состояния, часто выявляемые в какой-либо части света, однако не соответствующие ни одному из указанных ниже подтипов, могут быть отнесены к «другим» расстройствам личности и идентифицированы с применением пятого знака, приведенного в данной классификации для адаптации в определенной стране или регионе. Местные особенности проявления расстройств личности могут также отражаться в описании набора диагностических критериев для каждого из состояний.

F60 Специфические расстройства личности

Специфическое расстройство личности — это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, обычно охватывающее несколько сфер личности и почти всегда связанное со значительной личностной и социальной дезинтеграцией. Первые проявления расстройства личности обычно обнаруживаются в старшем детском или подростковом возрасте, и в дальнейшем оно сохраняется у взрослого человека на протяжении всей жизни. Поэтому маловероятной является оправданность диагноза расстройства личности до возраста 16 или 17 лет. Общие диагностические критерии, относящиеся ко всем расстройствам личности, приведены ниже; дополнительные описания отдельных подтипов приводятся в соответствующих рубриках.

Диагностические критерии

Состояния, не являющиеся прямыми последствиями тяжелого повреждения или заболевания головного мозга или другого психического расстройства, удовлетворяющие следующим критериям:

(a) значительная дисгармония личностных установок и поведения, обычно касающаяся нескольких сфер функционирования, например аффективности, возбудимости, контроля побуждений, характера восприятия и мышления, а также стиля отношений с другими людьми;

(b) аномальная модель поведения является стойкой, долговременной и не ограничивается только эпизодами психического заболевания;

(c) аномальная модель поведения носит всеобъемлющий и отчетливо дезадаптивный характер, проявляясь в широком диапазоне разнообразных личностных и социальных ситуаций;

(d) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детском или подростковом возрасте и в дальнейшем сохраняются у взрослого человека;

(e) расстройство приводит к значительному дистрессу, переживаемому субъектом, но это обнаруживается лишь позже;

(f) расстройство обычно (но не обязательно) сопровождается значительным ухудшением трудовой и социальной продуктивности.

Может возникнуть необходимость разработки специальных наборов критериев, специфических для различных культур; это даст возможность учитывать особенности социальных норм, правил и обязанностей, принятых в соответствующей среде. Для диагностики большинства приведенных ниже субтипов обычно требуются четкие свидетельства о наличии *по меньшей мере трех* черт поведения, приведенных в клиническом описании.

F60.0 Параноидное расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся следующими чертами:

(a) чрезмерная чувствительность к неудачам, препятствиям и отказам;

(b) тенденция к длительной злопамятности, то есть неспособность прощать оскорбления, обиды или причинение ущерба;

(c) подозрительность и общая тенденция искаженно воспринимать реальные явления путем неверного истолкования действий других людей (имеющих нейтральный или дружественный характер) в качестве враждебных или презрительных;

(d) обостренное отношение к своим личностным правам и воинствующая, упорная готовность их отстаивать;

(e) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно неверности супруга (или полового партнера);

(f) тенденция к переживанию своей повышенной значимости и постоянная склонность относить любые факты и явления действительности на свой счет;

(g) объяснение событий, как непосредственно касающихся субъекта, так и происходящих в мире в целом, необоснованными «конспиративными» соображениями.

Включаются расстройства личности:
экспансивно-параноидное;
фанатическое;
кверулянтское;
сенситивно-параноидное.

Исключаются:
бредовое расстройство (F22.—);
шизофрения (F20.0).

F60.1 Шизоидное расстройство личности

Личностное расстройство, соответствующее следующему описанию:

(a) практически никакие виды деятельности не доставляют удовольствия;

(b) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность;

(c) ограниченная способность проявлять как теплые, нежные чувства, так и гнев по отношению к другим;

(d) видимое безразличие как к похвале, так и критике;

(e) сниженный интерес к сексуальным контактам с другим человеком (принимая во внимание возраст);

(f) почти неизменное предпочтение индивидуальной деятельности, требующей уединения;

(g) чрезмерная увлеченность фантазиями и интроспекцией;

(h) отсутствие близких друзей (или существование только одного друга) или доверительных отношений и желания иметь такие связи;

(i) выраженная недостаточность чувствительности к преобладающим социальным нормам и общепринятым правилам.

Исключаются:
синдром Аспергера (F84.5);
бредовое расстройство (F22.0);
шизоидное расстройство в детском возрасте (F84.5);
шизофрения (F20.—);
шизотипическое расстройство (F21).

F60.2 Диссоциальное расстройство личности

Расстройство личности, обычно привлекающее внимание грубым несоответствием между поведением субъекта и господствующими социальными нормами и характеризующееся следующими чертами:

(a) черствое, равнодушное отношение к чувствам других людей;

(b) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными нормами, правилами и обязанностями;

(c) неспособность поддерживать прочные, длительные взаимоотношения при отсутствии затруднений в установлении связей;

(d) очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог высвобождения агрессивных импульсов, что может приводить к физическому насилию;

(e) неспособность испытывать чувство вины и извлекать урок из негативного опыта, в частности, наказания;

(f) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать иные благовидные объяснения собственного поведения, приводящего к конфликту с обществом.

В качестве дополнительной черты может присутствовать постоянная раздражительность. Анамнестические данные нередко (но не обязательно) свидетельствуют о расстройствах поведения в детском и подростковом возрасте. Эти особенности могут служить лишним подтверждением при установлении данного диагноза.

Включаются расстройства личности:
аморальное, антисоциальное, асоциальное; психопатическое; социопатическое.

Исключаются:
расстройства поведения детского возраста (F91.—);
эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3).

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

При этом расстройстве наблюдается ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях, наряду с неустойчивостью настроения. Способность планировать поступки заранее является минимальной; выраженные вспышки гнева часто приводят к физическому насилию или возникновению «поведенческих взрывов», усугубляющихся, если окружающие препятствуют импульсивным действиям или осуждают их. Выделяют две разновидности этого расстройства, и при обеих отмечаются описанная импульсивность и отсутствие самоконтроля.

F60.30 Импульсивный тип

Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля над импульсивностью. Часто возникают вспышки агрессивного или угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение со стороны окружающих.

Включаются:
эксплозивное и агрессивное расстройство личности.

Исключается:
диссоциальное расстройство личности (F60.2).

F60.31 Пограничный тип

Присутствуют некоторые характеристики эмоциональной нестабильности; однако клиническая картина дополняется нарушением и неясностью образа своего «*Я*», неопределенностью целей, намерений и внутренних предпочтений (включая сексуальные). Обычно пациент постоянно испытывает чувство опустошенности. Склонность часто вступать в интенсивные и нестабильные отношения приводит к повторяющимся эмоциональным кризисам и может быть связана с чрезмерными усилиями избежать разрыва подобных отношений, сопровождающимися суицидальными угрозами или актами самоповреждений вплоть до суицидальных попыток (хотя саморазрушающее поведение может возникать и без явных провоцирующих факторов).

Включается:
пограничное расстройство личности.

F60.4 Истерическое расстройство личности

Расстройство личности, характерными чертами которого являются:

(a) самодраматизация, театральность и преувеличенно интенсивное выражение эмоций;

(b) внушаемость, индивид легко поддается влиянию других людей или давлению обстоятельств;

(c) поверхностность и лабильность эмоций;

(d) постоянный поиск возбуждающих стимулов и стремление заниматься видами деятельности, дающими возможность находиться в центре внимания;

(e) неадекватная обстоятельствам провоцирующая обольстительность во внешнем виде и поведении;

(f) повышенная озабоченность внешней привлекательностью.

Клиническую картину могут дополнять такие признаки, как эгоцентричность, потворство по отношению к себе, неутолимая жажда признания и одобрения, обидчивость и постоянное манипулятивное поведение, направленное на удовлетворение собственных целей.

Включаются:
истерическое и психоинфантильное расстройства личности.

F60.5 Ананкастическое расстройство личности

Личностное расстройство, характеризующееся следующими особенностями:

(a) чувство неуверенности, чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;

(b) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организационными вопросами, графиками или расписаниями;

(c) стремление к совершенству, мешающее завершить выполнение задач;

(d) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и излишняя озабоченность продуктивностью, доходящая до полного отказа от развлечений, отдыха и поддержания межличностных связей;

(e) педантизм и чрезмерная приверженность социальным условностям;

(f) ригидность и упрямство;

(g) настойчивое предъявление к окружающим необоснованных требований с целью добиться, чтобы остальные во всем поступали в точности, как и он сам, или неблагоразумное стремление делать все одному, не давая другим участвовать в выполняемой работе;

(h) появление навязчивых и неприятных мыслей и влечений.

Включаются расстройства личности:
компульсивное;
обсессивное;
обсессивно-компульсивное.

Исключается:
обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—).

F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся следующими чертами:

(a) постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия;

(b) убежденность в своей неприспособленности к жизни, социальной неадекватности, непривлекательности или неполноценности по сравнению с другими;

(c) излишняя озабоченность возможной критикой в свой адрес или отвержением в социальных ситуациях;

(d) нежелание вступать во взаимоотношения с людьми без гарантий уверенности в их позитивном отношении;

(e) введение определенных ограничений в образ жизни из-за потребности обеспечения физической безопасности,

(f) избегание социальной активности или профессиональной деятельности, требующей более или менее частых межличностных контактов, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

Дополнительные черты могут включать чрезмерную чувствительность к отвержению или критике.

F60.7 Зависимое расстройство личности

К характерным признакам данного расстройства личности относятся:

(a) активное или пассивное перекладывание на других принятия большинства важных решений в своей жизни;

(b) добровольное подчинение своих собственных нужд потребностям тех, от которых зависит данное лицо, и чрезмерная податливость их желаниям;

(c) нежелание предъявлять даже разумные требования лицам, от которых человек находится в зависимости;

(d) ощущение дискомфорта или чувство беспомощности, испытываемое индивидом в одиночестве из-за преувеличенных опасений по поводу неспособности заботиться о себе;

(e) страх оказаться покинутым близким человеком и остаться предоставленным самому себе;

(f) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

Дополнительные черты могут включать представления о себе как о беспомощном, некомпетентном и лишенном жизненных сил человеке.

Включаются расстройства личности:
астеническое;
неадекватное;
пассивное;
пораженческое.

F60.8 Другие специфические расстройства личности

Расстройство личности, не соответствующее специфическим рубрикам F60.0—F60.7.

Включаются расстройства личности:
эксцентрическое
«безудержное»;
нарциссическое;
инфантильное;
пассивно-агрессивное;
психоневротическое.

F60.9 Расстройство личности, неуточненное

Включаются:
невроз характера БДУ;
патологическая личность БДУ.

F61 Смешанные и другие расстройства личности

Эта категория предназначена для расстройств и аномалий личности, которые часто причиняют беспокойство или даже страдания, но в отличие от расстройств, относящихся к рубрикам F60.—, не проявляются специфическим набором симптомов. В результате они обычно представляют большие трудности для диагностики по сравнению с другими расстройствами личности. С помощью четвертого знака здесь выделяются две разновидности; любые другие типы, отличные от этих, следует обозначать кодом F60.8

F61.0 Смешанные расстройства личности

Присутствуют признаки нескольких расстройств из группы F60,—, но не в такой степени, чтобы оправдать установление диагноза какого-либо из специфических расстройств, относящихся к этой категории.

F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

Не классифицируемые в рубриках F60.— или F62.— и считающиеся вторичными в отношении основного диагноза сопутствующего аффективного или тревожного расстройства.

Исключается:
акцентуация личностных черт (Z73.1).

F62 Хронические изменения личности, не связанные с заболеванием и повреждением мозга

Эта группа включает расстройства зрелой личности и поведения, развивающиеся у индивида без предшествующего расстройства личности после перенесенного катастрофического или чрезмерно продолжительного стресса либо вслед за тяжелым психическим заболеванием.

Этот диагноз может быть установлен только при наличии отчетливых, стойких изменений в модели восприятия человеком окружения и самого себя, в характере отношений между ними, в образе мыслей относительно обоих аспектов. Указанные изменения являются выраженными и сопровождаются негибким, плохо адаптированным поведением, не наблюдавшимся до патогенного переживания. Изменения не должны быть непосредственным проявлением иного психического расстройства или резидуальным симптомом какого-либо предшествующего психического расстройства.

Исключаются:
расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07.—).

F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы

Эта рубрика используется при стойком, сохраняющемся в течение, по меньшей мере, двух лет изменении личности, возникшем после перенесенного человеком тяжелого стрессового переживания катастрофы. Стресс должен быть настолько экстремальным, что нет необходимости учитывать индивидуальную уязвимость для объяснения его глубокого воздействия на личность. Расстройство характеризуется такими признаками, как враждебное или недоверчивое отношение ко всему внешнему миру, социальная отгороженность, чувство опустошенности или безнадежности, хроническое ощущение «существования на грани» (как бы в условиях постоянной угрозы), отчужденность. Подобному изменению личности может предшествовать посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Включаются изменения личности после:
заключения в концентрационном лагере;
стихийного бедствия;
длительного пленения с постоянной угрозой лишиться жизни;
длительного переживания угрожающих жизни ситуаций (например, вследствие захвата террористами в качестве заложника);
перенесенных пыток.

Исключается:
посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни

Эта категория используется в случаях существующего по меньшей мере два года изменения личности, которое может быть приписано травмирующим переживаниям, связанным с тяжелой психической болезнью. При этом его нельзя объяснить предшествующим расстройством личности; его следует также дифференцировать от резидуальной шизофрении и других состояний неполного выздоровления от предшествовавшего психического заболевания. Расстройство характеризуется такими признаками, как чрезмерная зависимость от других и требовательное отношение к окружающим; убежденность в собственной измененности или стигматизированности вследствие перенесенной болезни, ведущая к неспособности формировать и поддерживать тесные и доверительные личностные отношения и к социальной изоляции; пассивность, снижение уровня интересов и вовлеченности в различные формы проведения досуга; постоянные жалобы на недомогание, что может сочетаться с ипохондрическими заявлениями и поведением, свойственным больному; дисфорическое или лабильное настроение, не обусловленное текущим психическим расстройством или остаточными аффективными симптомами; стойкое нарушение социального функционирования и профессиональной деятельности.

F62.8 Другие хронические изменения личности

Включается:
хронический болевой личностный синдром.

F62.9 Стойкое изменение личности, неуточненное

F63 Расстройства привычек и влечений

Эта категория включает определенные нарушения поведения, не классифицируемые в других рубриках. Они характеризуются повторяющимися поступками, которые не имеют какой-либо ясной рациональной мотивации, не поддаются сознательному контролю и в общем противоречат интересам самого индивида или других людей. Пациент обычно сообщает, что это поведение вызывается внезапными внутрен-

ними побуждениями к действию, которые он не способен контролировать. Причины этих расстройств остаются непонятными; они группируются вместе из-за значительного внешнего сходства, а не на основании знаний о наличии каких-либо других общих черт, имеющих существенное значение. Согласно установившимся взглядам, привычное злоупотребление алкоголем или наркотиками (F10—F19), а также расстройства привычек и влечений, касающиеся сексуального (F65.—) или пищевого поведения (F52.—), из этого раздела исключены.

F63.0 Патологическая склонность к азартным играм

Это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни индивида и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей и пренебрежению обязанностями в этих сферах.

Лица, страдающие этим расстройством, рискуют своим трудоустройством, делают крупные долги, склонны к лживости или совершению правонарушений для того, чтобы достать деньги или избежать выплаты долгов. Они описывают сильное влечение к азартной игре, которое чрезвычайно трудно контролировать, сопровождающееся поглощенностью мыслями и представлениями, связанными с актом азартной игры и сопутствующими обстоятельствами. Эти овладевающие представления и влечения нередко усиливаются в стрессовые периоды жизни.

Данное расстройство называют еще «компульсивным участием в азартной игре», но это название кажется менее удачным, поскольку поведение не является компульсивным по своей сущности, к тому же расстройство не имеет ничего общего с обсессивно-компульсивным неврозом.

Диагностические критерии

Основной чертой расстройства является постоянно повторяющееся участие в азартных играх, которое продолжается и часто усиливается, несмотря на отрицательные социальные последствия, такие как потеря имущества, нарушение внутрисемейных отношений и значительные неприятности в личной жизни.

Включается:
компульсивное участие в азартных играх.

Дифференциальный диагноз

Патологическую склонность к азартным играм следует отличать от:

(a) склонности к азартным играм и заключению пари (F99.2) (частое участие в азартных играх ради удовольствия или выигрыша денег; люди, относящиеся к этой категории, чаще всего отказываются от своей привычки после значительных проигрышей или в связи с иными неблагоприятными последствиями азартных игр);

(b) чрезмерного участия в азартных играх маниакальных больных (F30.—);

(c) азартных игр социопатических личностей (F60.2) (отличающихся более широким и стойким нарушением социального поведения, проявляющимся в агрессивных поступках и иных формах демонстрации равнодушия к благополучию и чувствам окружающих).

F63.1 Патологическое влечение к поджогам (пиромания)

Это расстройство характеризуется множественными актами (или попытками) поджогов чьей-либо собственности или других объектов без видимых мотивов, а также поглощенностью субъекта мыслями на темы, связанные с огнем и горением. У этих лиц может проявляться аномальный интерес к противопожарным машинам и другому оборудованию, ассоциациям, связанным с пожарами, например, они склонны к ложным вызовам пожарной команды.

Диагностические критерии

Основными признаками расстройства являются:

(a) совершение повторных актов поджога без видимых мотивов, таких как материальная заинтересованность, месть или политический экстремизм;

(b) повышенный интерес к наблюдению за горящим огнем;

(c) чувство постоянно возрастающего напряжения перед осуществлением поджога и сильного возбуждения после него.

Дифференциальный диагноз

Патологическое влечение к поджогам следует отличать от:

(a) преднамеренных поджогов в отсутствие отчетливых психических расстройств (в этих случаях имеется очевидный мотив действия)

(F99.2 рекомендуется обследование субъекта с целью выявления возможного психического расстройства);

(b) совершения поджога ребенком или подростком с нарушением поведения (F91.1), в частности, если есть свидетельства, что он проявляет другие формы нарушения поведения, такие как воровство, агрессия, прогулы занятий и т.п.;

(c) поджигательства взрослым человеком с социопатическим расстройством личности (F60.2), при котором имеются свидетельства о других постоянных нарушениях социального поведения, например, агрессии или равнодушия к интересам или чувствам других людей;

(d) поджогов при шизофрении (F20.—), когда они совершаются в результате бредовых идей или приказаний галлюцинаторных «голосов»;

(e) поджогов при органических психических расстройствах (F00—F09), когда пожар может начаться случайно в результате спутанности, нарушений памяти, отсутствия осознавания последствий данного действия или сочетания приведенных факторов.

Деменция или острые органические состояния также могут приводить к неумышленным поджогам; острое алкогольное опьянение, хронический алкоголизм или интоксикация наркотиком (F10—F19) ведут к тем же последствиям.

F63.2 Патологическое воровство (клептомания)

Это расстройство характеризуется повторяющейся неспособностью подавления влечения к краже предметов, не нужных для личного пользования или материальной выгоды. Украденные вещи могут просто выбрасываться, кому-нибудь отдаваться или припрятываться.

Диагностические критерии

Обычно субъект описывает возрастающее ощущение напряжения перед совершением кражи и выраженное чувство удовлетворения во время и непосредственно после нее. Хотя обычно предпринимаются слабые попытки спрятать украденную вещь, но используются не все имеющиеся возможности. Кража всегда предпринимается в одиночку, без сообщников. Между эпизодами краж из магазинов (или из других мест) человек может испытывать тревогу, огорчение и чувство вины,

однако они не предупреждают рецидивы. Случаи, соответствующие описанным критериям, а не вторичные по отношению к ниже перечисленным расстройствам, встречаются сравнительно редко.

Дифференциальный диагноз

Патологическое воровство следует отличать от:

(a) повторяющихся краж из магазинов лицом без признаков психического расстройства, когда эти действия планируются более тщательно и имеют отчетливый мотив личной выгоды (F99.2, рекомендуется обследование субъекта с целью выявления возможного психического расстройства);

(b) органического психического расстройства (F00—F09), когда больные часто не платят за товары из-за нарушений памяти или интеллектуальной недостаточности;

(c) депрессивного расстройства с воровством (F30—F33); некоторые лица, страдающие депрессией, совершают кражи, в том числе неоднократно, пока у них продолжается депрессивное расстройство.

F63.3 Трихотилломания

Расстройство характеризуется заметной потерей волос в связи с периодической неспособностью субъекта противостоять влечению выдергивать волосы. Этому действию обычно предшествует нарастающее напряжение, а во время него (или после) переживается чувство облегчения и удовлетворения. Этот диагноз не должен устанавливаться при наличии предшествовавшего воспаления кожи или если выдергивание волос возникает в результате бреда или галлюцинаций.

Исключается:

стереотипное двигательное расстройство с выдергиванием волос (F98.4).

F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

Эта рубрика должна использоваться для других видов постоянно повторяющегося дезадаптивного поведения, которые не являются вторичными в отношении распознаваемого психопатологического синдрома и при которых можно думать, что субъекту не удается противостоять

периодически возникающему влечению к совершению определенных действий. Имеет место продромальный период напряжения и чувство облегчения при выполнении соответствующего акта.

Включается:
интермиттирующее эксплозивное (поведенческое) расстройство.

F63.9 Расстройство привычек и влечений, неуточненное

F64 Расстройства половой идентификации

F64.0 Транссексуализм

F64.1 Трансвестизм двойной роли

F64.2 Расстройство половой идентификации у детей

Расстройства, обычно впервые появляющиеся в раннем детстве (а во всех остальных случаях — задолго до начала пубертатного периода), характеризуются постоянной интенсивной неудовлетворенностью в связи с принадлежностью к определенному полу наряду с настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к противоположному полу. Наблюдается стойкая приверженность и всепоглощающий интерес к одежде и занятиям, традиционно свойственными противоположному полу, и отвержение своего собственного пола. Эти расстройства считаются относительно редкими, их не следует смешивать с более распространенной неконформностью к общепринятому полоролевому поведению. Диагноз предполагает наличие глубокого нарушения чувства принадлежности к соответствующему полу; одно только неадекватное полу поведение (мальчишеское поведение у девочек или девчачье — у мальчика) не дает для этого достаточных оснований. Этот диагноз не может устанавливаться лицам с расстройствами половой идентификации, достигшим пубертатного возраста.

Поскольку расстройство половой идентификации у детей имеет много общих черт с другими расстройствами идентичности в этом разделе, его классифицируют в рубрике F64.—, а не в F90—F98.

Диагностические критерии

Главной диагностической особенностью является постоянное и настойчивое желание ребенка принадлежать (или убежденность в принадлежности) к противоположному полу, сопровождающееся интенсивным отвержением поведения, принадлежностей и одежды, присущих зарегистрированному полу. В типичных случаях расстройство впервые проявляется в дошкольном возрасте. У детей обоих полов иногда наблюдается отрицание анатомических структур, свойственных их полу, однако это сравнительно редкий симптом. Характерной особенностью является то, что дети с расстройством половой идентификации не высказывают особого волнения по этому поводу, хотя у них может возникать дистресс из-за конфликта с ожиданиями и надеждами своей семьи и сверстников или из-за насмешек и отвержения со стороны окружения.

Больше известно о таких расстройствах у мальчиков, чем среди девочек. В типичных случаях, начиная с дошкольного возраста, мальчиков постоянно привлекают игры и другие формы деятельности, которые согласно общепринятым представлениям связаны с женским полом; они нередко отдают предпочтение девичьей или женской одежде. Однако подобное переодевание не вызывает сексуального возбуждения (в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых — F65.1). Они могут испытывать очень сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек, их любимыми игрушками часто бывают куклы женского пола; в качестве партнеров своих игр они постоянно выбирают девочек. Социальный остракизм чаще возникает в младших классах школы и достигает пика в среднем школьном возрасте в связи с частыми унизительными насмешками со стороны других мальчиков. Откровенно женское поведение может уменьшаться в период ранней юности, однако катамнестические исследования показывают, что в юношеском возрасте от одной до двух третей мальчиков с предшествующим расстройством половой идентификации проявляют гомосексуальную ориентацию. Однако очень немногие из них обнаруживают транссексуализм во взрослой жизни (хотя большинство взрослых с транссексуализмом сообщают о существовании в детстве проблем с половой идентификацией).

В клинической практике расстройства половой идентификации у девочек встречаются реже, чем у мальчиков, однако не известно, распространяется ли такое соотношение полов на всю популяцию. У девочек, как и у мальчиков, обычно рано отмечается упорное увлечение поведением, традиционно связанным с противоположным полом. В ти-

ничных случаях девочки предпочитают дружить с мальчиками, проявляют отчетливый интерес к спорту и подвижиым, грубоватым играм; они не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх, таких как «дочки-матери» или игры в «семью» и «дом». Девочки с расстройствами половой идентификации не подвергаются социальному остракизму в такой же степени, как мальчики, хотя они могут страдать от насмешек в позднем детстве или юности. Большинство из них отказываются от преувеличенной настойчивости в мужских видах деятельности и одежде после достижения юношеского возраста, но некоторые из них сохраняют мужскую идентификацию и проявляют гомосексуальную ориентацию.

Редко расстройство половой идентификации может сочетаться со стойким отрицанием и отвержением анатомических структур своего пола. У девочек это может выражаться повторяющимися утверждениями, что у них имеется или вырастет половой член, в отказе мочиться в сидячем положении или заявлениями о том, что они не хотят, чтобы у них росли молочные железы или начинались менструации. У мальчиков это может проявляться периодическими утверждениями о том, что, когда они вырастут, то превратятся в женщину, что половой член и яички являются отвратительными и исчезнут и/или что будет лучше, если их не иметь.

Исключаются:
эгодистоническая сексуальная ориентация (F66.1);
расстройство полового созревания (F66.0).

F64.8 Другие расстройства половой идентификации

F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное

Включается:
расстройство половой роли БДУ.

F65 Расстройства сексуального предпочтения

F65.0 Фетишизм

F65.1 Фетишистский трансвестизм

F65.2 Эксгибиционизм

F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садомазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и сексуальной ориентацией

Примечание: сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается в качестве расстройства.

Следующие пятизначные коды можно использовать для регистрации вариантов полового развития и сексуальной ориентации, которые могут обусловливать проблемы для индивида:

F66.x0 Гетеросексуальный тип;

F66.x1 Гомосексуальный тип;

F66.x2 Бисексуальный тип (используется только при наличии отчетливых свидетельств о сексуальном влечении к лицам обоих полов);

F66.x8 Другие типы, включая препубертатный.

F66.0 Расстройство полового созревания

Больной страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрес-

сии. Подобные переживания чаще всего возникают у подростков, которые не могут прийти к ясности в вопросе о своей ориентации (гомосексуальной, гетеросексуальной или бисексуальной), или у лиц, которые после периода внешне стабильной сексуальной ориентации (часто при наличии долговременных, прочных отношений) обнаруживают, что их сексуальная ориентация изменяется.

F66.1 Эгодистоническая сексуальная ориентация

Половая принадлежность или характер сексуального предпочтения (гетеросексуальное, гомосексуальное, бисексуальное либо препубертатное) не вызывают сомнений, но человек желает, чтобы они были иными по причине сопутствующих психологических или поведенческих расстройств, и может обращаться за медицинской помощью с целью изменить их.

F66.2 Расстройство сексуальных отношений

Имеющая место половая идентификация или сексуальная ориентация (гетеросексуальная, гомосексуальная или бисексуальная) приводит к трудностям в формировании или поддержании отношений с сексуальным партнером.

F66.8 Другие расстройства психосексуального развития

F66.9 Расстройство психосексуального развития, неуточненное

F68 Другие расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

F68.0 Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам

F68.1 Намеренное вызывание или симуляция соматических либо психологических симптомов или инвалидизации (симулятивное расстройство)

F68.8 Другие специфические расстройства зрелой личности и расстройства поведения у взрослых

F69 Расстройство зрелой личности и расстройство поведения у взрослых, неуточненное

F99 Неуточненное психическое расстройство и проблемы, не соответствующие критериям какого-либо специфического психического расстройства

F99.0 Психическое расстройство, неуточненное*

Остаточная категория, не рекомендуемая для использования за исключением случаев, когда не может быть использован другой код из F00—F98.

F99.1 Проблема взаимоотношений, не соответствующая критериям какого-либо специфического психического расстройства, но приводящая к необходимости направления к психиатру на обследование или потребности в помощи*

Примерами случаев, которые следует кодировать здесь, могут быть трудности в установлении режима сна или затрудиения, возникающие при кормлении детей.

F99.2 Эмоциональные или поведенческие проблемы, не соответствующие критериям какого-либо специфического психического расстройства, но приводящие к необходимости направления к психиатру на обследование или потребности в помощи*

Примерами проблем, которые следует кодировать здесь, могут быть чрезмерная застенчивость или вспышки гнева.

---

* Данный четырехзначный код не включен в Главу V (коды F) МКБ-10.

Ось II: Специфические расстройства психического развития

Список категорий

XX Без психических расстройств

F80–F83[1] и F88–F89 Расстройства психического развития

F80 Специфические расстройства развития речи

F80.0 Специфическое расстройство артикуляции речи

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

F80.2 Расстройство рецептивной речи

F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера)

F80.8 Другие расстройства развития речи

F80.9 Расстройство развития речи, неуточненное

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков

F81.0 Специфическое расстройство чтения

F81.1 Специфическое расстройство орфографии

F81.2 Специфическое расстройство счета

F81.3 Смешанное расстройство развития школьных навыков

F81.8 Другие расстройства развития школьных навыков

F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций

F83 Смешанные специфические расстройства развития

---

[1] F84, общие расстройства развития, включены в Ось I, как указано во введении к настоящей книге.

F88 Другие расстройства психического развития

F89 Неуточненное расстройство психического развития

Введение

Расстройства, включенные в раздел F80—F83 и F88—F89, имеют ряд следующих общих признаков:

(a) начало (обязательно) в младенчестве или детстве;

(b) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;

(c) ровное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих других психических расстройств.

В большинстве случаев поражаются такие функции, как речь, навыки зрительно-пространственного восприятия и (или) двигательная координация. В характерных случаях степень выраженности нарушений постепенно уменьшается по мере того, как дети становятся старше (хотя легкая недостаточность нередко остается и у взрослых в течение всей жизни). Обычно задержка или нарушение развития присутствуют уже на очень ранних этапах (их удается выявить, как только становится возможным проведение достоверного обследования), без предшествующего периода нормального развития. Большинство этих состояний встречаются у мальчиков во много раз чаще, чем у девочек.

Для расстройств психического развития характерно, что в семейном анамнезе часто отмечаются прецеденты подобных нарушений, что, вероятно, свидетельствует о важной роли генетических факторов в этиологии многих (но не всех) подобных случаев. Внешние факторы зачастую оказывают существенное, но не определяющее влияние на развитие психических функций. Хотя специалисты, в целом, сходятся во мнениях в области концептуализации расстройств этого раздела, их этиология в большинстве случаев остается неизвестной, и отсутствует уверенность в определении границ и точном подразделении расстройств развития.

F80 Специфические расстройства развития речи

Это расстройства, при которых нормальный процесс овладения речью нарушается на ранних этапах. Подобные состояния нельзя объяс-

нить неврологической патологией или аномалиями речевого аппарата, сенсорными дефектами, умственной отсталостью либо влиянием факторов окружающей среды. Ребенок может обладать лучшей, по сравнению с другими, способностью к общению и пониманию в определенных, хорошо знакомых ситуациях, однако нарушение речевых способностей проявляется в любых обстоятельствах.

Дифференциальный диагноз

Как и при других расстройствах развития, первые затруднения в диагностике касаются дифференциации от нормальных вариантов развития. Здоровые дети значительно отличаются друг от друга по возрасту, в котором они впервые приобретают разговорную речь, и по темпу прочного усвоения речевых навыков. Такие нормальные вариации практически не имеют клинического значения, поскольку большинство «поздно начинающих говорить» детей далее развиваются вполне нормально. В отличие от них, дети со специфическим расстройством развития речи, в конечном счете, хотя и достигают нормального уровня развития речевых навыков, тем не менее, имеют множество сопутствующих проблем. Вслед за задержкой развития речи часто появляются трудности в чтении и письме, нарушения межличностных отношений, а также эмоциональные и поведенческие расстройства. Поэтому ранняя и точная диагностика специфических расстройств развития речи является очень важной. Не существует отчетливого разграничения от крайних вариантов нормального речевого развития, однако четыре основных критерия являются полезными для выявления клинически выраженного расстройства: степень тяжести, течение, модель расстройства и сопутствующие проблемы.

В качестве общего правила можно определить, что достаточно тяжелое отставание в речевом развитии, выходящее за пределы двух стандартных отклонений от средней нормы, может считаться патологическим. В большинстве случаев при такой степени тяжести возникают сопутствующие проблемы. Однако у детей более старшего возраста степень тяжести расстройства в статистическом выражении имеет меньшее диагностическое значение, поскольку существует естественная тенденция к постепенному улучшению состояния. В этой ситуации полезным показателем оказывается течение расстройства. Если в настоящее время степень нарушения является легкой, но имеются анамнестические сведения, что ранее расстройство было более тяжелым, то,

вероятно, актуальное состояние представляет собой скорее этап развития клинически выраженного расстройства речи, чем вариант нормы. Следует также обращать внимание на модель речевого функционирования: если модель является патологической (то есть речь ребенка отклоняется от нормы, а не просто соответствует более ранней стадии развития) или речь отличается качественно аномальными особенностями — более вероятным является клинически выраженное расстройство. Более того, если отставание в некоторых специфических аспектах развития речи сопровождается нарушением формирования школьных навыков (например, специфическим расстройством чтения или письма), аномалиями межличностных отношений и/или эмоциональными или поведенческими расстройствами, то вероятность, что оно является вариантом нормы, весьма мала.

Вторая трудность в диагностике касается дифференциации рассматриваемых состояний от умственной отсталости или общей задержки развития. Поскольку интеллектуальное развитие включает в себя вербальные навыки, то вероятно, что при коэффициенте умственного развития ребенка существенно ниже среднего уровень развития речи, естественно, окажется также ниже среднего. Диагноз специфического расстройства развития подразумевает, что специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования. Следовательно, когда отставание развития речи представляет собой лишь часть умственной отсталости или общей задержки развития, следует использовать код умственной отсталости (F70—F79), *а не* код F80.—. Вместе с тем, умственная отсталость нередко сопровождается неравномерностью интеллектуального функционирования, в частности, такой степенью нарушения развития речи, которая превышает задержку невербальных навыков. Если это несоответствие является настолько выраженным, что становится очевидным в повседневном функционировании ребенка, то специфическое расстройство развития речи следует кодировать как *дополнение* к кодированию умственной отсталости (F70—F79).

Третье затруднение касается дифференциации от вторичных расстройств вследствие тугоухости, глухоты или некоторых специфических неврологических или структурных аномалий. Выраженная тугоухость или глухота в раннем детстве практически всегда приводит к выраженному отставанию или искажению речевого развития; такие состояния *не* включаются в данную рубрику, поскольку являются прямым

следствием потери слуха. Тем не менее нередко более тяжелые расстройства развития рецептивной речи сопровождаются частичным избирательным нарушением слуха (в частности, снижением его остроты на высокие частоты). В этом случае диагностические указания являются следующими: подобные расстройства следует *исключать* из рубрики F80—F89, если тяжесть нарушения слуха достаточно объясняет задержку развития речи, но *включать* их в данную рубрику, если частичная потеря слуха представляет собой осложняющий, а не прямой этиологический фактор их возникновения. Следует признать, что в подобных случаях быстро провести отчетливое разграничение невозможно. Сходный принцип применяется в отношении неврологических аномалий и анатомических дефектов. Так, нарушение артикуляции, обусловленное расщелиной неба, или дизартрия вследствие церебрального паралича исключаются из этого раздела. С другой стороны, присутствие легкой неврологической патологии, которая не могла бы вызвать задержку развития речи, не является основанием для исключения.

80.0 Специфическое расстройство артикуляции речи

Специфическое расстройство развития, при котором у ребенка овладение произнесением звуков речи оказывается ниже уровня (соответствующего его умственному возрасту), но при котором наблюдается нормальный уровень речевых навыков.

Диагностические критерии

Возраст овладения навыками звукопроизношения и порядок, в котором ребенок учится произносить отдельные звуки, подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

Нормальное развитие

В возрасте 4 лет у детей часто наблюдаются ошибки звукопроизношения, но их речь легко понятна посторонним. Большинство речевых звуков приобретается к возрасту 6—7 лет. Хотя могут оставаться некоторые трудности в произношении определенных звуковых комбинаций, они не ведут к возникновению проблем общения. К возрасту 11—12 лет должно быть достигнуто полное овладение почти всеми звуками речи.

Нарушение развития

Возникает, когда освоение ребенком звуков речи запаздывает и/или отклоняется от нормы, что ведет к неправильному звукопроизношению, и речь становится неразборчивой и трудной для понимания окружающими; возникают пропуски, искажения или замещения звуков речи, а также изменения произношения звукосочетаний (то есть в некоторых словах ребенок может произносить фонемы правильно, а в других — нет).

Диагноз следует устанавливать только в следующих случаях: если тяжесть нарушения артикуляции находится за пределами нормальных вариаций, соответствующих умственному возрасту ребенка; уровень невербального интеллекта не выявляет отклонений от нормы; навыки экспрессивной и рецептивной речи находятся в пределах нормы; нарушения артикуляции непосредственно не обусловлены сенсорными, анатомическими или неврологическими аномалиями; и нарушения звукопроизношения являются действительно аномальными, исходя из особенностей употребления речи в условиях субкультуры, к которой относится ребенок.

Включаются:
расстройство развития артикуляции;
расстройство фонологического развития;
дислалия;
функциональное расстройство артикуляции — лепетная речь;

Исключаются:
нарушение артикуляции вследствие:
афазии БДУ (R47.0);
апраксии (R48.2);
нарушение артикуляции, сочетающееся с расстройством развития речи:
рецептивной (F80.2);
экспрессивной (F80.1);
расщепления неба или других анатомических аномалий ротовых структур, участвующих в речевом функционировании (Q35—Q38);
потери слуха (H90—H91);
умственной отсталости (F70—F79).

F80.1 Расстройство экспрессивной речи

Специфическое расстройство развития, при котором способность ребенка пользоваться экспрессивной разговорной речью заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. Наряду с этим иногда (хотя далеко не во всех случаях) наблюдаются расстройства артикуляции.

Диагностические критерии

Несмотря на существование значительного индивидуального разнообразия при нормальном речевом развитии, отсутствие произношения отдельных слов (или близких к ним речевых образований) к 2 годам и навыка составления простых фраз из двух слов к трехлетнему возрасту следует расценивать как признаки значительной задержки речевого развития. Последующие нарушения включают: бедность словарного запаса, чрезмерное использование небольшого набора общих слов, трудности в подборе подходящих слов и слов-заменителей; использование сокращенных фраз; незрелую структуру предложений; синтаксические ошибки, особенно *пропуски* окончаний или приставок в словах; неправильное использование или пропуски таких грамматических форм, как предлоги, местоимения, а также спряжения глаголов или склонения имен существительных. Может наблюдаться неправильное или чрезмерно обобщенное употребление правил, отсутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

Нарушения экспрессивной речи нередко сопровождаются отставанием или аномалиями звукопроизношения.

Диагноз следует устанавливать только в тех случаях, когда тяжесть задержки развития экспрессивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка, но рецептивные речевые навыки остаются в пределах нормы (хотя нередко они бывают несколько ниже среднего уровня). Использование невербальных реплик (таких, как улыбки или жесты) и «внутренней речи», отраженной в фантазиях или ролевых играх, остается сравнительно сохранным наряду со способностью к социальному общению без слов. Ребенок стремится к общению, несмотря на речевую недостаточность, и старается компенсировать нехватку слов жестами, мимикой или неречевыми вокализаци-

ями. Тем не менее нередко, особенно у детей дошкольного возраста, возникают сопутствующие нарушения в отношениях со сверстниками, эмоциональные и поведенческие нарушения и/или чрезмерная активность и невнимательность. В незначительном числе случаев наблюдается сопутствующее частичное (часто избирательное) снижение слуха, но его тяжесть не должна быть достаточной, чтобы вести к задержке развития речи. Неадекватная вовлеченность в разговор или более общая депривация общения может вносить свой более или менее значительный вклад в нарушение развития экспрессивной речи. В этом случае внешний этиологический фактор должен быть отмечен соответствующим кодом по Оси V (Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации). Нарушение разговорной речи становится очевидным с раннего детства без какой-либо длительной, отчетливой фазы нормального использования речи. Однако нередко в анамнезе наблюдается явно нормальное использование *нескольких* первых слов, а затем дальнейшее развитие речи замедляется.

Включается:
дисфазия или афазия, связанная с развитием, экспрессивный тип.

Исключаются:
приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Лаидау—Клеффнера) (F80.3);
дисфазия или афазия, связанная с развитием, рецептивный тип (F80.2);
дисфазия и афазия БДУ (R47.0);
элективный мутизм (F94.0);
умственная отсталость (F70—F79);
общие расстройства развития (F84.—);

F80.2 Расстройство рецептивной речи

Специфическое расстройство развития, при котором понимание речи ребенком ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Почти во всех случаях экспрессивная речь также заметно нарушена; часто отмечаются дефекты произношения слов и звуков.

Диагностические критерии

Отсутствие реакции на знакомые названия (в отсутствие невербальных подсказок) с первого дня жизни, неспособность идентифицировать, по крайней мере, несколько знакомых предметов к 18 месяцам или следовать простым бытовым инструкциям в возрасте 2 лет следует считать существенными признаками задержки развития речи. Последующие нарушения включают неспособность понимания грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т.д.) и непонимание более тонких аспектов речи (тона голоса, жестов и т.п.).

Диагноз следует устанавливать только в тех случаях, когда тяжесть задержки в развитии рецептивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка и если *не удовлетворяются* критерии общего расстройства развития. Почти во всех случаях развитие экспрессивной речи также значительно задерживается, и часто наблюдаются нарушения словесно-звукового произношения. Из всех специфических расстройств развития речи при данном варианте отмечается наиболее высокий уровень сопутствующих социальных, эмоциональных и поведенческих расстройств. Эти расстройства не имеют каких-либо специфических проявлений, но сравнительно часто наблюдаются гиперактивность и невнимательность, социальная неприспособленность и изоляция от сверстников, тревога, сенситивность или чрезмерная застенчивость. Дети с более тяжелыми формами расстройства рецептивной речи могут весьма отставать в социальном развитии, возможна подражательная речь с непониманием ее смысла и ограничение круга интересов. Однако они отличаются от детей с аутизмом, обычно проявляя нормальное социальное взаимодействие, участвуют в ролевых играх со сверстниками, нормально относятся к родителям, обращаясь к ним за утешением, почти нормально используют жесты и обнаруживают лишь легкие нарушения в невербальном общении. Нередко встречается некоторая степень снижения чувствительности слуха к высоким тонам, но степень тугоухости является недостаточной, чтобы вызвать нарушение речи.

Включаются:
врожденная слуховая невосприимчивость;
дисфазия или афазия развития, рецептивный тип;
афазия развития Вернике;
словесная глухота;
смешанное рецептивно-экспрессивное расстройство речи.

Исключаются:
приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера) (F80.3);
аутизм (F84.0, F84.1);
дисфазия и афазия БДУ (R47.0);
дисфазия и афазия развития, экспрессивный тип (F80.1);
элективный мутизм (F94.0);
задержка развития речи вследствие глухоты (H90—H91);
умственная отсталость (F70—F79).

F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера)

При этом расстройстве у ребенка, имевшего в преморбидном периоде нормальное развитие речи, теряются навыки как рецептивной, так и экспрессивной речи, но сохраняется общий интеллект. Начало расстройства сопровождается пароксизмальной патологией на ЭЭГ (почти всегда регистрируемой в области височных долей, обычно билатерально, но часто с более распространенной локализацией) и в большинстве случаев эпилептическими припадками. Чаще всего заболевание начинается в возрасте от 3 до 7 лет, но может возникнуть и в более старшем детском возрасте. Примерно в четверти случаев речевые навыки утрачиваются постепенно, на протяжении нескольких месяцев, но чаще их потеря происходит резко, в течение нескольких дней или недель. Связь по времени между началом припадков и потерей речи является довольно вариабельной; один из этих признаков может предшествовать другому. При этом разнесение их во времени может быть от нескольких месяцев до двух лет. Очень характерно, что нарушение рецептивной речи является глубоким, с трудностями в слуховом понимании, и часто является первым проявлением заболевания. Некоторые дети совершенно немеют, у других речь ограничивается произнесением неразборчивых, жаргоноподобных звуков; в ряде случаев расстройство оказывается более легким, выражаясь нарушением плавности речи, часто сопровождающейся расстройствами артикуляции. Иногда изменяется качество голоса с потерей нормальных модуляций. На ранних этапах развития расстройства нарушения речи появляются волнообразно. В первые месяцы после потери речевых навыков часто наблюдаются поведенческие и эмоциональные нарушения, но они уменьшаются по мере того, как ребенок осваивает некоторые способы общения.

Этиология расстройства неизвестна, однако клинические характеристики позволяют предположить, что его причиной, вероятно, является воспалительный процесс в головном мозге. Течение заболевания бывает различным: примерно у 2/3 больных в дальнейшем сохраняется более или менее значительный дефицит рецептивной речи, а 1/3 полностью выздоравливает.

Исключаются:
приобретенная афазия вследствие черепно-мозговой травмы, опухоли или другого известного болезненного процесса;
афазия при аутизме (F34.0, FB4.1);
афазия при дезинтегративных расстройствах детского возраста (F84.3).

F80.8 Другие расстройства развития речи

Включается:
шепелявая речь (сигматизм — нарушение произношения шипящих и свистящих звуков).

F80.9 Расстройство развития речи, неуточненное

По возможности следует избегать использования этой рубрики, применяя ее только для неуточненных расстройств, которые характеризуются значительным нарушением развития речи, не обусловленным умственной отсталостью либо неврологическими, сенсорными или физическими дефектами, непосредственно влияющими на функцию речи.

Включается:
расстройство речи БДУ.

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков

Концепция специфических расстройств развития школьных навыков очень напоминает концепцию специфических расстройств развития речи (см. F80.—), и в ней существуют те же проблемы относительно

определения и измерения этих нарушений. При данных расстройствах нормальный процесс приобретения соответствующих навыков нарушается уже на ранних стадиях развития. Они не являются следствием отсутствия благоприятных возможностей для обучения, умственной отсталости, травмы головного мозга или заболевания. Скорее считается, что расстройства возникают вследствие аномалий когнитивных процессов, что во многом происходит из-за определенного типа биологической дисфункции. Как и большинство других расстройств развития, эти состояния у мальчиков встречаются значительно чаще, чем у девочек.

При диагностике этих расстройств возникает пять основных видов трудностей. Во-первых, возникает необходимость их дифференциации с нормальными вариантами школьной успеваемости. Проблема здесь та же, что и при расстройствах развития речи, и предлагаются те же критерии для суждения о патологическом характере состояния (с естественными различиями, обусловленными оценкой школьной успеваемости, а не речи). Во-вторых, необходимо принимать во внимание всю динамику развития ребенка. Это важно по двум причинам:

(a) степень тяжести: отставание на 1 год в чтении в возрасте 7 лет значительно отличается от отставания на 1 год в возрасте 14 лет;

(b) изменение характера проявлений: обычно задержка речи в дошкольном возрасте в разговорной речи исчезает, но сменяется специфическим расстройством чтения, которое, в свою очередь, уменьшается в подростковом возрасте; а главной проблемой в молодом взрослом возрасте является тяжелое расстройство орфографии. Расстройство во всех отношениях то же самое, однако характер его проявлений изменяется по мере взросления; диагностические критерии должны учитывать динамику развития.

Третья трудность заключается в том, что школьные навыки преподают и усваивают: они *не* являются естественной функцией биологического созревания. Уровень школьных навыков ребенка неизбежно зависит от семейных обстоятельств и качества преподавания, а также индивидуальных особенностей характера. К сожалению, не существует прямого и однозначного способа, позволяющего отличить низкую успеваемость, зависящую от низкого качества учебы, от вызываемой каким-либо индивидуальным расстройством. Есть веские основания полагать, что это различие имеет несомненную реальность и клиническую силу, но в индивидуальных случаях диагностика может оказаться трудной. В-четвертых, хотя данные научных исследований поддерживают гипо-

тезу о лежащих в основе этого расстройства аномалиях когнитивных процессов, у конкретного ребенка нелегко дифференцировать аномалии, которые *вызывают* затруднения в чтении, от тех, которые являются *следствиями* недостаточно развитых навыков чтения. Трудность состоит в том, что расстройства чтения могут возникать вследствие более чем одного типа когнитивных аномалий. В-пятых, до сих пор сохраняется неопределенность в отношении наилучшего способа подразделения специфических расстройств развития школьных навыков.

Дети учатся чтению, письму, орфографии и осуществлению арифметических действий, когда их приобщают к этим видам деятельности дома и в школе. Разные етраны значительно отличаются по возрасту начала формального обучения в школе, программам школьного обучения и, следовательно, по ожидасмому уровню знаний и навыков, которые ребенок должен приобрести к определенному возрасту. Эти расхождения в требованиях к уровню знаний и умений особенно велики в подготовительных или младших классах (то есть вплоть до 11 лет), что усложняет задачу разработки четких рабочих определений расстройств развития школьных навыков, имеющих транснациональную адекватность.

Тем не менее совершенно ясно, что при любой системе образования от каждой возрастной группы школьников требуется достижение определенного уровня знаний и умений по широкому кругу школьных предметов и что некоторые дети хуже справляются с освоением специфических аспектов учебного материала, несмотря на достаточно высокий общий интеллектуальный уровень. Специфические расстройства развития школьных навыков (СРРШН) представляют собой группу расстройств, проявляющихся специфическим и значительным нарушением в освоении школьных навыков. Эти трудности в учебе не являются прямым следствием других состояний (таких, как умственная отсталость, тяжелые неврологические болезни, неисправленные нарушения остроты зрения или слуха, эмоциональные нарушения), хотя они могут возникать как сопутствующие им. СРРШН часто наблюдаются в сочетании с другими клиническими синдромами или расстройствами развития (такими, как специфическое расстройство развития двигательных функций или специфические расстройства развития речи).

Этиология СРРШН неизвестна, однако высказывается предположение о ведущей роли биологических факторов, которые, взаимодействуя с небиологическими факторами (такими как наличие неблагоприятной

возможности для получения образования и качество обучения), приводят к возникновению его симптомов. Хотя данные расстройства связаны с биологическим созреванием, это не значит, что дети, страдающие ими, находятся просто на более низком уровне нормального континуума и, следовательно, со временем «догонят» сверстников. Во многих случаях остаточные проявления этих расстройств сохраняются на протяжении всей жизни человека. Тем не менее важной диагностической особенностью является то, что расстройства в той или иной форме обнаруживаются уже в начальных классах школы. У здоровых детей школьная успеваемость может снизиться позднее, в средних или старших классах, молодежь нередко плохо успевает в учебе в средних специальных и высших учебных заведениях (из-за отсутствия интереса, плохого качества обучения, эмоциональных нарушений, повышения требований или сложности заданий и т.п.), однако подобные проблемы не входят в концепцию СРРШН.

Диагностические критерии

Существует ряд основных требований к диагностике любых специфических расстройств развития школьных навыков. Во-первых, должна присутствовать клинически значимая степень нарушения какого-либо специфического школьного навыка. Об этом судят на основании его тяжести, определяемой по следующим критериям: по степени отставания в овладении школьными навыками (то есть если подобную степень неуспеваемости в школе по определенному предмету можно ожидать менее, чем у 3% детей школьного возраста); по предшествующим нарушениям развития (то есть если затруднениям в учебе в дошкольном возрасте предшествовали задержка или отклонения в развитии, чаще всего касавшиеся речи); по наличию сопутствующих проблем (таких, как невнимательность, чрезмерная активность, эмоциональные нарушения или отклонения в поведении); по характеру расстройства (то есть присутствию качественных аномалий, которые обычно не являются частью нормального развития); а также по реакции на терапию (то есть как быстро по мере оказания ученику помощи дома и/или в школе уменьшаются затруднения в учебе).

Во-вторых, нарушение должно быть специфическим в том смысле, что его нельзя объяснить только умственной отсталостью или менее выраженным снижением общего интеллектуального уровня. Поскольку школьная успеваемость не является прямо пропорциональной показате-

лю коэффициента интеллектуального развития, различия можно выявить лишь с помощью индивидуального применения стандартизованных тестов интеллекта и уровня усвоенных знаний, соответствующих определенной культуре и образовательной системе. Такие тесты следует использовать в сочетании со статистическими таблицами, приводящими данные о среднем ожидаемом уровне усвоения школьных знаний при определенном уровне коэффициента интеллектуального развития в данном возрасте. Это последнее требование необходимо соблюдать в связи с важностью эффекта статистической регрессии: диагноз, основанный на вычитании возраста, соответствующего усвоенному уровню школьных знаний, от умственного возраста ребенка, может оказаться ошибочным. Однако в повседневной клинической практике эти требования в большинстве случаев не соблюдаются. Поэтому диагностический критерий состоит в том, что уровень успеваемости ученика должен быть значительно ниже, чем ожидаемый для ребенка этого же умственного возраста.

В-третьих, нарушение должно быть связано с развитием в том смысле, что оно присутствовало с первых лет обучения, а не появилось позже, в ходе образования. Сведения о школьной успеваемости ребенка должны подтверждать эту информацию.

В-четвертых, должны отсутствовать внешние факторы, которые можно рассматривать как достаточную причину школьных трудностей. Как отмечено выше, диагноз СРРШН, в целом, должен быть основан на твердых свидетельствах о наличии клинически значимого расстройства школьных навыков, связанного с внутренними факторами развития ребенка. Однако, чтобы эффективно учиться, детям необходимы адекватные возможности для обучения. Поэтому если ясно, что низкий уровень школьных знаний и навыков непосредственно обусловлен очень длительным непосещением школы без обучения на дому или очень низким качеством образования, то эти нарушения не следует обозначать данным кодом. Частые пропуски занятий или перерывы в обучении вследствие смены школы обычно *не являются* достаточной причиной, чтобы привести к отставанию в развитии школьных навыков в степени, необходимой для диагноза СРРШН. Однако некачественное обучение может осложнить или усугубить проблему, и в этом случае школьные факторы должны кодироваться по Оси V.

В-пятых, СРРШН не должны быть *непосредственно* обусловлены неисправленной недостаточностью остроты зрения или слуха.

Дифференциальный диагноз

Клинически важно дифференцировать СРРНН, возникающие в отсутствие какого-либо доступного диагностике неврологического расстройства, и те, которые являются вторичными в отношении некоторых неврологических состояний, таких как церебральный паралич. На практике эту дифференциацию часто сложно осуществить (из-за не установленного клинического значения множественных рассеянных «легких» неврологических симптомов), и данные научных исследований не показывают четких различий ни в клинической картине, ни в динамике СРРШН в зависимости от наличия (или отсутствия) явной неврологической дисфункции. Таким образом, хотя они и *не входят* в число обязательных диагностических критериев, тем не менее, *следует* отдельно кодировать любое сопутствующее неврологическое расстройство в соответствующем неврологическом разделе классификации.

F81.0 Специфическое расстройство чтения

Основным признаком расстройства является специфическое и выраженное нарушение развития навыков чтения, которое нельзя объяснить только низким умственным возрастом, сниженной остротой зрения или неадекватным обучением в школе. Может нарушаться понимание прочитанного, распознавание слов при чтении, чтение вслух и выполнение заданий, основанных на прочитанном материале. С данным расстройством связаны трудности в орфографии, которые часто сохраняются в подростковом возрасте, даже после достигнутого прогресса в чтении. Специфическим расстройствам чтения обычно предшествует расстройство развития речи, и комплексное исследование текущего функционирования речи часто выявляет легкие остаточные нарушения. Кроме плохой академической успеваемости в школьном возрасте нередко наблюдаются прогулы занятий и проблемы социальной адаптации, особенно в младших и средних классах. Данное состояние обнаружено во всех известных языковых культурах, но остается невыясненным вопрос, влияет ли на частоту этого расстройства характер языка, письма или шрифта.

Диагностические критерии

Для установления данного диагноза показатели правильности чтения должны быть значительно ниже уровня, ожидаемого в соответ-

ствии с хронологическим возрастом, общим интеллектуальным развитием ребенка и школьной успеваемостью. Качество чтения лучше всего оценивать с помощью индивидуально применяемых стандартизованных тестов точности и понимания прочитанного. Конкретный характер проблем с чтением зависит от ожидаемого уровня чтения, языка и шрифта. Однако на ранних стадиях обучения алфавиту и печатному шрифту могут быть трудности в заучивании и пересказе алфавита, правильном назывании букв, подборе простых рифм к словам или при распределении по категориям звуков (вопреки нормальной остроте слуха). Позже могут возникать следующие ошибки в навыках устного чтения:

(a) пропуски, замены, искажения или дополнения слов или частей слов;

(b) медленный темп чтения;

(c) «фальшстарты» (попытки начать чтение заново), длительные запинки, «потеря места» в тексте, неточное чтение фраз;

(d) перестановка слов в предложении или букв в словах;

понимание прочитанного также может нарушаться и проявляться в:

(e) неспособности пересказать содержание прочитанного;

(f) неспособности сделать выводы или заключения из прочитанного материала;

(g) в использовании для ответов на вопросы о прочитанной истории скорее общих знаний вместо информации из конкретного рассказа.

В более позднем детстве и во взрослой жизни трудности в орфографии обычно становятся более глубокими, чем нарушения чтения. Характерно, что расстройства орфографии нередко включают в себя фонетические ошибки, и создается впечатление, что проблемы с чтением и орфографией частично обусловливаются нарушением фонологического анализа. О характере и частоте орфографических ошибок у детей, изучающих нефонетические языки, а также о типах ошибок в неалфавитных текстах имеется мало сведений.

Специфическим нарушениям чтения в анамнезе обычно предшествуют расстройства развития речи. В других случаях дети могут проходить нормальные этапы развития речи в соответствии с возрастом, однако испытывать трудности в обработке слуховой информации — возникают проблемы с категоризацией звуков, рифмованием, реже от-

мечается недостаточность в различении звуков речи, памяти на звуковые последовательности и слуховой ассоциации. В некоторых случаях отмечаются проблемы обработки зрительной информации (например, в различении букв); однако названные трудности обычно возникают у детей, которые только начинают учиться читать, и поэтому, вероятно, между ними и трудностями чтения не существует причинной связи. Нарушения внимания, нередко связанные с чрезмерной активностью и импульсивностью, также часто сопутствуют данным нарушениям. Конкретная модель и степень тяжести нарушений развития в дошкольном периоде значительно отличаются от ребенка к ребенку; тем не менее, такие трудности являются обычными (но не обязательными).

В школьном возрасте среди этих детей являются распространенными сопутствующие эмоциональные и/или поведенческие нарушения. Эмоциональные проблемы чаще возникают в младших классах школы, а нарушения поведения и синдром гиперактивности становятся типичными для позднего детского и подросткового возраста. Часто отмечается снижение самооценки, проблемы школьной адаптации и взаимоотношений со сверстниками.

Включаются:
«отставание в чтении»;
дислексия развития;
специфическая задержка в чтении;
нарушение орфографии в сочетании с расстройством чтения.

Исключаются:
приобретенная алексия и дислексия (R48.0);
трудности в чтении, вторичные по отношению к эмоциональным расстройствам детского возраста (F93.—);
нарушение орфографии, не связанное с трудностями чтения (F81.1).

F81.1 Специфическое расстройство орфографии

Основная черта этого расстройства — специфическое и значительное нарушение в развитии навыков правописания при *отсутствии* предшествующего специфического расстройства навыков чтения, которое нельзя объяснить только низким умственным возрастом, сниженной остротой зрения или неадекватным обучением в школе. Нарушает-

ся как способность устно произносить слова по буквам, так и правильно их писать. Детей, у которых трудности связаны только с плохим почерком, не следует относить к данной рубрике, однако в некоторых случаях орфографические трудности могут быть связаны с проблемами письма. В отличие от обычной модели специфического расстройства чтения, орфографические ошибки обычно бывают фонетически правильными.

Диагностические критерии

При установлении данного диагноза показатель качества орфографии ребенка должен быть значительно ниже уровня, ожидаемого на основании хронологического возраста, общего уровня интеллектуального развития и успеваемости. Его лучше всего оценивать с помощью индивидуально применяемого стандартизованного теста на орфографию. Показатели чтения (как правильности, так и понимания прочитанного) должны находиться в пределах нормы, а анамнестические указания на предшествующие существенные затруднения в чтении должны отсутствовать. Затруднения в орфографии в основном не должны обусловливаться неадекватным обучением или являться прямым следствием дефектов зрения, слуха или неврологических функций. Они также не должны быть приобретенными в результате перенесенных неврологических, психических или других расстройств.

Хотя хорошо известно, что «чистое» расстройство орфографии дифференцируется от расстройств чтения, связанных с орфографическими трудностями, о предпосылках, течении, связях и исходе специфических расстройств орфографии имеется мало сведений.

Включается:

специфическая задержка развития навыков орфографии (без расстройства навыков чтения).

Исключаются:

приобретенное расстройство орфографии (R48.8);

трудности в орфографии, сочетающиеся с расстройством чтения (F81.0);

трудности в орфографии, обусловленные неадекватным обучением (Z55.8).

F81.2 Специфическое расстройство счета

Расстройство характеризуется специфическим нарушением навыков счета, которое нельзя объяснить только общей умственной отсталостью или неадекватным обучением. Дефект касается скорее основных вычислительных навыков сложения, вычитания, умножения и деления, чем более абстрактных математических навыков, требующихся при изучении алгебры, тригонометрии, геометрии, дифференциального или интегрального исчисления.

Диагностические критерии

Показатель качества счетных операций, производимых ребенком, должен быть значительно ниже уровня, ожидаемого на основании хронологического возраста, общего уровня интеллектуального развития и успеваемости; его лучше всего оценивать с помощью индивидуально применяемого стандартизованного теста навыков счета. Показатели правильности чтения и понимания прочитанного, а также орфографии должны находиться в пределах нормы для данного умственного возраста, и предпочтительно, чтобы их оценка проводилась с помощью индивидуально подобранных адекватных стандартизованных тестов. Трудности в освоении арифметических навыков не должны обусловливаться главным образом неадекватным обучением или являться прямым следствием дефектов зрения, слуха или неврологических функций. Они также не должны быть приобретены в результате перенесенных неврологических, психических или других расстройств.

Расстройства навыков счета изучены меньше, чем расстройства чтения, поэтому об их предпосылках, течении, связях и исходе имеется очень мало сведений. Тем не менее дети с этими расстройствами, по-видимому, обладают нормальным уровнем слухо-воспринимающих и зрительно-пространственных навыков; это отличает их от многих детей с нарушениями чтения. У некоторых детей отмечаются сопутствующие социальные, эмоциональные и поведенческие проблемы, но мало что известно об их особенностях и частоте. Предполагается, что чаще всего наблюдаются затруднения в социальном взаимодействии.

Трудности в освоении арифметических навыков обычно бывают разными, однако могут включать: непонимание понятий, лежащих в основе определенных арифметических операций; непонимание математических терминов или знаков; нераспознавание цифровых сим-

волов; затруднения в выполнении стандартных арифметических действий; затруднения в понимании того, какие числа, относящиеся к данному арифметическому действию, необходимо использовать; трудности в усвоении порядкового расположения чисел или расстановки запятых в десятичных дробях и символов во время вычислений; неспособность заучить таблицу умножения.

Включаются:
акалькулия развития;
специфическое расстройство счета, связанное с развитием;
синдром развития Герсмана.

Исключаются:
приобретенное расстройство счета (акалькулия) (R48.8);
арифметические трудности, сочетающиеся с расстройством чтения или орфографии (F81.1);
арифметические трудности, обусловленные неадекватным обучением (Z55.8).

F81.3 Смешанное расстройство развития школьных навыков

Эта не имеющая четкого определения (но необходимая) остаточная категория предназначена для расстройств, при которых существенно нарушены как арифметические навыки, так и навыки чтения или орфографии, но при этом расстройство не может быть объяснено только общей умственной отсталостью или неадекватным обучением. К данной рубрике следует относить расстройства, отвечающие критериям для F81.2 и либо F81,0, либо F81.1.

Исключаются:
специфическое расстройство счета (F81.2);
специфическое расстройство чтения (F81.0);
специфическое расстройство орфографии (F81.1).

F81.8 Другие расстройства развития школьных навыков

Включается:
расстройство развития навыков экспрессивной письменной речи.

F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

Этой категории следует по возможности избегать, используя только для обозначения неуточненных расстройств, при которых наблюдается значительная неспособность к обучению, не объясняемая только общей умственной отсталостью, снижением остроты зрения или слуха, а также неадекватным обучением.

Включаются:
неспособность к приобретению знаний БДУ;
неспособность к обучению БДУ;
расстройство обучения БДУ.

F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций

Основной особенностью этого расстройства является серьезное нарушение развития двигательной координации, которое нельзя объяснить только общей умственной отсталостью или каким-либо специфическим врожденным или приобретенным неврологическим расстройством (за исключением того, которое может иметь отношение к нарушению координации движений). В типичных случаях двигательная неуклюжесть сочетается с некоторым снижением качества выполнения зрительно-пространственных и когнитивных заданий.

Диагностические критерии

Качество двигательной координации при выполнении заданий с вовлечением тонкой моторики или более крупных движений должно быть значительно ниже уровня, ожидаемого на основании возраста и общего интеллектуального развития ребенка. Оценку лучше всего проводить на основании индивидуально применяемого стандартизованного теста на тонкую и крупную двигательную координацию. Трудности в координации движений должны присутствовать с раннего возраста (то есть не являться приобретенным расстройством) и не должны быть обусловлены снижением остроты зрения или слуха, а также каким-либо доступным диагностике неврологическим расстройством.

Степень нарушения тонкой или крупной двигательной координации бывает различной, а характерная модель двигательной недостаточности изменяется с возрастом. Основные этапы развития моторики перед-

ко задерживаются, и могут отмечаться сопутствующие нарушения речи (особенно артикуляции). У ребенка раннего возраста наблюдается неуклюжесть в походке, он поздно учится бегать, прыгать, ходить по лестнице. Часто ему бывает трудно научиться завязывать шнурки или застегивать пуговицы, бросать и ловить мяч. В некоторых случаях дети бывают неуклюжими во всех тонких и/или крупных движениях: постоянно роняют вещи, спотыкаются, ударяются о препятствия и имеют плохой почерк. Способность к рисованию у детей с этим расстройством обычно крайне низкая, как и умение складывать головоломки, использовать игры-конструкторы, строить модели, играть мячом, а также разбираться в географических картах и рисовать их.

В большинстве случаев тщательный клинический осмотр выявляет заметную незрелость развития нервной системы, на что указывают, в частности, хореиформные движения свободно свисающих конечностей или зеркальные движения и другие сопутствующие двигательные симптомы, а также признаки недостаточности координации тонких и крупных движений (обычно описываемые как «мягкие» или «легкие» неврологические знаки у здоровых детей младшего возраста, не обладающие значением для локализации поражения центральной нервной системы). Сухожильные рефлексы могут быть повышенными или пониженными с обеих сторон, но их симметрия всегда сохраняется.

У некоторых детей отмечаются трудности в учебе, иногда довольно серьезные; в ряде случаев наблюдаются сопутствующие социальные, эмоциональные и поведенческие проблемы, но об их частоте и характеристиках известно мало.

Отсутствуют какие-либо диагностируемые неврологические расстройства (такие, как церебральный паралич или мышечная дистрофия). Однако в некоторых случаях в раннем анамнезе имеются указания на перинатальные осложнения — такие, как очень низкий вес при рождении или значительная недоношенность.

Синдром детской неуклюжести часто диагностируется как «минимальная мозговая дисфункция», но этот термин использовать не рекомендуется, поскольку он является недостаточно четким и обладает множеством противоречивых значений.

Включаются:
синдром детской неуклюжести;
расстройство координации, связанное с развитием;
диспраксия развития.

Исключаются:
аномалии походки и подвижности (R26.—);
нарушение координации (R27.—), вторичное по отношению к умственной отсталости (F70—F79) или какому-либо диагностируемому неврологическому расстройству (G00—G99).

F83 Смешанные специфические расстройства развития

Эта недостаточно четко определенная и плохо разработанная (но необходимая) остаточная рубрика предназначена для той категории расстройств, при которой наблюдается смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков или двигательных функций, но ни одно из них не преобладает настолько, чтобы установить первичный диагноз. Каждое из специфических расстройств развития нередко сочетается с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций, и эта смешанная категория должна использоваться только при условии значительного совпадения симптоматики специфических расстройств. Таким образом, эта рубрика применима при наличии дисфункций, отвечающих критериям двух или более расстройств, классифицированных в рубриках F80.—, F81.— и F82.—.

F88[2] Другие расстройства психического развития

Включается:
агнозия, связанная с развитием.

F89 Расстройство психического развития, неуточненное

Включается:
расстройство развития БДУ.

[2] F84 — Общие расстройства развития включены в Ось I, как отмечено во введении к этой книге.

Ось III:
Уровень интеллекта

XX Уровень интеллекта в пределах нормы

F70—F79 Умственная отсталость

F70 Легкая умственная отсталость

F71 Умеренная умственная отсталость

F72 Тяжелая умственная отсталость

F73 Глубокая умственная отсталость

F78 Другие виды умственной отсталости

F79 Неуточненная умственная отсталость

Четвертый знак может использоваться для указания на степень выраженности сопутствующего нарушения поведения:

F7x.0 минимальные нарушения поведения или их отсутствие

F7x.1 значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер

F7x.8 другие поведенческие нарушения

F7x.9 без указания на поведенческие нарушения

Введение

Под умственной отсталостью понимают состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется главным образом проявляющейся в период созревания недостаточностью способностей, определяющих общий уровень интеллекта, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может наблюдаться в сочетании с любым другим психическим или со-

матическим расстройством или возникать без подобного сочетания. Вместе с тем, лица с умственной отсталостью могут страдать любыми без исключения психическими расстройствами, частота которых у них, по меньшей мере, в 3-4 раза выше, чем в общей популяции. Кроме того, умственно отсталые лица подвергаются большему риску эксплуатации, а также риску физического или сексуального насилия. Адаптивное поведение у них всегда нарушается, однако в социальных ситуациях, обеспечивающих защиту и доступность поддержки, это нарушение у больных с легкой умственной отсталостью может совсем не обнаруживаться.

Четвертый знак кода может использоваться для указания степени выраженности нарушений поведения, если они не обусловлены сопутствующим (психическим) расстройством:

F7x.0 минимальные нарушения поведения или их отсутствие

F7x.1 значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер

F7x.8 другие поведенческие нарушения

F7x.9 без указания на поведенческие нарушения.

Если причина умственной отсталости известна, то следует использовать дополнительный код из МКБ-10 (например, F72 — тяжелая умственная отсталость, плюс E00.— врожденный синдром йодной недостаточности).

Наличие умственной отсталости не исключает дополнительных диагностических кодов, приведенных в других разделах этой книги. Тем не менее наличие трудностей в общении с пациентом заставляет при установлении диагноза больше, чем в других случаях, полагаться на объективно наблюдаемые симптомы, такие как психомоторная заторможенность, потеря аппетита, снижение массы тела и нарушение сна в случае депрессивного эпизода.

Диагностические критерии

Интеллект не представляет собой единой характеристики, он оценивается на основании большого числа различных, более или менее специфических навыков. Хотя у каждого человека существует общая тенденция развития всех этих навыков до примерно одинакового уровня,

однако между уровнями их развития могут наблюдаться существенные расхождения, особенно у умственно отсталых. У таких лиц на общем фоне умственной отсталости нередко отмечаются более тяжелые нарушения в какой-то одной сфере (например, в развитии речи) или существует определенная область более высоко развитых навыков (например, связанная с выполнением визуально-пространственных заданий). Подобная ситуация создает трудности при определении диагностической категории, к которой следует отнести конкретного человека, страдающего умственной отсталостью. Оценка интеллектуального уровня должна основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, качество адаптивного поведения (с учетом культуральных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам.

Для установления достоверного диагноза у пациента должно быть выявлено снижение интеллектуального функционирования, приводящее к уменьшенной способности адаптироваться к повседневным требованиям нормального социального окружения. Сопутствующие психические или соматические расстройства оказывают значительное влияние на общую клиническую картину и способность к приобретению и использованию различных навыков. Поэтому выбор диагностической категории должен быть основан на обобщенной оценке способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков. Уровни коэффициента интеллектуального развития предлагается использовать в качестве общего руководства, их применение должно быть достаточно гибким с учетом проблем транскультуральной адекватности. Приведенные ниже категории представляют собой произвольное подразделение сложного континуума и не могут определяться с абсолютной точностью. Коэффициент интеллектуального развития следует определять с помощью индивидуально применяемого стандартизованного теста, для которого установлены местные культуральные нормы, и выбранный тест должен соответствовать общему уровню функционирования данного человека и дополнительным специфическим неблагоприятным для функционирования условиям, например, должны приниматься во внимание нарушения экспрессивной речи, снижение остроты слуха или зрения, соматические факторы. Шкалы социальной зрелости и адаптации, также стандартизованные с учетом местных условий, по возможности, должны заполняться путем расспроса родителей или лиц, обеспечивающих уход за больным, знающих его способности в повседневной жизни. Без использования стан-

дартизованных процедур диагноз должен считаться лишь предварительной оценкой состояния пациента.

F70 Легкая умственная отсталость

У лиц с легкой умственной отсталостью развитие речи несколько запаздывает, однако большинство из них в достаточной мере осваивают навыки использования бытовой речи для ведения бесед в повседневной жизни и участия в клиническом опросе. Большинство из них также в полной мере овладевают навыками самообслуживания (приема пищи, умывания, одевания, контроля за деятельностью кишечника и мочевого пузыря) и практическими навыками работы по дому, даже если их развитие значительно запаздывает по сравнению с нормой. Основные трудности обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, и многим особенно трудно даются чтение и письмо. Тем не менее при легкой умственной отсталости значительную помощь могут оказать специальные программы, разработанные для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее не столько способностей к абстрактному мышлению, сколько практических навыков, и включающее неквалифицированный или полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральном контексте, не предъявляющем особых требований к школьной успеваемости, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе не представляет особой проблемы. Однако, если этому состоянию сопутствует существенная эмоциональная или социальная незрелость, то нарушение становится заметным, проявляясь, например, в неспособности справляться с требованиями семейной жизни или воспитанием детей, или затруднениями в соблюдении культуральных традиций и социальных норм.

В целом, поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения у лиц с легкой умственной отсталостью и возникающая в связи с ними потребность в лечении и социальной поддержке больше напоминают проблемы, с которыми сталкиваются люди с нормальным интеллектом, нежели специфические трудности, возникающие у лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. Органическая этиология расстройства выявляется у все большей части больных, хотя и не у большинства из них.

Диагностические критерии

При использовании соответствующих стандартизованных тестов по определению коэффициента интеллектуального развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50—69. Нередко возникает в различной степени выраженная задержка понимания и речи, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте. Органическая этиология расстройства выявляется у меньшинства пациентов. Сопутствующие состояния, такие как аутизм, другие общие расстройства развития, эпилепсия, расстройства поведения или физическая инвалидность наблюдаются с разной частотой. Если подобные расстройства присутствуют, их следует кодировать независимо от умственной отсталости.

Включаются:
дебильность;
легкая умственная субнормальность;
легкая олигофрения;
малоумие.

F71 Умеренная умственная отсталость

У лиц, относящихся к этой категории, отмечается значительная задержка развития понимания и использования речи, и окончательный уровень развития в этой области так и остается весьма ограниченным. Освоение навыков самообслуживания и моторных умений также замедленно, и некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Прогресс в усвоении школьных знаний весьма ограничен, но некоторые дети с умеренной умственной отсталостью осваивают основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Специальные образовательные программы могут создавать необходимые условия для развития их ограниченных потенциальных возможностей и приобретения некоторых основных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим обьемом усваиваемого материала. Взрослые люди с умеренной умственной отсталостью способны выполнять простую физическую работу, если задания тщательно структурированы и обеспечен квалифицированный надзор. Такие лица редко в состоянии вести совершенно самостоятельный образ жизни.

Однако обычно они способны свободно передвигаться, являются физически активными и в своем большинстве проявляют признаки социального развития, устанавливая контакты, общаясь с другими людьми и обнаруживая элементарную социальную активность.

Диагностические критерии

Коэффициент интеллектуального развития находится в диапазоне 35—49. В этой группе отмечается значительное расхождение по профилям тестирования способностей: некоторые лица достигают более высоких показателей в освоении зрительно-пространственных навыков, чем в выполнении заданий, зависящих от использования речи, в то время как другие проявляют выраженную неуклюжесть в движениях, но получают удовольствие от социального взаимодействия и простой беседы. Уровень развития речи может быть различным: одни пациенты с этим уровнем умственной отсталости способны участвовать в простых беседах, в то время как другие обладают ограниченным запасом слов, позволяющим лишь сообщать о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не осваивают навыков экспрессивной речи, хотя понимают простые инструкции и могут научиться жестам, в какой-то мере компенсирующим речевую недостаточность. Органическая этиология может быть установлена у большинства больных с умеренной умственной отсталостью. Детский аутизм и другие общие расстройства развития присутствуют в явном меньшинстве случаев, но они оказывают значительное влияние на клиническую картину и необходимые реабилитационные мероприятия. У этого контингента пациентов нередко наблюдаются также эпилепсия, неврологические и соматические нарушения, однако большинство лиц с умеренной умственной отсталостью способны передвигаться без посторонней помощи. Иногда у них можно установить и другие психические нарушения, однако ограниченность владения речью затрудняет диагностику и заставляет в значительной мере зависеть от информации, полученной от людей, знакомых с пациентом. Любые сопутствующие расстройства следует кодировать отдельно.

Включаются:
имбецильность;
умеренная умственная субнормальность;
умеренная олигофрения.

F72 Тяжелая умственная отсталость

Эта категория является во многом сходной с умеренной умственной отсталостью по клинической картине, наличию органической этиологии расстройства и сопутствующим нарушениям. Низкие уровни функционирования, упомянутые в рубрике F71, также характерны и для этой группы пациентов. Большинство больных, принадлежащих к этой категории, страдают выраженной степенью моторных нарушений или другими сопутствующими дефектами, указывающими на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

Диагностические критерии

Коэффициент интеллектуального развития находится в пределах 20—34.

Включаются:
тяжелая умственная субнормальность;
тяжелая олигофрения.

F73 Глубокая умственная отсталость

Показатель коэффициента интеллектуального развития у больных, принадлежащих к этой категории, оценивается ниже 20, что на практике означает значительную ограниченность их способности понимать и выполнять просьбы и инструкции. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в возможности передвигаться, не владеют функциями кишечника и мочевого пузыря и способны лишь к самым рудиментарным формам невербального общения. Способность к освоению хотя бы элементарных навыков самообслуживания крайне ограничена или отсутствует, и они нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Диагностические критерии

Показатель коэффициента интеллектуального развития ниже 20 баллов. Понимание и использование речи крайне ограничено, в лучшем случае пациенты лишь понимают простые инструкции и могут выразить простейшие просьбы. Могут осваиваться только самые ос-

новные и простейшие зрительно-пространственные навыки классификации объектов, и при должном надзоре и руководстве больные могут принимать незначительное участие в домашней и физической работе. Органическая этиология выявляется в большинстве случаев. Часто расстройству сопутствуют тяжелые неврологические и соматические нарушения, затрудняющие двигательную активность, эпилепсия, а также нарушения зрения и слуха. Особенно часто наблюдаются общие расстройства развития в наиболее тяжелых формах, в частности атипичный аутизм. Эти расстройства более характерны для больных, обладающих способностью двигаться.

Включаются:
идиотия;
глубокая умственная субнормальность;
глубокая олигофрения.

F78 Другие виды умственной отсталости

Эту категорию следует использовать лишь в тех случаях, когда оценка степени выраженности умственной отсталости с помощью обычных процедур оказывается особенно сложной или невозможной из-за сопутствующих сенсорных или соматических нарущений, например, слепоты, глухонемоты, тяжелых расстройств поведения или физической инвалидности.

F79 Неуточненная умственная отсталость

Эта категория используется, если есть свидетельства о наличии умственной отсталости, но имеющейся информации недостаточно для отнесения пациента к одной из приведенных выше категорий.

Включаются:
умственная дефицитарность БДУ;
умственная субнормальность БДУ;
олигофрения БДУ.

Ось IV: Соматические состояния МКБ-10, часто сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами

Эта ось содержит перечень соетояний, которыс относятся к другим главам МКБ-10, но часто наблюдаются в сочетании с расстройствами, описанными в главе V(F). Материалы о них приведены для того, чтобы обеспечить психиатрам, регистрирующим диагнозы согласно «Клиническим описаниям и диагностическим указаниям», получение непосредственного доступа к понятиям и кодам МКБ, которые обозначают состояния, наиболее распространенные в клинической практике. Большинство из них описаны только до третьего знака; четырехзначные коды даются лишь для тех состояний, которые, как предполагается, будут использоваться наиболее часто. Черточка, следующая за трехзначным кодом (например, А80.—), означает, что полная версия МКБ-10 включает соответствующие категории на уровне четвертого знака, но они не включены в данный сокращенный список. Черточки не проставлены в тех случаях, когда хотя бы одна четырехзначная рубрика упоминается ниже соответствующей трехзначной, даже если не приводятся все четырехзначные рубрики. Врачи, желающие использовать четырехзначные коды в тех случаях, когда в данном списке приведены лишь трехзначные, могут обратиться к полной версии МКБ-10

Как и в первых трех осях, код XX следует ставить в тех случаях, если не выявлено существенного соматического нарушения.

Глава 1. Специфические инфекционные и паразитарные заболевания (А00—В99)

А50 Врожденный сифилис

А50.0 Ранний врожденный сифилис, симптоматический

А50.1 Ранний врожденный сифилис, латентный

A50.2 Ранний врожденный сифилис, неуточненный

A50.3 Поздний врожденный сифилис, окулопатия

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

A50.5 Другие формы врожденного сифилиса, симптоматические

A50.6 Поздний врожденный сифилис, латентный

A50.7 Поздний врожденный сифилис, неуточненный

A50.9 Врожденный сифилис, неуточненный

A80.— Острый полиомиелит

A81 Медленные вирусные инфекции центральной нервной системы

A81.1 Подострый склерозирующий лейкоэнцефалит

A81.2 Прогрессирующая многоочаговая лейкодистрофия

B20.— Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводящее к инфекционным и паразитарным заболеваниям

B21.— Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводящее к злокачественным опухолям

B22 Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводящее к развитию других уточненных расстройств

B22.0 Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводящее к энцефалопатии

Включается:
деменция, обусловленная ВИЧ.

B23.— Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приводящее к другим состояниям

B24 Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, (ВИЧ), неуточненное

B90.— Последствия туберкулеза

B91 Последствия полиомиелита

B92 Последствия лепры

B94.— Последствия других и неуточненных инфекционных и паразитарных заболеваний

Глава II. Новообразования (C00—D48)

C70.— Злокачественные новообразования мозговых оболочек

C71.— Злокачественные новообразования головного мозга

C72.— Злокачественные новообразования спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы

D33.— Доброкачественные новообразования головного мозга и других отделов нервной системы

D42.— Новообразования мозговых оболочек неясной природы с неопределенным развитием

D43.— Новообразования головного мозга и центральной нервной системы неясной природы с неопределенным развитием

Глава IV. Эндокринные, алиментарные и метаболические заболевания (E00—E90)

E00.— Врожденный синдром дефицита йода

E01.— Расстройства функции щитовидной железы и другие родственные состояния, связанные с дефицитом йода

E02 Субклинический йододефицитный гипотиреоз

E03 Другие виды гипотиреоза

E03.2 Гипотиреоз, вызванный лекарственными препаратами и другими экзогенными веществами

E05.— Тиреотоксикоз (гипертиреоз)

E10 Инсулин-зависимый сахарный диабет

Включаются:
диабет (сахарный):
ломкий (brittle);
ювенильный;
со склонностью к кетозу тип 1.

E10.0 Инсулин-зависимый сахарный диабет с комой

Включаются:
диабетические:
кома с кетоацидозом или без него;

гиперосмолярная кома;
гипогликемическая кома;
гипергликемическая кома БДУ.

E10.1 Инсулин-зависимый сахарный диабет с кетоацидозом

Включаются:
диабетические, без упоминания комы:
ацидоз;
кетоацидоз.

E15 Недиабетическая гипогликемическая кома

E22 Гиперфункция гипофиза

E22.0 Акромегалия и гипофизарный гигантизм

E22.1 Гиперпролактинемия

Включается:
гиперпролактинемия, вызванная приемом лекарственных препаратов.

E23.— Гипофункция и другие нарушения деятельности гипофиза

E24.— Синдром Кушинга

E30 Расстройства полового созревания, не классифицируемые в других рубриках

E30.0 Задержка полового созревания

E30.1 Преждевременное половое созревание

E34 Другие эндокринные расстройства

E34.3 Низкорослость, не классифицируемая в других рубриках

E51 Недостаточность тиамина

E51.2 Энцефалопатия Вернике

E64.— Последствия недостаточного или неправильного питания и других видов дефицита питательных веществ

E66.— Ожирение

E70 Расстройства обмена ароматических аминокислот

E70.0 Классическая фенилкетонурия

E71 Расстройства обмена аминокислот с разветвленной цепью и жирных кислот

E71.0 Болезнь «кленового сиропа» (валино-лейцинурия, синдром Менкеса)

E74.— Другие нарушения углеводного обмена

E80.— Расстройства обмена порфиринов и билирубина

Глава VI. Заболевания нервной системы (G00—G99)

G00.— Бактериальный менингит, не классифицируемый в других рубриках

Включаются:

пневмококковый, стрептококковый, стафилококковый и другие бактериальные менингиты.

G02.— Менингит при других инфекционных и паразитарных заболеваниях, классифицированных в других рубриках

G03.— Менингит, вызванный другими и неуточненными причинами

G04.— Энцефалит, миелит и энцефаломиелит

G06 Внутричерепные и интраспинальные абсцесс и гранулема

G06.2 Экстрадуральный и субдуральный абсцесс, неуточненный

G09 Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы

G10 Болезнь Гентингтона

G11.— Наследственная атаксия

G20 Болезнь Паркинсона

G21 Вторичный паркинсонизм

G21.0 Злокачественный нейролептический синдром

G21.1 Другой вторичный паркинсонизм, вызванный приемом лекарственных препаратов

G21.2 Вторичный паркинсонизм, вызванный другими внешними факторами

G21.3 Постэнцефалитический паркинсонизм

G24 Дистония

Включается:
дискинезия.

G24.0 Дистония, вызванная лекарственными препаратами

G24.3 Спастическая кривошея

G24.8 Другие виды дистонии

Включается:
поздняя дискинезия.

G25.— Другие экстрапирамидные и двигательные расстройства

Включаются:
синдром беспокойных ног,
лекарственный тремор,
миоклония,
хорея,
тики.

G32 Другие дегенеративные расстройства нервной системы при заболеваниях, классифицированных в других рубриках

G35 Рассеянный склероз

G37 Другие демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы

G37.0 Диффузный склероз

Включаются:
периаксиальный энцефалит,
болезнь Шильдера.

G40 Эпилепсия

G40.0 Локальная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с припадками локального происхождения

Включается:

доброкачественная эпилепсия детского возраста с центрально-височными спайками на ЭЭГ или затылочными электроэнцефалографическими пароксизмами.

G40.1 Локальная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками

Включаются:

припадки без изменения сознания.

G40.2 Локальная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы со сложными парциальными припадками

Включаются:

приступы с изменением сознания, часто с автоматизмами.

G40.3 Генерализованные идиопатические эпилепсия и эпилептические синдромы

G40.4 Другие виды генерализованных эпилепсии и эпилептических синдромов

Включаются:

салаамовы припадки.

G40.5 Особые эпилептические синдромы

Включаются:

эпилептические припадки, связанные с приемом алкоголя, лекарственных препаратов или депривацией сна.

G40.6 Большие судорожные припадки, неуточненные (с малыми припадками или без них)

G40.7 Малые припадки, неуточненные, без больших судорожных припадков

G41.— Эпилептический статус

G43.— Мигрень

G44.— Другие синдромы головной боли

G45 Преходящие церебральные ишемические приступы и родственные синдромы

G47 Расстройства сна

G47.2 Расстройства ритма сна—бодрствования

G47.4 Нарколепсия и катаплексия

G70 Миастения и другие нейромышечные синдромы

G70.0 Миастения

G80.— Детский церебральный паралич

Включается:
болезнь Литтля.

Исключается:
наследственная спастическая параплегия (G11.4).

G83.— Другие паралитические синдромы

G91.— Гидроцефалия

G92.— Токсическая энцефалопатия

G93 Другие заболевания головного мозга

G93.1 Аноксическое поражение головного мозга, не классифицируемое в других рубриках

G93.3 Астенический синдром после перенесенной вирусной инфекции

Включается:
доброкачественный миалгический энцефаломиелит.

G93.4 Энцефалопатия, неуточненная

G97 Неврологические осложнения после диагностических и лечебных процедур, не классифицируемые в других рубриках

G97.0 Утечка ликвора после спинномозговой пункции

Глава VII. Заболевания глаз и прилежащих тканей (H00—H59)

H40 Глаукома

H40.6 Вторичная глаукома, вызванная приемом лекарств

H53.— Нарушения зрения

H54 Слепота и снижение остроты зрения

H54.2 Снижение зрения на оба глаза

H54.5 Снижение зрения на один глаз

Глава VIII. Заболевания уха и мастоидальные процессы (H60—H95)

H90.— Потеря слуха в результате нарушений проводящих путей и слухового нерва

H93 Прочие заболевания уха, не классифицируемые в других рубриках

Глава IX. Заболевания системы кровообращения (I00—I99)

I60.— Субарахноидальное кровоизлияние

I61.— Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другие не вызванные травмой внутричерепные кровоизлияния

I62.0 Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)

I62.1 Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние

I63.— Инфаркт головного мозга

I64 Инсульт геморрагический или ишемический, неуточненный

I65.— Закупорка или стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту головного мозга

I66.— Закупорка или стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту головного мозга

G93 Другие заболевания головного мозга

G93.1 Аноксическое поражение головного мозга, не классифицируемое в других рубриках

G93.3 Астенический синдром после перенесенной вирусной инфекции

Включается:
доброкачественный миалгический энцефаломиелит.

G93.4 Энцефалопатия, неуточненная

G97 Неврологические осложнения после диагностических и лечебных процедур, не классифицируемые в других рубриках

G97.0 Утечка ликвора после спинномозговой пункции

Глава VII. Заболевания глаз и прилежащих тканей (H00—H59)

H40 Глаукома

H40.6 Вторичная глаукома, вызванная приемом лекарств

H53.— Нарушения зрения

H54 Слепота и снижение остроты зрения

H54.2 Снижение зрения на оба глаза

H54.5 Снижение зрения на один глаз

Глава VIII. Заболевания уха и мастоидальные процессы (H60—H95)

H90.— Потеря слуха в результате нарушений проводящих путей и слухового нерва

H93 Прочие заболевания уха, не классифицируемые в других рубриках

Глава IX. Заболевания системы кровообращения (I00—I99)

I60.— Субарахнондальное кровоизлияние

I61.— Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другие не вызванные травмой внутричерепные кровоизлияния

I62.0 Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)

I62.1 Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние

I63.— Инфаркт головного мозга

I64 Инсульт геморрагический или ишемический, неуточненный

I65.— Закупорка или стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту головного мозга

I66.— Закупорка или стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту головного мозга

I67 Другие цереброваскулярные заболевания

I67.2 Церебральный атеросклероз

I67.3 Прогрессирующая сосудистая лейкодистрофия

Включается:
болезнь Бинсвангера

I67.4 Гипертоническая энцефалопатия

I69.— Последствия цереброваскулярного заболевания

I95 Гипотензия

I95.2 Гипотензия, вызванная приемом лекарственных препаратов

Глава X. Заболевания дыхательной системы (J00—J99)

J10 Грипп, вызванный выделенным вирусом гриппа

J10.8 Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа выделен

J11 Грипп, вирус не выделен

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не выделен

J45.— Астма

Глава XI. Заболевания системы пищеварения (K00—K93)

K25.— Язва желудка

K26.— Язва двенадцатиперстной кишки

K27.— Пептическая язва, без указания локализации

K29 Гастрит и дуоденит

K30 Диспепсия

K51.— Язвенный колит

K58.— Синдром раздраженной толстой кишки

K59.— Другие функциональные заболевания кишечника

K70.— Болезнь печени, вызванная алкоголем

K71.— Токсическое поражение печени

Включается:
заболевание печени, вызванное приемом лекарственных препаратов

K86 Другие заболевания поджелудочной железы

Глава XII. Заболевания кожи и подкожных тканей (L00—L99)

L20.— Атопический дерматит

L21.— Себоррейный дерматит

L22 Пеленочный (подгузниковый) дерматит

L23.— Аллергический контактный дерматит

L24.— Контактный дерматит в результате раздражения

L25.— Контактный дерматит, неуточненный

L26 Эксфолиативный дерматит

L27.— Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь

L28.— Лишай простой хронический или пруриго

L29.— Прурит

Исключается:
психогенный прурит (F45.8, кодируется по Оси I)

L30.— Другие дерматиты

L40.— Псориаз

L98 Прочие заболевания кожи и подкожных тканей, не классифицируемые в других рубриках

L98.1 Искусственный (артефициальный) дерматит

Включается:
невротическая экскориация.

Глава XIII. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00—M99)

M32.— Системная красная волчанка

M32.0 Системная красная волчанка, спровоцированная препаратами

M54.— Боль в спине

Глава XIV. Заболевания мочеполовой системы (N00—N99)

N47 Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз

N91.— Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации

N94 Боль и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом

N94.3 Синдром предменструального напряжения

N94.4 Первичная дисменоррея

N94.5 Вторичная дисменоррея

N94.6 Дисменоррея, неуточненная

Глава XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00—O99)

O04.— Медицинский аборт

O05.— Другой аборт

O07.— Неудавшаяся попытка аборта

O35 Наблюдение беременной по поводу установленных либо подозреваемых повреждений и аномалий развития плода

O35.4 Наблюдение беременной по поводу (подозреваемого) алкогольного повреждения плода

O35.5 Наблюдение беременной по поводу (подозреваемого) повреждения плода, вызванного употреблением лекарственных препаратов

O99 Другие заболевания матери, классифицируемые в других рубриках, но осложняющие течение беременности, родов и послеродового периода

O99.3 Психические расстройства и заболевания нервной системы, осложняющие течение беременности, родов и послеродового периода

Включаются:
состояния рубрик F00—F99 и O00—O99

Глава XVI. Определенные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00—P96)

P35.— Врожденные вирусные заболевания (включая синдром врожденной краснухи)

P96 Другие состояния, возникающие в перинатальном периоде

P96.1 Абстинентные симптомы у новорожденных от матерей, употребляющих наркотики

Глава XVII. Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии (Q00—Q99)

Q02 Микроцефалия

Q03.— Врожденцая гидроцефалия

Q04.— Другие врожденные аномалии головного мозга

Q05.— Врожденная расщелина позвоночника (spina bifida)

Q52.— Другие врожденные деформации женских гениталий

Q53.— Неопущение яичка

Q54.— Гипоспадия

Q55.— Другие врожденные деформации мужских половых органов

Q56.— Неопределенный пол и ложный гермафродитизм

Q75.— Другие врожденные дефекты развития черепа и лицевых костей

Q85 Факоматозы, не классифицируемые в других рубриках

Q85.0 Нейрофиброматоз (не злокачественный)

Q85.1 Туберозный склероз

Q86 Врожденные пороки развития, вызванные известными внешними причинами, не классифицируемые в других рубриках

Q86.0 Алкогольный синдром плода

Q90 Синдром Дауна

Q90.0 Трисомия по 21-й паре хромосом, нерасхождение при мейозе

Q90.1 Трисомия по 21-й паре хромосом, мозаицизм (нерасхождение при митозе)

Q90.2 Трисомия по 21-й паре хромосом, транслокация

Q90.9 Синдром Дауна, неуточненный

Q91.— Синдром Эдвардса и синдром Патау

Q93 Моносомии и делеции аутосом, не классифицируемые в других рубриках

Q93.4 Делеция короткого плеча хромосомы 5-й пары

Включается:
синдром кошачьего крика.

Q96.— Синдром Тернера

Q97.— Другие аномалии половых хромосом, женский фенотип, не классифицируемые в других рубриках

Q98 Другие аномалии половых хромосом, мужской фенотип, не классифицируемые в других рубриках

Q98.0 Синдром Клайнфельтера, кариотип 47, XXV

Q98.1 Синдром Клайнфельтера, мужчина с более чем двумя X-хромосомами

Q98.2 Синдром Клайнфельтера, мужчина с кариотипом 46, XX

Q98.4 Синдром Клайнфельтера, неуточненный

Q99.— Другие хромосомные аномалии, не классифицируемые в других рубриках

Глава XVIII. Симптомы, признаки и аномальные результаты клинических или лабораторных исследований, не классифицируемые в других рубриках (R00—R99)

R55 Синкопе и коллапс

R56 Судороги, не классифицируемые в других рубриках

R56.0 Фебрильные судороги

R56.8 Другие и неуточненные судороги

R62 Недостаточность ожидаемого нормального физиологического развития

R62.0 Задержка этапа развития

R62.8 Иная недостаточность ожидаемого нормального физиологического развития

R62.9 Недостаточность ожидаемого нормального физиологического развития, неуточненная

R63 Симптомы и признаки, связанные с питанием и приемом жидкости

R63.0 Анорексия

R63.4 Патологическая потеря массы тела

R63.5 Патологическая прибавка массы тела

R78.— Обнаружение при лабораторном исследовании наркотиков и других веществ, обычно не выявляемых в крови

Включаются:
алкоголь (R78.0);
опиаты (R78.1);
кокаин (R78.2);
галлюциногены (R78.3);
другие препараты, вызывающие зависимость (R78.4);
психотропные препараты (R78.5);
повышенный уровень лития (R78.8).

R83 Аномальные находки в цереброспинальной жидкости

R90.— Аномальные находки при проведении диагностического обследования с использованием методов получения изображений головного мозга

R94 Аномальные результаты функциональных исследований

R94.0 Аномальные результаты исследования функций центральной нервной системы

Включается:
аномальная электроэнцефалограмма (ЭЭГ).

Глава XIX. Травмы, отравления и некоторые другие следствия воздействия внешних факторов (S00—T98)

S04.— Повреждение черепномозговых нервов

S06 Внутричерепная травма

S06.0 Сотрясение головного мозга

S06.1 Травматический отек головного мозга

S06.2 Обширная травма головного мозга

S06.3 Очаговая травма головного мозга

S06.4 Эпидуральное кровоизлияние

S06.5 Травматическое субдуральное кровоизлияние

S06.6 Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

S06.7 Внутричерепная травма с затяжной комой

T36.— — T50.— Отравление наркотиками, медикаментами и биологическими веществами

Включается:
передозировка этих веществ;
выдача или употребление вещества по ошибке.

T52.— Токсическое действие органических растворителей

T74.— Синдромы неправильного лечения

T90.— Последствия черепномозговых травм

Глава XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V01—Y98)

Умышленное самоповреждение (X60—X84)

Включаются:
намеренное самоотравление или самотравмирование;
самоубийство.

X60 Намеренное самоотравление с использованием неопиатных анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических лекарственных препаратов и сознательное подвергание организма их действию

X61 Намеренное самоотравление с использованием противосудорожных, седативно-снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов и сознательное подвергание организма их действию, не классифицируемые в других рубриках

Включаются:
антидепрессанты, барбитураты, нейролептики, психостимуляторы.

X62 Намеренное самоотравление с использованием наркотиков и психодислептиков (галлюциногенов) и сознательное подвергание организма их действию, не классифицируемые в других рубрнках

Включаются:
каннабис (и производные), кокаин, кодеин, героин, диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), мескалин, метадон, морфин, опиум (алкалоиды).

X63 Намеренное самоотравление с использованием других препаратов, влияющих на вегетативную нервную систему, и сознательное подвергание организма их действию

X64 Намеренное самоотравление с использованием других и неуточненных лекарственных препаратов и веществ биологического происхождения и сознательное подвергание организма их действию

X65 Намеренное самоотравление с использованием алкоголя и сознательное подвергание организма его действию

X66 Намеренное самоотравление с использованием органических растворителей, галогенизированных углеводородов и их испарений, а также сознательное подвергание организма их действию

X67 Намеренное самоотравление с использованием других газов и испарений, а также сознательное подвергание организма их действию

Включаются:
окись углерода, выхлопные газы автомобилей.

X68 Намеренное самоотравление с использованием пестицидов, а также сознательное подвергание организма их действию

X69 Намеренное самоотравление с использованием других и неуточненных химикатов и вредных веществ, а также сознательное подвергание организма их действию

Включаются:
едкие ароматические соединения, кислоты и щелочи.

X70 Намеренное самоповреждение путем повешения, удавления и удушения

X71 Намеренное самоповреждение путем утопления

X72 Намеренное самоповреждение посредством выстрела из ручного огнестрельного оружия

X73 Намеренное самоповреждение посредством выстрела из винтовки, карабина и более крупнокалиберного огнестрельного оружия

X74 Намеренное самоповреждение посредством выстрела из другого и неуточненного огнестрельного оружия

X75 Намеренное самоповреждение с применением взрывчатых веществ

X76 Намеренное самоповреждение огнем

X77 Намеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и раскаленными предметами

X78 Намеренное самоповреждение острыми предметами

X79 Намеренное самоповреждение тупыми предметами

X80 Намеренное самоповреждение падением с высоты

X81 Намеренное самоповреждение падением под движущийся объект

X82 Намеренное самоповреждение путем провоцирования аварии моторизованного транспортного средства

X83 Намеренное самоповреждение другими уточненными способами

Включаются:

крушение летательного аппарата, электротравма, использование едких веществ (кроме отравления).

X84 Намеренное самоповреждение неуточненными способами

Насилие (X85—Y09)

Обычно случаи насилия обозначаются по Оси V под кодами 6.4 «Сексуальное насилие» или 6.5 «Переживание сильного страха».

Побочные действия препаратов, медикаментов и веществ биологического происхождения при их терапевтическом применении (Y40—Y59)

Последствия внешних причин заболеваемости и смертности (Y85—Y89)

Примечание: Категории Y85—Y89 используются для обозначения обстоятельств, послуживших причинами смерти, дисфункции или не-

трудоспособности в качестве «результатов» или «отдаленных последствий», которые сами классифицируются в других разделах. Результаты или «отдаленные последствия» включают состояния, возникающие или сохраняющиеся спустя год или более после исходного события.

Y85 Отдаленные последствия дорожно-транспортных аварий

Y86 Отдаленные последствия других аварий и несчастных случаев

Y87 Отдаленные последствия самоповреждения, насилия или действий, совершенных с неустановленными намерениями

Y89 Отдаленные последствия других внешних причин

Y46 Побочные действия противосудорожных и антипаркинсонических препаратов

Y47.— Побочные действия седативных, снотворных и анксиолитических препаратов

Y49 Побочные действия психотропных препаратов, не классифицируемых в других рубриках

Y49.0 Трициклических и тетрациклических антидепрессантов

Y49.1 Антидепрессантов — ингибиторов моноаминоксидазы

Y49.2 Других и неуточненных антидепрессантов

Y49.3 Нейролептиков — производных фенотиазина

Y49.4 Нейролептиков — производных бутирофенона и тиоксантена

Y49.5 Других антипсихотических и нейролептических препаратов

Y49.6 Психодислептиков (галлюциногенов)

Y49.7 Психостимуляторов, способных вызывать зависимость

Y49.8 Прочих психотропных препаратов, не классифицируемых в других рубриках

Y49.9 Психотропных препаратов, неуточненных

Y50.— Побочные действия стимуляторов центральной нервной системы, не классифицируемых в других рубриках

Y51.— Побочные действия лекарственных средств, воздействующих главным образом на вегетативную нервную систему

Y57.— Побочные действия других и неуточненных лекарственных средств

Ось V: Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации

Список категорий

00 Отсутствие значительного искажения или неадекватности психосоциального окружения

1 Аномальные отношения в семье

- 1.0 Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми (Z62.4)[3]
- 1.1 Конфликтные отношения между взрослыми в семье (Z63.8)
- 1.2 Враждебное отношение к ребенку или присвоение ему постоянной роли «козла отпущения» (Z62.3)
- 1.3 Физическое насилие в отношении ребенка (Z61.6)
- 1.4 Сексуальное насилие (в семье) (Z61.4)
- 1.8 Другие аномальные внутрисемейные отношения

2 Психическое расстройство, отклонения или нетрудоспособность в группе первичной поддержки ребенка (Z58.8 + Z63.8)

- 2.0 Психическое расстройство/отклонение у родителей
- 2.1 Нетрудоспособность/физический недостаток у родителей
- 2.2 Нетрудоспособность у сиблинга
- 2.8 Другое

3 Неадекватное или искаженное общение в семье (Z63.8)

4 Аномальные качества воспитания

- 4.0 Родительская гиперопека (Z62.1)
- 4.1 Неадекватный родительский надзор/контроль (Z62.0)

[3] Приведенные Z-коды относятся к размещению этих категорий в Главе XXI (факторы, влияющие на состояние здоровья и контакт с медицинскими службами) МКБ-10.

4.2 Социальная депривация (Z62.5)

4.3 Неадекватное родительское давление (Z62.6)

4.8 Другое (Z62.8)

5 Аномалии ближайшего окружения

5.0 Воспитание в учреждении (Z62.2)

5.1 Ситуация воспитания в аномальной семье (Z80.1)

5.2 Изолированная семья (Z60.8)

5.3 Бытовые условия, создающие потенциально опасную психологическую ситуацию (Z59.1)

5.8 Другое (Z60.8)

6 Неблагоприятные события жизни

6.0 Утрата в детстве отношений любви и привязанности (Z61.0)

6.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу (Z61.1)

6.2 Негативные изменения модели отношений в семье (Z61.2)

6.3 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства (Z61.3)

6.4 Сексуальное насилие (вне семьи) (Z61.5)

6.5 Переживание сильного страха (Z61.7)

6.8 Другое (Z61.8)

7 Социальные стрессовые события

7.0 Пребывание в качестве объекта дискриминации и преследования (Z60.5)

7.1 Миграция или социальная трансплантация (Z60.3)

7.8 Другое

8 Хронический межличностный стресс, связанный с учебой/работой (Z55 относится к учебе, а Z56 — к работе)

8.0 Конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников (Z55.4; Z56.4)

8.1 Присвоение по воле учителей или начальства постоянной роли «козла отпущения» (Z55.4; Z56.4)

8.2 Напряженная ситуация в школе/на работе (Z55.8; Z56.7)

8.8 Другое

9 Стрессовые события/ситуации, обусловленные расстройством/дисфункцией у ребенка (Z72.8). (В пределах МКБ-10 подобные события или ситуации можно кодировать категориями, которые приводятся — то есть использовать соответственно коды Z62.1, Z61.1 или Z61.3 — если они возникают не из-за расстройства (дисфункции) у ребенка, а по какой-либо иной причине).

9.0 Воспитание в учреждении

9.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу

9.2 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства

9.8 Другое

Введение

Данная ось предоставляет возможность кодировать аспекты психосоциальной ситуации ребенка, значительно отклоняющиеся от нормы, в соответствии с контекстом уровня развития ребенка, его прошлого опыта и преобладающих социокультуральных обстоятельств. Категории, включенные в эту ось, были выбраны на основании многих свидетельств, подтверждающих их значительную роль в качестве серьезных психиатрических факторов риска. Вместе с тем, при кодировании следует строго учитывать, соответствует ли та или иная ситуация, в которой находится ребенок, критериям приведенных категорий, независимо от того, является ли она, по мнению психиатра, непосредственной причиной психического расстройства. Подобный подход необходим, поскольку в большинстве случаев обычно не хватает сведений для принятия твердого решения относительно этиологической роли каждого отдельного фактора в конкретных обстоятельствах. Неблагоприятные психосоциальные ситуации действительно вносят определенный вклад в развитие психических расстройств, однако они редко достаточны, редко становятся единственной причиной, обусловливающей их возникновение. К тому же психиатры-клиницисты расходятся во мнениях относительно этиологической роли психосоциальных воздействий. Тем не ме-

нее поскольку данная ось предназначена для регистрации фактов, которые, возможно, сыграли свою роль в этиологии расстройства или могут повлиять на его дальнейшее развитие, ситуации, возникшие вследствие действий или симптоматического поведения самого больного, должны *исключаться* из рубрик, кодируемых 1—8 (для обозначения событий/ситуаций, обусловленных расстройством/дисфункцией у самого ребенка, выделена специальная рубрика с кодом 9).

Для каждой категории оценочный код «2» означает, что аномальная ситуация определенно имела место в указанный период и обладала характером и степенью тяжести, достоверно соответствующими критериям данной категории. Оценочный код «1» означает, что ситуация определенно имела место в указанный период, ее характер соответствовал критериям категории, однако степень тяжести несколько уступала указанным критериям, хотя клинически ее можно оценить как аномальную и потенциально значимую. Оценочный код «0» означает, что психологическая ситуация пациента (в соответствии с особенностями данного рейтингового кодирования) находилась в широких пределах нормативных изменений (то есть включала незначительные отклонения, не имеющие клинического значения). Оценочный код «8» означает, что указанная ситуация неприменима к данному пациенту (то есть, учитывая обстоятельства, он *вообще не мог* оказаться в ней); оценочный код «9» означает, что достаточная информация для осуществления оценки отсутствует.

Вполне очевидно, что эта ось не предназначается для включения абсолютно всех типов потенциальных этиологических факторов. Например, не учитываются генетические факторы, если только они не связаны с одним из указанных типов аномалий психосоциального окружения. Данная ось также не включает стрессов, связанных с пубертатом или другими физическими изменениями. Она, скорее, обеспечивает своего рода систематическое кодирование, описывающее основные типы аномальных психосоциальных ситуаций, относящихся к окружающим ребенка обстоятельствам. Несмотря на это ограничение, в некоторых случаях врач может прийти к выводу, что иные психосоциальные факторы, не удовлетворяющие приведенным здесь критериям, возможно, сыграли ключевую роль в этиологии расстройства. Например, для ранимого ребенка естественное начало посещения школы или рождение сиблинга может стать значительным стрессовым фактором. Конечно, ограниченное количество кодов не в состоянии охватить все воз-

можные разновидности психосоциальных ситуаций, играющих немаловажную роль в индивидуальных случаях. Поэтому приведенные здесь категории ограничиваются теми, которые в соответствии с многочисленными данными ведут к существенному риску, угрожающему значительному числу детей.

В приведенных разделах описаны избранные аспекты или измерения обстоятельств, окружающих детей. Как и следует ожидать, к одному ребенку нередко могут быть применимы несколько категорий; более того, указанные обстоятельства часто накладываются друг на друга или отражают разные аспекты одной и той же основной ситуации. Например, психические расстройства у родителей нередко приводят к внутрисемейным разногласиям. Однако в наши намерения *не входила* попытка создать целостную классификацию теоретически подразумевающейся «лежащей в основе» или «базовой» семейной психопатологии; мы, скорее, намеревались ввести категории для ее многообразных измерений, которые могут оказывать на ребенка различное влияние.

Временные рамки

Данная классификация предоставляет возможность кодирования аномальных психосоциальных ситуаций, которые, согласно многим свидетельствам, представляют существенный риск для развития психиатрической патологии у значительного числа детей. Подобные обстоятельства могли действовать на ребенка еще в младенческом возрасте, приводя к возникновению повышенной уязвимости задолго до развития психического расстройства. Их влияние может приходиться на период, непосредственно предшествующий появлению расстройства (и таким образом, их можно считать усугубляющими факторами в возникновении данного расстройства). Наконец, они могут совпадать с ним по времени, влияя, скорее, на его течение, чем возникновение. Психиатрам-клиницистам и исследователям по разным причинам приходится сосредоточивать внимание на различных промежутках времени, и эту классификацию можно применить к любому избранному периоду. Однако при ее использовании во избежание неоднозначности и, следовательно, ненадежности желательно уточнять период времени, к которому относились указанные обстоятельства.

Коды были сформулированы относительно всего периода жизни ребенка. Однако по ряду причин клиницистам и исследователям иног-

да важно кодировать только психосоциальные ситуации, которые действовали в течение последних 6 месяцев, непосредственно предшествовавших настоящему обследованию ребенка. Этот период является вполне достаточным для оценки качества психосоциальных ситуаций (и оказания влияния на ребенка), но не настолько длительным, чтобы избежать серьезных проблем, связанных с их изменчивостью во времени. С другой стороны, если в центре внимания находятся усугубляющие факторы, повлиявшие на развитие соответствующего расстройства, желательно (дополнительно или взамен) закодировать ситуации, действовавшие на ребенка на протяжении 6 месяцев, предшествовавших возникновению расстройства, приведшего к обращению за психиатрической помощью. Третьей альтернативой является кодирование на основании данных, подтверждающих, что указанная ситуация сыграла роль этиологического фактора в возникновении данного расстройства. Пользователям, выбирающим последний вариант, рекомендуется разработать собственные практические правила относительно того, каким образом следует обозначать подобную причинную связь. В настоящей книге приведенные данные касаются всей жизни ребенка. Положительной стороной этого подхода является возможность охватывать все ситуации, которые могли оказать на ребенка отрицательное влияние, однако в нем есть и серьезные недостатки, в частности, кодирование значительно затрудняется, если на протяжении жизни ребенка аномальные ситуации отличались чрезмерной изменчивостью. Поэтому пользователям настоящей классификации предоставляется свобода принятия решений относительно временных рамок кодирования.

Кодирование категорий или измерений

Классификация обеспечивает возможность кодирования 9 типов психосоциальных ситуаций, большинство из которых разделены на подрубрики: таким образом, всего имеется 40 кодов. Каждый код описывает определенное измерение или аспект психосоциальной ситуации ребенка. По своему характеру они не являются взаимоисключающими, и совершенно ясно, что на практике часто оказываются применимыми несколько или даже множество из них. В предложенной классификации не уточняется, следует ли применять категориальный или измерительный подход, и возможным является использование нескольких различных форматов.

По-видимому, наиболее надежный и валидный формат обеспечивается измерительной структурой, в которой для каждой из 40 специфических ситуаций предусмотрены отдельные оценочные коды «0», «1» или «2» (см. выше). Этот подход является рекомендованным. Вместе с тем, с равной легкостью классификация может быть использована и в мультикатегориальном формате, при котором врач оценивает лишь ситуации, имеющие отношение к данному случаю. Однако этот формат труднее поддается статистической обработке из-за огромных различий по числу закодированных ситуаций между отдельными случаями и врачами. Эту проблему можно несколько уменьшить, договорившись располагать коды по порядку в зависимости от их психиатрической значимости и/или использовать не более определенного числа кодов. В обоих случаях ценой подобного облегчения становится снижение надежности оценок, в связи с чем эта процедура не рекомендуется.

00 Отсутствие значительного искажения или неадекватности психосоциального окружения

Психосоциальные обстоятельства пациента находятся в широко обозначаемых нормативных пределах. Как острые стрессовые ситуации, так и длительные негативные воздействия могут быть незначительными и, соответственно, потенциально иметь небольшое клиническое значение. Кодирование 00 означает, что никакая другая категория по данной оси не была обозначена кодами «1» или «2».

1 Аномальные отношения в семье

Эта категория касается неблагоприятных моделей взаимодействия и отношений в рамках семьи, которые оказывают негативное воздействие на социальное/эмоциональное развитие ребенка. Неблагоприятные семейные отношения, описанные в данном разделе, в ряде различных обществ и культур, как известно, связаны с аномальным развитием детей, хотя патогенетические механизмы влияния этих факторов до конца не изучены. Некоторые из них непосредственно касаются отношений ребенка с другими членами семьи; другие подразумевают в целом атмосферу семьи, в которой проходит воспитание детей.

Ребенок может одновременно переживать одно, несколько или все неблагоприятные обстоятельства сразу. Общепризнанным является мнение,

что, хотя способы выражения и пороги оценки различаются в зависимости от особенностей культуры, дефицит или искажения в этих областях остаются весьма сходными. В качестве общего принципа оценки *наличие* аномалии должно обязательно кодироваться *независимо* от компенсирующих положительных переживаний или особенностей окружения.

По своему характеру любые отношения подразумевают двустороннее взаимодействие, на которое оказывает влияние поведение обоих участников. Соответственно, аномальные внутрисемейные отношения, вероятно, в различной степени частично возникают в результате собственных действий, отношений или реакций ребенка. Однако в каждом конкретном случае бывает трудно установить, как обстоит дело. Поэтому кодирование должно осуществляться только на основании аномалий поведения других людей независимо от вклада самого ребенка в дисгармонию отношений.

1.0 Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми

Имеется в виду значительная недостаточность проявления позитивных чувств в отношении ребенка со стороны родительской фигуры (фигур). Теплота выражается интонацией голоса, когда родители говорят с ребенком, а также в невербальных формах поведения, таких как ласковые прикосновения или создание физического комфорта, утешение в моменты тревоги или дистресса. Контекст и частота подобного открытого выражения теплоты являются в целом различными в разных культурах и зависят от пола родителя. Уровень выражения теплоты следует оценивать в зависимости от форм родительского поведения, которые обычно ребенок, относящийся к данной культуре, может ожидать по отношению к себе или видеть в других семьях. Недостаточность позитивных чувств не следует путать с присутствием критических или негативных эмоций. Обычно родитель, относящийся с теплотой к своему ребенку, может вполне критически оценить его поведение, особенно если поступки ребенка в настоящее время ведут к различным проблемам.

Диагностические критерии

Недостаточность теплоты обычно проявляется в том, что родитель рассказывает о положительных качествах или достижениях своего ре-

бенка без одобрения или гордости, а о проблемах или тревожащих проявлениях — без сочувствия или озабоченности.

Основой для рейтинговой оценки становится общий аффективный тон отношений между родителями и ребенком. Его специфические проявления отличаются в разных семьях, однако для определения отчетливого отсутствия теплоты во взаимоотношениях должны присутствовать, по меньшей мере, две из следующих характеристик:

(a) беседуя с ребенком, родитель говорит, не проявляя никаких чувств, или пытается поскорее от него отделаться;

(b) у родителя отсутствует интерес к деятельности, успехам или достижениям ребенка;

(c) родитель не проявляет сочувствия к трудностям ребенка;

(d) родитель редко хвалит и подбадривает ребенка;

(e) возникновение тревоги у ребенка воспринимается с раздражением или встречает властное повеление хорошо себя вести;

(f) физическое утешение при тревоге или дистрессе является кратковременным, носит характер ритуала или совсем отсутствует (успешность родителя в успокоении ребенка не относится к необходимым критериям; важным является качество предпринятой попытки).

Информацию о поведении некоторых родительских фигур иногда приходится получать от других членов семьи или домочадцев. В этих случаях следует принимать во внимание только описание конкретных примеров форм поведения, а не обобщенные высказывания об отношениях между родителями и ребенком. К подобным характеристикам поведения относится информация о том, что родитель не проявляет к ребенку никакого интереса, не расспрашивает его об интересах и/или занятиях, редко играет с ним, не испытывает удовольствия или гордости, узнав о его успехах или достижениях, и/или ведет себя в соответствии с критериями оценки отсутствия теплоты. Для кодирования недостаточности теплоты необходимо, чтобы она являлась выраженной (i), определенной (ii), постоянной во времени (iii), устойчивой в различных ситуациях (iv) и явно аномальной относительно субкультуральных норм (v). Эмоциональной сдержанности или отсутствия выраженного энтузиазма мало для кодирования недостаточности теплоты.

Недостаточность теплоты касается только отношений между одним или двумя родителями и ребенком (то есть отсутствие теплоты между родителями не имеет отношения к этой ситуации); однако не обязатель-

но, чтобы указанное обстоятельство касалось обоих родителей. Отсутствие теплоты может отражать специфическую аномалию отношений между родителями и ребенком или же являться следствием более обобщенной недостаточности у родителей (например, дефектного состояния при шизофрении). При удовлетворении диагностических критериев недостаточность теплоты следует кодировать независимо от того, является ли она следствием аномалий, отмеченных другим психосоциальным кодом (например, «психическое расстройство у родителей»).

1.1 Конфликтные отношения между взрослыми в семье

В этой рубрике речь идет о конфликтах между родителями ребенка или другими взрослыми членами семьи и домочадцами (включая сиблингов, если им 16 или более лет). Она *не включает* конфликты между родителями и самим ребенком (которые входят в категорию 1.2). Они должны быть явными, то есть состоять в частых ссорах и перебранках или постоянной атмосфере жесткого эмоционального напряжения как следствия натянутых отношений. Недостаточность привязанности или позитивного взаимодействия не является достаточным критерием для кодирования конфликтов наряду с периодическими краткими эпизодами раздражения; должны присутствовать серьезные и активные отрицательные отношения. Обычно конфликты подразумевают двусторонние ссоры, однако и одностороннее вербальное или физическое насилие следует относить к данной рубрике.

Диагностические критерии

Существуют значительные индивидуальные различия и субкультуральные вариации форм и степени, в которых люди выражают свое неудовлетворение, разногласия или раздражение в открытых конфликтах. Данную рубрику следует применять лишь в тех случаях, когда формы проявления разногласий явно выходят за пределы субкультуры, к которой принадлежит ребенок. Они считаются аномальными, если:

(a) приводят к серьезной и длительной потере контроля; или

(b) связаны с генерализацией враждебных или критических чувств; или

(c) связаны с постоянной атмосферой серьезного межличностного насилия (то есть с драками и нанесением побоев); или

(d) завершаются уходом одного из членов семьи из дома или запрещением возвращаться в течение некоторого времени.

Генерализация враждебных или критических чувств может характеризоваться следующими проявлениями:

(a) пренебрежительными высказываниями или оскорблениями в адрес семьи, друзей или социальной среды, к которой принадлежит другой человек; или

(b) не относящимися к данному случаю обращениями к прошлым эпизодам или случаям, демонстрирующим человека в отрицательном свете; или

(c) после ссоры партнеры ложатся спать отдельно; или

(d) длительно не разговаривают друг с другом; или

(e) кто-то из участников конфликта после скандала уходит из дома на всю ночь.

Постоянная атмосфера жесткого эмоционального напряжения может проявляться:

(a) частыми саркастическими, пренебрежительными или обвиняющими высказываниями о другом человеке; или

(b) постоянной тенденцией отвечать на нейтральные или мягко порицающие высказывания собеседника интенсивной негативной реакцией; или

(c) постоянной тенденцией к перерастанию незначительных негативных взаимодействий в продолжительные конфликты с враждебностью или попытками принуждения собеседника к совершению каких-то действий.

Кодирование должно отражать преобладающую ситуацию в течение определенного промежутка времени. Отдельные серьезные ссоры, не сопровождающиеся стойкой атмосферой напряжения, обычно не считаются достаточным критерием для кодирования конфликтных отношений (если произошла очень серьезная ссора, то ее можно отнести к рубрике 6, «неблагоприятные жизненные события»). Вместе с тем, конфликтные отношения следует обязательно кодировать, если разногласия являются яростными и частыми, или присутствуют длительные периоды эмоционально напряженной атмосферы, даже если они перемежаются с периодами гармонии и позитивных взаимоотношений.

Конфликты между живущими раздельно родителями (как и разведенными родителями, вступающими в споры относительно общения с ребенком) кодируются в данной рубрике при условии, что: (a) у ребенка сохранились текущие взаимоотношения с обеими родительскими фигурами и (b) по своему характеру и уровню конфликты соответствуют приведенным выше критериям. Здесь кодируются и разногласия между домочадцами ребенка, не являющимися его родителями. Так, ссоры могут возникать между биологическим родителем и мачехой или отчимом; между родителем и совместно проживающим любовником; между родителями и бабушками или дедушками, проживающими совместно; между родителями и взрослым ребенком; между родителями и живущими раздельно взрослым родственником или жильцом.

1.2 Враждебное отношение к ребенку или присвоение ему постоянной роли «козла отпущения»

Эта категория относится к сосредоточенным на ребенке (или намеренно прицельным) и сильным негативным чувствам со стороны одного или обоих родителей (или лиц, замещающих родителей, других взрослых членов семьи или домочадцев). Таким образом, в данную рубрику включается специфическая враждебность к одному ребенку или отведение ему постоянной роли «козла отпущения» и исключаются общие разногласия или негативные чувства, равномерно распределенные между всеми членами соответствующей семьи. Отрицательные чувства должны быть специфически направлены против одного ребенка, хотя возможно, что в семье роль «козла отпущения» может отводиться более, чем одному ребенку.

Диагностические критерии

В наиболее экстремальной форме родительское поведение сводится к психологическому насилию, когда ребенок подвергается постоянным мучениям, унижениям и незаслуженным обвинениям со стороны родителей. Однако эта категория включает и подобным образом сосредоточенное враждебное поведение, отчетливо выходящее за широко определяемые нормативные пределы, но являющееся недостаточно серьезным основанием для судебного решения о лишении родительских прав в связи с подобным насилием. Для установления данного кода требуется, чтобы:

(a) негативное отношение родителей к ребенку было отчетливо аномальным по форме и/или по степени выраженности; и

(b) сосредоточивалось конкретно на данном ребенке, как на личности; и

(c) было стойким во времени и постоянным при различных формах поведения ребенка (иными словами, чрезмерно эмоциональная реакция родителей на один или два конкретных проступка ребенка является недостаточной для установления данного кода).

Враждебное отношение/отведение роли «козла отпущения» может состоять в следующих чертах:

(a) неоправданная тенденция автоматически ставить в вину ребенку любые проблемы или трудности, возникающие в доме, или отрицательные поступки, кем бы они ни совершались; или

(b) общая тенденция приписывать ребенку отрицательные характеристики; или

(c) критика ребенка, доходящая до степени унижения его как личности, с негативной генерализацией его прошлых провинностей и при ожидании будущих проступков; или

(d) отчетливая тенденция «придираться» к ребенку, или затевать ссоры, если взрослый чем-то расстроен, раздражен или находится в плохом настроении; или

(e) несправедливое отношение к ребенку в отличие от других членов семьи — например, взваливание на него большего объема работы или ответственности, меньшее его вовлечение в позитивные семейные взаимодействия; или явное отсутствие внимания к потребностям или трудностям ребенка; или

(f) применение жестоких мер наказания, таких, как запирание ребенка в темных замкнутых пространствах, — например, в кладовой или погребе.

1.3 Физическое насилие в отношении ребенка

Рубрика физического насилия включает любые случаи, когда ребенок получал телесные повреждения, нанесенные любым взрослым членом семьи или домочадцем, и степень тяжести повреждений требовала медицинской помощи, либо формы насилия являлись аномальными для субкультуры, к которой принадлежит ребенок.

Диагностические критерии

Между разными культурами существуют значительные различия в степени приемлемости телесных методов наказания детей. Тем не менее, к физическому насилию, несомненно, следует относить случаи, когда:

(a) наказание было настолько жестоким, что привело к порезам, переломам костей, вывихам суставов или значительным кровоподтекам; или

(b) наказание включало нанесение ребенку побоев твердыми или острыми орудиями, например палкой, пряжкой ремня (нанесение ударов тапочкой или ремнем без пряжки в некоторых субкультурах не причисляют к насилию, если сила ударов является умеренной и взрослый хорошо себя контролирует); или

(c) во время наказания взрослый совершенно утрачивал контроль и не учитывал возможных последствий, например, швырял ребенка о стену или сталкивал с лестницы; или

(d) насилие включало необычные и неприемлемые формы причинения физических травм, например, нанесение ребенку ожогов огнем или кипятком, связывание ребенка или удержание его головы под водой.

Физическое насилие может являться следствием телесного наказания, слишком далеко зашедшего из-за потери взрослым самоконтроля, либо результатом преднамеренного жестокого обращения с ребенком.

Исключается:

физическое насилие со стороны человека, не относящегося к членам семьи или домочадцам (можно использовать код 6.5).

1.4 Сексуальное насилие (в семье)

Сексуальное насилие в пределах семьи включает половые сношения, представляющие собой инцест (поскольку они происходят между членами семьи, брак между которыми юридически запрещен), а также неинцестуозные отношения между ребенком и кем-то из старших домочадцев, при которых взрослым используется значительная физическая сила или психологическое давление авторитетом, чтобы заставить ребенка вступить в сексуальные отношения. В результате насилие включает сексуальные действия со стороны биологических или приемных

родителей, старших сиблингов, других совместно проживающих родственников, жильцов или друзей семьи.

В данный раздел включается сексуальное насилие, происходящее в контексте семьи или семейного окружения, обычно возникающее на фоне серьезного искажения семейных или домашних отношений; тем не менее, его следует кодировать именно на основании наличия сексуальных действий (а не выводов об искаженных взаимоотношениях).

Диагностические критерии

Культуры отличаются друг от друга многими аспектами, касающимися сексуальной жизни, в частности, позволением детям видеть своих родителей обнаженными, предельным возрастом, до которого родители моют детей в ванной, совместным сном в одной постели с родителями и возрастом, в котором детям предоставляется возможность уединения от родителей. Однако к сексуальному насилию, несомненно, следует относить случаи, когда:

(a) имел место генитальный контакт между старшим по возрасту человеком и ребенком; или

(b) проводились какие-либо манипуляции с грудью или гениталиями ребенка в любых обстоятельствах, за исключением культурально приемлемого купания маленького ребенка; или

(c) ребенка заставили прикасаться к груди или гениталиям старшего человека; или

(d) ребенку преднамеренно демонстрировали грудь или гениталии старшего человека (случаи, когда он увидел их случайно при купании или переодевании, исключаются); или

(e) ребенка преднамеренно заставляли показывать грудь или гениталии (случаи, когда кто-то случайно увидел ребенка обнаженным при купании или переодевании, исключаются);

(f) имела место любая другая форма физического контакта или демонстрации интимных частей тела между взрослым и ребенком, которая привела к возникновению у кого-то из них отчетливого чувства сексуального возбуждения. При этом не имеет значения, охотно ли ребенок совершал сексуальные действия или нет.

Исключается:

сексуальное насилие вне семьи/дома (6.4)

1.8 Другие аномальные внутрисемейные отношения

Любые другие аномальные внутрисемейные отношения, соответствующие общим критериям данной категории по характеру и степени тяжести, но которые нельзя отнести к рубрикам 1.0—1.4.

2 Психическое расстройство, отклонение или физический недостаток[4] в группе первичной поддержки ребенка

В эту категорию включаются расстройства у членов семьи, способные оказать неблагоприятное воздействие и, в силу ряда причин, обусловить риск развития у ребенка психических нарушений. В некоторых случаях эти причины могут потребовать дополнительного кодирования по другим категориям (например, «внутрисемейным конфликтам»), а в других — оно не требуется (например, если речь идет о своего рода унижении, социальной стигме, связанных иногда с психической болезнью или эпилепсией). Так или иначе, здесь следует кодировать расстройство, которым страдает член семьи, если оно соответствует приведенным критериям (в случае необходимости — с дополнительными кодами).

К общим критериям этой категории относятся:

(i) наличие психического расстройства, физического недостатка или отклоняющейся модели поведения, вызывающих социальную неполноценность у члена семьи или домочадца ребенка; и

(ii) характер и степень тяжести этого нарушения выражены настолько, что способны оказать влияние на жизнь ребенка путем создания потенциального риска развития у него психической патологии. Это влияние может принимать форму социальной стигматизации, неадекватных форм воспитания, ограничений в социальной жизни ребенка, аномальных семейных отношений, вовлечения ребенка в аномальные формы поведения, недостаточного ухода за ним или возникновения ситуаций, порождаемых социальным стыдом.

---

[4] Термины «физический недостаток» (handicap), «нетрудоспособность» (disability) и «нарушение», «дисфункция» (impairment) в данном разделе используются свободно и не отражают четких определений этих понятий, представленных в Международной классификации нарушений, нетрудоспособности и физических недостатков ВОЗ (WHO, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps).

2.0 Психическое расстройство/отклонение у родителей

Эта категория включает любой тип текущего психического расстройства, вызывающего утрату трудоспособности и продуктивности у родителя ребенка, независимо от того, получает ли больной психиатрическое лечение или нет. Для применения данного кода не обязательно, чтобы ребенок находился в контакте с больным родителем, и не имеет значения, совместное ли проживание. Вместе с тем, болезнь родителя должна оказывать существенное влияние на ребенка. При применении этой категории словом «родитель» обозначается любой из взрослых членов семьи или домочадцев, принимающий на себя какой-либо аспект родительской роли в отношении ребенка (независимо, является ли он биологическим родителем или исполняет родительскую роль в соответствии с законом).

Диагностические критерии

Между нормой и психопатологией не существует четкой разделительной черты; у многих взрослых бывают периоды тревоги, депрессии, пьянства или мелких делинквентных поступков, которые по степени выраженности не достигают психического расстройства, нарушающего социальную продуктивность. Более того, не существует однозначного разделения между понятиями психического расстройства и социального отклонения. В данном случае для целей кодирования проведение четких диагностических дефиниций не является обязательным (поскольку в обоих случаях воздействие на ребенка может быть одинаковым). Тем не менее необходимо, чтобы расстройство или отклонение приводило к значительным нарушениям в одной или нескольких основных областях социально-ролевого функционирования взрослого.

На этом основании в данную рубрику включаются криминальные действия, если они являлись постоянными или повторяющимися, привели к тюремному заключению или помещению взрослого в какое-либо иное заведение или включали насильственные действия в отношении людей. Алкоголизм включается в том случае, если он приводит к медицинским осложнениям (таким как эпилептические припадки, белая горячка или периоды амнезии), существенно препятствует социальной жизни данного лица, вызывает прогулы или опоздания на работу. Шизофрения включается, если она характеризуется отчетливо аномальным поведением (психотическим или непсихотическим), или у

больного появляются постоянные странности в социальном поведении или видимые побочные действия применяемого медикаментозного лечения. Аффективные расстройства включаются, если из-за значительной степени выраженности они вызывают регулярные и отчетливые нарушения исполнения социальной роли данным лицом (проявляются, например, временной нетрудоспособностью или неспособностью совершать покупки, выполнять обычную домашнюю работу, в свободное время участвовать в привычных развлечениях или адекватно заботиться о детях). Обычно любое расстройство, обусловливающее необходимость психиатрической помощи или лечения, считается соответствующим этим критериям. И, напротив, если человек не обращался за какой-либо профессиональной помощью (в том числе семейного врача или социального работника), то при отсутствии явных свидетельств о наличии существенной социальной дисфункции оно, по-видимому, не достигает пороговой степени тяжести. Существенно отклоняющееся социальное поведение, связанное со значительными общими нарушениями или искажениями поведения, должно кодироваться, даже если точный диагноз не установлен. Таким образом, болезненная ревность, ведущая к организации слежки или систематическому контролю партнера, постоянное агрессивное поведение или выраженная социальная изоляция могут отмечаться данным кодом, если обусловливают социальные нарушения.

Следует полагать, что любое, сопровождающееся выраженной социальной непродуктивностью психическое расстройство, которым страдает родитель, находящийся в постоянном контакте с ребенком, с большой степенью вероятности негативно влияет на жизнь ребенка и обусловливает у него риск развития психического расстройства. Однако, с другой стороны, наличие определенных свидетельств негативного влияния расстройства/физического недостатка у члена семьи на жизнь ребенка (например, приведшего к ограничениям в социальной жизни, аномальному/неадекватному воспитанию или изменению стиля жизни в результате явной и отчетливой специфической социальной стигматизации), дает веские основания для кодирования (поскольку негативное влияние на ребенка является косвенным доказательством социальной дисфункции), вне зависимости от того, находятся ли ребенок и взрослый в контакте.

Исключаются:

гомосексуализм (если ему не сопутствуют другие формы расстройств);

психический недостаток (если ему не сопутствуют другие формы расстройств), см. 2.1.

2.1 Нетрудоспособность/физический недостаток у родителей

Эта категория включает все формы физических недостатков/нетрудоспособности у родителей, которые не вошли в рубрику 2.0. Общие критерии этих рубрик являются сравнимыми, то есть должны удовлетворяться два условия:

(i) наличие у родителя патологического состояния такой степени тяжести, которая приводит к нарушению в одной или нескольких основных областях социально-ролевого функционирования; и

(ii) характер и степень тяжести этого нарушения выражены настолько, что способны оказать влияние на жизнь ребенка путем создания потенциального риска развития у него психической патологии.

Диагностические критерии

Существуют пять основных видов нетрудоспособности/физических недостатков, более всего соответствующих критериям данной рубрики:

(i) психическая недостаточность, обусловливающая нетрудоспособность;

(ii) серьезная сенсорная недостаточность (например, глухонемота или слепота);

(iii) тяжелая эпилепсия;

(iv) хроническое соматическое расстройство, обусловливающее нетрудоспособность (такое, как церебральный паралич или тяжелая астма);

(v) заболевание, угрожающее жизни (например, рак).

Однако для кодирования недостаточно лишь наличия того или иного из указанных состояний. Дополнительно должны присутствовать достоверные свидетельства их негативного влияния на ребенка путем создания риска возникновения психического расстройства. Они могут быть следующими:

(a) наличие отчетливой специфической социальной стигматизации (выражающейся, например, в том, что ребенок избегает приводить до-

мой друзей, не рассказывает никому о недостатке родителя или подвергается унижению из-за проблемы, имеющейся у родителя, и т.п.); или

(b) неадекватность заботы или надзора за ребенком со стороны больного родителя; или

(c) нарушение воспитания, выражающееся, например, в малой отзывчивости на потребности ребенка, неадекватной реакции на его тревожное или оппозиционное поведение или в ограничении игры/общения с ребенком; или

(d) конфликты и эмоциональное напряжение в семье; или

(e) социально странное или обусловленное стыдом поведение; или

(f) ограничение социальной жизни ребенка; или

(g) возложение на ребенка ответственности, не соответствующей возрасту.

Исключается:

нетрудоспособность/физический недостаток у родителей, не оказывающие существенного влияния на жизнь ребенка.

2.2 Нетрудоспособность у сиблинга

Этой рубрике соответствуют те же два критерия, что и в рубрике 2.1, за исключением того, что они относятся не к родителю, а к сиблингу. Виды нарушений приведены в рубриках 2.0 и 2.1.

Диагностические критерии

В дополнение к соответствию критерию присутствия у сиблинга какой-либо психической или соматической нетрудоспособности (инвалидности)/физического недостатка обязательными являются отчетливые свидетельства, что эти обстоятельства оказывают неблагоприятное влияние на ребенка. Основные формы, в которых они могут проявляться, сводятся к следующим:

(a) ограничение социальной жизни ребенка из-за того, что он стесняется приводить домой друзей, или из-за необходимости заботиться о больном сиблинге, что обусловливает ограничения его социальной активности; или

(b) неприятности, касающиеся личного имущества ребенка (например, порча/поломка его вещей или отсутствие возможности оставлять их без присмотра в присутствии больного сиблинга); или

(c) уменьшение или искажение взаимодействия между ребенком и родителями или социальной активности семьи из-за того, что родители вынуждены больше заниматься больным сиблингом; или

(d) чрезмерная растерянность, испытываемая ребенком из-за разрушительного/ отклоняющегося поведения больного сиблинга при посторонних; или

(e) постоянное унижение со стороны сверстников из-за странностей/недостатка его сиблинга; или

(f) физические неудобства, испытываемые ребенком в связи с тем, что он должен, например, спать в одной постели со страдающим энурезом сиблингом или подвергаться проявлениям его агрессивного поведения; или

(g) возложение не соответствующей возрасту ответственности на ребенка в связи с заботой о больном сиблинге.

Исключается:

инвалидность у сиблинга, не оказывающая существенного отрицательного воздействия на жизнь ребенка.

2.8 Другое

Какое-либо психическое расстройство, отклонение или физический недостаток (инвалидность) у другого члена семьи ребенка или домочадца (исключая родителей и сиблингов), соответствующее двум ключевым критериям, общим для всей данной категории.

3 Неадекватное или искаженное общение в семье

Объективная оценка моделей внутрисемейного общения сталкивается со значительными трудностями, и данные научных исследований относительно связи между искаженными моделями общения и психическими расстройствами являются достаточно противоречивыми. Многие специалисты полагают, что особенности общения нельзя оценить на основании данных, полученных от каких-либо информаторов; вместо этого необходимо наблюдать за членами семьи, общающимися между собой. Но, так или иначе, существует распространенная точка зрения, подтвержденная рядом свидетельств, что нарушение внутрисемейного

общения обусловливает риск развития психических расстройств. Характеристики доминирующего стиля общения, его объема, лингвистической точности и ясности выражений, а также качества артикуляции у членов семьи, по-видимому, не имеют особого значения. Ключевыми аспектами искаженного внутрисемейного общения скорее являются запутанные и противоречивые высказывания («двойные послания»), бесплодные споры и неспособность эффективного использования общения для разрешения семейных дилемм, проблем и конфликтов. Еще одна важная особенность неадекватного общения — наличие семейных секретов или утаивание от ребенка ключевой информации, необходимой для адаптивного функционирования.

Диагностические критерии

Очевидно, искаженное внутрисемейное общение можно охарактеризовать следующими признаками:

(a) высказывания являются отчетливо противоречивыми по содержанию и/или присутствует значительное несоответствие между вербальным содержанием и эмоциями, выражаемыми интонациями голоса или мимикой; или

(b) существует отчетливая тенденция к произнесению длинных, ни к кому конкретно не обращенных тирад при отсутствии реакции на то, что говорят другие члены семьи; или

(c) бесплодные споры, не приводящие к продуктивному решению или согласию;

(d) утаивание ключевой семейной информации, приводящее к нарушению адаптации (например, ребенку не сообщают о факте усыновления); или

(e) регулярные попытки справиться с семейными трудностями путем отказа от их разрешения и обсуждения.

Семьи существенно отличаются друг от друга стилями общения, имеют место и значительные культуральные вариации степени ожиданий того, каким образом семьи обычно обсуждают волнующие их вопросы. Искажение внутрисемейного общения следует кодировать только в случае, если:

(i) оно явно выходит за пределы широко определенных нормативных границ той субкультуры, к которой принадлежит ребенок; и

(ii) искаженные или неадекватные модели общения являются постоянными и общими в том смысле, что включают ребенка; и

(iii) неадекватность общения приводит к дезадаптации (то есть в итоге члены семьи совершают неадекватные поступки, не решают важных вопросов или не справляются с важными для семьи проблемами).

4 Аномальные качества воспитания

Эта категория охватывает определенные меры воспитания, которые применяются родителями, другими членами семьи или домочадцами, заботящимися о ребенке (например, бабушкой, дедушкой, приемными родителями, няней или старшим сиблингом), по своему характеру являющиеся аномальными и способными обусловить риск развития у ребенка психического расстройства.

Нормативное воспитание охватывает много различных аспектов, некоторые из которых входят в другие категории. Например, оно включает отношения между родителями и ребенком, и аномалии в данной области кодируются в рубрике 1. Воспитание подразумевает разрешение социальных проблем, и некоторые из этих аспектов входят в рубрику 3 (неадекватное или искаженное внутрисемейное общение). Однако кроме вопросов, обсуждавшихся выше, родители отвечают за правильность и адекватность обучения ребенка (в частности, они должны способствовать приобретению им адаптивного жизненного опыта). Нарушения в этой области преимущественно входят в обсуждаемую категорию аномальных качеств воспитания. Первая рубрика (субкатегория) «родительская гиперопека» относится к стилю воспитания, лишающего детей адекватных возможностей освоения автономии и ответственности, а также конструирования отношений вне любой из диад «родитель—ребенок». Следующая субкатегория охватывает обстоятельства, в которых родители не осуществляют должного надзора за ребенком, необходимого для удержания его от попадания в психологически рискованные ситуации. Третья рубрика касается недостаточности совместной игровой деятельности и общения, обеспечивающих ребенка непосредственным контекстом и содержанием обучающего опыта, получаемого от социального взаимодействия или деятельности, контролируемой или организуемой взрослыми. Четвертая субкатегория относится к давлению, которое родители оказывают на ребенка, подталкивая его к совершению отклоняющихся в социокультуральном по-

нимании поступков и/или не соответствующих его собственным интересам, способностям и уровню развития.

Существуют значительные социокультуральные вариации в моделях воспитания детей, и приведенные здесь субкатегории следует применять только в тех случаях, если качество воспитания является отчетливо аномальным по своему характеру и степени и может обусловливать риск развития у ребенка психических нарушений (этот риск включает возможность возникновения специфических или общих задержек развития). Обычно модель воспитания, приемлемая в определенной субкультуре (или религиозной группе), к которой относится ребенок, не считается отклоняющейся, даже если она отличается от принятых моделей в более широкой культурной среде, в которую входит упомянутая субкультура. Однако подобную модель все же следует кодировать, если она отчетливо подвергает ребенка риску развития психических нарушений (данное суждение следует выносить с большой осторожностью; для кодирования недостаточно одного лишь мнения клинициста о том, что применяемая модель воспитания *потенциально может* вызвать дезадаптацию только на том основании, что существенно отличается от форм воспитания, принятых в рамках более широкой культурной среды).

Аномалии воспитания оцениваются, исходя из тех его форм, соответствующих конкретным обстоятельствам, которые учитывают уровень развития, поведение, физическое состояние и социокультуральное положение конкретного ребенка. На потребности детей неизбежно оказывают влияние их характеристики; импульсивному ребенку требуется более строгий надзор, тревожному — больше поддержки, а психологически зрелому — менее прямолинейный контроль. Соответственно и способ языкового взаимодействия, способный помочь адаптации глухого ребенка, коренным образом отличается от взаимодействия со слышащим. Следует учитывать и существование значительных социокультуральных вариаций того, какая деятельность является допустимой для ребенка. Кодирование аномальных качеств воспитания должно ограничиваться ситуациями, отклоняющимися от «нормы» в значительной степени, достаточной для создания у ребенка риска развития психических нарушений.

Модели воспитания бывают отклоняющимися в различных сочетаниях. Например, неадекватный родительский надзор может сопровождаться семейными конфликтами. В этом случае следует кодировать *оба*

обстоятельства. Далее, если обе указанные ситуации являются результатом наличия у родителей какого-либо психического расстройства, то следует кодировать и последнее обстоятельство. Подобный подход необходим для охвата возможно большего разнообразия вариантов патологии и избежания произвольных решений в отношении того, какой из аспектов следует считать приоритетным. Кодирование аномальных аспектов воспитания следует осуществлять, если они проявляются кем-либо из родителей, независимо от качества воспитания, предлагаемого другим, при условии, что аномальное воспитание составляет существенную часть опыта ребенка, получаемого дома. Вместе с тем, если аномалия касается только одной диады «родитель—ребенок», следует подумать о возможности существования конфликтов между родителями (1.1) или неадекватного внутрисемейного общения (3).

Воспитание, осуществляемое сиблингом, кодируется здесь только в том случае, если сестра или брат, заботящиеся о ребенке, занимают сравнимое с социальным родителем положение.

4.0 Родительская гиперопека

Термин «гиперопека» используется авторами в разных литературных источниках с несколько различающимися смысловыми оттенками. В данном случае он подразумевает ситуацию, в которой один из родителей (чаще всего мать) использует отношения и/или модель дисциплины для жесткого ограничения возможностей ребенка в установлении или поддержании других отношений и/или принятии соответствующих возрасту самостоятельных решений/ответственности. Ключевыми компонентами отношений гиперопеки являются:

(i) предотвращение независимого поведения; и

(ii) инфантилизация.

Таким образом, родитель(и) принимает вместо ребенка решения, к которым тому следует приходить самостоятельно, ограждает его от трудностей/стрессовых ситуаций вместо предоставления помощи в их самостоятельном преодолении, нянчится с ребенком таким образом, что развивает зависимость и не предоставляет ему возможности брать на себя соответствующую возрасту ответственность, ограничивает все (или почти все) компоненты социального опыта ребенка вне диады, в

пределах которой осуществляется гиперопека, а также (обычно) изолирует ребенка от других источников социального воздействия.

В этом определении ведущей является мысль о родительском контроле над деятельностью ребенка, не соответствующем уровню развития и вырабатывающем у него зависимость и черты инфантильности. В некоторых случаях он сопровождается излишней снисходительностью в пределах инфантильной роли ребенка (потаканием его капризам и прихотям, терпимостью к разрушительному поведению), однако подобное поведение родителей встречается не всегда и не входит в определение данной формы воспитания. Нередко гиперопека относится не только к ограничениям активности ребенка, но и охватывает эмоциональную сферу, и существуют значительные вариации ее степени в том, что касается непосредственного выражения теплых отношений. Часто чрезмерно опекающий родитель вкладывает в отношения с ребенком слишком много соответствующих эмоций, и данная категория рассматривает влияние, оказываемое на ребенка, а не наличие психопатологии или мотивацию родителя (которая, естественно, бывает различной).

Диагностические критерии

Для кодирования этого вида аномального воспитания требуется как лишение ребенка возможности независимого поведения, так и инфантилизация (в степени, аномальной для обоих показателей, в смысле социокультурально принятых возрастных норм).

Лишение возможности независимого поведения может проявляться в следующем:

(a) ограничение способов проведения свободного времени и развлечений, за исключением проводимых с родителем либо под его надзором или присмотром; и/или

(b) чрезмерный контроль дружеских отношений, устанавливаемых ребенком; и/или

(c) запрет на проведение ребенком ночей вне дома с друзьями или родственниками; и/или

(d) исключительное поощрение видов деятельности, осуществляемых ребенком совместно с родителем и не соответствующих его возрасту по виду или степени доминирования; и/или

(e) выбор родителем одежды и занятий для ребенка в степени, не соответствующей социокультуральным возрастным нормам; и/или

(f) запрещение ребенку принимать собственные решения; и/или

(g) постоянная опека и защита ребенка, из-за чего ему редко приходится самостоятельно преодолевать социальные трудности (то есть разрешение вместо него всех конфликтов, отстаивание его во всех затруднительных ситуациях); и/или

(h) необоснованное запрещение посещения ребенком в свободное время увеселительных мероприятий, выходящих за рамки родительского контроля или присмотра.

Инфантилизация выражается в следующем:

(a) одевание/купание ребенка в возрасте, в котором, по представлениям, бытующим в данной культуре, ему положено самостоятельно справляться с этими действиями; и/или

(b) укладывание ребенка спать вместе с собой для успокоения тревоги/обеспечения комфорта; и/ или

(c) вождение ребенка в школу и обратно, а также в другие места вместо позволения с соответствующего возраста самостоятельно добираться общественным транспортом или школьным автобусом; и/или

(d) необычно постоянный и необоснованно тщательный присмотр за ребенком, например, слежение за его игрой на площадке и другими занятиями в безопасных местах; и/или

(e) необычно частое или назойливое слежение за ребенком путем расспросов учителей или других лиц; и/или

(f) аномальная готовность обращаться к врачам или создавать для ребенка постельный режим в связи с незначительными соматическими жалобами; и/или

(g) лишение ребенка возможности встречаться/самостоятельно справляться с посильными его возрасту трудностями/стрессовыми ситуациями; и/или

(h) настаивание на пребывании в больнице вместе с ребенком или присутствии во время проведения различных тестов и опросов в возрасте, когда в соответствии с социокультуральными нормами в этом нет никакой необходимости; и/или

(i) лишение ребенка возможности заниматься обычными и посильными видами спорта (плаванием, катанием на велосипеде, игрой в футбол) в связи с предполагаемым риском.

Для установления кода родительской гиперопеки, рассматриваемой как лишение ребенка возможности независимого поведения и инфантилизация, необходимым является присутствие в выраженной степени, по меньшей мере, нескольких критериев из обоих ключевых компонентов.

Гиперопека часто сочетается с излишним беспокойством или тревогой о ребенке. Однако эта особенность не входит число обязательных критериев. Если кроме приведенных критериев у родителя наблюдается аномальная степень тревожности, следует думать о тревожном расстройстве, которому соответствует код 2.0.

Исключаются:

состояние тревоги у родителя, не сопровождающееся инфантилизацией ребенка и лишением его самостоятельности в действиях;

гиперопека, ограниченная специфическими видами деятельности;

гиперопека, временно возникшая как реакция на острое заболевание или иной кризис.

4.1 Неадекватный родительский надзор/контроль

Эта категория относится к существенной недостаточности эффективного контроля или надзора за деятельностью ребенка, оценка которой производится с учетом его степени зрелости и социокультурального происхождения. По мере взросления ребенка родителям, естественно, необходимо осуществлять определенный надзор за его деятельностью, изменяя степень контроля в зависимости от накопления опыта, его способностей и зрелости для обучения принятию ответственности и, одновременно, избеганию риска попадания в психологически опасные ситуации. Чрезмерный контроль родителей кодируется в рубрике 4.0, а неадекватный родительский надзор относится к данной категории. Имеются значительные социокультуральные вариации в отношении степени контроля, считающейся желательной, и неадекватный контроль следует кодировать только в том случае, если степень его выраженности является аномальной с социокультуральной точки зрения и повышает психологический риск.

На практике неадекватный контроль лучше всего оценивать по следующим свидетельствам:

(i) родители не знают, чем занимается и где находится ребенок (что не дает возможности осуществления эффективного контроля); и

(ii) стратегии контроля являются отчетливо неэффективными, осуществляются некачественно и нерегулярно (что не создает той же возможности); и/или

(iii) отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда становится известно, что ребенок находится в психологически опасных ситуациях.

Диагностические критерии

Незнание родителей о месте нахождения и занятиях ребенка проявляется в следующем:

(a) обычно родители не знают, где находится ребенок, если его нет дома; и/или

(b) обычно родителям не известны имена (или адреса) друзей, которых посещает ребенок или остается у них на ночь; и/или

(c) обычно родители не знают, когда ребенок вечером вернется домой; и/или

(d) ребенок часто остается без надзора вне дома в возрасте, когда это еще недопустимо; и/или

(e) ребенок часто остается дома один в возрасте, когда это еще недопустимо.

Неэффективность родительского контроля проявляется в следующем:

(a) отсутствуют определенные правила/руководящие установки о том, что разрешается ребенку делать, а что — нет; и/или

(b) проявление похвалы и одобрения со стороны взрослого больше зависит от его настроения, чем от поведения ребенка; и/или

(c) замечания, касающиеся дисциплины, высказываются расплывчатыми или общими фразами (например, «ну, будь хорошим мальчиком...»), а не конкретными пожеланиями о том, что именно ожидается от ребенка; и/или

(d) понимание дисциплины у обоих родителей настолько различается, что невозможно предсказать их реакцию на шалости и плохое поведение ребенка; и/или

(e) предпринимаются лишь беспорядочные попытки добиться дисциплинированности без какой-либо настойчивости и проверки в отношении достижения желаемого результата.

Отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда ребенок находится в психологически опасных ситуациях, проявляются в следующем:

(a) бездействие родителей, если становится известно, что ребенок контактирует с группами, представляющими существенный психологический риск (например, когда молодая девушка начинает потенциально любовные отношения со старшими мужчинами, или когда ребенок оказывается в компании наркоманов/делинквентной группе или вступает в инцестуозные отношения с кем-то из членов семьи); и/или

(b) бездействие родителей, когда становится известно, что ребенок из-за своего поведения может столкнуться с серьезными неприятностями (например, принимает сильнодействующие наркотики, совершает делинквентные поступки или хранит оружие); и/ или

(c) бездействие родителей, если становится известно, что ребенок находится в ситуации серьезного физического риска (например, если маленький ребенок залезает на крышу дома или играет с опасными веществами).

Для оценки ситуации как неадекватного родительского надзора/контроля в этой области воспитания должны существовать постоянные и множественные проблемы, проявляющиеся в различных аспектах жизни ребенка. Это означает, что должны удовлетворяться, по меньшей мере, несколько из приведенных выше критериев, и обычно можно ожидать, что аномальное поведение наблюдается, по меньшей мере, в двух из трех упомянутых областей контроля. Вместе с тем, если выраженные аномалии в одной из них приводят к отчетливой и серьезной недостаточности контроля, этого также достаточно для кодирования.

Недостаточность контроля должна распространяться на многие виды деятельности ребенка и может исходить от одного или обоих родителей.

4.2 Социальная депривация

Дети осваивают различные навыки и развивают социальные отношения в процессе общения, игр и иных занятий с родителями, другими членами семьи (и представителями внедомашнего окружения). Данная категория касается выраженной недостаточности подобного взаимодействия. Традиционно соответствующие обстоятельства именовались дефицитом «стимуляции», однако этот термин не точно отражает конкретные потребности детей в том смысле, что они обучаются, активно взаимодействуя с другими людьми и окружением в целом. Данная категория подразумевает недостаточность подобного активного взаимодействия с людьми в областях речевой, социальной, перцептивной и моторной активности, которая вызвана действиями (то есть ограничением или запретом) или бездействием родителей (оставлением ребенка без соответствующих возможностей). О недостаточности взаимодействия следует судить с учетом уровня развития ребенка и социокультуральной ситуации.

Социальная депривация проявляется следующими характеристиками:

(i) недостаточностью общения/игр родителей с ребенком; и/или

(ii) недостаточной активностью ребенка вне дома; и/или

(iii) созданием в жизни ребенка обстоятельств, существенно ограничивающих активное взаимодействие с людьми и/или объектами; и/или

(iv) недостатком у ребенка игрушек или других предметов, подходящих для игр.

Диагностические критерии

Недостаточность общения/игр родителей с ребенком может проявляться в следующем:

(a) выраженный дефицит возможностей у ребенка общаться с членами семьи, поскольку они редко собираются вместе; и/или

(b) родители не обсуждают с ребенком его интересы, занятия или планы; и/или

(c) (для дошкольников и младших школьников) родители редко читают ребенку книги или слушают, как читает он; и/или

(d) отсутствие или недостаточность социально-бытовой коммуникации за столом или в других случаях, когда вся семья собирается вместе; и/или

(e) родители редко играют с детьми, устраивают шутливые потасовки или занимаются иными видами игровой активности; и/или

(f) во взаимодействии, которое все же происходит по инициативе родителей, ощущается отчетливая тенденция игнорировать предложения или обращения ребенка.

Недостаточная активность вне дома может проявляться в следующем:

(a) недостаточность совместных прогулок или таких занятий, как походы в музеи, художественные галереи, совместные поездки и т.п.; и/или

(b) дефицит совместной активности родителей и ребенка (такой, как занятия спортом, прослушивание музыки, общие увлечения или работа по дому); и/или

(c) недостаточные возможности для выполнения соответствующих возрасту обязанностей (например, хождения за покупками) или осуществления других видов активности (например, участия в туристических поездках с классом).

Обстоятельства, существенно ограничивающие активное взаимодействие ребенка с окружением, могут быть следующими:

(a) ребенку не позволяют выходить из дома и играть с другими детьми; и/или

(b) его часто оставляют одного в комнате (или дома), где нет возможностей для игры или общения; и/или

(c) (маленького) ребенка часто оставляют одного, когда он не спит; и/или.

(d) ребенка заставляют рано ложиться спать, и у него не остается времени для общения с родителями и другими членами семьи.

Недостаток у ребенка игрушек/предметов, подходящих для игры, проявляется в следующем:

(a) оставление ребенка без игровых предметов, соответствующих его возрасту. Существуют огромные социокультуральные вариации в степени доступности игрушек для детей, и экономические соображения могут существенно ограничивать возможность их приобретения. Тем не менее, за исключением состояний глубокой нищеты, путем импровизации родители в состоянии приспособить какие-либо предметы для игры ребенка. Конечно, следует использовать широкий подход к определе-

нию соответствующих возрасту предметов игры, но некоторое их число должно обязательно быть доступным для ребенка в соответствии с его возрастом и социокультуральными возможностями; и/или

(b) потенциальная доступность соответствующих возрасту игровых предметов при дефиците возможностей использования, поскольку их запирают или каким-то образом удерживают ребенка от пользования ими.

В отличие от большинства других категорий, социальную депривацию следует оценивать с учетом *общей* ситуации в доме и семье ребенка, а не на основании его диадных отношений с каждым родителем или членом семьи. Депривацию *не* следует кодировать, если есть недостаточность отношений с одним из родителей при в целом удовлетворительном общем уровне приобретения опыта (вместе с тем, дефицит общения с одним из родителей может быть сигналом присутствия аномалий, которые кодируются в других категориях).

Поскольку дети могут получать адекватный опыт из многих источников, депривацию опыта следует кодировать только в том случае, если она является тотальной. Обычно это означает, что ситуация соответствует многим приведенным выше критериям, по меньшей мере, в двух из четырех групп. Тем не менее оценку этой категории следует проводить в соответствии с общим уровнем получения опыта, и в ряде случаев очень серьезная недостаточность в одной группе критериев может оправдать кодирование этой категории; однако подобная ситуация является очень редкой.

4.3 Неадекватное родительское давление

Эта категория относится к родительскому давлению, которое не согласуется с потребностями и желаниями ребенка, соответствующими его развитию и социокультуральной принадлежности. Иными словами, подразумевается, что родители оказывают неадекватное давление на ребенка, пытаясь его изменить и сделать не тем, кем он на самом деле является. Подобное давление может не соответствовать полу (например, одевание мальчика в девичью одежду, или наоборот), возрасту (например, принуждение более старшего ребенка одеваться и вести себя как маленький, или наоборот) или личностным особенностям ребенка (например, принуждение достигать успеха в занятиях, которые не соот-

ветствуют его талантам и желаниям). Оно может наблюдаться со стороны одного или обоих родителей, но для его кодирования необходимо, чтобы оно было постоянным, отчетливо неадекватным и охватывало различные стороны жизни ребенка до такой степени, которая существенно мешала бы ему в жизни. Давление, связанное с необычным для преобладающей культурной среды стилем семьи (например, наблюдающимся в ряде религиозных групп), обычно не оценивается как неадекватное. Однако иногда его приходится включать в данную рубрику, если нормы/практика родителей насильно навязываются ребенку, несмотря на его предпочтения следовать более широким культурным традициям в среде, где живет семья.

Диагностические критерии

Давление, не соответствующее полу, может проявляться в следующем:

(a) постоянное давление, оказываемое на ребенка, для соответствия его/ее вида одежды, стиля поведения или рода занятий таким особенностям, которые представлениями данной культуры приписываются противоположному полу; и/или

(b) постоянное давление на ребенка, чтобы его/ее поведение всегда соответствовало его/ее полу, причем степень исключительной приверженности своей гендерной роли далеко выходит за пределы норм той субкультуры, к которой относится семья; и/ или

(c) постоянное неадекватное давление, оказываемое на ребенка, чтобы он проявлял гомосексуальное поведение, тогда как его собственные наклонности являются гетеросексуальными, и наоборот.

Давление, не соответствующее возрасту, может проявляться в следующем:

(a) постоянное давление, оказываемое на ребенка, для соответствия одежды, поведения и занятий более раннему или старшему возрасту и уровню развитня в соответствии с представлениямн, доминирующими в данной субкультуре; и/или

(b) постоянное давление на ребенка с тем, чтобы он против своего желания принимал на себя ответственность, отчетливо превышающую его возможности, обусловленные возрастом и способностями; и/или

(c) постоянное неадекватное вовлечение маленького ребенка в обсуждение достаточно интимных вопросов, касающихся взрослых (например, семейных или внебрачных сексуальных отношений).

Давление, не соответствующее личностным особенностям, может проявляться в следующем:

(a) постоянное давление, оказываемое на ребенка, для принуждения заниматься деятельностью (спортом, музыкой, науками), не согласующейся с его обоснованно выраженными желаниями и/или способностями; и/или

(b) постоянное принуждение ребенка заниматься какой-либо деятельностью, поглощающей столько времени и энергии, что она приводит к социальным ограничениям и отражает, скорее, амбиции родителей, чем интересы/потребности самого ребенка (например, принуждение к серьезным занятиям спортом, требующим участия во многих соревнованиях, или каким-либо видом искусства).

Для кодирования неадекватного родительского давления оно должно отличаться отчетливо аномальными чертами в соответствии с социокультуральным контекстом семьи, совершенно не соответствовать характеристикам ребенка, быть постоянным и распространяться на многие области его жизни. Вместе с тем, оно может оказываться только одним из родителей, и несоответствия могут иметь место только в одной из трех категорий (посвященных полу, возрасту или личностным особенностям).

Исключаются:

особая поддержка проявлений таланта, не являющаяся исключительно принудительной;

поощрение желания ребенка заниматься видами деятельности, требующими частого участия в соревнованиях и ограничивающими его социальную жизнь;

поощрение ребенка к принятию ответственности, обычно связываемую с более старшим возрастом, но которую ребенок взял на себя добровольно и успешно справляется с ней.

4.8 Другое

В эту рубрику следует включать другие аномальные качества воспитания, не удовлетворяющие критериям ситуаций, приведенным в рубриках 4.0—4.3, если они мешают ребенку получать соответствующий адекватный учебный опыт и являются достаточно аномальными для создания риска развития психических нарушений у ребенка.

5 Аномалии ближайшего окружения

Эта категория охватывает различные аспекты социальной или физической структуры окружения ребенка, предрасполагающие к неблагоприятным психосоциальным ситуациям, создающим потенциальный риск развития у него психических нарушений. Их воздействие на ребенка, по всей видимости, является более опосредованным по сравнению с большинством других категорий, тем не менее эти ситуации включены в классификацию, поскольку существуют свидетельства о создаваемом ими риске. Однако из-за отсутствия четких знаний о конкретных механизмах, опосредствующих риск, кодирование в этих случаях должно быть основано на уточненном присутствии структурной переменной, а не просто чьем-либо мнении о нанесении вреда определенному ребенку.

Общими критериями этой категории являются следующие:

(i) социальная/физическая структура ближайщего окружения ребенка является совершенно нетипичной для социокультуральной среды, к которой он принадлежит;

(ii) эта атипичность часто создает неблагоприятные или девиантные психосоциальные ситуации; и

(iii) существуют эмпирические основания для предположения, что эти ситуации создают риск развития психических нарушений у детей.

5.0 Воспитание в учреждении

Эта категория охватывает все ситуации, когда воспитание ребенка проводится в условиях учреждения, в котором он постоянно проживает и где осуществляются групповые, а не семейные формы ухода и воспитательных мероприятий. В данном случае под групповым воспитанием подразумевается, что за ребенком присматривают большое число взрослых, делящих между собой обязанности по уходу (то есть у воспитателей имеется определенный распорядок рабочего времени и выходные дни, когда обязанности по уходу осуществляет кто-то другой). Подобная ситуация не похожа на семейное воспитание, при котором дети проживают с постоянным(и) взрослым(и), обеспечивающим круглосуточный уход без расписания и выходных (хотя лица, заботящиеся о ребенке, могут часто менять друг друга). Семейное воспитание очень редко вклю-

чает регулярный ночной уход, осуществляемый не-членами семьи, а при групповом воспитании подобная практика является обычной.

Большинство форм воспитания в учреждениях подразумевает осуществление ухода по расписанию, то есть меняющими друг друга лицами, которые находятся с детьми только во время своей смены. В некоторых случаях это означает, что большое число взрослых присматривает за каждым отдельно взятым ребенком. Подобное отсутствие постоянного родительского воспитания, осуществляемого сравнительно небольшим числом взрослых, которые регулярно доступны для ребенка, составляет наиболее очевидное отличие группового воспитания, и оно, согласно мнению многих специалистов, создает основной риск возникновения психических расстройств.

Обстоятельства воспитания в учреждении могут быть следующими:

(i) групповое воспитание неродных детей, при котором обязанности родителей берет на себя какое-либо учреждение, например, круглосуточные ясли или детский сад, дом ребенка, детский дом; или

(ii) стационарное лечение, при котором ребенок на длительное время без родителей помещается в больницу, санаторий или иное похожее учреждение.

Диагностические критерии

Воспитание в учреждении следует кодировать, если:

(a) воспитание проводится стационарной группой путем совместного ухода и группового воспитания неродных детей (независимо от нахождения вместе с ними их сиблингов); и/или

(b) подобный уход и присмотр сохраняется на протяжении всей недели (независимо, забирают ли ребенка родители на выходные); и

(c) подобное воспитание осуществляется круглогодично (независимо от того, забирают ли ребенка на праздники) без регулярных периодов длительных каникул (подобных тем, что организуются в школах-интернатах); и

(d) продолжительность этого воспитания составляет не менее трех месяцев.

Исключаются:

семейное воспитание приемных детей (код 5.1);

семестровые занятия в школе-интернате;

лечение ребенка на семейной основе, если с ним находится, по крайней мере, один из родителей;

воспитание в учреждении, продолжающееся менее трех месяцев (следует учитывать возможность удовлетворения критериев рубрики 6.1);

все формы нестационарного дневного воспитания, воспитание в исправительном или социальном учреждении в результате делинквентного или девиантного поведения ребенка, например, в специальной школе, колонии или тюрьме (код 9.0);

стационарное лечение любых форм психических расстройств (код 9.0)

5.1. Ситуация воспитания в аномальной семье

Данная категория охватывает достаточно гетерогенный спектр ситуаций, отличающихся от традиционной нормы воспитания двумя биологическими родителями. Существуют эмпирические свидетельства, что многие из них создают риск развития психических нарушений, хотя обычно он не является значительным. Речь идет, например, о воспитании одним родителем (в неполной семье), приемными родителями, мачехой или отчимом, воспитателями семейного детского дома, о воспитании незаконнорожденных детей лицами, не являющимися их родителями, или о воспитании при отсутствии между родителями устойчивых отношений и совместного проживания. По крайней мере, в некоторых подобных случаях существует вероятность, что риск создается не только ситуацией, а и психосоциальными обстоятельствами, породившими ее (это случается, например, при воспитании в условиях семейного детского дома). Потому можно сказать, что описываемые ситуации представляют собой скорее индикатор наличия, а не механизм возникновения риска.

Дополнительно к ситуациям, при которых эмпирически было показано присутствие риска возникновения психических нарушений (хотя и незначительного), в этот раздел еще включены несколько других ситуаций, в отношении которых свидетельства о риске являются скудными или неустановленными. Они включаются в данную классификацию из-за выраженной атипичности и наличия многих общих характеристик с известными ситуациями риска. Ситуации с неустановленным риском включают воспитание родителем-гомосексуалистом, групповое

воспитание в общине, где отсутствует непосредственный семейный контекст, воспитание в семье с матерью, получившей искусственное донорское оплодотворение, и воспитание другими родственниками вместо родителей.

Диагностические критерии

Ситуации воспитания в аномальной семье включают следующие:

(i) воспитание в детском доме семейного типа;

(ii) воспитание другими родственниками вместо родителей (бабушками, дедушками, тетями, старшими сиблингами и т.д.)

(iii) воспитание одним родителем, проживающим без партнера; подобная неполная семья может быть результатом того, что мать является незамужней, разведенной, вдовой или разошлась с партнером;

(iv) воспитание незаконнорожденного ребенка парой, не являющейся его биологическими родителями (исключаются юридически незаконнорожденные дети, воспитывающиеся совместно проживающими биологическими родителями);

(v) воспитание мачехой или отчимом, то есть когда один из родителей живет с партнером, не являющимся биологическим родителем ребенка;

(vi) воспитание приемными родителями (независимо от осведомленности ребенка, что он является приемным);

(vii) воспитание семьей, живущей в общине, в которой осуществляется совместное воспитание детей, и биологические родители отчетливо не выполняют своих соответствующих ролей;

(viii) воспитание матерью, у которой зачатие было осуществлено путем искусственного донорского оплодотворения (независимо от осведомленности ребенка об этом факте);

(ix) воспитание гомосексуальной парой (мужской или женской);

(x) воспитание в семье, в которой один из родителей активно проявляет открытую гомосексуальную ориентацию;

(xi) воспитание в семье, в которой отсутствуют устойчивые отношения и совместное проживание (то есть пара многократно сходится и расходится, меняются партнеры, устойчивая родительская диада отсутствует);

(xii) любая другая ситуация, когда воспитание осуществляется кем-то, исключая совместно проживающих биологических родителей.

Для включения в эту категорию ситуация воспитания в аномальной семье должна сохраняться не менее трех месяцев (при меньшей длительности для ее диагностики могут применяться критерии одного из неблагоприятных жизненных событий, кодирующихся в категории «6»).

Исключаются:

общинное воспитание, при котором родители отчетливо осуществляют семейное воспитание в дополнение к дневному присмотру, проводимому другими лицами (как, например, в большинстве кибуцев);

воспитание совместно проживающими биологическими родителями, осуществляющими домашнее хозяйство с другими родственниками или не связанными родством лицами;

воспитание совместно проживающими биологическими родителями юридически незаконнорожденного ребенка.

5.2 Изолированная семья

Существуют факты, свидетельствующие о лучшем функционировании семьи, если родители получают поддержку от лиц из внедомашнего окружения, с которыми имеются гармонические и доверительные отношения. Кроме того, есть свидетельства о пользе для детей социального опыта вне семьи. Как показывают наблюдения, некоторые семьи, в которых возникают психосоциальные проблемы с детьми, по всей видимости, являются в социальном плане достаточно изолированными. Как вывод из этих наблюдений высказывались предположения, что серьезная социальная изоляция может стать для детей фактором повышенного психиатрического риска. Эта категория предназначается для обозначения ситуаций, характеризующихся чрезмерной социальной изоляцией.

Ключевой особенностью всех подобных ситуаций является отказ семьи в целом от позитивных социальных контактов или отвержение семьи окружением из-за поведения ее членов. Разумеется, у семьи могут сложиться как негативные, так и нормальные взаимоотношения с соседями или социальными учреждениями. Поэтому основной характеристикой данной ситуации является *отсутствие* позитивного социального взаимодействия, а негативные его компоненты не имеют значения для кодирования. При этом необходимо, чтобы социальная изоляция

включала детей (если у них остаются только социальные контакты в школе).

Изоляция может возникать по различным причинам. В их число входят: параноидальные идеи, разделяемые обоими родителями; закрытая семейная система, характеризующаяся ригидными личностными установками, которые отличаются от преобладающих в субкультуре; изоляция, вызванная страхом раскрытия некоторой семейной тайны; изоляция, порожденная аномальными личностями родителей; изоляция, инициированная соседями, посчитавшими в чем-то поведение членов семьи оскорбительным или позорным.

Диагностические критерии

Основных критериев для кодирования семейной изоляции всего четыре:

(i) отсутствие гармонических социальных контактов вне семьи;

(ii) почти полное отсутствие гостей в доме;

(iii) отсутствие друзей у родителей;

(iv) распространение социальной изоляции на детей.

Отсутствие гармонических социальных контактов вне семьи может проявляться в следующем:

(a) отсутствие или весьма редкое участие в активности какой-либо социальной группы (церковной, общественной, спортивной и т.п.); и

(b) отсутствие или весьма редкие прогулки и поездки совместно с кем-либо кроме родственников (или ближайших членов семьи); и

(c) отсутствие или весьма редкие случаи регулярного неформального позитивного социального взаимодействия с людьми, с которыми у членов семьи существуют устойчивые дружеские отношения (при этом иногда в общественных местах, например, в питейных заведениях, они могут вступать в случайные разговоры с лицами, с которыми у них отсутствуют устойчивые дружеские отношения; в типичных случаях подобного взаимодействия члены изолированных семей даже не знают имен своих собеседников).

Отсутствие гостей в домах этих семей проявляется в следующем:

(a) отсутствие или весьма редкие приглашения домой других людей; и

(b) неприветливость к людям, пришедшим в дом без приглашения (за редким исключением); и

(c) отсутствие с другими людьми отношений, при которых они «заходили бы на минутку» друг к другу.

Отсутствие друзей у родителей проявляется в следующем:

(a) отсутствие доверительных отношений с кем-то вне узкого семейного круга; и

(b) отсутствие регулярной совместной деятельности с кем-либо вне семьи.

Распространение социальной изоляции на детей проявляется в следующем:

(a) запрещение ребенку за редким исключением приводить домой посетителей; и

(b) запрещение ребенку посещать другие дома, за редким исключением.

Основной смысл данной категории заключается в общем и распространенном характере социальной изоляции; поэтому для кодирования необходимо соответствие всем четырем критериям без существенных исключений в рамках какого-либо из них в смысле существования устойчивых отношений с людьми или позитивного социального взаимодействия вне семьи (за исключением отношений, которые инициировал ребенок за пределами семейных ограничений, например, в школе). Данного кода не исключают формальные или случайные контакты, при которых не осуществляется совместная деятельность и отсутствует доверительный характер отношений.

Исключаются:

ограничение социальных контактов ребенка при отсутствии общей социальной изоляции всей семьи (однако следует подумать о коде 4.0);

ограничение социальных контактов лишь лицами, разделяющими определенные религиозные или культуральные взгляды семьи;

изоляция, возникшая из-за принадлежности к дискриминируемой группе (код 7.0).

5.3 Бытовые условия, создающие потенциально опасную психологическую ситуацию

Факты свидетельствуют, что бедность и неблагоприятные бытовые условия затрудняют адекватное воспитание и создают стрессовые ситуации для личности родителей; однако существует мало достоверных данных о создании подобными бытовыми условиями риска развития психических нарушений у ребенка вне зависимости от их воздействия на родителей. Следует также учесть, что имеются значительные трудности определения четких критериев «неблагоприятных бытовых условий», поскольку они существенно отличаются в разных странах и даже в пределах одной страны. Поэтому данная категория определяется в смысле условий жизни, создающих потенциально опасную психосоциальную ситуацию, а не в отношении уровня бедности или дефицита бытовых удобств. Что касается недостатков в жилье и бытовых удобствах, а также влияния низких доходов на родителей и воспитание детей, эти факторы будут учтены в других категориях описываемой оси. Эта категория ограничивается условиями жизни, которые приводят к неблагоприятным психосоциальным ситуациям, не охваченными другими категориями, однако создающими потенциальный риск возникновения психических нарушений у детей.

Подобные условия жизни разделяются на две основные категории:

(i) вызывающие дезадаптивные ограничения взаимодействия внутри семьи;

(ii) связанные с дезадаптивными воздействиями вне семьи.

В каждом упомянутом случае критерием выделения категории являются обстоятельства, которые ведут к возникновению атипичных для данной культуры психосоциальных моделей, способных создать риск возникновения психических нарушений у ребенка.

Диагностические критерии

Дезадаптивные ограничения взаимодействия внутри семьи могут проявляться в следующем:

(a) недостаток спальной площади, из-за чего двое подростков противоположного пола или более вынуждены делить одну неперегороженную комнату; или

(b) дефицит спальной площади, из-за чего ребенок должен спать в одной постели или спальне с родителями в том возрасте, когда это не принято субкультурой, к которой принадлежит семья; или

(c) проживание во временном жилье, в том числе требующем разделения семьи.

Дезадаптивные воздействия вне семьи могут проявляться в следующем:

(a) проживание во временном жилье, вынуждающее семью делить жилую площадь с другими семьями; или

(b) проживание во временном жилье, связанном в данной субкультуре с определенной стигмой; или

(c) недостаточность или неумение использовать доходы, из-за чего дети вынуждены посещать школу в одежде, которая считается в данной субкультуре настолько странной или неадекватной, что вызывает у ребенка стыд, или его дразнят другие дети; или

(d) недостаточность или неумение использовать доходы, из-за чего дети лишаются возможности участвовать в деятельности, общепринятой в данной субкультуре.

Исключаются:

ограничения жилой площади, заставляющие ребенка делить комнату с родственником, страдающим какой-либо болезнью или отклонением (код 2);

условия жизни, приводящие к нарушению питания (кодируется в соответствующей категории соматических расстройств);

неблагоприятные бытовые условия, не оказывающие дезадаптирующего воздействия на ребенка, способного создать риск развития психического нарушения.

5.8 Другое

Другие условия жизни, удовлетворяющие общим критериям аномалий ближайшего окружения, но не соответствующие критериям рубрик 5.0—5.3.

6 Неблагоприятные события жизни

Внезапные жизненные события с высокой степенью вероятности предрасполагают к возникновению психических нарушений у ребенка или усугубляют их риск, если по своему характеру являются неблагоприятными, приводят к долговременным неблагоприятным изменениям жизненных обстоятельств или длительному снижению самооценки человека. Кроме того, переживания чрезмерного страха или унижения при достаточно серьезной острой психической травме могут вести к долговременным последствиям. Эта обобщенная категория представляет собой группу разнородных событий жизни, объединенных способностью создавать высокий риск возникновения психических нарушений.

В намерения авторов *не* входило, чтобы приведенный список событий жизни был полным перечнем всевозможных происшествий, способных в отдельных случаях оказать значительное психологическое влияние на человека. Хорошо известно, что степень воздействия того или иного фактора на человека существенно зависит от его личностных особенностей и других обстоятельств. Например, предложение стать капитаном спортивной команды вызовет гордость у большинства детей, но породит тревогу у тех, кто сомневается в своих способностях справиться с большой ответственностью. Соответствующие индивидуальные отличия могут играть ключевую роль при клиническом формулировании психосоциальных влияний и, скорее, предназначены для систематических исследований, которые позволяют собрать достаточно данных и сделать достоверные выводы, однако, разумеется, выходят за пределы обобщенной классификации, используемой в повседневной практике.

При отсутствии какой-либо специфической особенности, представляющей контекстуальную опасность, *нормативные* события не включаются в данный раздел как стрессовые. Под нормативными подразумеваются события, естественно ожидаемые в данной субкультуре. К их числу, например, относятся: поступление в школу или ее окончание, школьные или вступительные экзамены (в высшее или среднее специальное учебное заведение), рождение сиблинга, вступление в брак и переезд в другое место жительства старшего сиблинга и т.п. Они исключаются потому, что патогенное влияние подобных событий является весьма низким, и они происходят практически со всеми. У них связь с психическими расстройствами отсутствует или является весьма сомнительной. Соответственно, нормативные события включаются только в

том случае, если какая-то необычная особенность повышает степень контекстуальной опасности.

Еще одно исключение из данной категории представляют неблагоприятные события, навлеченные на себя самими детьми. Так, судебное преследование может, конечно, являться стрессовым событием для несовершеннолетнего правонарушителя, но его нельзя в полной мере назвать потенциальным этиологическим фактором психического нарушения; равным образом гнев родителей, вызванный отказом ребенка посещать школу, может вызвать стресс, однако эту реакцию невозможно отделить от поведения ребенка и назвать *независимой*, поскольку она является его следствием (однако следует подумать о соответствующем кодировании в рубрике 9).

Таким образом, подлежащие кодированию происшествия представляют собой случившиеся когда-то независимые события, которые вызвали существенное ухудшение жизненной ситуации ребенка, были связаны с серьезной длительной угрозой его самооценке или включали такую степень опасности для жизни и вероятность разрушения личности, что вполне предсказуемыми следствиями стали сравнительно долговременный страх или ощущение опасности.

6.0 Утрата в детстве отношений любви и привязанности

Начиная со второй половины первого года жизни, для человека характерно формирование близких отношений привязанности с другими людьми, которые дают ему важную эмоциональную поддержку, и утрата их становится значительным психологическим стрессовым событием. Для кодирования «утраты» необходимо, чтобы речь шла о достаточно близких эмоциональных отношениях, содержащих высокий потенциал доверия и психологической поддержки. Обычно эти характеристики свойственны любым отношениям между родителями и ребенком (даже если они включают существенные негативные компоненты), а также значимым отношениям влюбленности в подростковом возрасте. Они могут складываться и с другими взрослыми в семье или вне ее (если эти люди заботятся о ребенке, регулярно видятся с ним, или он использует их для эмоциональной поддержки и утешения). То же самое относится к сиблингам или наиболее близким друзьям, если отношения с ними предоставляли ребенку поддержку и утешение или подразумевали взаимное доверие.

Вторым необходимым для кодирования критерием является переживание ребенком серьезной утраты. Она может быть полной и окончательной, как в случае смерти любимого человека; или частичной и почти постоянной, как бывает при существенном уменьшении контактов с одним из родителей, переставшим воспитывать ребенка после развода. В обоих случаях можно считать, что утрата является значимой для детей всех возрастных групп, хотя индивидуальная реакция зависит от уровня развития ребенка. Вместе с тем, степень восприятия временных разлук как утрат существенным образом зависит от возраста. Старшие дети в отличие от маленьких в состоянии осознать, что период отсутствия не будет постоянным, и могут поддерживать отношения с любимым человеком, находящимся в отъезде.

Диагностические критерии

Утрату следует кодировать только в тех случаях, когда она относится к эмоционально близким отношениям и ее степень достаточно велика для создания значительного риска развития психических нарушений у большинства детей соответствующего возраста, переживающих аналогичные обстоятельства. Как значительная утрата должна оцениваться в следующих случаях:

(a) смерть человека, выполнявшего социальную роль родителя (независимо, проживал ли он совместно с ребенком; вместе с тем, необходимо, чтобы в последнее время между ними сохранялся достаточный контакт и ребенок по-прежнему воспринимал этого человека как родителя); или

(b) окончательный или достаточно серьезный уход из дома родителя из-за развода, прекращения семейных отношений или иной формы разрыва семейных отношений (независимо от того, продолжает ли ребенок периодически видеться с живущим отдельно от семьи родителем, за которым юридически не закреплена опека); или

(c) временное, но длительное отсутствие родителя дома из-за болезни, отъезда на работу в другой город или по какой-либо иной причине, если с учетом возраста или других обстоятельств ребенок может воспринять эту разлуку как утрату (например, ребенок дошкольного возраста подобным образом может отнестись к отъезду сроком более одного месяца); или

(d) смерть сиблинга (если он проживал вместе с ребенком, или если их отношения носили близкий и поддерживающий характер); или

(e) окончательный или достаточно серьезный уход из дома сиблинга при обстоятельствах, которые могут восприниматься как серьезная утрата (например, его усыновление другой семьей воспринимается как потеря в отличие от отъезда в школу-интернат или от вступления в брак); или

(f) смерть близкого друга, с которым ребенок часто и регулярно виделся, если отношения включали эмоциональную поддержку или доверительность; или

(g) смерть или окончательная утрата взрослого человека, не относящегося к членам семьи, с которым ребенок часто и регулярно встречался, поддерживал близкие отношения привязанности, доверял ему и получал эмоциональную поддержку; или

(h) смерть любимого животного, с которым ребенок поддерживал близкие отношения (это обстоятельство вполне может касаться собаки, но вряд ли — ручной птички; тем не менее, близость отношений следует оценивать по степени частоты игры ребенка с животным и его эмоциональному вкладу в эти отношения); или

(i) серьезное отвержение ребенка человеком, который состоял с ним в близких отношениях привязанности (например, обычную бытовую ссору с другом нельзя считать серьезным отвержением, однако разрыв близких отношений влюбленности в подростковом возрасте часто воспринимается подобным образом); или

(j) естественное прерывание желанной беременности (если она была нежелательной, используется код 6.3); или

(k) мертворождение у подростка.

Исключаются:

утрата в результате передачи ребенка приемным родителям (6.1);

утрата в силу изменившейся модели семейных отношений (6.2).

6.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу

Существуют свидетельства, подтверждающие, что помещение в детские учреждения интернатского типа часто становится для ребенка стрессом, значительным психосоциальным переживанием. Однако степень, в которой это обстоятельство является стрессовым фактором, различна в зависимости от особенностей ситуации и возраста ребенка. От-

части стресс вызывается утратой или прерыванием отношений любви из-за изъятия ребенка из дома; частично — дефицитом постоянной и наполненной эмоциями заботы в силу воспитания в учреждении; отчасти стресс порождается отвержением, отталкиванием ребенка, сопровождающим некоторые случаи изъятия из дома; или частично является следствием неблагоприятного и даже болезненного опыта, полученного среди нового окружения (например, в некоторых случаях госпитализации). Дети младшего (особенно дошкольного) возраста чаще испытывают серьезный стресс от изъятия из дома (например, при помещении в больницу), поскольку еще недостаточно умеют поддерживать отношения любви в отсутствие близких и в меньшей мере способны понять происходящее с ними и необходимость изъятия. В целом, краткие госпитализации (менее одной недели) не представляют особой угрозы, тогда как продолжительное помещение в семейный или обычный детский дом для ребенка является серьезной опасностью в связи с подразумевающимся отвержением. Единичные госпитализации могут приводить к непродолжительному дистрессу, однако повторные помещения ребенка в больницу (особенно, если одно из предыдущих пришлось на дошкольный возраст) повышают риск возникновения психического нарушения. Изъятие ребенка из дома соответствующими службами с целью помещения в семейный детский дом иногда связано с оправданным беспокойством по поводу насилия над ним со стороны родителей или отсутствия адекватного присмотра; тем не менее, если у него, несмотря на эти обстоятельства, имели место отношения привязанности с родителями, то изъятие из дома таит в себе серьезную угрозу (несмотря на общее уменьшение негативного воздействия на ребенка).

Диагностические критерии

Изъятие из дома следует считать связанным со существенным контекстуальным риском в следующих случаях:

(a) помещение в семейный или обычный детский дом (за исключением определения в исправительные учреждения, связанного с девиантным поведением ребенка, код 9.1); или

(b) повторная госпитализация после одного предыдущего помещения в больницу или более, имевшего место в дошкольном возрасте (за исключением госпитализаций, связанных с психическим расстройством, код 9.1).

Исключаются:

однократное помещение в больницу (если оно повлекло за собой переживание сильного страха, его можно кодировать в рубрике 6.5, см. ниже);

период отлучки из дома, не составляющий контекстуальной угрозы (например, отъезд на каникулы, пребывание у родственников, лечение в санатории после соматической болезни);

изъятие из дома из-за девиантного поведения самого ребенка (код 9.1)

6.2 Негативные изменения модели отношений в семье

Большинство факторов риска, порождаемых аномальными моделями взаимодействия или отношений в семье, описываются категорией 1. Тем не менее данная категория (6.2) создает возможность кодирования *значительных неблагоприятных изменений* модели отношений ребенка с семьей, происшедших из-за появления в ней нового человека, который определенным образом отвлекает внимание на себя или является серьезным соперником ребенка в существующих отношениях любви. Таким образом, для установления этого кода необходимо, чтобы удовлетворялись два критерия:

(i) появление нового человека в семье; и

(ii) значительные негативные изменения модели отношений ребенка в семье из-за этого факта.

Двумя наиболее частыми ситуациями, подходящими к данным критериям, являются повторный брак родителя (из-за чего в семье появляется отчим или мачеха) или рождение младшего сиблинга. Ни одна из этих ситуаций сама по себе не требует автоматического кодирования; для него нужны свидетельства, что появление в семье нового человека действительно привело к значительным негативным изменениям отношений ребенка в семье (обычно с одним из родителей или основными лицами, осуществляющими воспитание).

Диагностические критерии

Повторный брак родителя соответствует критериям изменившейся модели семейных отношений, если сопровождается:

(a) существенным уменьшением взаимодействия между родителями и ребенком; или

(b) недостаточной доступностью родителя для эмоциональной поддержки; или

(c) значительными изменениями семейной модели общения/взаимодействия, дисциплины или воспитания ребенка; или

(d) преждевременным принятием родительской роли мачехой или отчимом до установления стабильных отношений с ребенком; или

(e) появлением в семье сводных сиблингов, нарушающих прежнюю близость отношений между родителем и ребенком.

Аналогичным образом следует относиться к ситуации, когда разведенный/разошедшийся родитель устанавливает новые близкие отношения с кем-то без вступления в брак; целесообразность кодирования определяется критериями, приведенными для повторного брака. В равной мере появление в доме сводного сиблинга подлежит кодированию, если оно негативно повлияло на сложившиеся отношения в семье, даже если родитель не вступает в повторный брак.

Рождение сиблинга удовлетворяет критериям этой рубрики, если приводит к каким-то последствиям, описанным в пунктах (a)– (e) для повторного брака родителя. В типичных случаях рождение брата или сестры соответствует критериям рубрики, если происходит учащение негативных столкновений с ребенком, его не привлекают к уходу и/или взаимодействию с младенцем и/или существенно уменьшается доступность родителя для оказания эмоциональной поддержки или игры/общения с ребенком.

Появление в семье других новых членов кодируется при соответствии вышеприведенным критериям. Так, о данной рубрике следует подумать при усыновлении семьей ребенка любого возраста, взятии родителем опеки или возвращении старшего сиблинга в дом родителей, имеющих новых детей. Основные критерии касаются не масштабности происшедших перемен, а степени выраженности негативных изменений существовавшей модели отношений в семье.

6.3 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства

Чувство собственной ценности или достоинства является весьма важной частью адаптивного развития личности, и значительное сниже-

ние самооценки представляет собой серьезный стресс, психосоциальное обстоятельство, обусловливающее существенную опасность. Оно может стать результатом следующих событий:

(i) неудачи, которую потерпел ребенок в осуществлении некоторой важной задачи, к выполнению которой прилагал значительные усилия; или

(ii) раскрытия или обнаружения какого-либо личного или семейного события, воспринятого ребенком как постыдное или несущее социальную стигму; или

(iii) серьезного унижения в присутствии других людей; или

(iv) серьезной утраты доверия или уважения к любимому человеку, на чью эмоциональную поддержку ребенок рассчитывал; или

(v) утраты самоуважения, связанной с нежелательной беременностью (выношенной или прерванной).

Ключевой особенностью, объединяющей события, удовлетворяющие данной категории, являются изменения, способные привести к серьезной негативной оценке ребенком своей личности.

Диагностические критерии

Неудачу в осуществлении важной задачи следует учитывать, если:

(i) неудача оказалась серьезной, помешавшей ребенку продвигаться в какой-либо деятельности/области функционирования либо оказавшей негативное влияние на самооценку; и

(ii) неудача постигла ребенка в важной области, в которую вложено много личной энергии и сил; и

(iii) неудача воспринимается ребенком как следствие некомпетентности или отсутствия способностей.

Таким образом, провал на текущем экзамене в школе вряд ли может соответствовать приведенным критериям, тогда как провал на выпускных или вступительных экзаменах удовлетворяет им, если успех для подростка был важен, необходим для желаемого продвижения в выбранном виде деятельности, или он вложил много сил и энергии в подготовку. Неудача в деятельности не относящейся к школе (например, в музыкальном или спортивном конкурсе), также должна оцениваться по вышеприведенным критериям. Им обычно соответствует и увольнение

с работы, в том числе из-за сокращения штатов, поскольку оно практически всегда влечет за собой снижение самооценки.

Раскрытие или обнаружение какого-либо постыдного или несущего социальную стигму события следует учитывать, если является высокой вероятность, что в результате ребенок почувствует значительное снижение собственного достоинства или ценности. Естественно, последствия раскрытия постыдного секрета зависят от личных, а также субкультуральных норм и ожиданий. Тем не менее критериям данной рубрики может удовлетворять обнаружение следующих событий:

(a) незаконнорожденности ребенка; или

(b) гомосексуализма одного из родителей; или

(c) совершения серьезного правонарушения родителем, которого ребенок считал законопослушным; или

(d) неспособности семьи справиться с житейскими трудностями (например, когда по решению суда из-за невыплаты долга из дома была изъята мебель; или семья оказалась выселенной за неуплату аренды); или

(e) беременности у девушки-подростка при обстоятельствах, считающихся постыдными в субкультуре, к которой она принадлежит.

Унижение в присутствии других людей удовлетворяет критериям этой рубрики, если предполагает значительную негативную оценку ребенка друзьями, членами семьи или другими значимыми людьми. Например, подобная ситуация может возникнуть в школе из-за высмеивания при всем классе учителем внешности ребенка или экстремальных взглядов родителей, или если сверстники дразнят его или издеваются над ним, унижая в присутствии других (если их издевательства включают насилие, кодируемое под рубрикой 6.5, следует ставить оба кода). Унижение, обусловленное собственным девиантным поведением ребенка, в этой рубрике не кодируется (код 9.2).

События или происшествия, приводящие к утрате доверия или уважения ребенка к любимому человеку, следует включать, если она оказалась серьезной, или речь идет о человеке, на чью эмоциональную поддержку рассчитывал ребенок. Подобное может произойти, например, при обнаружении ребенком серьезного подлога со стороны родителей или поступков, связанных с каким-либо важным обманом (в частности, притворства, что ребенок является родным при наличии факта усыновления или опеки).

6.4 Сексуальное насилие (вне семьи)

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что сексуальные эксцессы, имеющие отношение к детям, являются весьма частыми и настолько обычными, что их незначительные проявления имеют малое психологическое влияние. Более того, точно не известно, какие именно виды эксцессов могут оказаться вредными. Тем не менее следует считать, что на риск возникновения психического нарушения влияют: степень отношения сексуального эксцесса к ребенку или сосредоточенности на нем; степень его непосредственного участия; использование насилия или давления на ребенка с учетом возраста, авторитета партнера или его личных/профессиональных отношений с ребенком; степень достигнутой физической близости или полученная травма.

Диагностические критерии

Сексуальные эксцессы следует оценивать как подразумевающие насилие, если:

(i) другой человек был существенно старше ребенка (то есть речь не идет об интимных партнерских отношениях, в которых другой, будучи старше по возрасту, фактически воспринимается подростком как равный партнер); и либо

(ii) сексуальный эксцесс произошел из-за занимаемого положения или статуса другого человека (например, он был врачом, священником или оказывал ребенку какие-либо другие профессиональные услуги, не являясь членом семьи), либо

(iii) ребенок не желал участвовать в сексуальном взаимодействии (вне зависимости от оказания активного сопротивления).

Кроме того, для кодирования требуется присутствие следующих обстоятельств:

(a) наличие контакта с грудью или гениталиями ребенка или его попытки; или

(b) наличие контакта с грудью или гениталиями другого человека или его попытки; или

(c) обнажение другим человеком своих гениталий перед ребенком, при котором произошло близкое соприкосновение или его попытка (то есть обнажение гениталий на расстоянии без намерения специальной демонстрации ребенку обычно исключается из классификации); или

(d) другой человек пытался раздеть (или заставил раздеться) ребенка в социально неприемлемых обстоятельствах; или

(e) другой человек пытался заманить ребенка куда-либо (в автомашину или в другое место) или осуществил эти намерения в обстоятельствах, обусловивших психологическую угрозу.

Исключается:
сексуальное насилие в семье (1.4).

6.5 Переживание сильного страха

В целом имеются ограниченные данные, что краткие переживания страха, несмотря на сильное впечатление, обычно не связаны со значительным риском возникновения длительных психических нарушений. Однако весьма вероятно, что подобные переживания могут стать существенным фактором риска, если природа или контекст вызвавшего их события содержат непосредственную или потенциальную угрозу будущему благополучию ребенка. Она может порождаться опасениями возможных серьезных последствий, реальным вредом, нанесенным другим, или серьезной травмой, полученной ребенком.

Диагностические критерии

Для соответствия критериям этой рубрики происшествие должно отчетливо выходить за пределы обычных, ожидаемых событий и нести угрозу будущему ребенка.

Подобная угроза может присутствовать в следующих ситуациях:

(a) обоснованная неуверенность в том, что ребенок выйдет целым и невредимым из опасной ситуации (например, в случае похищения или задержания как заложника, даже если в результате этого события ему не было нанесено никакого реального вреда); или

(b) присутствие серьезной реальной опасности для жизни (в случаях наводнения, землетрясения, извержения вулкана и других природных катаклизмов, приводящих к гибели или серьезным травмам других, кровно или эмоционально близких людей, даже если сам ребенок не пострадал); или

(c) получение ранения, серьезно угрожающего образу «*Я*» или безопасности ребенка (например, переживание сильного страха при укусе

собаки в лицо, аварии или несчастном случае, во время которых нанесены серьезные травмы людям или ущерб имуществу); или

(d) ощущение ребенком сильной и продолжительной боли (например, в случае обширного и тяжелого ожога); или

(e) ребенок становится свидетелем серьезного несчастного случая или преднамеренного нанесения тяжелой травмы членам своей семьи или другим лицам, с которыми имеются эмоционально близкие отношения (например, изнасилования, нанесения тяжелых побоев или опасного дорожно-транспортного происшествия); или

(f) непосредственное участие ребенка в происшествии, связанном с нанесением ущерба имуществу в обстоятельствах, дополнительно угрожающих физическому благополучию людей (например, в ограблении, когда взломщики разгромили комнату ребенка, или при обнаружении грабителя в квартире, или при совершении нападения на ребенка с целью ограбления, или его присутствии при нападении с целью ограбления члена своей семьи); или

(g) наличие высокой вероятности повторения эпизода, в том числе неоднократного (например, при серьезных издевательствах в школе или рядом с домом).

Исключаются:

природный катаклизм, не имевший непосредственного отношения к ребенку (как в вышеописанной ситуации), но вызвавший гибель кого-то из его близких (код 6.0);

бедствия, несущие потенциальную угрозу семье, свидетелем которых ребенок не является, например, авария на близлежащем заводе, вызвавшая ядерное загрязнение окружающей среды (кодировать только если имеются элементы, соответствующие критериям других категорий);

общественные беспорядки, не имеющие непосредственного отношения к ребенку и не несущие для него угрозы долговременных последствий;

события жизни, оказывающие негативное воздействие на членов семьи, но непосредственно не влияющие на ребенка (кодируются лишь в том случае, если реакция семьи приводит к психосоциальным ситуациям, соответствующим критериям других категорий).

6.8 Другие негативные жизненные события

Любое другое негативное событие, не охваченное категориями 6.0—6.5, которое удовлетворяет общим критериям событий, обусловливающих существенную контекстуальную долговременную угрозу (психологическую или физическую).

7 Социальные стрессовые события

Данная категория охватывает стрессовые факторы, источниками которых являются более широкие культуральные тенденции или обстоятельства, а не характеристики ближайшего окружения или индивидуальные переживания ребенка. Для включения в эту категорию события, обстоятельства или происшествия должны оказывать непосредственное негативное воздействие на ребенка и нести существенную долговременную психологическую или физическую угрозу.

7.0 Пребывание в положении объекта дискриминации и преследования

Данная рубрика включает события или переживания, которые

(i) оказывают непосредственное негативное воздействие на ребенка; и

(ii) приводят к долговременной ситуации угрозы; и

(iii) включают пребывание в положении объекта дискриминации и преследования, что обусловлено принадлежностью ребенка к определенной этнической, религиозной или иной группе (а не его личными характеристиками).

Кодирование должно ограничиваться событиями/переживаниями, приводящими к:

(i) физическим травмам; или

(ii) отстранению ребенка от значимой деятельности; или

(iii) общественной стигматизации или унижению, которые выходят за пределы неблагоприятного поведения окружающих, составляющего часть широко определяемого спектра обычных и ожидаемых незначительных стрессовых жизненных ситуаций.

Диагностические критерии

Преследование/дискриминация могут включать следующие действия:

(a) нанесение побоев или физическое унижение (например, загрязнение одежды ребенка);

(b) отстранение ребенка от участия в желаемой работе или развлечениях;

(c) принуждение ребенка к ношению некоего общественного «ярлыка», например, особой одежды, игры или пребывания в специально отведенных местах и т.п.; или

(d) любые формы серьезной социальной стигматизации или унижения.

В любом случае необходимо, чтобы дискриминация была следствием принадлежности ребенка к какой-либо группе (определяемой цветом кожи, вероисповеданием, этнической принадлежностью и т.п.), а не личных характеристик ребенка, его внешности или поведения. Если ребенка дразнят или обзывают и подобное отношение не выходит за пределы неблагоприятного взаимодействия в группе сверстников, считающегося обычным или ожидаемым, то эти факты не дают достаточных оснований для кодирования; если же речь идет о публичном унижении ребенка учителем, проявившим выраженное, открыто дискриминирующее поведение, то подобную ситуацию следует учитывать в данной рубрике.

Исключаются:

задирание, запугивание и унижение ребенка из-за его личных характеристик (следует подумать о соответствии ситуации критериям рубрик 6.5 или 6.3).

7.1 Миграция или социальная трансплантация

Ограниченные данные позволяют полагать, что с географическими перемещениями связан незначительный риск возникновения психических нарушений (например, при изменении места жительства всей семьи или отъезде на учебу). Вместе с тем, риск может возрастать при следующих обстоятельствах:

(i) переезд является вынужденным и ухудшает социальное положение семьи (например, в ситуации беженцев или насильственного выселения из страны); или

(ii) происходит значительное разрушение сложившихся межличностных связей или отношений; или

(iii) переезд связан с попаданием в значительно отличающуюся субкультуру; или

(iv) ребенок оказывается в ситуации, требующей изучения нового языка; или

(v) переезд приводит к существенному снижению социального статуса.

Диагностические критерии

Переезды должны включаться в эту категорию в следующих случаях:

(a) ребенка вывозят в иное социальное окружение без семьи (как при некоторых формах эвакуации); или

(b) переезд семьи является вынужденным и включает утрату личной безопасности (как в ситуации беженцев из родного дома или мигрантов; не следует включать ситуации, связанные со сменой жилья, если они не обусловлены длительной угрозой); или

(c) переезд связан с попаданием семьи в условия совершенно иной культуры или место, где ребенку приходится изучать новый язык (не следует использовать кодирование, если ребенок остается частью своей субкультуры, как бывает с семьями дипломатов или военнослужащих); или

(d) переезд влечет за собой значительное ухудшение материального благосостояния, общественных обстоятельств или социального положения ребенка (например, при переезде, связанном с банкротством семьи).

7.8 Другое

Любые другие социальные стрессовые обстоятельства, не охваченные категориями 7.0 и 7.1, но удовлетворяющие общим критериям социального стрессового события.

8 Хронический межличностный стресс, связанный с учебой/работой

Школа и работа представляют собой социальное окружение, в котором люди находятся ежедневно много часов. Данная категория касается аномальных отношений, возникающих в школе или на работе, ко-

торые по своему характеру и степени серьезности способны обусловить риск возникновения психических нарушений у детей, подростков и юношей. В этом отношении они представляют параллель аномальным отношениям в семье, которые охвачены категориями 1.0—1.8. Хронический межличностный стресс, связанный со школой/работой, может возникать в результате отвержения группой сверстников, постоянного пребывания по воле учителей (или начальства на работе) в роли «козла отпущения» или в результате общей напряженной ситуации в школе/на работе.

Для соответствия данной категории межличностный стресс должен быть *связан* со школой или работой, однако не является обязательным его переживание непосредственно в помещении школы или на рабочем месте или чтобы он создавался только лицами, имеющими непосредственное отношение к школе, в которой учится ребенок, или рабочему месту сотрудника. Например, к этой категории относится регулярное унижение и запугивание ребенка по дороге в школу учениками из другой школы.

Как и при аномальных отношениях в семье, собственные поступки, установки или реакции ребенка нередко играют важную роль в создании или продлении межличностных сложностей в школе или на работе. Тем не менее кодирование в данной рубрике осуществляется только на основании аномального поведения других людей независимо от собственного вклада ребенка в нарушение отношений.

8.0 Конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников

Эта категория касается отвержения ребенка его сверстниками. Дефицит положительных отношений не дает оснований для кодирования; должны наблюдаться серьезные негативные конфликтные отношения и активные раздоры. В равной мере для кодирования недостаточно периодически возникающих кратких эпизодов ссор; отношения постоянно должны быть исключительно конфликтными. Следует отмечать наличие подобных серьезных негативных отношений с одним человеком или многими людьми, если существующая враждебность соответствует диагностическим критериям. Общий принцип состоит в том, что конфликтные отношения отвержения следует кодировать независимо от присутствия позитивной компенсации.

Диагностические критерии

Отношения отвержения со стороны сверстников следует считать аномальными, если ребенок подвергается:

(a) неоднократным мучениям, оговорам или оскорблениям; или

(b) неоднократным угрозам или запугиванию; или

(c) принуждению совершать какие-либо поступки против своей воли; или

(d) вымогательству; или

(e) активному отвержению, игнорированию или изоляции со стороны сверстников;

(f) неоднократным унижениям.

8.1 Присвоение по воле учителей или начальства постоянной роли «козла отпущения»

Эта категория относится к сосредоточению на конкретном человеке (ребенке, подростке или юноше) интенсивных негативных чувств со стороны одного школьного учителя или вышестоящего лица на работе или более. Отрицательное отношение должно быть особым образом направлено против одного ребенка, однако вполне вероятно, что роль «козла отпущения» может отводиться нескольким детям в группе сверстников.

Диагностические критерии:

Для кодирования является необходимым, чтобы:

(i) негативное отношение взрослого было отчетливо аномальным по форме и/или степени выраженности; и

(ii) оно конкретно сосредоточивалось на личности данного ребенка; и

(iii) оно являлось длительным и постоянным, возникая при различных формах поведения ребенка (то есть чрезмерная реакция взрослого на один или два конкретных проступка ребенка не является достаточной для установления данного кода).

Враждебность/отведение роли «козла отпущения» может проявляться в:

(a) неоправданной тенденции обвинять ребенка в проблемах и трудностях, возникающих в школе или на работе, или в отрицательных поступках, кем бы они ни совершались; или

(b) неоднократной чрезмерной критике ребенка, унижающей его личность, обобщающей прошлые провинности и включающей ожидание будущих проступков; или

(c) общей тенденции приписывать ребенку негативные характеристики; или

(d) отчетливой тенденции «придираться» к ребенку или затевать ссоры, если взрослый чем-то расстроен, раздражен или находится в плохом настроении;

(e) несправедливом отношении к ребенку по сравнению с другими людьми в школе/на работе — например, взваливании большего количества работы или ответственности, меньшей вовлеченности в занятия, доставляющие удовольствие; или выраженном отсутствии внимания к нуждам или трудностям ребенка.

8.2 Напряженная ситуация в школе/на работе

Эта категория касается конфликтов или общей напряженной ситуации в школе/на работе, которые оказывают существенное негативное влияние на ребенка, но характеризуются, в основном, разногласиями других людей между собой, а не с ребенком. Для кодирования ситуации следует быть аномальной в соответствующем социокультуральном контексте, она должна продолжаться, по меньшей мере, половину оцениваемого времени и в значительной степени касаться ребенка. Конфликты/неурядицы, в основном, возникают между другими детьми, взрослыми в школе/на работе или учителями и другими учениками (или начальством и другими сотрудниками). Для кодирования необходимо, чтобы они были чрезмерными и мешали деятельности ребенка или межличностным отношениям в школьной/рабочей ситуации.

Диагностические критерии

Ситуацию в школе/на работе следует считать аномальной при наличии следующих характеристик:

(a) неоднократных или постоянных проявлений деструктивного поведения с частыми конфликтами, спорами, агрессивными или разрушительными действиями со стороны взрослых, детей или тех и других; или

(b) существенной недостаточности в контроле за дисциплиной, приводящей к невозможности продолжать работу или необходимости неоднократной посторонней помощи для его восстановления; или

(с) частых споров или ссор между учителями (представителями администрации).

8.8 Другое

Любой другой хронический межличностный стресс, связанный со школой/работой, соответствующий общим критериям данной категории по типу или степени тяжести, но не подлежащий кодированию в рубриках 8.0—8.2.

Исключаются:

стресс, возникающий из-за плохой успеваемости в учебе, неадекватного преподавания или других, не относящихся к социальным факторам школьного/рабочего окружения.

9 Стрессовые события/ситуации, обусловленные расстройством/дисфункцией у ребенка

Эта категория строго ограничивается событиями/ситуациями, обусловленными расстройством/дисфункцией у ребенка (и поэтому не подлежащими кодированию в категориях 1—8) и своим возникновением создающими для него существенные дополнительные стрессовые факторы. Например, помещение ребенка в стационарное учреждение может быть связано с расстройством, которым он страдает, и дополнительно стать фактором риска развития психических нарушений. Или исключение ребенка из школы за нарущение поведения может стать для него еще одним серьезным стрессовым фактором. Данную категорию следует кодировать только при отсутствии сомнений, что событие/ситуация, возникшие из-за расстройства/дисфункции у ребенка, действительно стали для него дополнительным стрессовым фактором.

Как говорилось выше, нередко случается, что поведение ребенка вносит свой вклад в возникновение ряда аномальных психосоциальных ситуаций. Это оказывается справедливым для многих случаев конфликтов в семье или школе. Однако соответствующее недоказанное предположение не является основанием для кодирования ситуации в данном разделе (см. инструкции к категориям 1—8). Категория 9 ограничивается только событиями/ситуациями, в возникновении которых роль ребенка является основной и доказанной.

9.0 Воспитание в учреждении

Кодирование в этой категории следует осуществлять в соответствии с указаниями к рубрике 5.0 с дополнительным требованием об обусловленности подобного воспитания расстройством/дисфункцией у ребенка. Таким образом, в данную рубрику включается длительное пребывание в психиатрическом стационаре или воспитание в условиях специальной школы для несовершеннолетних правонарушителей.

9.1 Изъятие из семьи, создающее значительную контекстуальную угрозу

Критерии оценки этой категории являются аналогичными приведенным выше для категории 6.1 с дополнительным требованием об обусловленности изъятия расстройством/дисфункцией у ребенка.

9.2 События, обусловившие утрату чувства собственного достоинства

Кодирование этой категории проводится в соответствии с указаниями к категории 6.3 и дополнительным требованием об обусловленности события, в основном, поведением ребенка. Так, утрата чувства собственного достоинства может произойти из-за публичного раскрытия какого-либо постыдного факта в поведении ребенка; унижения, связанного с исключением из школы или увольнением с работы; или утраты доверия или уважения со стороны значимого человека после негативного поступка ребенка.

Исключается:

утрата собственного достоинства из-за раскрытия постыдных или социально стигматизирующих фактов, касающихся членов семьи ребенка (код 6.3)

9.8 Другое

Любое другое событие/ситуация, создающее длительную контекстуальную угрозу, которое удовлетворяет общим критериям категории 9. Эту категорию следует использовать только при наличии доказательств,

что событие/ситуация обусловлены расстройством/дисфункцией у ребенка и стали для него дополнительным существенным стрессовым фактором.

Благодарности

Клинические испытания психосоциальной оси были проведены во многих центрах, в частности, в большой группе центров в Германии.

Афины (Греция) Д-р J. Tsiantis
Эншеде (Нидерланды) Д-р G.L.G. Couturier
Гонконг Д-р T.P. Ho, д-р W.M. Kwok, д-р P. Lee, д-р F. Lieh Mak
Любляна (Словения) Д-р A. Kos
Ниймеген (Нидерланды) Д-р P. van der Doef
Париж (Франция) Д-р E. Fombonne, д-р J. Laget, д-р G. Vila, д-р O. Halfon, д-р M.-L. Paillere-Martinot, д-р C. Mouren-Simeoni, д-р B. Massari
Цюрих (Швейцария) Д-р H.-Ch. Steinhausen

В Германии

Берлин Профессор U. Lehmkuhl
Берлин Герцберге Д-р A. Israel
Берлин Марзан Д-р H. Schernikau
Эрланген Профессор R. Castell
Франкфурт-на-Майне Д-р R.D. Lehrman
Гейдельберг Профессор M. Müller-Küppers
Кёльн Профессор G. Lehmkuhl
Маннгейм Профессор M.H. Schmidt (Гейдельбергский университет)
Мюнхен Профессор J. Martinius
Ридштадт Д-р E. Meyer
Росток Профессор R. Cammann

Ось VI: Общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности

Данная ось должна отражать психическое, социальное и трудовое функционирование пациента на момент клинической оценки. Исключая случаи острых расстройств, следует оценивать состояние за последние три месяца перед обследованием. Однако целью настоящей классификации является и кодирование функционирования пациента во время расстройства. Коды должны регистрировать снижение качества психосоциального функционирования только вследствие психического расстройства (то есть любого расстройства, отмеченного по Оси I), специфического расстройства психического развития (по Оси II) или умственной отсталости (см. коды 70—79 по Оси III). Не следует кодировать его нарушения вследствие физических (или внешних) ограничений. Отметьте самый низкий уровень функционирования пациента в течение последних трех месяцев. Кодирование следует осуществлять на основании наблюдаемого социального функционирования ребенка в контексте его социальных возможностей на момент обследования независимо от наличия симптомов психического расстройства.

Оценка выраженности нарушения психосоциальной продуктивности должна базироваться на степени сохранения ребенком сравнительно гармонических отношений с родителями, сиблингами, учителями и другими взрослыми; поддержания чистоты и опрятности в соответствии с возрастом и социальными обстоятельствами; выполнения посильных обязанностей в семье; способности без особых трудностей выходить из дома; овладения школьной программой и занятиями в соответствии с возрастом и уровнем интеллекта; создания отношений со сверстниками, включая совместную деятельность; разнообразия увлечений в свободное время; овладения рабочими обязанностями (если трудоустроен). Основанием для решения о связи нарушения продуктивности с психическим расстройством является, прежде всего, совпадение во времени изменения уровня психосоциальной продуктивности и

появления симптомов психического расстройства, а также наличие вероятных связей и возможностей, посредством которых эти симптомы могли привести к психосоциальной дисфункции. Следует отметить, что установление одной прямой связи между дисфункцией и психическими факторами, закодированными по первым трем осям, не соответствует принципу, взятому за основу в многоосевой классификации ВОЗ для психических расстройств у взрослых, которая допускает кодирование дисфункции, вызванной как психическими, так и соматическими расстройствами.

0 Отличное/хорошее социальное функционирование

Отличное/хорошее функционирование во всех социальных областях. Хорошие межличностные отношения с семьей, сверстниками и взрослыми вне семьи; эффективное преодоление всех социальных ситуаций, с которыми приходится сталкиваться; достаточное разнообразие занятий и интересов в свободное время.

1 Удовлетворительное социальное функционирование

В целом, среднее по качеству социальное функционирование с периодическими незначительными затруднениями в одной или двух областях (функционирование в одной или двух других областях может быть отличным).

2 Легкое нарушение социальной продуктивности

Адекватное функционирование в большинстве социальных областей при наличии небольших трудностей, по меньшей мере, в одной или двух областях (в дружеских отношениях, ограничении социальной активности/интересов, семейных отношениях, менее эффективном социальном функционировании или в отношениях со взрослыми вне семьи).

3 Умеренное нарушение социальной продуктивности

Умеренное нарушение продуктивности, по меньшей мере, в одной или двух областях.

4 Серьезное нарушение социальной продуктивности

Серьезное нарушение продуктивности, по меньшей мере, в одной или двух областях (например, существенная нехватка друзей, неспособность справиться с новыми социальными ситуациями или невозможность посещения школы).

5 Серьезное общее нарушение социальной продуктивности

Серьезное нарушение продуктивности в большинстве областей.

6 Неспособность к продуктивному функционированию в большинстве областей

Ребенок для поддержания повседневного функционирования нуждается в определенном текущем надзоре или заботе со стороны других людей; отсутствие способности справляться самостоятельно.

7 Тяжелое общее нарушение социальной продуктивности

Ребенок периодически не в состоянии поддерживать элементарную личную гигиену, или нуждается в постоянном присмотре во избежание нанесения вреда себе или другим, или у него имеется тяжелое нарушение всех возможных способов общения.

8 Глубокое общее нарушение социальной продуктивности

Постоянная неспособность поддерживать личную гигиену, или постоянный риск нанесения тяжелого вреда себе или другим, или полное отсутствие общения.

Предметный указатель

Примечание: Если термин помечен знаком #, то см. в «Списке категорий» четвертый или пятый знак кода. Обозначение НКДР обозначает «не классифицировано в других разделах».

Обозначение «уточненное НКДР» указывает, что имеется более детальное разделение данного расстройства на подрубрики. В предметный указатель включены специфические расстройства, однако не всегда под более общим определяющим термином. В этих случаях нужное расстройство следует искать среди других статей на том же уровне предметного указателя. Если состояние все-таки не найдено, следует обратиться к соответствующей трехзначной категории классификации для поиска более точного кодирования.

Римские цифры I, II, III, IV или V, стоящие после каждой статьи указателя, обозначают ось, к которой относится соответствующая категория. В случае осей I—IV категория состоит из буквы, за которой следует цифра. По оси V категории состоят только из цифр. В указателе не предусмотрено статей для оси VI.

Аборт медицинский IV O04.—, *298*
Абсцесс внутричерепной или интраспинальный IV G06, *289*
Агнозия развития II F88, *274*
Агорафобия I F40.0, *150*
— без панического расстройства I F40.00, *151*
— с паническим расстройством I F40.01, *152*
Адаптации расстройство (см. Расстройство адаптации)
Аддикция (см. Синдром зависимости)
Акрофобия I F40.2, *153*
Алкоголизм
— Корсакова синдром I F10.6, *88*
— хронический I F10.2, *86*
Алкоголь, выявление в крови IV R78.0, *302*
Алкогольный(ая) I F10, *84*
— амнестический синдром I F10.6, *88*

— бред ревности I F10.5, *87*
— галлюциноз (острый) I F10.5, *87*
— зависимость I F10.2, *86*
— острое опьянение I F10.0, *85*
— параноид I F10.5, *87*
— психоз I F10.5, *87*
— состояние отмены I F10.3, *87*
— с делирием I F10.4, *87*
Алкогольный синдром плода IV Q86.0, *300*
Альцгеймера болезнь
— деменция I F00, *81*
Аминокислотный обмен, расстройства IV E70—E71, *288*
Амнезия диссоциативная I F44.0, *171*
Амнестический синдром (*см.* Синдром амнестический)
Анестезия/потеря чувствительности диссоциативная I F44.6, *180*
Анорексия нервная I F50.0, *202*
— атипичная I F50.1, *204*
Аноргазмия психогенная I F52.3, *222*
Антропофобия I F40.1, *152*
Аспергера синдром I F84.5, *39*
Астения нейроциркуляторная I F45.30, *192*
Астма IV J45.—, *295*
Атака паническая I F41.0, *155*
Атаксия наследственная IV G11.—, *289*
Аутизм
— атипичный I F84.1, *34*
— детский I F84.0, *32*
— инфантильный I 84.0, *32*
Аутистическая(ое),
— психопатия I F84.0, *32*
— расстройство I F84.5, *39*
Афазия
— приобретенная, с эпилепсией II F80.3, *260*
— развития
— — Вернике II F80.2, *258*
— — рецептивного типа II F80.2, *258*
— — экспрессивного типа II F80.1, *257*
Афония психогенная I F44.4, *177*
Аэрофагия психогенная I F45.31, *198*

Беременность IV O00–O99, *298*
Бессонница неорганической природы I F51.0, *210*
Билирубин, расстройства обмена IV E80.—, *288*
Биполярное аффективное расстройство (*см.* Расстройство биполярное аффективное)
Болевое расстройство соматоформное, хроническое I F45.4, *192*
Боль в спине психогенная I F45.4, *192*
Бред отношения, сенситивный I F22.0, *107*
Бредовые вспышки
— без симптомов шизофрении I F23.0, *112*
— с симптомами шизофрении I F23.1, *113*
Бредовое расстройство (*см.* Расстройство бредовое),
Брике расстройство I F48.8, *198*
Булимия нервная I F50.2, *205*
— атипичная I F50.3, *206*

Вагинизм неорганической природы I F52.5, *222*
Вернике афазия развития II F80.2, *258*
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), обусловленные им заболевания IV B20-B24, *284*
Влечение половое, отсутствие/потеря I F52.0, *222*
Внимания недостаточность
— гиперактивности расстройство I F90.0, *47*
— без гиперактивности I F98.8, *80*
— синдром с гиперактивностью I F90.0, *47*
Внутричерепная травма IV S06, *303*
Волчанка красная системная IV M32.—, *297*
Воспитание, аномальные качества V 4, *332*
Воспитание одним родителем (в неполной семье) V 5.1, *347*
Воспитание в учреждении V 5.0, V 9.0, *345, 373*
Враждебное отношение к ребенку V 1.2, *321*
Вредные последствия употребления (*см.* Употребление с вредными последствиями)
Врожденные аномалии развития,
— головного мозга IV Q04.—, *300*
— женских гениталий IV Q52, *300*
— костей лица IV Q75, *300*
— мужских гениталий IV Q55, *300*
— черепа IV Q75, *300*
Врожденные вирусные заболевания IV P35.—, *299*

Вуайеризм I F65.3, *248*
Выдергивание волос I F98.4, *78*

Галлюцинаторный
— психоз, хронический I F28, *121*
Галлюциноз
— алкогольный I F10.5, *87*
Ганзера синдром I F44.80, *181*
Гастрит IV K29, *298*
Гебефрения I F20.1#, *99*
Геллера синдром I F84.3, *36*
Гентингтона болезнь IV G10, *289*
Генитальной реакции отсутствие I F52.2, *222*
Герсмана синдром, расстройство развития II F81.2, *270*
Гидроцефалия IV G91, *292*
— врожденная IV Q03.—, *299*
Гипервентиляция психогенная I F45.33, *192*
Гиперкинетическое расстройство (*см.* Расстройство гиперкинетическое)
Гиперопека родительская V 4.0, *334*
Гиперорексия нервная I F50.2, *205*
Гиперсомния неорганической природы I F51.1, *213*
Гипогликемическая кома,
— диабетическая IV E10.0, *286*
— недиабетическая IV E15, *287*
Гипомания I F30.0, *126*
Гипоспадия IV Q54.—, *300*
Гипотензия IV I95, *295*
Гипотиреоз IV E02, *286*
Гипофиза гипофункция IV E23, *287*
Глаукома IV H40, *293*
Глухота психогенная I F44.6, *180*
Головная боль психогенная I F45.4, *192*
Головной боли синдромы IV G44.—, *292*
Головного мозга поражение аноксическое IV G93.1, *293*
Госпитализм у детей I F43.2, *167*
Грипп IV J10-J11, *295*

Да Коста синдром I F45.30, *192*
Дауна синдром IV Q90.—, *300*
— трисомии по 21-й хромосоме IV Q90.—, *300*

Двигательные расстройства IV G25, *290*
Девиантность у члена семьи V 2, *325*
Девиация половая I F65.9, *248*
Делинквентность (несовершеннолетних) групповая I F91.2, *52*
Делирий I F05, *82*
— алкогольный (белая горячка) I F10.4, *87*
Деменция
— детская I F84.3, *36*
— неуточненная I F03, *81*
— при болезни Альцгеймера I F00, *81*
— при других заболеваниях I F02, *81*
— сосудистая I F01, *81*
Деперсонализации-дереализации синдром I F48.1, *197*
Депрессия I F32, *134*
— ажитированная, единичный эпизод I F32.2, *137*
— атипичная I F32.8, *139*
— витальная без психотических симптомов I F32.2, *137*
— маскированная I F32.8, *139*
— монополярная I F33.9, *140*
— невротическая I F34.1, *143*
— постшизофреническая I F20.4#, *102*
— психогенная I F32.—, *134*
— психотическая I F32.3, *138*
— реактивная I F32.—, *134*
— тревожная
— — легкая или непостоянная I F41.2, *158*
— — постоянная (дистимия) I F34.1, *143*
— тяжелая
— — единичный эпизод I F32.—, *134*
— — рекуррентная I F33.—, *140*
— эндогенная I F33.—, *140*
Депрессивное(ый)
— расстройство (*см.* Расстройство депрессивное)
— эпизод (*см.* Эпизод депрессивный)
Депривация социальная V 4.2, *340*
Дереализация I F48.1, *197*
Дерматит
— атопический IV L20.—, *296*
— контактный IV L23.— L25, *297*
— пеленочный (подгузниковый) IV L22, *296*

— себоррейный IV L21.—, *296*
— эксфоллиативный IV L26, *297*
Детской неуклюжести синдром II F82, *272*
Дефицита йода синдром IV E00, *286*
Диабет сахарный IV E10, *286*
Диарея
— метеоризм I F45.32, *192*
— психогенная I F45.32, *192*
Дизурия психогенная I F45.34, *192*
Дискриминация с враждебным отношением V 7.0, *366*
Дислалия развития II F80.0, *255*
Дислексия развития II F81.1, *268*
Дисморфофобия (небредовая) I F45.2, *187*
— бредовая I F22.8, *109*
Диспареуния неорганической природы I F52.6, *222*
Диспепсия IV K30, *296*
— психогенная I F45.31, *192*
Диспраксия развития II F82, *272*
Диссомния I F51.—, *209*
Диссоциативное расстройство (*см.* Расстройство диссоциативное)
Дистимия I F34.1, *143*
Дистония IV G24, *289*
Диефазия развития
— рецептивного типа II F80.2, *258*
— экспрессивного типа II F80.1, *257*
Дисфония психогенная I F44.4, *180*
Дисфункция
— оргазмическая I F52.3, *222*
— сексуальная, не обусловленная органическим
расстройством или заболеванием I F52.9, *222*
— уточненная НКДР I F52.8, *222*
— соматоформная вегетативная I F45.3, *190*
— верхнего отдела желудочно-кишечного тракта I F45, *182*
— дыхательной системы I F45.33, *192*
— мочеполовой системы I F45.34, *192*
— нижнего отдела желудочно-кишечного тракта I F45.32, *192*
— сердца и кардиоваскулярной системы I F45.30, *192*
— уточненного органа НКДР I F45.38, *192*
Дуоденит IV K29, *296*
Дхат синдром I F48.8, *198*

Жиля де ла Туретта синдром I F95.2, *71*
«Жевание жвачки»
— обсессивная «умственная жвачка» I F42.0, *162*
— расстройство раннего детского возраста I F98.2, *76*

Зависимости синдром (*см.* Синдром зависимости),
Задержка основных этапов развития IV R62.0, *302*
Заикание I F98.5, *79*
Злоупотребление (см. также Употребление с вредными последствиями),
— анальгетиками I F55.2, *225*
— антацидными средствами I F55.3, *225*
— антидепрессантами I F55.0, *224*
— тетрациклическими I F55.0, *224*
— трициклическими I F55.0, *224*
— аспирином I F55.2, *225*
— веществами, не вызывающими зависимости I F55, *224*
— уточненными НКДР I F55.8, *225*
— неуточненными I 55.9, *225*
— витаминами I F55.4, *225*
— гормонами I F55.5, *225*
— диуретиками I F55.8, *225*
— ингибиторами моноаминоксидазы I F55.0, *224*
— парацетамолом I F55.2, *225*
— слабительными I F55.1, *224*
— специфическими лечебными средствами из трав I F55.6, *225*
— специфическими народными средствами I F55.6, *225*
— стероидами I F55.5, *225*
— фенацетином I F55.2, *225*

Игровой деятельности недостаточность или отсутствие V 4.2, *340*
Издевательство (унижение) V6.3, V6.5, *360, 364*
Изолированная семья V 5.2, *349*
Изъятие из семьи V 6.1, V 9.1, *357, 373*
Икота психогенная I F45.31, *192*
Инвалидность у члена семьи V 2, *325*
Инвалидность
— у сиблинга V 2.2, *329*
— у родителя V 2.1, *328*
Индуцированное помешательство I F24, *116*
Интоксикация острая I F1x.0, *84*

Инфантилизация V 4.0, *334*
Ипохондрия I F45.2, *187*
Истерия I F44, *171*
— тревожная I F41.8, *159*
— конверсионная I F44, *171*

Каннера синдром I F84.0, *32*
Кашель психогенный I F45.33, *192*
Клаустрофобия I F40.2, *153*
Клептомания I F63.2, *243*
Ковыряние в носу I F98.8, *80*
Компульсивные действия I F42.1, *162*
Конфликтные отношения в семье V 1.1, *319*
Конверсивное(ая)
— истерия I F44. —, *171*
— расстройство I F44.—, *171*
— реакция I F44.—, *171*
Контроль неадекватный родительский V 4.1, *337*
Коро I F48.8, *198*
Кошачьего крика синдром IV Q93.4, *301*
Кошмары I F51.5, *220*
Кражи
— групповые (при расстройстве поведения) I F91.2, *52*
— патологические I F63.2, *243*
Крайняя плоть избыточная IV N47, *298*
Краснуха
— врожденный синдром IV P35.0, *299*
Культуральный шок I F43.28, *170*
Кусание стереотипное, самоповреждающее I F98.4, *78*
Кушинга синдром IV E24.—, *287*

Ландау-Клеффнера синдром II F80.3, *260*
Лата I F48.8, *198*
Лепетная речь II F80.0, *255*
Лепра, последствия IV B92, *285*
Личности
— изменение (не связанное с последствиями повреждения или заболевания головного мозга) I F62.9, *240*
вследствие:
— опыта переживания катастрофы I F62.0, *239*

— психической болезни I F62.1, *240*
— уточненное НКДР I F62.8, *240*
— расстройство (*см.* Расстройство личности):
— — причиняющее беспокойство I F61.1, *238*
— — синдром хронический болевой I F62.8, *240*
Лишай простой IV L28.—, *297*

Малоумие (*см.* Отсталость умственная)
Мания
— без психотических симптомов I F30.1, *127*
— с психотическими симптомами I F30.2, *128*
Мастурбация чрезмерная I F98.8, *80*
Медленные вирусные инфекции центральной нервной системы IV A81, *284*
Менингит IV G00-G03.—, *288*
Менструального цикла нарушения IV N91.—, *298*
— болезненные IV N94, *298*
Метеоризм психогенный I F45.32, *192*
Миалгический энцефаломиелит доброкачественный IV G93.3, *293*
Миастения IV G70, *292*
Миелит IV G04.—, *289*
Миграция V 7.1, *367*
Мигрень IV G43.—, *292*
Микроцефалия IV Q02, *299*
Моносомии IV Q93, *301*
Мочеиспускания повышенная частота, психогенная I F45.34, *192*
Мутизм
— селективный I F94.0, *63*
— элективный I F94.0, *63*

Надзор, родительский неадекватный V 4.1, *337*
Наркотики, выявление в крови IV R78.—, *302*
Неблагоприятные события жизни V 5.3, *352*
Нарушение (преимущественно)
— активности и внимания I F90.0, *47*
— поведения при расстройстве адаптации I F43.24, *170*
— эмоций и поведения, смешанное при расстройстве адаптации I F43.25, *170*
— эмоций, уточненное НКДР при расстройстве адаптации I F43.23, *170*
Насилие
— физическое V 1.3, *322*

— сексуальное
— — в семье V 1.4, *323*
— — вне семьи V 6.4, *363*
Неблагоприятные условия быта V 5.3, *352*
Неблагоприятные последствия употребления наркотиков I F1x.1, *84*
Невосприимчивость слуховая, врожденная I F80.2, *258*
Неврастения I F48.0, *195*
Невроз
— ананкастный I F42, *159*
— депрессивный I F34.1, *143*
— желудка I F45.31, *192*
— ипохондрический I F45.2, *187*
— кардиальный I F45.30, *192*
— обсессивно-компульсивный I F42.—, *159*
— обсессивный I F42.—, *159*
— профессиональный I F48.8, *198*
— психастенический I F48.8, *198*
— социальный I F40.1, *152*
— травматический I F43.1, *166*
— характера I F60.9, *238*
Недержание неорганической природы
— кала I F98.1, *74*
— мочи I F98.0, *73*
Недостаточного или неправильного питания последствия IV E64.—, *288*
Недостаточность эмоционального тепла в отношении к ребенку V 1.0, *317*
Недостаточность умственная (*см.* Отсталость умственная)
Неопределенный пол IV Q56.—, *300*
Непродуктивность
— приобретения знаний II F81.9, *272*
— учебу II F81.9, *272*
Нетрудоспособность,
— родителя V 2.1, *328*
— сиблинга V 2.2, *329*
Никтогемерального ритма инверсия, психогенная I F51.2, *215*
Новообразования IV C00-D48, *285*
— злокачественные
— — головного мозга IV C71.—, *285*
— — мозговых оболочек IV C70, *285*
— — спинного мозга IV C72.— *285*,
— — центральной нервной системы IV C72.—, *285*
Новорожденных наркотические абстинентные симптомы IV P96.1, *299*

Нозофобия I F45.2, *187*
Ночные страхи I F51.4, *218*

Обкусывание ногтей I F98.8, *80*
Обсессивно-компульсивный
— невроз I F42.— *159*,
— расстройство I F42.9, *163*
— уточненное НКДР I F42.8, *163*
Обсессивные
— мысли I F42.0, *162*
— мысли и действия смешанные I F42.2, *163*
— невроз I F42.—, *159*
— ритуалы I F42.1, *162*
— умственная жвачка I F42.0, *162*
Общение в семье
— искаженное V 3, *330*
— неадекватное V 3, *330*
Одержимости расстройство I F44.3, *177*
Ожирение IV E66.—, *288*
Окружения ближайшего аномалии V 5, *345*
Олигофрения (*см.* Умственная отсталость),
Онейрофрения I F23.2, *114*
Опека над ребенком V 5.1, *347*
Опьянение острое при алкоголизме I F10.0, *85*
Оргазмическая дисфункция I F52.3, *222*
Органические растворители, токсическое действие IV T52.—, *304*
Ориентация сексуальная, эгодистоническая I F66.1#, *249*
Острая интоксикация (обусловленная употреблением галлюциногенов) I F16.0, *90*
Отвращение сексуальное I F52.1, *222*
Отклонение у члена семьи V 2, *325*
Отмены состояние (*см.* Состояние отмены)
Отношения в семье аномальные V 1, *316*
Отношения отвержения со стороны сверстников V 6.3, *360*
Отношения отвержения конфликтные со стороны сверстников V 8.0, *369*
Отравление медикаментами IV T36.–T.50.—, *304*
Отсталость умственная (*см.* Умственная отсталость),
Отсталость
— умственная III F79#, *282*
— глубокая III F73#, *281*

— легкая III F70#, *278*
— тяжелая III F72#, *281*
— с аутистическими чертами I F84.1, *34*
— специфическое отставание в чтении II F81.0, *266*
— специфическое отставание в орфографии,
— — без расстройства чтения II F81.1, *268*
— — с расстройством чтения II F81.0, *266*
— умеренная III F71#, *279*
— уточненная НКДР III F78#, *282*
Отсутствие генитальной реакции I F52.2, *222*
Отсутствие сексуального
— влечения I F52.0, *222*
— удовлетворения I F52.1, *222*

Паническая(ое)
— атака I F41.0, *155*
— расстройство I F41.0, *155*
Паразитарные заболевания, последствия IV B94.—, *285*
Паралитические синдромы IV G83.—, *292*
Паралич конечности(ей)
— психогенный I F44.4, *180*
Паранойя I F22.0, *107*
— алкогольная I F10.5, *87*
— кверулянтская I F22.8, *109*
Параноидный(ая)
— личность I F60.0, *231*
— психоз I F22.0, *107*
— состояние I F22.0, *107*
— инволюционное I F22.8, *109*
— шизофрения I F20.0#, *97*
Парасомния I F51.—, *209*
Парафимоз IV N47, *298*
Парафрения (поздняя) I F22.0, *107*
Паркинсона болезнь IV G20, *289*
Паркинсонизм, вторичный IV G21, *289*
Патау синдром IV Q91.—, *301*
Патологические
— воровство I F63.1, *242*
— поджоги I F63.1, *242*
— склонность к азартным играм I F63.0, *241*

Педофилия I F65.4, *248*
Пептическая язва IV K25-K27, *296*
Переедание
— в связи с психическими расстройствами, уточненными НКДР I F50.4, *207*
— психогенное I F50.4, *207*
Переживание сильного страха V 6.5, *364*
Печени заболевание, токсическое IV K71.—, *296*
Пикацизм (поедание несъедобных предметов)
— в младенческом и детском возрасте I F98.3, *77*
— у взрослых неорганической природы I F50.8, *208*
Пилороспазм психогенный I F45.31, *192*
Питания расстройство младенческого и детского возраста I F98.2, *76*
Пиромания I F63.1, *242*
Поведения расстройство (*см.* Расстройство поведения)
Пограничная личность (расстройство) I F60.31, *234*
Поддразнивание V 6.3, *360*
Поджоги патологические I F63.1, *242*
Полиомиелит острый IV A80.—, *284*
Полиомиелита последствия IV B91, *285*
Полового предпочтения расстройство I F65.6, *248*
Половой идентификации или гендерной роли расстройство (*см.* Расстройство половой идентификации или гендерной роли)
Половых хромосом аномалии IV Q96—Q98, *301*
Помещение в учреждение/больницу V 6.1, *357*
Порфирина обмен, расстройства IV E80.—, *288*
Последствия несчастных случаев и аварий IV Y85–Y86, *308*
Постшизофреническая депрессия I F20.4#, *102*
Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам I F68.0, *249*
Привязанности расстройство детского возраста (*см.* Расстройство привязанности)
Приемный ребенок V 5.1, *347*
Присвоение ребенку постоянной роли «козла отпущения»
— в семье V 1.2, *321*
— на работе V 8.1, *370*
— учителями V 8.1, *370*
Прогулы в школе I F91.2, *52*
Прурит IV L29.—, *297*
Псевдогермафродитизм IV Q56.—, *300*
Психалгия I F45.4, *192*

Психастения I F48.8, *198*
Психическое расстройство у члена семьи V 2, *325*
Психоз I F29, *121*
— уточненный НКДР I F38.8, *145*
— алкогольный I F10.5, *87*
— атипичный детского возраста I F84.1, *34*
— дезинтегративный (детского возраста) I F84.3, *36*
— галлюцинаторный, хронический I F28, *121*
— индуцированный I F24, *116*
— инфантильный I F84.0, *32*
— корсаковский (*см. также* Синдром амнестический)
— неалкогольный I F04, *81*
— неорганический I F29, *121*
— органический I F09, *83*
— параноидный I F22.0, *107*
— психогенный:, *138*
— — депрессивный I F32.3, *115*
— — параноидный I F23.3#, *138*
— реактивный депрессивный I F32.3, *116*
— симбиотический I F24, *36*
— в детском возрасте I F84.3, *83*
— симптоматический I F09, *120*
— смешанный шизофренический и аффективный I F25.2, *112*
— циклоидный I F23.0, *112*
— без симптомов шизофрении I F23.0, *112*
— с симптомами шизофрении I F23.1, *113*
— шизоаффективный (*см.* Расстройство шизоаффективное)
— шизофреноформный I F20.8, *105*
— депрессивный тип I F25.1, *119*
— аффективный, смешанный I F25.2, *120*
— кратковременный I F23.2, *114*
— маниакальный тип I F25.0, *118*
Психопатия,
— с неустойчивыми привязанностями (в детском возрасте) I F94.2, *68*
— аутистическая I F84.5, *39*
Псориаз IV L40.—, *297*
Психическое расстройство у члена семьи V 2, *325*
Пубертата расстройства IV E30, *287*
Протыкание пальцами глаз, стереотипное, самоповреждающее I F98.4, *78*
Работа, стресс межличностный V 8, *368*

Развития расстройство (*см.* Расстройство развития)
Раздраженной толстой кишки синдром I F45.32, *192*
Раздраженной толстой кишки синдром IV K58. –, *296*
Рассеянный склероз IV G35, *290*
Расстройство поведения в детском возрасте I F91.9, *54*
Расстройство
— адаптации:
— кратковременная депрессивная реакция I F43.20, *169*
— пролонгированная депрессивная реакция I F43.21, *170*
— с другими уточненными преобладающими симптомами I F43.28, *170*
— с преобладающими нарушениями поведения I F43.24, *170*
— с преобладающими нарушениями других эмоций I F43.23, *170*
— со смешанными нарушениями эмоций и поведения I F43.25, *170*
— тревожно-депрессивная реакция (смешанная) I F43.22, *170*
— артикуляции речи функциональное II F80.0, *255*
— аутистическое I F84.0, *32*
— аффективное (*см.* Расстройство настроения)
— биполярное II I F31.8, *133*
— биполярное (аффективное) I F31.9, *133*
— единичный маниакальный эпизод I F30.—, *125*
— состояние ремиссии (текущее) I F31.7, *133*
— текущий эпизод
— — гипоманиакальный I F31.0, *130*
— — маниакальный
— — — без психотических симптомов I F31.1, *130*
— — — с психотическими симптомами I F31.2, *131*
— — легкой или умеренной депрессии
— — — без соматических симптомов I F31.30, *131*
— — — с соматическими симптомами I F31.31, *131*
— — смешанный I F31.6, *132*
— — тяжелой депрессии
— — — без психотических симптомов I F31.4, *132*
— — — с психотическими симптомами I F31.5, *132*
— болевое, соматоформное хроническое I F45.4, *132*
— бредовое I F22.0, *107*
— индуцированное I F24, *116*
— хроническое I F22.9, *109*
— — уточненное НКДР I F22, *107*
— Брике I F48.8, *198*
— внимания недостаточность

— — без гиперактивности I F98.8, *80*
— — с гиперактивностью I F90.0, *47*
— генерализованное тревожное детского возраста I F93.8, *62*
— гиперактивное с умственной отсталостью и стереотипными движениями I F84.4, *38*
— гиперкинетическое I F90.9, *47*
— поведения I F90.1, *47*
— депрессивное I F32.9, *140*
— рекуррентное I F33.9, *142*
— — кратковременное I F38.10, *144*
— — текущий эпизод
— — — в состоянии ремиссии I F33.4, *142*
— — — легкой степени I F33.0, *141*
— — — умеренной тяжести I F33.1, *141*
— — — тяжелый
— — — — без психотических симптомов I F33.2, *141*
— — — — с психотическими симптомами I F33.3, *141*
— — — уточненный НКДР I F33.8, *142*
— диссоциативное I F44.9, *182*
— смешанное I F44.7, *181*
— моторное I F44.4, *180*
— преходящее, в детском и подростковом возрасте I F44.82, *182*
— уточненное НКДР I F44.88, *182*
— детское дезинтегративное, уточненное НКДР I F84.3, *177*
— идентичности, детского возраста I F93.8, *62*
— интермиттирующее эксплозивное I F63.8, *244*
— конверсионное I F44, *171*
— смешанное I F44.7, *181*
— уточненное НКДР I F44.8, *181*
— кошмары I F51.5, *220*
— личности I F60.9, *238*
— агрессивное I F60.30, *234*
— аморальное I F60.2, *233*
— ананкастное I F60.5, *235*
— антисоциальное I F60.2, *233*
— асоциальное I F60.2, *233*
— астеническое I F60.7, *237*
— аффективное I F34.0, *142*
— «безудержного» типа I F60.8, *237*
— демонстративное I F60.4, *235*

— депрессивное I F34.1, *143*
— диссоциальное I F60.2, *233*
— зависимое I F60.7, *237*
— и поведения (у взрослых) I F69, *250*
— — уточненное НКДР I F68.8, *250*
— истерическое I F60.4, *235*
— кверулянтское I F60.0, *231*
— компульсивное I F60.5, *235*
— множественной личности I F44.81, *181*
— нарцистическое I F60.8, *237*
— неадекватное I F60.7, *237*
— незрелое I F60.8, *237*
— обсессивное I F60.5, *235*
— обсессивно-компульсивное I F60.5, *235*
— параноидное I F60.0, *231*
— пассивно-агрессивное I F60.8, *237*
— пассивное I F60.7, *237*
— патологическое I F60.9, *238*
— пограничное I F60.31, *234*
— пораженческое I F60.7, *237*
— психоинфантильное I F60.4, *235*
— психоневротическое I F60.8, *237*
— психопатическое I F60.2, *233*
— сенситивно-паранондное I F60.0, *231*
— смешанного типа I F61.0, *238*
— социопатическое I F60.2, *233*
— тревожное I F60.6, *236*
— уклоняющееся I F60.6, *236*
— уточненное НКДР I F60.8, *237*
— шизоидное I F60.1, *232*
— шизотипическое I F21, *105*
— эксцентрическое I F60.8, *237*
— экспансивное параноидное I F60.0, *231*
— эксплозивное I F60.30, *234*
— эмоционально нестабильное,
— — импульсивный тип I F60.30, *234*
— — пограничный тип I F60.31, *234*
— фанатическое I F60.0, *231*
— моторных функций, специфическое II F82, *272*
— настроения I F39, *145*

— единичный эпизод, уточненный НКДР I F38.1, *144*
— рекуррентное, уточненное НКДР I F38.1, *144*
— хроническое I F34.9, *144*
— — уточненное НКДР I F34.8, *144*
— невротическое I F48.9, *199*
— уточненное НКДР I F48.8, *198*
— несоциализированное агрессивное I F91.1, *50*
— обсессивно-компульсивное I F42.9, *163*
— уточненное НКДР I F42.8, *163*
— общее, развития I F84.9, *40*
— уточненное НКДР I F84.8, *40*
— одержимости I F44.3, *177*
— органическое I F09, *83*
— психическое I F09, *83*
— личностное I F07.0, *83*
— орфографии, специфическое II F81.1, *268*
— паническое I F41.0, *155*
— с агорафобией I F40.01, *152*
— параноидное, индуцированное I F24, *116*
— питания, младенческого и детского возраста I F98.2, *76*
— пищевого поведения I F50.9, *209*
— уточненное НКДР I F50.8, *208*
— поведенческое (*см.* Расстройство психики и поведения)
— поведения I F91.9, *54*
— в детском возрасте I F91.9, *54*
— гиперкинетическое I F90.1, *47*
— группового типа I F91.2, *52*
— депрессивное I F92.0, *52*
— несоциализированное I F91.1, *50*
— ограниченное контекстом семьи I F91.0, *49*
— оппозиционно-вызывающее I F91.3, *53*
— с депрессивными нарушениями (I F30 -I F39) I F92.0, *(125)55*
— с невротическими нарушениями (I F40 - I F48) I F92.8, *(149)56*
— с эмоциональными нарушениями (I F93.—) I F92.8, *(57)56*
— социализированное I F91.2, *52*
— уединенный агрессивный тип I F91.1, *50*
— половой идентификации или роли I F64.9, *247*
— детского возраста I F64.2, *245*
— — уточненное НКДР I F64.8, *247*
— посттравматическое стрессовое I F43.1, *166*

— привычек и влечений I F63.9, *245*
— уточненное НКДР I F63.8, *244*
— привязанности в детском возрасте,
— по расторможенному типу I F94.2, *68*
— реактивное I F94.1, *65*
— психики и поведения (вследствие)
— — алкоголя употребления I F10#, *84*
— — галлюциногенов употребления I F16#, *90*
— — головного мозга повреждения и дисфункции I F06, *82*
— — каннабиноидов употребления I F12#, *90*
— — кокаина употребления I F14#, *90*
— — кофеина употребления I F15#, *90*
— — летучих растворителей употребления I F18#, *90*
— — неуточненное I F1x.9, *90*
— — опиатов употребления I F11#, *90*
— — органического повреждения головного мозга I F09, *83*
— послеродовое I F53.9, *223*
— — легкое I F53, *222*
— — тяжелое I F53.1, *222*
— — уточненное НКДР I F53.8, *223*
— психоактивных веществ употребления I F19#, *90*
— седативных средств употребления I F13#, *90*
— симптоматическое I F09, *83*
— снотворных средств употребления I F13#, *90*
— сочетанного употребления наркотиков I F19#, *90*
— стимуляторов употребления I F15#, *90*
— табака употребления I F17#, *90*
— уточненное НКДР I F1x.8, *89*
— соматического заболевания I F06, *82*
— психосексуального развития I F66.9#, *249*
— уточненное НКДР I F66.8, *249*
— психосоматическое,
— — множественное I F45.0, *184*
— — недифференцированное I F45.1, *186*
— психотическое I F1x.5, *87*
— острое
— — полиморфное
— — — без симптомов шизофрении I F23.0, *112*
— — — с симптомами шизофрении I F23.1, *113*
— — преимущественно бредовое I F23.3, *115*

— — шизофреноподобное I F23.2, *114*
— неорганическое I F29, *121*
— — уточненное НКДР I F28.8, *121*
— органическое I F09, *83*
— острое и преходящее I F23.9, *116*
— — уточненное НКДР I F23.8, *116*
— полиморфное острое (*см.* Расстройство психотическое острое),
— резидуальное или с поздним началом I F1x.7, *88*
— развития II F89, *274*
— артикуляции речи II F80.0, *255*
— афазия:
— — рецептивный тип II F80.2, *258*
— — экспрессивный тип II F80.1, *257*
— координации II F82, *272*
— моторных функций II F82, *272*
— навыков счета II F81.2, *270*
— общее I F84.—, *31*
— психологическое II F89, *274*
— речи II F80.9, *261*
— — уточненное НКДР II F80.8, *261*
— смешанное специфическое II F83, *274*
— уточненное НКДР II F88, *274*
— фонологическое II F80.0, *255*
— школьных навыков II F81.3, *271*
— — смешанное II F81.3, *271*
— экспрессивного письма II F81.8, *271*
— рекуррентное аффективное (см. Расстройство настроения)
— речи развития II F80.9, *261*
— рецептивной II F80.2, *258*
— экспрессивной II F80.1, *257*
— сезонное аффективное I F33.—, *140*
— сексуальное:
— влечения гипоактивность I F52.0, *222*
— отношений I F66.2#, *249*
— предпочтения I F65.9, *248*
— — уточненное НКДР I F65.8, *248*
— созревания I F66.0#, *248*
— сиблингового соперничества I F93.3, *61*
— сна:
— — неорганическое I F51.9, *221*

— — уточненное НКДР I F51.8, *221*
— эмоциональное I F51.9, *221*
— созревания полового I F66.0, *248*
— соматизированное I F45.0, *184*
— соматоформное I F45.9, *194*
— болевое хроническое I F45.4, *192*
— недифференцированное I F45.1, *186*
— уточненное НКДР I F45.8, *194*
— социального функционирования
— — замкнутость и стеснительность вследствие дефицита социальной компетентности I F94.8, *69*
— — уточненное НКДР I F94.8, *69*
— тревожных сновидений I F51.5, *215*
— с чрезмерной тревогой детского возраста I F93.8, *62*
— стрессовое посттравматическое I F43.1, *166*
— счета, специфическое II F81.2, *270*
— телесное дисморфическое I F45.2, *182*
— тикозное I F95.9, *72*
— хроническое:
— — двигательное I F95.1, *71*
— — голосовое I F95.1, *71*
— сочетанное множественное двигательное и голосовое I F95.2, *71*
— преходящее I F95.0, *71*
— транса и одержимости I F44.3, *177*
— тревожное I F41.9, *159*
— в связи с боязнью разлуки в детском возрасте I F93.0, *57*
— и депрессивное (смешанное) I F41.2, *158*
— смешанное I F41.3, *159*
— социальное в детском возрасте I F93.0, *57*
— фобическое I F40.9, *154*
— — в детском возрасте I F93.1, *59*
— уточненное НКДР I F41.8, *159*
— уклоняющееся в детском или подростковом возрасте I F93.2, *60*
— учебы, нарушение развития II F81.9, *272*
— фобическое тревожное I F40.9, *154*
— детского возраста I F93.1, *59*
— уточненное НКДР I F40.8, *154*
— фонологического развития II F80.0, *255*
— чтения, специфическое II F81.0, *266*
— с трудностями в орфографии II F81.0, *266*

— шизоаффективное I F25.9, *120*
— депрессивный тип I F25.1, *119*
— маниакальный тип I F25.0, *118*
— смешанный тип I F25.2, *120*
— уточненное НКДР I F25.8, *120*
— шизоидное:
— — детского возраста I F84.5, *39*
— — личности I F60.1, *232*
— шизотипическое личности I F21, *105*
— шизофреноформное I F20.8#, *105*
— кратковременное I F23.2, *114*
— школьных навыков II F81.9, *272*
— — смешанное II F81.3, *271*
— — уточненное НКДР II F81.8, *271*
— экспрессивного письма, расстройство развития II F81.8, *271*
— эмоциональное, с началом в детском возрасте I F93.9, *63*
Растворители органические, токсическое воздействие IV T52.—, *304*
Расщелина позвоночника IV Q05.—, *300*
Рвота
— психогенная I F50.5, *208*
— связанная с психологическими нарушениями,
уточненными НКДР I F50.5, *208*
Рвота чрезмерная при беременности, психогенная I F50.5, *208*
Реакция
— адаптации (*см.* Расстройство адаптации)
— гиперкинетическая (детского и подросткового возраста) I F90.9, *47*
— депрессивная:
— — тревожная, смешанная I F43.22, *170*
— — кратковременная I F43.20, *169*
— — пролонгированная I F43.21, *170*
— кризисная острая I F43.0, *164*
— параноидная I F23.3#, *115*
— стрессовая острая I F43.0, *164*
— тревожная I F41.1, *156*
— тяжелая стрессовая I F43.9, *170*
— — уточненная НКДР I F43.0, *164*
Ревность
— связанная с употреблением алкоголя I F10.5, *87*
— к сиблингу I F93.3, *61*
Restzustand, шизофренический I F20.5#, *103*

Ретта синдром I F84.2, *35*
Речи расстройство развития II F80.9, *261*
Речь взахлеб I F98.6, *79*
Родителей повторный брак V 6.2, *359*
Родителей
— девиантное поведение V 2.0, *326*
— дисфункция, *V 2328.1*
— инвалидность V 2.1, *328*
— психическое расстройство V 2.0, *326*
Родительское давление неадекватное V 4.3, *342*

Садомазохизм I F65.5, *248*
Самоотравление преднамеренное IV X60–X69, *304*
Самоповреждения преднамеренного последствия IV Y87, *308*
Сексуальное(ая)
— влечение избыточное I F52.7, *222*
— влечение, недостаточность или потеря I F52.0, *222*
— насилие:
— вне семьи V 6.4, *363*
— в семье V 1.4, *323*
— ориентация эгодистоническая I F66.1#, *249*
— отвращение I F52.1, *222*
— отношений расстройство I F66.2#, *249*
— предпочтения расстройство I F65.6, *248*
— — множественное I F65.9, *248*
— — уточненное НКДР I F65.8, *248*
— созревания расстройство I F66.0#, *248*
— удовлетворения, отсутствие I F52.11, *222*
Селективный мутизм I F94.0, *63*
Семейных отношений изменения V 6.2, *359*
Симптомы
— психические, симуляция I F68.1, *249*
— соматические:
— преувеличение I F68.0, *249*
— симуляция I F68.1, *249*
Симуляция симптомов или инвалидизации (соматической) (психологической) I F68.1, *249*
Синдром
— амнестический I F1x.6, *88*
— органический (неалкогольный) I F04, *81*

— Аспергера I F84.5, *39*
— Ганзера I F44.80, *181*
— Геллера I F84.3, *36*
— Герсмана, нарушения развития II F81.2, *271*
— гиперкинетический I F90.9, *47*
— детской неуклюжести II F82, *272*
— Да Коста I F45.30, *192*
— деперсонализации-дереализации I F48.1, *197*
— диареи и метеоризма I F45.32, *192*
— дхат I F48.8, *198*
— зависимости I F1x.2, *86*
— институционный (учрежденческий) I F94.2, *68*
— Каннера I F84.0, *32*
— Корсакова
— — алкогольный I F10.6, *88*
— — неалкогольный I F04, *81*
— Ландау-Клеффнера II F80.3, *260*
— множественных жалоб I F45.0, *184*
— отмены (*см.* Состояние отмены)
— поведенческий, связанный с соматическими нарушениями и физическими факторами I F59, *225*
— раздраженной толстой кишки I F45, *182*
— Ретта I F84.2, *35*
— Туретта I F95.2, *71*
— усталости I F48.0, *195*
— хронический болевой личностный I F62.8, *240*
Синдромы, обусловленные неадекватным лечением IV T74.—, *304*
Синкопе
— органическое IV R55, *302*
— психогенное I F48.8, *198*
Ситуация воспитания аномальная V 5.1, *347*
Сифилис врожденный IV A50, *283*
Склонность к азартным играм
— компульсивная I F63.0, *241*
— патологическая I F63.0, *241*
Слепота IV H54, *293*
Словесная глухота II F80.2, *258*
Слуха потеря IV H90—91, *294*
Смерть
— близкого друга V 6.0, *354*

— близкого родственника V 6.0, *354*
— любимого животного V 6.0, *354*
Сна
— расстройства IV G47, *292*
— психогенные I F51.9, *221*
— уточненные НКДР I F51.8, *221*
— ритма инверсия психогенная I F51.2, *215*
— ужас во время сна I F51.4, *218*
Снохождение I F51.3, *217*
Снижение остроты зрения IV H54, *293*
События, возникающие из-за расстройства у ребенка V 9, *372*
События жизни неблагоприятные V 6, *354*
Соматических симптомов преувеличение I F68.0, *249*
Соматизированное расстройство I F45.0, *184*
Соматоформная вегетативная дисфункция (*см.* Дисфункция соматоформная вегетативная)
Соматоформное расстройство (*см.* Расстройство соматоформное)
Сомнамбулизм I F51.3, *217*
Соперничество
— сиблинговое I F93.3, *61*
— со сверстниками (не сиблинговое) I F93.8, *62*
Состояние спутанности психогенное (*см.* Спутанность психогенная)
Состояние спутанности (неалкогольное) (*см.* Спутанности состояние (неалкогольное))
Сосудистая деменция (*см.* Деменция сосудистая)
Сосание пальца I F98.8, *80*
Состояние
— кризиса I F43.0, *164*
— похмелья I F1x.3, *87*
— с делирием I F1x.4, *87*
— паники I F41.0, *155*
— параноидное I F22.0, *107*
— инволюционное I F22.8, *109*
— сумеречное
— — диссоциативное I F44.88, *181*
— — психогенное I F44.88, *181*
— тревоги I F41.1, *156*
Сотрясение головного мозга IV S06.0, *303*
Социальная фобия I F40.1, *152*
Социальные стрессовые события V 7, *366*
Спазм писчий I F48.8, *198*

Специфическое расстройство
— артикуляции речи II F80.0, *255*
— орфографии II F81.1, *268*
— счета II F81.2, *270*
—чтения II F81.0, *266*
СПИД IV B20—24, *284*
Спутанность психогенная I F44.88, *181*
Спутанности состояние (неалкогольное) I F05.—, *82*
Стереотипные движения патологические (самоповреждающие) I F98.4, *78*
С тревожными сновидениями I F51.5, *220*
Стресс
— расстройство посттравматическое I F43.1, *166*
— реакция I F43.9, *170*
— — острая I F43.0, *164*
— — уточненная НКДР I F43.8, *170*
Стресс межличностный
— в школе V 8, *368*
— на работе V 8, *368*
Ступор,
— депрессивный I F32.3, *138*
— диссоциативный I F44.2, *176*
— кататонический I F20.2, *100*
— маниакальный I F30.2, *128*
Субарахноидальное кровоизлияние травматическое IV S06.6, *304*
Субдуральное кровоизлияние травматическое IV S06.5, *304*
Субнормальность умственная (*см.* Отсталость умственная)
Судороги диссоциативные I F45.33, *192*
Сумеречное состояние (*см.* Состояние сумеречное)

Тернера синдром IV Q96.—, *301*
Тиамина дефицит IV E51, *288*
Тик (*см.* Расстройство, тикозное)
Тики IV G25.—, *290*
Тиреотоксикоз IV E05.—, *286*
Трансовое (и одержимости) расстройство I F44.3, *177*
Трансплантация социальная V 7.1, *367*
Трансвестизм
— двойной роли I F64.1, *245*
— фетишистский I F65.1, *247*
Трансвестистский фетишизм I F65.1, *247*
Транссексуализм I F64.0, *245*

Тревога (при)
— боязни разлуки в детском возрасте I F93.0, *57*
— депрессии I F41.2, *158*
— истерии I F41.8, *159*
— неврозе I F41.1, *156*
— реакция I F41.1, *156*
— сновидении I F51.5, *220*
— социальная в детском возрасте I F93.2, *60*
— состояние I F41.1, *156*
— фобическая в детском возрасте I F93.1, *59*
— эпизодическая пароксизмальная I F41.0, *155*
Тревога в связи с разлукой в детском возрасте I F93.0, *57*
Тревожное расстройство (*см.* Расстройство тревожное)
Трихотилломания I F63.3, *244*
Туберкулез, последствия IV B90.—, *285*
Туретта синдром I F95.2, *71*

Углеводный обмен, расстройства IV E74.—, *288*
Удары головой (о предметы и поверхности) (повторные) I F98.4, *778*
Умственная отсталость III F70—F79, *278*
Употребление с вредными последствиями I F1x.1, *86*
Усталости синдром после вирусной инфекции IV G93.3, *293*
Усталость
— при боевых действиях I F43.0, *164*
— синдром I F48.0, *195*
Усыновленный ребенок V 7.1, *367*
Утрата
— аппетита психогенная I F50.8, *208*
— отношений привязанности V 6.0, *354*
— сексуального влечения I F52.0, *222*
Утрата слуха IV H90—91, *234*
Утрата чувства собственного достоинства, события
обусловливающие V 6.3, V 9.2, *360, 373*
Учрежденческий (институционный) синдром I F94.2, *68*

Факоматозы IV Q85, *300*
— нейрофиброматоз IV Q85.0, *300*
— туберозный склероз IV Q85.1, *300*
Факторы психологические и поведенческие
— воздействующие на соматическое состояние I F54, *223*

— связанные с расстройствами или заболеваниями классифицированными в других рубриках I F54, *223*
Фебрильные судороги IV R56.0, *302*
Фетишизм I F65.0, *247*
Фетишистский трансвестизм I F65.1, *247*
Физическое насилие над ребенком V 1.3, *322*
Фимоз IV N47, *298*
Фобическое
— состояние I F40.9, *154*
— тревожное расстройство I F40.9, *154*
— уточненное НКДР I F40.8, *154*
Фобия I F40.9, *154*
— животного I F40.2, *153*
— простая I F40.2, *153*
— социальная I F40.1, *152*
— специфическая (изолированная) I F40.2, *153*
— экзаменов I F40.2, *153*
Фригидность I F52.0, *150*
Фуга диссоциативная I F44.1, *175*

Хроническое соматоформное болевое расстройство I F45.4, *192*

Церебральный паралич детский IV G80.—, *292*
Цереброваскулярные расстройства IV I60—I69, *294*
Циклотимия I F34.0, *143*
Циркадного ритма инверсия психогенная I F51.2, *215*

Черепномозговых нервов повреждение IV S04.—, *303*
Черепномозговых травм последствия IV T90.—, *304*
Чтение
— задержка специфическая II F81.0, *266*
— отставание II F81.0, *266*
— расстройство специфическое II F81.0, *266*
— с трудностями в орфографии II F81.0, *266*

Шепелявость II F80.8, *261*
Шлепанье по лицу, стереотипное самоповреждающее I F98.4, *78*
Шизоидное
— расстройство детского возраста I F84.5, *39*
— расстройство личности I F60.1, *232*

Шизотипическое расстройство (личности) I F21, *105*
Шизофрения I F20.9#, *105*
— атипичная I F20.3, *101*
— гебефреническая I F20.1#, *99*
— дезорганизованная I F20.1#, *99*
— кататоническая I F20.2, *100*
— латентная I F21, *105*
— недифференцированная I F20.3#, *101*
— острая недифференцированная I F23.2#, *114*
— параноидная I F20.0#, *97*
— парафренная I F20.0#, *97*
— пограничная I F21, *105*
— препсихотическая I F21, *105*
— продромальная I F21, *105*
— простая I F20.6#, *104*
— псевдоневротическая I F21, *105*
— псевдопсихопатическая I F21, *105*
— резидуальная I F20.5#, *103*
— сенсстопатическая I F20.8#, *105*
— simplex I F20.6#, *104*
— уточненная НКДР I F20.8#, *105*
— хроническая недифференцированная I F20.5#, *103*
— циклическая I F25.2, *120*
Шизофреническая
— восковая гибкость I F20.2, *100*
— каталепсия I F20.0#, *97*
— кататония I F20.2, *100*
— реакция латентная I F21, *105*
— Restzustand I F20.5#, *103*
Шизофреноподобное
— острое психотическое расстройство (*см.* Расстройство психотическое)
Шизофреноформное расстройство I F20.8#, *105*
— кратковременное I F23.2, *114*
Школа, межличностный стресс V 8, *368*
Шок
— культуральный I F43.2, *167*
— психический I F43.0, *164*

Эдвардса синдром IV Q91.—, *301*
Эксгибиционизм I F65.2, *248*

Экстрапирамидные расстройства IV G25.—, *290*
Элективный мутизм I F94.0, *63*
Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) аномальная IV R94.0, *303*
Эндокринные расстройства IV E34, *287*
Энкопрез неорганической природы I F98.1, *74*
Энурез (первичный) (вторичный)
— неорганической природы I F98.0, *73*
— психогенный I F98.0, *73*
— функциональный I F98.0, *73*
Энцефалит IV G04.—, *289*
Энцефаломиелит IV G04.—, *289*
Энцефалопатия
— токсическая IV G92, *292*
Эпидуральное кровоизлияние IV S06.4, *303*
Эпизод
— гипоманиакальный I F30.0, *126*
— депрессивный I F32.9, *140*
— легкий I F32.0, *136*
— — без соматических симптомов I F32.00, *136*
— — с соматическими симптомами I F32.01, *136*
— умеренный I F32.1, *137*
— — без соматических симптомов I F32.10, *137*
— — с соматическими симптомами I F32.11, *137*
— тяжелый
— — без психотических симптомов I 32.2, *137*
— — с соматическими симптомами I 32.3, *138*
— уточненный НКДР I F32.8, *139*
— маниакальный I F30.9, *129*
— уточненный НКДР I F30.8, *129*
— без психотических симптомов I F30.1, *127*
— с психотическими симптомами I F30.2, *128*
— аффективный (расстройство настроения), единичный, уточненный НКДР I F38.0, *144*
— смешанный аффективный I F38.00, *144*
Эпилепсия IV G40, *291*
Эпилептический статус IV G41.—, *292*
Эякуляция преждевременная I F52.4, *222*

Яичка неопущение IV Q53.—, *300*
Язвенный колит IV K51.—, *296*