



**Ранняя диагностика  
тревожно-фобических расстройств  
у подростков в общемедицинской практике**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им.  
В.М. Бехтерева»  
Минздравоохранения России,  
д.м.н., профессор



## **Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств у подростков в общей медицинской практике**

*Методические рекомендации*

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети».

Санкт-Петербург  
2012

## АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации раскрывают влияние биологических и социальных факторов на повышение частоты развития у подростков расстройств тревожно-фобического спектра. Описание психологических особенностей таких подростков позволяет применять соответствующую лечебно-профилактическую тактику, выбирая более четкое направление как в фармакологическом лечении, так и в психотерапевтической работе с пациентами данного профиля. Особое внимание уделяется использованию психологических тестов в практике врача, применение которых позволяет получить качественную и количественную оценки биологических, социальных и психологических особенностей, повышающих риск развития тревожно-фобических расстройств. Выделены отдельные группы подростков, каждая из которых имеет свои социальные и психологические особенности, что с учетом выраженности тревожно-фобических проявлений и характера приспособительного поведения на ранней стадии формирования данных расстройств позволяет индивидуализировать клинический и социальный прогноз, оптимизировать мероприятия по социальной реабилитации подростков.

Методические рекомендации предназначены для психологов, психиатров, а также для врачей общей медицинской практики и специалистов, работающих с детьми и подростками в различных учреждениях немедицинского профиля — школах, детских домах, интернатах и т.д.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

Авторы: доктор медицинских наук профессор Ю.В. Попов, врач-психиатр А.А. Пичиков.

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

**АФ** — агорафобия

**ИФ** — изолированная (специфическая) фобия

**МКБ-10** — Международная классификация болезней. Психические и поведенческие расстройства, 10 пересмотр

**МОДТ** — Методика «многомерная оценка детской тревожности»

**ПДО** — Патохарактерологический диагностический опросник

**ПР** — паническое расстройство

**СФ** — социальная фобия

**ТФР** — тревожно-фобические расстройства

**УД** — уровень депрессии

**DSM-IV** — Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Forth edition (Американское диагностическое и статистическое руководство, 4-е издание)

**HARS** — Hamilton Anxiety Rating Scale (шкала Гамильтона для оценки тревоги)

**ZARS** — Zung Self-Rating Anxiety Scale (шкала Цунга для самооценки тревоги)

**ZDRS** — Zung Self-Rating Depression Scale (шкала Цунга для самооценки депрессии)

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящие рекомендации посвящены актуальной проблеме в подростковой психиатрии — ранней диагностике ТФР в подростковом возрасте. Клинически выраженные формы ТФР у подростков приводят к значительным нарушениям как психического, так и социального развития, а тем самым — к выраженным нарушениям социальной адаптации. На основании того, что данные расстройства относятся к группе мультифакторных болезней, клиническое разнообразие которых связано с их гетерогенностью, особую актуальность приобретает вопрос о сравнительном клиническом анализе разных форм этой патологии на ранних этапах их формирования с учетом преморбидных особенностей личности подростка, биологических и социальных факторов способствующих развитию ТФР.

Повышение качества медицинской помощи населению неразрывно связано с ранней диагностикой, которая становится одной из существенных задач. Осуществление этой задачи возлагается, прежде всего, на сеть амбулаторно-поликлинических учреждений — основного звена системы здравоохранения, которое должно обеспечивать проведение широкого комплекса лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Лечением клинически выраженных форм ТФР занимаются психиатры, однако большинство родителей таких подростков и сами подростки первично обращаются, прежде всего, к врачам терапевтического профиля, реже — к психологам, и зачастую долго, но тщетно лечатся от самых разных заболеваний. Связано это, главным образом, с плохой осведомленностью врачей общей медицинской практики об особенностях манифестации и патоморфоза расстройств данного профиля, в особенности у подростков, с отсутствием практических навыков использования диагностического инструментария в своей работе.

Бесспорно, что, благодаря гораздо более значительной распространенности в популяции, субпороговые тревожные расстройства редуцируют социальную и учебную активность подростков в значительно большей степени, чем собственно синдромальные тревожные расстройства. Подростки с подпороговой тревогой не полностью удовлетворяют критериям какого-либо тревожного расстройства. У этих пациентов недостаточно критериев (симптомов) для диагностики заболевания. Основное проявление заболевания составляют неспецифические вегетативные симптомы. К сожалению,

наличие у подростка отдельных тревожных симптомов не рассматривается им и его окружением как патологическое состояние и не является побудительным стимулом, достаточным для обращения за помощью к врачу. Вместе с тем субтревожные состояния таят в себе потенциальную опасность. Без лечения они могут персистировать, часто утяжеляясь и достигая развернутых тревожных и тревожно-фобических синдромов. Данные синдромы могут осложниться депрессией и другими психическими заболеваниями.

Важно отметить, что данные расстройства находятся в фокусе внимания исследователей только в последние годы. Между тем диагностика и лечение субпороговых тревожных расстройств снижает в обществе заболеваемость развернутыми тревожными и тревожно-фобическими синдромами. Поэтому даже отдельные симптомы тревоги требуют проведения активных терапевтических мероприятий.

Основная цель работы состояла в разработке ранней диагностики ТФР в подростковом возрасте с учетом механизмов синдрообразования, средовых факторов и "почвы", на которой эти расстройства возникают, что предполагало определение особенностей проявления данных расстройств в начале их формирования.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи: определить психопатологические особенности развития ТФР в подростковом возрасте; проанализировать закономерности взаимодействия, динамики и обратного развития данных расстройств в подростковом возрасте; оценить весовой вклад средовых факторов и особенностей личности в формирование ТФР в подростковом возрасте.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

### **Классификация и клиническая картина ТФР**

В соответствии с МКБ-10 ТФР относятся к группе «невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств» (F40-F49). Диагностические указания МКБ-10 для ТФР (F40) у подростков соответствуют диагностическим критериям для взрослых больных, в соответствии с которыми выделяют АФ (F40.0) с паническим расстройством (F40.01) и без него (F40.00), СФ (F40.1) и ИФ (F40.2). Кроме того, на основании той же классификации к ТФР относят следующие диагностические категории:

- другие фобические и тревожные расстройства (F40.8)
- фобические и тревожные расстройства неуточненные (F40.9)

В группу ТФР включены расстройства, при которых тревога провоцируется исключительно или преимущественно ситуациями, которые в данное время не представляют опасности. В результате выражено их избегание. Больные могут быть фиксированы на вегетативно-соматических симптомах, которые приводят к вторичному страху смерти, потери контроля или сумасшествия. ТФР часто сопутствует депрессия.

АФ в традиционном понимании можно расценивать как частный вид ИФ — страха открытых пространств (АФ в узком смысле). В современных классификациях АФ рассматривают как более сложное по содержанию переживаний (боязнь толпы, боязнь остаться одному без помощи близких или врача и т.п.) и преимущественно связанное с паническими приступами расстройство. АФ включает страх выходить из дома, посещать общественные места, магазины, ездить в одиночестве на поезде, автобусе или самолете. Чувство страха смерти, потери контроля или сумасшествия сопровождается вегетативно-соматической симптоматикой. Как правило, выражено избегание ситуаций, вызывающих страх. Сопутствующими являются паническое, депрессивное и обсессивное расстройства. АФ чаще наблюдают в структуре ПР, однако выделяют вариант АФ без ПР.

При ИФ больные описывают страхи перед конкретными объектами, заболеваниями, ситуациями и действиями. Синдром состоит из страха ожидания психотравмирующего фактора, тревожного состояния во время действия этого фактора, которое может достигать уровня панического приступа, и поведения избегания самого фактора. Состояние, в отличие от АФ и СФ, обычно не сопровождается психопатологическими симптомами. Страх нередко вызывает не собственно объект, а какие-то последствия контакта с ним. Хотя больные сами признают гиперболизированность своих опасений, простое разубеждение не снижает страха. Болезнь носит хронический характер, но возможны спонтанные ремиссии. Социальная адаптация зависит от содержания фобии и возможности избежать пускового фактора.

При СФ центральным содержанием является страх появления стыда и замешательства в присутствии окружающих. Началу может предшествовать стартовая психотравмирующая социальная ситуация, но возможно и постепенное развитие без вспоминаемых пусковых моментов. Больные боятся и избегают ситуаций, в которых должны совершать какие-то действия на глазах у других, предполагая отрицательную оценку этих действий — говорить, писать, есть (здесь особенно типичен страх рвоты), посещать об-

щественный туалет, взаимодействовать в малых группах (вечеринка, класс) и т.д. Страх может затрагивать лишь строго определенные ситуации или распространяться практически на все социальное поведение.

Пребывание в значимых ситуациях сопровождается появлением тревожных симптомов, структурно отличимых от таковых при паническом приступе (например, ощущение гиперемии лицевых покровов или императивного мочеиспускания встречается чаще, чем «сдавление» в груди). Еще одно отличие – связь страха с предполагаемой реакцией окружающих, которой больные ПР гораздо менее озабочены. Типичным является опасение, что ожидание страха отрицательной оценки себя будет распознано окружающими и станет предметом насмешек. Для больных, как правило, свойственна заниженная самооценка. Страх всегда распознается больными как необоснованный и иррациональный. В тяжелых случаях страх повышается до уровня панических приступов, расстройство ведет к социальной изоляции. Использование на начальных этапах алкоголя как анксиолитика может стать самостоятельной проблемой. В ряде случаев избегание значимых ситуаций позволяет больным достаточно успешно приспособиться к повседневной жизни.

### **Диагностика ТФР у подростков в общемедицинской практике**

Диагностика начальных проявлений ТФР у подростков — задача весьма сложная, поскольку большинство расстройств являются субклиническими, когда жалобы носят неспецифический характер или их нет, а объективных методов диагностики недостаточно. Основной особенностью подростка является повышенная чувствительность к действию неблагоприятных факторов внешней среды биологического, психологического и социального порядков, в связи с чем, нарушения выявляются на всех трех уровнях его функционирования. Таким образом, начальные проявления заболевания помимо общих нарушений со стороны психики, таких как легкая возбудимость, неустойчивость, впечатлительность, пугливость, раздражительность, склонность к формированию страхов, может включать в себя нарушения социальной адаптации, а также различные соматические проявления тревоги, нередко диагностируемые врачами как проявления вегетативной (вегетососудистой) дистонии.

В связи с этим такие подростки попадают, прежде всего, в поле зрения врача общей практики, однако настороженность в от-



ношении таких нарушений отсутствует, что не позволяет диагностировать и корректировать их на ранних стадиях, а увеличивает печальную статистику клинически выраженных и сложно поддающихся коррекции расстройств тревожно-фобического спектра.

Ранняя диагностика ТФР у подростков основывается на:

1. целенаправленном расспросе (клиническом интервью);
2. применении специализированных опросников;
3. соматическом обследовании и применении лабораторных и инструментальных методов исследования (общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, ЭЭГ, М-ЭХОЭГ, МРТ и др., токсикологические тесты в крови и моче).

Основными принципами при выявлении подростков с начальными проявлениями ТФР являются:

1. распознавание и предупреждение заболевания на раннем этапе;
2. поэтапное ведение больного с выделением целей и форм вмешательства, включая психосоциальные;
3. работа в рамках полипрофессиональной бригады (психолог, социальный работник, психотерапевт) с целью преемственности ведения больного;
4. как можно более тщательный опрос не только самого подростка, но и его родителей, педагога, воспитателя, по возможности знакомство с микросоциальной средой, в которой воспитывается подросток;
5. учет не только психологических особенностей подростка, но и анализ его социального функционирования и мотивов возможного избегающего поведения.
6. комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных (психосоциальная терапия и психагогика) методов лечения в сочетании с психотерапией, трудотерапией, продолжением обучения, социальной работой с семьей и пациентом.

### **Целенаправленный расспрос**

Целенаправленный расспрос врача общемедицинской практики направлен на дифференциальную диагностику состояний и свойственных им симптомов, связанных с наличием тревоги и страха у подростка. Это могут быть:

1. естественные эмоциональные реакции на воздействие стрессовых факторов;

2. симптомы, возникающие при различных психопатологических состояниях вне рамок психических заболеваний;
3. симптомы, характерные для определенных психических нарушений;
4. специфические диагностические критерии, определяющие тип расстройства, в частности ТФР.

На первичном приеме врачу общей практики в первую очередь необходимо выяснить причину жалоб, наличие действительных соматических заболеваний или их отсутствие, поскольку далеко не всегда при обращении к врачу звучат жалобы на собственно переживание тревоги. Гораздо чаще подростки жалуются на сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, неполноты вдоха, удушье, ощущение дурноты, необъяснимой слабости. Подросток описывает внутреннее дрожание, головокружение с нарушением равновесия, неопределенные, зачастую мучительные ощущения в различных участках тела. При расспросе они отмечают нарушение пищеварения, иногда затруднение глотания, изменение аппетита в сторону его утраты или понижения (а нередко и повышения), изменение регулярности стула, учащенное мочеиспускание, расстройство сна.

К общим симптомам тревожных расстройств можно отнести:

1. вегетативные симптомы (усиленное или учащенное сердцебиение; потливость; тремор или дрожь; сухость во рту)
2. симптомы, затрагивающие торако-абдоминальную область (затруднения в дыхании; чувство удушья; боль или дискомфорт в груди; тошнота или абдоминальный дистресс)
3. симптомы, относящиеся к психическому состоянию (чувство головокружения; неустойчивости или обморочности; чувство, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по настоящему находится не здесь»; страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти; страх умереть)
4. общие симптомы (приливы жара или ознобы; онемение или ощущение покалывания)
5. симптомы напряжения (мышечное напряжение или боли; беспокойство и неспособность к релаксации; чувство нервозности или психического напряжения; ощущение комка в горле или затруднения при глотании)
6. другие неспецифические симптомы (усиленное реагирование на неожиданности или на испуг; затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тре-

воги или беспокойства; постоянная раздражительность; затрудненное засыпание из-за беспокойства).

Следует помнить, что на момент осмотра подросток с ТФР может и не предъявлять вышеперечисленных жалоб, он может описывать их появление только в определенной ситуации. Поскольку особенностью ТФР является специфичность фактора, провоцирующего тревогу, то при помощи целенаправленного расспроса можно выяснить особенности ситуации, провоцирующей появление симптомов тревоги, патогенетически связанной с избегающим поведением и страхом:

- страх оказаться в ситуации, когда будет невозможно быстро и легко оказаться в безопасности, например в толпе, общественном месте, при дальней поездке из дома, поездке в одиночестве – при АФ;
- страх оказаться в центре внимания в относительно небольших группах людей (в отличие от АФ) и избегание таких ситуаций, как прием пищи на людях, публичное выступление, встреча с людьми противоположного пола, любые другие социальные ситуации – при СФ;
- страх строго ограниченных ситуаций – находиться рядом с каким-либо животным, высоты, грозы, летать в самолете, закрытых пространств, мочеиспускания и дефекации в общественных туалетах и т.д. – при ИФ.

В процессе анамnestического исследования необходимо получить данные о наследственной отягощенности психопатологией подростка, особенностях психического развития, анамnestические сведения о заболеваниях, сопутствующих психоневрологических заболеваниях, структуре семьи, видах хронических и острых психотравм, подверженности различным видам насилия, наличии аддикций или девиаций, нарушениях поведения, типах родительского контроля и воспитания. Для более точного сбора анамnestических сведений подросток обследуется в присутствии лечащего врача и родителя.

### **Общие подходы к диагностике ТФР у подростков:**

- клиническое интервью: сбор анамnestических данных, жалоб, визуальное исследование моторики, мимических реакций и висцеро-вегетативных нарушений
- в анамнезе выяснить:
  - ✓ преморбидные черты характера (сенситивно-шизоидные, тревожные, истерические, ананкастные);

присутствие подобных характерологических акцентуаций у родственников, а также наличие у них ТФР

- ✓ ТФР развиваются преимущественно с инициального периода, сопровождающегося тревожными проявлениями (выраженный испуг или длительная психотравмирующая ситуация) и выраженными соматовегетативными нарушениями
- ✓ аффект тревоги и страха, возникавший вначале преимущественно в связи с внешней провокацией, по мере развития синдрома становится все более постоянным (тревога ожидания и избегающее поведение), хотя напряженность его, как правило, несколько уменьшается
- ✓ больные описывают такие симптомы как быстрое наступление усталости, слабость, суетливость, раздражительность, нарушения сна
- ✓ отмечаются висцеро-вегетативные нарушения такие как: тахикардия, неприятные ощущения в кардиальной области, гипергидроз, проявления дизурии, абдоминальный дискомфорт и тошнота
- ✓ помимо субъективно описываемых страхов и тревоги у больных можно наблюдать психомоторные проявления в виде неусидчивости, беспокойства, сжимания пальцев рук, компонентов физического напряжения – мышечное напряжение, дрожь, шаткость походки, неспособность расслабиться
- ✓ когнитивные проявления ТФР: наличие навязчивых страхов, трудности концентрации внимания, ипохондрическая рефлексия; отмечается фиксация на избегание социальных контактов, связанная или непосредственно с первичным страхом или с односторонней интерпретацией отношения к болезненным проявлениям, больные стремятся уединиться, уклониться от посещения школы, поездок на транспорте, толпы
- ✓ состояние подростка с ТФР клинически отличается отчетливым субъективным страданием или нарушением функционирования в социальных и жизненно важных сферах и сопровождается чувством неуверенности и сниженной самооценкой.

## **Специализированные опросники**

Из специализированных опросников рекомендуются как наиболее информативные и простые в использовании:

### **Определение уровней тревоги**

Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) широко используется в детской и подростковой психиатрической практике. В структуру методики включены 10 параметров-шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности у детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет:

*Шкала 1.* «Общая тревожность», в результатах которой отражается общий уровень тревожных переживаний подростка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и оценкой перспективы.

*Шкала 2.* «Тревога в отношениях со сверстниками», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с другими детьми и подростками.

*Шкала 3.* «Тревога, связанная с оценкой окружающих», в результатах которой отражаются уровень специфической тревожной ориентации подростка на мнение других в оценке своих результатов, поступков и мыслей; уровень тревоги по поводу оценок, даваемых окружающими, в связи с ожиданием негативных реакций с их стороны.

*Шкала 4.* «Тревога в отношениях с учителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных взаимоотношениями со школьными педагогами и влияющих на успешность обучения подростка.

*Шкала 5.* «Тревога в отношениях с родителями», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний, обусловленных проблемными взаимоотношениями с взрослыми, выполняющими родительские функции, а также характер тревожного реагирования подростка в связи с родительским отношением и оценкой его родителями.

*Шкала 6.* «Тревога, связанная с успешностью в обучении», в результатах которой отражается уровень тревожных опасений подростка, оказывающих непосредственное влияние на развитие у него потребности в успехе, достижении высокого результата и т.п.

*Шкала 7.* «Тревога, возникающая в ситуациях самовыражения», в результатах которой отражается уровень тревожных переживаний подростка в ситуациях, сопряженных с необходимостью

самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.

*Шкала 8.* «Тревога, возникающая в ситуации проверки знаний», в результатах которой отражается уровень тревоги подростка в ситуации проверки (особенно – публичной) его знаний, достижений, возможностей.

*Шкала 9.* «Снижение психической активности, обусловленное тревогой», в результатах которой отражается уровень реагирования на тревожный фактор среды признаками астении, оказывающей влияние на приспособляемость подростка к ситуациям стрессогенного характера.

*Шкала 10.* «Повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой», в результатах которой отражается уровень выраженности психовегетативных реакций в ответ на тревожный фактор среды, свидетельствующих об особенностях приспособляемости организма подростка к ситуациям стрессогенного характера.

Деление по степени выраженности каждого из 10 измеряемых проявлений тревожности разделяется на следующие категории по 10-бальной шкале:

- «отсутствие тревоги или слабая ее выраженность»– 0-2 балла;
- «нормативный уровень тревожности, способствующий оптимальной адаптации индивида»– 3-5 баллов;
- «повышенный уровень тревожности, дестабилизирующий психоэмоциональное состояние индивида в определенных ситуациях – субклинический уровень»– 6-8 баллов;
- «крайне высокий уровень тревожности, носящей генерализованный подростка вплоть до клинических проявлений»– 9-10 баллов характер и дезорганизующей деятельностью.

Удобство данной методики заключается в том, что она позволяет прогнозировать особенности манифестации ТФР (особенно СФ) у подростка в связи с значимостью определенных психотравмирующих ситуаций и особенностью реагирования на них, методика дает возможность обозначить «мишени» для индивидуальной и семейной психотерапии.

Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS). — Данный личностный опросник положительно зарекомендовал себя при ранней диагностике ТФР. Он направлен на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги. Содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психи-

ческих и соматических аспектов тревоги. Включает симптомы тревожного настроения, фобические, эмоциональной напряженности, нарушения сна, депрессивного настроения, из соматических симптомов – мышечные (боли, судороги и др.), сенсорные (например, шум в ушах), кардиоваскулярные, респираторные, гастроинтестинальные, урогенитальные, нейровегетативные. Значительное внимание уделяется поведению во время опроса.

Данная шкала разработана для оценки тяжести симптомов тревоги (независимо от небольших колебаний во времени), поэтому вопросы должны быть адресованы к состоянию в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

Точность измерения зависит, в первую очередь, от квалификации и опыта исследователя и аккуратности регистрации используемой информации. Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не следует позволять ему сильно отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму, вопросы надо задавать различными способами, комбинируя варианты с утвердительными и отрицательными ответами. Желательно получать дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д.; такая информация необходима, если есть сомнения в корректности ответов.

По каждому пункту шкалы устанавливается оценка по следующему критерию: 1 – отсутствие; 2 – в слабой степени; 3 – в умеренной степени; 4 – в тяжелой степени; 5 – в очень тяжелой степени (см. прил. 1). Суммарный балл принимает значения в интервале от 0 до 56. Выделяются три области значений суммарного балла по шкале Гамильтона: 0-7 – отсутствие тревожного состояния, 8-19 – симптомы тревоги, 20-56 – тревожное состояние.

Шкала Цунга для самооценки тревоги (Zung Self-Rating Anxiety Scale ZARS) — предназначена для самооценки уровня тревоги и широко применяется в психиатрической практике. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту (“очень редко”, “редко”, “часто”, “постоянно”) симптомов тревоги. Анкета заполняется пациентом в течение 3 минут после краткого инструктирования. Пациента просят проставить крестики в соответствующих ячейках бланка шкалы. Пункты шкалы разделены на 2 группы: 1 группа – все, кроме 5, 9, 13, 17 и 19 пунктов, которые относятся ко 2 группе. Балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту (1 – очень редко, 4 – постоянно для всех пунктов, кроме 5,

9, 13, 17 и 19-го для которых, наоборот, 4 – очень редко, а 1 – постоянно). Сумма баллов 1 группы прибавляется к сумме баллов 2 группы (см. прил. 2). Уровни тревожности по данной клинической шкале подразделяются следующим образом: 20-40 баллов – низкий, 41-60 баллов – средний, 61-80 баллов – высокий уровень тревожности.

### **Определение уровня депрессии**

Шкала Цунга для самооценки депрессии (Zung Self-Rating Depression Scale ZDRS) — предназначена для самооценки депрессии и широко применяется в психиатрической практике. На основе факторного анализа измеряют 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли и раздражительность-нерешительность. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту («никогда или изредка», «иногда», «часто», «почти всегда или постоянно») симптомов депрессии.

Пациента просят проставить крестики в соответствующих ячейках бланка шкалы. Пункты шкалы разделены на 2 группы: 1 группа – все, кроме 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 и 20 пунктов, которые относятся ко 2 группе. Балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту (1 – никогда или изредка, 4 – почти всегда или постоянно для всех пунктов, кроме 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 и 20-го пунктов для которых, наоборот, 4 – никогда или изредка, а 1 – почти всегда или постоянно). Сумма баллов 1 группы прибавляется к сумме баллов 2 группы (см. прил. 3).

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
- Если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
- Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.
- Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Учитывая высокую коморбидность ТФР и депрессии у подростков, а также наличие суицидального риска у данной категории



пациентов, использовать данную шкалу в повседневной практике крайне необходимо.

### **Определение особенностей личности**

Патохарактерологическая диагностика личности широко используется для диагностики личностных черт при различной психиатрической патологии. Метод патохарактерологического исследования подростков, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником (ПДО), предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.). ПДО может быть использован не только психиатрами и медицинскими психологами, но и врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

У подростков с ТФР чаще встречаются в чистом виде или в сочетании с другими типами сенситивно-шизоидные, тревожные, истерические, реже ананкастные черты личности.

### **Определение копинг-стратегий**

Методика «Копинг-стратегии Лазаруса» применяется в психиатрической практике для выявления наиболее часто используемых стратегий поведения в фрустрирующих ситуациях.

В структуру методики включены 8 параметров шкал, позволяющие выделить у обследуемого преобладающие копинги поведения: 1) Конфронтационный копинг; 2) Дистанцирование; 3) Самоконтроль; 4) Поиск социальной поддержки; 5) Принятие ответственности; 6) Бегство-избегание; 7) Планирование и решение проблемы; 8) Положительная переоценка.

Для подростков с ТФР характерно использование таких копинг-стратегий как “дистанцирование”, “бегство-избегание”. Подростки с АФ гораздо чаще прибегают к поиску социальной поддержки по сравнению с подростками с СФ и ИФ.

### **Определение особенностей проявления агрессии**

Опросник Басса-Дарки (Buss-Durkey Inventory) содержит 8 шкал, направленных на выявление двух видов враждебности (обида и подозрительность) и пяти видов агрессии (физическая

агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия).

1. Показатели по шкале «Физическая агрессия» отражают использование подростками физической силы против другого лица.
2. В показателях шкалы «Косвенная агрессия» отражена агрессия, которая окольным путем, может быть направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки) или как агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами и т.п.).
3. По шкале «Раздражение» показатели регистрируют готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).
4. Результаты шкалы «Негативизм» отражают оппозиционную манеру поведения, обычно направленную против авторитета или руководства. Это поведение может проявляться в формах от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.
5. В показателях по шкале «Обида» отражена степень зависти и ненависти к окружающим, обусловленных чувством горечи и гнева на весь мир за действительные или вымышленные (мнимые) страдания.
6. По показателям шкалы «Подозрительность» регистрируют существование недоверия и осторожности по отношению к людям, основанной на убеждении, что окружающие намерены причинить вред.
7. Показатели шкалы «Вербальная агрессия» отражают выражение негативных чувств, как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).
8. Результаты шкалы «Чувство вины» выражают возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, плохо поступает, а также ощущаемые им угрызения совести.

Результаты исследования по полученным шкалам считаются в процентном соотношении совпадений ответов испытуемых с ключом, таким образом, распределение процентов происходит в интервале от 0 до 100%. Оценка результатов производится в соответствии со следующими правилами: 1) отсутствует или слабо выраженный уровень – 0-25%; 2) средний или нормальный уровень – 26-50%; 3) повышенный уровень – 51-75%; 4) крайне высокий уровень – больше 75%.

Особенностями проявления агрессии у подростков с ТФР являются высокие показатели по шкалам «негативизм», «обида» и «раздражительность».

### **ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ (HARS)**

1. Тревожное настроение: озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.
2. Напряжение: ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.
3. Страхи: боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному.
4. Инсомния: затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения.
5. Интеллектуальные нарушения: затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти.
6. Депрессивное настроение: утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния.
7. Соматические мышечные симптомы: боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение» зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус.
8. Соматические сенсорные симптомы: звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, покалывания.
9. Сердечно-сосудистые симптомы: тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ.
10. Респираторные симптомы: чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ.
11. Гастроинтестинальные симптомы: затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры.
12. Мочеполовые симптомы: учащенное мочеиспускание, сильные позывы, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция.
13. Вегетативные симптомы: сухость во рту, покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения.
14. Поведение при осмотре: ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.

## РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК К ШКАЛЕ

Пункт шкалы	ПОКАЗАТЕЛИ (обвести соответствующие состоянию)				
	0	1	2	3	4
1. Тревожное настроение	0	1	2	3	4
2. Напряжение	0	1	2	3	4
3. Страхи	0	1	2	3	4
4. Инсомния	0	1	2	3	4
5. Интеллектуальные нарушения	0	1	2	3	4
6. Депрессивное настроение	0	1	2	3	4
7. Соматические мышечные симптомы	0	1	2	3	4
8. Соматические сенсорные симптомы	0	1	2	3	4
9. Сердечно-сосудистые симптомы	0	1	2	3	4
10. Респираторные симптомы	0	1	2	3	4
11. Гастроинтестинальные симптомы	0	1	2	3	4
12. Мочеполовые симптомы	0	1	2	3	4
13. Вегетативные симптомы	0	1	2	3	4
14. Поведение при осмотре	0	1	2	3	4

*Приложение 2*

### ШКАЛА ЦУНГА ДЛЯ САМООЦЕНКИ ТРЕВОГИ (ZARS)

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п		Очень редко	Редко	Часто	Большую часть времени или постоянно
1.	Чувствую себя более нервным и тревожным, чем обычно	1	2	3	4
2.	Испытываю чувство страха совершенно без причины	1	2	3	4
3.	Легко огорчаюсь или впадаю в панику	1	2	3	4
4.	У меня ощущение,	1	2	3	4

	что я не могу собраться и взять себя в руки				
5.	У меня ощущение полного благополучия, я чувствую, что со мной не случится ничего плохого	4	3	2	1
6.	Мои руки и ноги дрожат и трясутся	1	2	3	4
7.	У меня бывают головные боли, боли в шее и спине	1	2	3	4
8.	Чувствую разбитость и быстро устаю	1	2	3	4
9.	Я спокоен, могу сидеть спокойно без особых усилий	4	3	2	
10.	У меня бывает ощущение учащенного сердцебиения	1	2	3	
11.	У меня бывают приступы головокружения	1	2	3	1
12.	У меня бывают приступы слабости	1	2	3	4
13.	Я дышу свободно	4	3	2	1
14.	Ощущение онемения и покалывания в пальцах рук и ног	1	2	3	4
15.	Боли в желудке и диспепсические расстройства	1	2	3	4
16.	Частые позывы на мочеиспускание	1	2	3	4
17.	Мои руки обычно сухие и теплые	4	3	2	1
18.	Мое лицо горит и краснеет	1	2	3	4
19.	Я легко засыпаю и сплю глубоким и освежающим сном	4	3	2	1
20.	Меня мучают ночные кошмары	1	2	3	4

### ШКАЛА ЦУНГА ДЛЯ САМООЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ (ZDRS)

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п		Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1.	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2.	Утром я чувствую себя лучше всего	4	3	2	1
3.	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4.	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5.	Аппетит у меня не хуже обычного	4	3	2	1
6.	Мне приятно смотреть на привлекательных девушек (парней), разговаривать с ними, находиться рядом	4	3	2	1
7.	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10.	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4

11.	Я мыслю так же ясно, как всегда	4	3	2	1
12.	Мне легко делать то, что я умею	4	3	2	1
13.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14.	У меня есть надежды на будущее	4	3	2	1
15.	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16.	Мне легко принимать решения	4	3	2	1
17.	Я чувствую, что полезен и необходим	4	3	2	1
18.	Я живу достаточно полной жизнью	4	3	2	1
19.	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	4	3	2	1

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: [onmi@bekhterev.ru](mailto:onmi@bekhterev.ru)

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80