

**В серии «Психическое здоровье детей» – в помощь проведению Всероссийской диспансеризации детей – изданы:**

**Вып. 1**

**Урываев В.А., Черная Н.Л. Методические рекомендации по оценке психического развития и психического состояния детей: Методические рекомендации для врачей-педиатров – Ярославль, 2002**

**Вып. 2**

**Психологическое обследование детей в возрасте до 4-х лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов / Под общ. ред. В.А. Урываева – Ярославль, 2002.**

\* Оценка темперамента ребенка; \* Психодиагностический комплекс Е.А. Стребелевой по оценке интеллектуальных возможностей детей до 4-х лет;

**Вып. 3**

**Психологическое обследование детей 4-6 лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов / Под общ. ред. В.А. Урываева – Ярославль, 2002.**

\* Карта наблюдений Д. Стотта – вариант для дошкольников; \* Проективная методика «Дом – Дерево – Человек»; \* Психодиагностический комплекс Е.А. Стребелевой по оценке интеллектуальных возможностей детей 4-х – 5-ти – 6-ти лет;

**Вып. 4**

**Психологическое обследование детей 7-11 лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов / Под общ. ред. В.А. Урываева – Ярославль, 2002.**

\* Карта наблюдений Д. Стотта; \* Проективная методика «Дом – Дерево – Человек»; \* Проективная методика «Рисунок Несуществующего Животного» (применяется с 9-ти лет); \* Психодиагностический комплекс Е.А. Стребелевой по оценке интеллектуальных возможностей детей 7-ти – 8-ти лет; \* Тест интеллекта Р. Кеттелла свободный от влияния культуры (применяется с 9-ти лет); \* Тест Вербального Интеллекта (применяется с 9-ти лет)

**Вып. 5**

**Психологическое обследование детей 12-15 лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов. / Под общ. ред. В.А. Урываева – Ярославль, 2002.**

\* Карта наблюдений Д. Стотта; \* Проективная методика «Рисунок Несуществующего Животного» – с развернутыми комментариями Е.С. Романовой; \* Гештальт-тест Лауретты Бендер; \* Тест интеллекта Р. Кеттелла свободный от влияния культуры; \* Тест Вербального Интеллекта

**Вып. 6**

**Психологическое обследование детей 16-17 лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов. / Под общ. ред. В.А. Урываева – Ярославль, 2002.**

\* Карта наблюдений Д. Стотта; \* Тест личностных акцентуаций В.П. Дворщенко; \* Проективная методика «Рисунок Несуществующего Животного» – с развернутыми комментариями Е.С. Романовой; \* Шкала социальной компетентности Э. Долла; \* Тест интеллекта Р. Кеттелла свободный от влияния культуры; \* Тест Вербального Интеллекта

**Вып. 7**

**Горохов В.И., Заярная И.И., Урываев В.А. Психиатрические и клинико-психологические проблемы оценки нервно-психического здоровья детей при проведении Всероссийской диспансеризации – Ярославль, 2002**

На первой странице обложки репродукция картины Георгия У. «Бабочка» (Россия) из коллекции «ИНЫЕ». Коллекция собрана на кафедре психиатрии, психотерапии и клинической психологии ЯГМА к 1987 г. С 1997 г. Арт-Проект «ИНЫЕ» провел 25 выставок искусства аутсайдеров в России, Германии, Франции. Параллельно проводится психореабилитационная работа с опорой на ресурсы творчества.

150003 Ярославль, ул. Загородный сад, 6, ЯОКПБ (кафедра, проект «ИНЫЕ») Тел. 085-2-23-54-65 E-mail: lado@ytm.ac.ru

**Горохов В.И., Заярная И.И., Урываев В.А. Психиатрические и клинико-психологические проблемы оценки нервно-психического здоровья детей при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для врачей-психиатров, педиатров, клинических психологов. – Ярославль, 2002 («Психическое здоровье детей» Вып. 7). – Ярославль, ЯГМА, 2002, 21 с.**

Методические указания предназначены для специалистов, работающих в системе здравоохранения: психиатров, педиатров, клинических психологов, непосредственно участвующих в проведении диспансеризации. Указания содержат комментарии в отношении оценки психопатологических проявлений в поведении детей с позиций МКБ-10.

Учреждение-разработчик:

Ярославская государственная медицинская академия

Авторы:

**Горохов Владимир Иванович** – к.м.н. профессор кафедры психиатрии, психотерапии и клинической психологии ЯГМА

**Заярная Ирина Ивановна** – врач-психиатр, врач-психотерапевт высшей категории, зав. отделением Ярославской областной клинической психиатрической больницы

**Урываев Владимир Анатольевич** – к.псх.н. доцент заведующий курсом клинической психологии кафедры психиатрии, психотерапии и клинической психологии ЯГМА

Рецензенты:

**Хохлов Л.К.** – д.м.н. профессор кафедры психиатрии, психотерапии и клинической психологии ЯГМА;

**Русина Н.А.** – к.псх.н. доцент зав. кафедрой педагогики и психологии ЯГМА – к.псх.н. доцент

**Рекомендовано к печати:** профильной предметной комиссией ЯГМА «Неврология и психическое здоровье» (протокол № от 2002);

**Утверждено и рекомендовано к изданию** центральным координационно-методическим советом ЯГМА, председатель профессор Ю.П. Троханов (протокол № от 2002 года)

Усл. п.л. 1,5

ЯГМА ©

Тираж 300 экз.

Горохов В.И., Заярная И.И., Урываев В.А. ©

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ №121 от 17.04.2002 («Об утверждении медицинской карты Всероссийской диспансеризации детей», п.1.1) введена Временная учетная форма №30-д/у-вр «Медицинская карта Всероссийской диспансеризации детей». Пункт 12 этой карты предусматривает оценку психического развития, психического состояния ребенка по следующим показателям:

- **эмоционально-вегетативная сфера: норма и отклонения,**
- **психомоторная сфера и поведение: норма и отклонения,**
- **интеллект: норма и отклонения.**

Пункт 27 карты предусматривает участие в решении этих вопросов, наряду с другими специалистами, **врача-психиатра** и психолога.

С целью оптимизации взаимодействия специалистов сотрудники ЯГМА разработали стандартные бланки обследования ребенка, которые соответствуют приказу МЗ № 60 от 14.03.95 («Об утверждении инструкций по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов»).

В соответствии с этим приказом выделены те отклонения в психическом развитии детей, выявление которых требует направления ребенка на консультацию к психиатру (психотерапевту). Эти показания обозначены в карте обследования рубрикой **NB!** Они являются аналогичными для всех возрастных групп и представляют следующие отклонения в психическом развитии.

С учетом современных требований, и, прежде всего, требований МКБ-10, (ICD-10) – Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра, в данной методической разработке приведены основные шифры психических расстройств. Каждому шифру соответствует микро-комментарий, основываясь на рекомендациях которого, можно целенаправленно обращаться уже к развернутым руководствам.

#### **I. ОТКЛОНЕНИЯ В ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВЕГЕТАТИВНОЙ СФЕРЕ**

*Основные симптомы (шифры) психического неблагополучия:*

<b>F 4</b>	<b>НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>
<b>F 40</b>	<i>Фобические тревожные расстройства</i>
<b>F 41</b>	<i>Другие тревожные расстройства</i>
<b>F 42</b>	<i>Обсессивно-компульсивное расстройство</i>
<b>F 43</b>	<i>Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации</i>
<b>F 44</b>	<i>Диссоциативные (конверсионные) расстройства</i>
<b>F 45</b>	<i>Соматоформные расстройства</i>

<b>F 9</b>	<b>ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ</b>
<b>F 93</b>	<i>Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста</i>
<b>F 94</b>	<i>Расстройство социального функционирования, начало которых специфично для детского и подросткового возраста</i>

*Комментарии к перечисленным шифрам:*

<b>F 4</b>	<b>НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b>
<b>F 40</b>	<b>Фобические тревожные расстройства</b> <i>Тревога вызывается исключительно или преимущественно ситуативно и может быть выражена по разному (от чувства дискомфорта до ужаса)</i>
<b>F 40.0</b>	Агорафобия Включает в себя целую совокупность взаимосвязанных фобий, охватывающих страхи выходить из дома: ходить в магазин, толпу или общественные места или путешествовать одному в поездах, автобусах, самолетах.
<b>F 40.1</b>	Социальные фобии Проявления: <input type="checkbox"/> чаще начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытывать внимание малых групп окружающих; <input type="checkbox"/> тревога сопровождается психологическими, поведенческими или вегетативными симптомами; <input type="checkbox"/> тревога ограничена определенными социальными ситуациями;
<b>F 41</b>	<b>Другие тревожные расстройства</b>
<b>F 41.0</b>	Паническое расстройство Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией и поэтому непредсказуемы. Общие симптомы: сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности. Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самообладания или сумасшествия. Продолжительность до нескольких минут.

<p><b>F 41.1</b> Генерализованное тревожное расстройство</p>	<p>Основной чертой является тревога, носящий генерализованный и стойкий характер и сопровождающаяся опасениями (о будущих неудачах, ощущение волнения), моторной напряженностью (суетливость, дрожь, невозможность расслабиться), вегетативной гиперактивностью (потливость, тахикардия, сухость). У детей выражена потребность быть успокоенными.</p>
<p><b>F 41.2</b> Смешанное тревожное и депрессивное расстройство</p>	<p>У пациентов обнаруживаются разнообразные симптомы тревоги и депрессии, которые по отдельности не являются отчетливо доминирующими. <u>Диагностические критерии:</u> <input type="checkbox"/> пониженное или грустное настроение; <input type="checkbox"/> утрата интересов или чувства удовольствия; <input type="checkbox"/> выраженная тревога и беспокойство;</p>
<p><b>F 42</b> <b>Обсессивно-компульсивное расстройство</b> <i>Основной чертой является повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия, тягостные по содержанию, с которыми больной пытается безуспешно сопротивляться. Как правило они воспринимаются как собственные.</i></p>	
<p><b>F 43</b> Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации</p>	
<p><b>F43.0</b> Острая реакция на стресс</p>	<p>Кризисное состояние, острая кризисная реакция, психический шок, реакция продолжается несколько часов, нарушенные адаптационные реакции</p>
<p><b>F43.1</b> Посттравматическое стрессовое расстройство (катастрофы, пытки, терроризм, изнасилование)</p>	<p>Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на тяжелый стресс или ситуацию исключительно угрожающего характера. Особенно легко возникает при наличии предрасполагающих факторов (компульсивные истерические личности)</p>

<p><b>F43.2</b> Расстройство адаптации</p>	<p>Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и возникающие в период адаптации к новым условиям. У подростков часто сочетаются с нарушениями поведения. Включаются: депрессивное настроение, беспокойство, неспособность справиться с волнением, снижение социальной продуктивности, может проявляться агрессивным поведением, культуральный шок, госпитализм у детей. Критерии расстройства адаптации по клиническим формам уточняются по пятому знаку.</p>
<p><b>F 44</b> <b>Диссоциативные (конверсионные) расстройства</b> <i>У пациентов обнаруживаются необычные соматические симптомы или склонность к их драматизации. К расстройствам такого типа относятся припадки, амнезии, трансы, потеря чувствительности, нарушение зрения, параличи, афония и др. Диссоциативные расстройства являются психогенными по происхождению. Включаются: – конверсионная истерия; – конверсионные реакции; – истерия; – истерический невроз; <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> наличие соматических симптомов, которые отличаются необычным проявлением; не соответствием клинике известных заболеваний; <input type="checkbox"/> начало заболевания обычно острое и связано с психогенным стрессом; <input type="checkbox"/> в других случаях приобретают следующие особенности (театральный или необычный характер; быстро изменяются; зависят от внимания окружающих);</i></p>	
<p><b>F 44.0</b> Диссоциативная амензия</p>	<p>Основной признак – потеря памяти, обычно на недавние важные события, она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объяснимой.</p>
<p><b>F 44.1</b> Диссоциативная фуга</p>	<p>Это, как правило, признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых больной поддерживает уход за собой (питание, умывание), несложные социальные взаимодействия с незнакомыми людьми.</p>

<b>F 44.2</b> Диссоциативный ступор	Диагностируется на основании резкого снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение. Полностью отсутствует речь и целенаправленные движения. Характерны сведения о стрессовых событиях и отсутствие физического или психического расстройства.
<b>F 44.3</b> Трансы и одержимость	Расстройства, при которых имеется потеря как чувства личной идентичности, так и полного осознания окружающих (отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». При этом наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, поз, высказываний.
<b>F 44.80</b> Синдром Ганзера	Наблюдается при остром истерическом сумеречном расстройстве сознания, сопровождается псевдодеменцией и явлениями пуэрилизма. Чаще характеризуется «приблизительными ответами» в сопровождении некоторых других диссоциативных симптомов.
<b>F 45</b> <b>Соматоформные расстройства</b> <i>Основной признак – это повторяющееся возникновение физических симптомов с постоянным требованием медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверений врачей об отсутствии физической основы симптоматики.</i>	
<u>Диагностические критерии:</u> <input type="checkbox"/> наличие не менее 2-х лет данной симптоматики; <input type="checkbox"/> постоянное неверие врачам о несуществующем недуге; <input type="checkbox"/> нарушение социального поведения;	

<b>F 9 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ</b>	
<b>F 93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста</b>	
<b>F 93.0</b> Тревожное расстройство в детском возрасте	<u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> чрезмерная тревога отделения от родителей; <input type="checkbox"/> нереалистическое поглощающее беспокойство о возможности вреда, которому подвергаются близкие люди; <input type="checkbox"/> упорное нежелание или отказ идти в школу из страха; <input type="checkbox"/> неадекватность страха одиночества или оставаться дома одному. Включается транзиторный мутизм.
<b>F 93.1</b> Фобическое тревожное расстройство детского возраста	Отмечаются страхи, сфокусированные на широком диапазоне предметов и ситуаций. Указывают на особенность определенной фазы развития (например, страхи животных). Степень тревоги клинически патологическая.
<b>F 93.2</b> Социальное тревожное расстройство детского возраста	Данное расстройство возникает в возрасте до 6-ти лет. Является необычным по выраженности, сопровождается проблемами социального функционирования (избегание или страх общения с незнакомыми людьми, сверстниками).
<b>F 93.3</b> Расстройство сиблингового соперничества	Характеризуется соперничеством или ревностью к младшему сиблингу с целью получения внимания или любви родителей. Выражается в легкой степени (от нежелания делиться, отсутствия внимания) и тяжелых (жестокость и физическая травма сибса, злобность к нему, принижение сибса).
<b>F 94 Расстройство социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста</b>	
<b>F 94.0</b> Элективный мутизм	Впервые возникает в раннем детском возрасте при наличии определенных личностных особенностей (социальная тревожность, отгороженность, чувствительность или сопротивление)

**F 94.1**  
Реактивные  
расстройства  
привязанности  
детского возраста

Возникают как проявления боязливости и повышенной настороженности, плохого контакта со сверстниками. Очень часто агрессия по отношению к себе и другим. Могут быть прямым результатом серьезного родительского пренебрежения, жестокого обращения или грубых ошибок в воспитании. Эти расстройства важны, хотя клинически неопределенны. Указанные нарушения носят изолированный характер, не сопровождаются расстройствами коммуникативных способностей, аутизмом, серьезными нарушениями развития. Обнаруживают тенденцию к сглаживанию при нормализации воспитания.

**F 94.2**  
Расстройство  
привязанностей  
в детском возрасте  
по расторможенному  
типу

В возрасте около 2-х лет это расстройство обычно проявляется «прилипчивостью» в отношениях с диффузными, неизбирательно направленными привязанностями. К возрасту 4-х лет диффузные привязанности остаются, но прилипчивость обнаруживает тенденцию замещаться претендующим на внимание и неразборчиво дружеским поведением; в среднем и позднем детстве у ребенка могут или не могут быть развиты избирательные привязанности, но направленное на привлечение внимания поведение часто сохраняется, что провоцирует возникновение эмоциональных и поведенческих расстройств.

## II. ОТКЛОНЕНИЯ В ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЕ И ПОВЕДЕНИИ

*Основные симптомы (цифры) психического неблагополучия:*

### **F 1 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**F 10** Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

**F 18** Психические и поведенческие расстройства в результате употребления растворителей

### **F 2 ОСТРЫЕ И ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

### **F 5 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ**

**F 50** Расстройства приема пищи

**F 51** Расстройство сна неорганической этиологии

### **F 9 РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**F 91** Расстройства поведения

**F 95** Тикозные расстройства

**F 98** Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

*Комментарии к перечисленным шифрам:*

### **F 1 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

К психоактивным веществам относятся: производные этанола, седативные, снотворные средства, психостимуляторы, галлюциногены, наркотики, летучие растворители. Зависимость формируется вследствие злоупотребления психоактивными веществами и оценивается как наркомании или токсикомании, или как хронический алкоголизм

### **F 10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя**

*Диагностические критерии:*  неспособность контролировать употребление алкоголя;  сильное влечение к алкоголю;  изменение толерантности;  синдром отмены (тревога, тремор, потливость, бессонница, соматические осложнения, ухудшение памяти или сосредоточения внимания, психические изменения);

### **F 18 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления растворителей**

*Диагностические критерии:*  имеют место признаки изменения психического состояния (апатия и глубокий сон; грубость или агрессивность; лability настроения; нарушения суждений, внимания и памяти, психомоторная заторможенность, нарушения социального функционирования);  могут присутствовать другие признаки (шаткость походки, нарушение статики и координации движений, смазанная речь, нистагм, угнетенность сознания)

<b>F 2</b>	<b>ОСТРЫЕ И ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b>
<b>F 23</b>	<b>Острые психотические расстройства</b> Нарушение психической деятельности, при котором имеют место следующие симптомы: <input type="checkbox"/> галлюцинации; <input type="checkbox"/> бред (неподдающиеся коррекции заведомо ложные убеждения; <input type="checkbox"/> возбуждение или необычное поведение; <input type="checkbox"/> дезорганизованная или странная речь; <input type="checkbox"/> резкие перепады или неустойчивость эмоционального состояния;
<b>F 50</b>	<b>Расстройства приема пищи</b>
<b>F 50.0</b>	Нервная анорексия Состояние характеризуется патологической боязнью ожирения и связанным с этим жестким ограничением питания. Часто приводит к тяжелому истощению. <u>Диагностические критерии:</u> <input type="checkbox"/> отказ поддерживать массу тела на уровне, который считается минимальной нормой для данного возраста и роста; <input type="checkbox"/> выраженная боязнь увеличения массы тела даже при истощении; <input type="checkbox"/> нарушение восприятия своей фигуры, отрицание того, что масса тела снижена; <input type="checkbox"/> аменорея у женщин.
<b>F 50.2</b>	Нервная булимия Эпизодическое неконтролируемое поглощение большого количества пищи на протяжении нескольких часов с последующей форсированной элиминацией (попытки выведения пищи при помощи вызывания рвоты, использования мочегонных и слабительных средств, голоданием или интенсивными физическими упражнениями).
<b>F 51</b>	<b>Расстройство сна неорганической этиологии</b> <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> трудность засыпания; <input type="checkbox"/> беспокойство или несвежий сон; <input type="checkbox"/> частые или продолжительные периоды без сна; <u>Дифференциальный диагноз:</u> <input type="checkbox"/> кратковременные нарушения сна, вследствие стрессовых ситуаций, соматических заболеваний, изменения распорядка дня; <input type="checkbox"/> постоянное нарушение сна может свидетельствовать о наличии других расстройств (депрессии – F 32, генерализованной тревоги F 41.1, злоупотребления алкоголем F 10)

<b>F 51.0</b>	Бессонница Бессонница неорганической природы (инсомания) Бессонница представляет собой состояние с неудовлетворительной и/или неудовлетворительным качеством сна на протяжении значительного времени. <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> жалобы на плохое засыпание; <input type="checkbox"/> трудность сохранения сна, плохое качество сна; <input type="checkbox"/> нарушения сна отмечается как минимум 3 раза в течение 1 мес.; <input type="checkbox"/> имеет место озабоченность в связи с бессонницей; <input type="checkbox"/> выраженный дистресс, препятствующий социальному и профессиональному функционированию.
<b>F 51.1</b>	Гиперсомния неорганической природы Определяется как состояние повышенной сонливости в дневное время. Это расстройство сна отмечается ежедневно на протяжении 1 мес.
<b>F 51.2</b>	Расстройство режима сна – бодрствования неорганической природы <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> индивидуальный режим сна–бодрствования десинхронизирован относительно желаемого графика; <input type="checkbox"/> больной страдает от бессонницы в течение основного периода сна и от гиперсомнии в период бодрствования почти ежедневно в течение 1 месяца; <input type="checkbox"/> все это приводит к дистрессу и препятствует социальному и профессиональному функционированию.
<b>F 51.3</b>	Снохождение (сомнамбулизм) <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> подъем с постели и хождение имеет место в первую треть ночного сна; во время хождения – пустое выражение лица с пристальным взглядом, трудность разбудить; <input type="checkbox"/> после пробуждения короткий период дезориентировки и спутанности; <input type="checkbox"/> полная амнезия.
<b>F 51.4</b>	Ужасы во время сна <u>Диагностические признаки:</u> <input type="checkbox"/> пробуждение от сна с паническим криком, тревогой, учащенным дыханием, тахикардией; <input type="checkbox"/> возникают в первую треть сна от 1 до 10 минут; <input type="checkbox"/> воспоминания фрагментарны.

<p><b>F 9 РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ</b></p> <p>Кардинальными признаками являются нарушения внимания и гиперактивность, которые проявляются более, чем в одной ситуации (например, дома, в классе, больнице). Проявляется кратковременным прерыванием задания, быстрой сменой одной деятельности на другую, повышенной отвлекаемостью, нетерпеливостью (бегание, прыгание вокруг, вскакивание на месте), чрезмерной болтливостью и шумливостью; или ерзанием и извиванием. Соответствующие клинические проявления: расторможенность в социальных взаимоотношениях; безрассудство в ситуациях, представляющих опасность импульсивное нарушение социальных правил (вторгается и прерывает игры и занятия других детей). Включает нарушения активности и внимания F 90.0; гиперкинетическое расстройство – F 90.1.</p>
<p><b>F 91 Расстройства поведения</b></p> <p><i>Расстройство поведения характеризуется стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, достигающего до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и поэтому является более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство</i></p>
<p><b>F 95 Тикозные расстройства</b></p> <p><i>Тиком является быстрые, неритмичные, стереотипные, автоматизированные подергивание отдельных мышц или их групп, начинающиеся, как правило внезапно и явно бесцельно. В происхождении различают тики невротические и неврозоподобные (резидуально-органического или соматического происхождения). Тики в отличие от насильственных движений, можно на время подавить волевым усилием. выделяют транзиторные тики F 95.0, хронические моторные тики или вокализмы F 95.1, комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Жилль де ля Туретта) F 95.2.</i></p>
<p><b>F 98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте</b></p> <p><i>Гетерогенная группа расстройств, общим для которых является начало в детском возрасте</i></p>

<p><b>F 98.0</b> Неорганический энурез</p>	<p>Расстройство, характеризующееся непроизвольным упуском мочи, днем и/или ночью. Энурез может быть как моносимптоматическое состояние или может сочетаться с эмоциональными поведенческими расстройствами, психотравмирующими факторами (распад семьи, дисгармоничное воспитание, конфликты в семье и проч.) <b>Критерии диагностики:</b> <input type="checkbox"/> биографический возраст превышает 5 лет; <input type="checkbox"/> непроизвольное мочеиспускание не менее 2-х раз в месяц до 7 лет и 1 раз в месяц старше 7 лет; <input type="checkbox"/> длительность расстройства не менее 3-х месяцев;</p>
<p><b>F 98.1</b> Неорганический энкопроз</p>	<p>Повторяющееся произвольное или непроизвольное отхождение кала, часто сопровождающееся запорами, при отсутствии анатомических дефектов или заболевания прямой кишки и анального отверстия.</p>
<p><b>F 98.5</b> Заикание (запинание)</p>	<p>Речь характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частичным остановками, что разрывает ее ритмическое течение. Заикание следует различать от речи взхлеб и тиков.</p>

### III. ОТКЛОНЕНИЯ В СФЕРЕ ИНТЕЛЛЕКТА

*Основные симптомы (цифры) психического неблагополучия:*

<p><b>F 7</b></p>	<p><b>УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ</b></p> <p><b>F 70</b> Легкая умственная отсталость</p> <p><b>F 71</b> Умеренная умственная отсталость</p> <p><b>F 72</b> Тяжелая умственная отсталость</p> <p><b>F 73</b> Глубокая умственная отсталость</p>
<p><b>F 8</b></p>	<p><b>РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ</b></p> <p><b>F 80</b> Специфические расстройства развития речи и языка</p> <p><b>F 81</b> Специфические расстройства развития учебных навыков</p> <p><b>F 84</b> Общие расстройства психологического (психического) развития</p>

<b>F 7</b>	<b>УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ</b> Сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний, объединенных общим признаком – наличием врожденных или приобретенного (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных (когнитивных) способностей
<b>F 70</b>	Легкая умственная отсталость <b>IQ 50-69</b> – Такие люди приобретают способность использовать речь в повседневных целях, способность к самообслуживанию и практических домашних навыках. Трудоспособность (неквалифицированный труд). Обучаемы в специальных (вспомогательных) школах.
<b>F 71</b>	Умеренная умственная отсталость <b>IQ 35-49</b> – Использование речи и понимания ограничено. Отстает развитие навыков самообслуживания и моторики. Нуждаются в надзоре. Обучаемы в специальных (вспомогательных) школах.
<b>F 72</b>	Тяжелая умственная отсталость <b>IQ 20-34</b> – Речь состоит из отдельных фраз. Запас слов невелик, неспособность запоминать новое. Эмоциональная сфера однообразна. Нередко обнаруживаются дефекты физического развития
<b>F 73</b>	Глубокая умственная отсталость <b>IQ ниже 20</b> – Понимание и использование речи ограничено выполнением основных команд и элементарных просьб. Могут приобретаться простые зрительно-пространственные навыки при адекватном надзоре. Эти расстройства характерны для неподвижных больных.
<b>F 8</b>	<b>РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ</b>
<b>F 80</b>	Специфические расстройства речи и языка <b>F 80.0</b> При этом использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту при этом имеется нормальный потолок речевых навыков

<b>F 80.1</b>	При этом способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи в пределах нормы
<b>F 80.2</b>	Неспособность реагировать на знакомые названия с первого дня рождения; неспособность идентифицировать несколько обычных предметов к 18 месяцам. Позднее: неспособность к пониманию грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т.д.)
<b>F 81</b>	<b>Специфические расстройства развития учебных навыков</b> <i>Охватывает группы расстройств, проявляющиеся специфической и значительной недостаточей в обучении школьным навыкам. Эти нарушения в обучении не являются прямым следствием других состояний (умственная отсталость, грубые невротические дефекты), но часто сочетаются с другими клиническими синдромами (дефицит внимания, расстройство поведения) Данные нарушения чаще связаны с биологическим созреванием, но не исключаются и такие моменты как отсутствие интереса к учебе, плохая образовательная программа, возрастание или изменения требований к заданиям и др.</i>
<b>F 81.0</b>	Дислексия – специфическое расстройство речи, проявляющееся в многочисленных ошибках (замены, пропуски букв, несоблюдение их последовательности) стойкого характера. Для специфических дислексий характерен низкий темп чтения.
<b>F 81.1</b>	Дисграфия – специфическое расстройство письменной речи, проявляющееся в многочисленных типичных ошибках стойкого характера.
<b>F 81.2</b>	Дискалькулия – специфическое нарушение обучения счету, проявляющееся в разных возрастах в школьной популяции.



<b>F 84</b>	<b>Общие расстройства психологического (психического) развития</b> Характеризуется качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении, ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности
<b>F 84.0</b> Детский аутизм	Здесь имеют место качественные нарушения социального взаимодействия в виде неадекватной оценки социально-эмоциональных сигналов (отсутствие реакций на эмоции других людей, отсутствие социально-эмоциональной взаимности), нарушение сферы общения (в ролевых и социально-имитационных играх, отсутствие творчества и фантазии в мышлении и др.). Другие диагностические признаки: хорошая память, эхолалия, буквальность в употреблении слов, извращенные употребления личностных местоимений, нарушение пищеварения на 1-ом году жизни, страх на громкие звуки, монотонное повторение звуков и выражений, монотонные механические игры с неигровыми предметами, серьезное выражение лица, хорошее физическое здоровье.
<b>F 84.2</b> Синдром Ретта	Начало заболевания 7-24 мес. Только у девочек. Характерная черта – потеря намеренных движений рук и приобретение моторных манипулятивных навыков.
<b>F 84.5</b> Синдром Асперга	Данное расстройство характеризуется качественным нарушением социального взаимодействия наряду с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и знаний. Интеллект в норме, но заметно..... (чаще у мальчиков 8:1). Имеет место бедность эмоций. Проявляется к 3-х-летнему возрасту и особенно в школьные годы.

## V. ДРУГИЕ ШИФРЫ МКБ-10

Дополнительно к главе V (F) необходимо использовать следующие разделы (1, С. 287-292):

- A 50** – врожденный сифилис;  
**A 50.4** – поздний врожденный нейросифилис;
- B 22** – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней;  
**B 22.0** – болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии;
- E 22** – гиперфункция гипофиза:  
**E 22.0** – акромегалия и гипофизарный гигантизм;
- E 23** – гипофункция и другие нарушения гипофиза;
- E 24** – синдром Иценко-Кушинга;
- E 30** – нарушения полового созревания, не классифицированные в других рубриках;  
**E 30.0** – задержка полового созревания;  
**E 30.1** – преждевременное половое созревание;  
**E 34.3** – низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках;  
**E 51.2** – энцефалопатия Вернике;
- E 66** – ожирение;  
**E 70.0** – классическая фенилкетонурия;  
**E 71.0** – болезнь «кленового сиропа»;
- G 00** – бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках (включается бактериальный арахноидит и др.);
- G 01** – менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках;
- G 03** – менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами;
- G 04** – энцефалит, миелит и энцефаломиелит;
- G 05** – энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках;  
**G 05.1** – энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;
- G 21.0** – злокачественный нейролептический синдром;
- G 40** – эпилепсия;  
**G 40.3** – генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы;  
**G 41.0** – эпилептический статус grand mal (судорожных припадков);
- G 43** – мигрень;
- G 47** – расстройства сна;  
**G 47.0** – нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница);

- G 47.1** – нарушения сна в виде повышенной сонливости (гиперсомния);
- G 47.2** – нарушения цикличности сна и бодрствования;
- G 47.4** – нарколепсия и катаплексия;
- G 47.8** – другие нарушения сна;
- G 80** – детский церебральный паралич;
- G 91** – гидроцефалия;
- G 92** – токсическая энцефалопатия;
- G 93.4** – энцефалопатия неуточненная;
- L 29** – зуд;
- L 98.1** – искусственный (артифициальный) дерматит (включается невротическое расчесывание кожи);
- Q 02** – микроцефалия;
- Q 03** – врожденная гидроцефалия;
- Q 04** – другие врожденные аномалии (пороки развития) головного мозга;
- Q 04.9** – врожденная аномалия головного мозга неуточненная;
- Q 05** – spina bifida (неполное закрытие позвоночного канала);
- Q 35** – расщелина неба (волчья пасть);
- Q 36** – расщелина губы (заячья губа);
- Q 37** – расщелина неба и губы (волчья пасть с заячьей губой);
- Q 53** – неопущение яичка;
- Q 56** – неопределенность пола и псевдогермафродитизм;
- Q 86** – синдромы врожденных аномалий (пороков развития), обусловленные известными экзогенными факторами, не классифицированными в других рубриках;
- Q 86.0** – алкогольный синдром у плода (дизморфия);
- Q 90** – синдром Дауна;
- Q 91** – синдром Эдвардса и синдром Патау;
- Q 98.4** – синдром Клайнфелтера неуточненный;
- R 00.0** – тахикардия неуточненная;
- R 00.2** – сердцебиение;
- R 11** – тошнота и рвота;
- R 15** – недержание кала;
- R 25.1** – тремор неуточненный
- R 32** – недержание мочи неуточненное;
- R 35** – полиурия;
- R 46.0** – очень низкий уровень личной гигиены;
- R 46.1** – причудливый внешний вид;
- R 46.2** – странное и необъяснимое поведение;
- R 46.3** – чрезмерная активность;
- R 48** – дислексия и другие нарушения символов и знаков, не классифицированные в других рубриках;
- R 48.1** – агнозия;
- R 62.0** – задержка этапов развития;
- R 62.8** – другие виды задержки ожидаемого нормального физиологического развития (включается инфантилизм);
- R 63.0** – анорексия;
- R 63.1** – полидипсия;
- R 63.2** – полифагия;
- T 74** – синдром жестокого обращения;
- T 74.0** – оставление без внимания или заброшенность;
- T 74.1** – физическая жестокость;
- T 74.2** – сексуальная жестокость;
- T 74.3** – психологическая жестокость;
- T 74.8** – другие синдромы жестокого обращения (включаются смешанные формы);
- T 74.9** – синдром неуточненного жестокого обращения;
- Y 05** – сексуальное нападение с применением физической силы (включаются попытки изнасилования или содомии);
- Y 06** – лишение ухода или оставление без присмотра;
- Y 07** – другие формы плохого обращения (включаются жестокость – психическая, физическая, сексуальная и мучения);
- Z 00.3** – обследование с целью оценки состояния развития подростка (включается состояние пубертатного развития);
- Z 00.4** – общее психиатрическое обследование, не классифицированное в других рубриках (исключается обследование в судебно-медицинских целях — Z 04.6);
- Z 02.8** – другие обследования в административных целях (при помещении в тюрьму и др.);
- Z 04.6** – общее психиатрическое обследование по запросу учреждения;
- Z 13.3** – специальное скрининговое обследование с целью выявления психических расстройств и нарушений поведения;
- Z 61.0** – потеря в детстве любимых родителей;
- Z 61.1** – отлучение ребенка от дома;
- Z 61.2** – изменение семейных взаимоотношений родственников в детстве (новый брак родителей или рождение другого ребенка с отрицательными для пробанда последствиями);
- Z 61.3** – события, приводящие к снижению самооценки в детстве;
- Z 61.4** – проблемы, связанные с возможным сексуальным изнасилованием ребенка лицом, принадлежащим к группе первичной поддержки;
- Z 61.5** – проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом;

- Z 61.6** – проблемы, связанные с возможным физическим насилием по отношению к ребенку;
- Z 61.7** – личные потрясения, перенесенные в детстве;
- Z 61.9** – неблагоприятное жизненное событие в детстве неуточненное;
- Z 62.0** – неадекватность заботы и контроля со стороны родителей;
- Z 62.1** – излишняя опека со стороны родителей;
- Z 62.2** – воспитание в закрытом учреждении;
- Z 62.3** – враждебное отношение и несправедливые претензии к ребенку;
- Z 62.4** – эмоциональная заброшенность детей;
- Z 62.6** – неприемлемое давление со стороны родителей и другие отрицательные факторы воспитания;
- Z 65.4** – жертва преступления и терроризма;
- Z 65.5** – жертва стихийного бедствия, военных и других враждебных действий;
- Z 71.1** – жалобы, вызванные страхом болезни, при отсутствии диагностированной болезни;
- Z 72.1** – употребление алкоголя (исключается алкогольная зависимость – F 10.2);
- Z 72.2** – использование наркотиков (исключается наркотическая зависимость – F11-F16, F18);
- Z 73.1** – акцентированные личностные черты (включается поведенческая структура типа А – с неумеренной амбицией, потребностью в высоких достижениях, нетерпимостью, некомпетентностью и назойливостью);
- Z 73.3** – стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках;
- Z 76.5** – сознательная симуляция болезни;
- Z 81** – в семейном анамнезе – психические расстройства и расстройства поведения;
  - Z 81.0** – в семейном анамнезе – умственная отсталость;
  - Z 81.1** – в семейном анамнезе – алкогольная зависимость;
  - Z 81.4** – в семейном анамнезе – злоупотребление другими средствами, вызывающими зависимость;
  - Z 81.8** – в семейном анамнезе – другие психические расстройства и расстройства поведения.

*Данные, приведенные в МКБ-10, естественно, не являются исчерпывающими, но и в этом виде значительно расширяют представление о клинике пограничных психических расстройств детского и подросткового возраста, которые могут оказаться начальными проявлениями приобретенных расстройств личности.*

### **Список использованной литературы:**

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. В 2-х томах – Ростов-на-Дону, 1996.
2. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. проф. В.А. Гурьевой. – М., 2001.
3. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под редакцией проф. В.Н. Краснова и проф. И.Я. Гуровича – М., 1999.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – М., 1995.
5. МКБ-10. Глава V. Версия для первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: диагностика и лечебно-профилактические мероприятия (Краткая версия для врачей первичной медицинской помощи). – М., 1997.
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб., 1997.
7. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ – М., 1998.
8. Урываев В.А., Черная Н.Л. Методические рекомендации по оценке психического развития и психического состояния детей: Методические рекомендации для врачей-педиатров – Ярославль, 2002 («Психическое здоровье детей» Вып. 1).
9. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М., 1973.