

Примечание: В настоящее время приказ Минздрава РФ № 311 отменен.

Дата в Минюсте
Номер в Минюсте

...

Название документа

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ ОТ 06.08.1999 N 311

"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА "МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ"

Источник публикации

Документ опубликован не был

Поиск по статусу

ВСЕ АКТЫ, КРОМЕ НЕДЕЙСТВУЮЩИХ РЕДАКЦИЙ И УТРАТИВШИХ СИЛУ

Текст документа

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

6 августа 1999 г.

N 311

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА
"МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ"**

С целью повышения эффективности диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами с учетом современных подходов к тактике ведения больных и унификации оптимальных режимов лечебно - диагностического процесса

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клиническое руководство "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств" (приложение).
2. Руководителям органов управления здравоохранением Российской Федерации организовать работу подведомственных учреждений и подразделений в соответствии с клиническим руководством "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств".
3. Руководителям территориальных лицензионно - аккредитационных органов при проведении сертификации и лицензирования медицинской деятельности руководствоваться указанными моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств.
4. Департаменту организации медицинской помощи населению (Карпеев А.А.) оказывать методическую помощь органам и учреждениям здравоохранения по внедрению в их работу клинического руководства.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Вялкова А.И.

Министр
здравоохранения
Российской Федерации
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение

УТВЕРЖДЕНО
Приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 06.08.1999 г. N 311

**МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
(КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО)**

Под редакцией
проф. В.Н.Краснова и проф. И.Я.Гуровича

Москва, 1999

Составлено в Московском НИИ психиатрии Минздрава России
Под редакцией проф. В.Н.Краснова и проф. И.Я.Гуровича

д.м.н., проф. В.Н.Краснов Директор института
д.м.н., проф. И.Я.Гурович Зам. директора института

д.м.н., проф. Ю.И.Полищук Отделение психической патологии
д.м.н. Е.Е.Букатина позднего возраста
к.м.н. И.В.Григорьева

д.м.н. А.Л.Максутова Отделение психических
расстройств экзогенно -
органической природы и
эпилепсии

д.м.н., проф. С.Н.Мосолов Отдел терапии психических
д.м.н. В.В.Калинин заболеваний
к.м.н. Е.Г.Костюкова

к.м.н. Д.Ю.Вельтищев Отделение клинико -
биологических исследований
пограничных состояний

к.м.н. Н.Д.Кибрик Отделение сексопатологии

к.м.н. Л.А.Ермолина Отделение психической патологии
д.м.н. Н.М.Иовчук детского и подросткового
к.м.н. А.А.Кашникова возраста
к.м.н. Н.К.Сухотина

д.пс.н. И.А.Коробейников Отделение клинико -
д.м.н. Г.С.Маринчева психологических проблем
нарушений психического развития

д.пс.н., проф. В.М.Шкловский Отделение патологии речи
к.п.н. Т.Г.Визель;
Т.Е.Аханькова; Е.Д.Дмитрова;
О.В.Руднева; Т.В.Фридман,
Ю.А.Фукалов

к.пс.н. А.Б.Холмогорова Лаборатория клинической
психологии и психотерапии

к.м.н. А.Б.Шмуклер Отделение внебольничной
к.м.н. Л.Я.Висневская психиатрии и организации
к.м.н. Е.М.Кириянова психиатрической помощи
к.м.н. В.Б.Голланд
В.А.Потапова
Ю.А.Окунькова

ВВЕДЕНИЕ

Понятие медицинского стандарта, в частности в области психиатрической помощи, связано с обеспечением качества; качество определяют как степень соответствия стандарту. Контроль за качеством в медицине, в том числе в психиатрии, приобретает все большее значение. Внедрение стандартов, преследующих цели повышения уровня диагностики и лечения, соответствует не только интересам потребителей помощи - пациентов и их семей, но и врачей - практиков, поскольку позволяет им критически оценивать свои действия и стремиться соответствовать требованиям современной науки.

Стандарты качества распространяют на все аспекты оказания психиатрической помощи - ее материальные ресурсы (структурное качество), адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса) и соответствие цели лечения (качество результата). Кроме того, стандарты должны способствовать повышению показателей деятельности психиатрической службы и соответствовать ее экономической эффективности.

Данное стандартизованное руководство выполняет пока более узкую задачу, которая в то же время является центральной, - оно представляет модели диагностических процедур и лечения психических расстройств.

В литературе, касающейся стандартов, указывается, что стандартизация диагностики и лечения в психиатрии является более сложной по сравнению с другими медицинскими дисциплинами, вследствие чего она сопровождается неизбежными упрощениями.

Важно также иметь в виду, что указанные модели в большей степени имеют статус рекомендации, а не обязательного предписания. Они жестко не ограничивают свободу врача в терапевтическом процессе, являясь всегда необходимой предпосылкой для дальнейшей индивидуализации с учетом возможности рациональных отклонений в

каждом конкретном случае. Они, во-первых, не должны превращать врачебное искусство в "технику" и, во-вторых, не должны закрывать доступ инновациям в лечении.

Обеспечение качества преследует цель достижения возможно более высокого результата лечения, однако следует отметить, что недостаточный результат еще не означает, что качественная помощь не была обеспечена, поскольку на эффективность терапии в каждом конкретном случае могут оказать влияние многие другие дополнительные факторы. Вообще достижение во всех случаях стопроцентного результата при соблюдении всех требований стандартизованного руководства является нереальным.

Все эти условия и оговорки важны при использовании моделей в практической деятельности; несомненно, однако, что их внедрение должно привести к повышению уровня диагностики и лечения психических заболеваний.

Настоящее руководство основано на Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), которая введена в психиатрическую практику в нашей стране с 1 января 1999 года. К психическим расстройствам соответственно каждого кода относятся следующие пункты:

1. Условия лечения: стационарное, полустационарное, амбулаторное, включая показания, продолжительность.
2. Объем диагностических мероприятий: необходимые лабораторные анализы, инструментальные обследования.
3. Лечение: фармакотерапия, психотерапия и социотерапия, реабилитационные мероприятия.
4. Ожидаемые результаты лечения.
5. Мероприятия в случае, если результат не достигнут.

В связи с основным кодовым названием расстройства приводятся данные в наиболее полном объеме: они относятся ко всем указанным в этом разделе более дифференцированно представленным расстройствам. В отношении последних, во избежание дублирования, информация нередко дана редуцированно; она касается лишь тех пунктов, которые особенно важны при данном расстройстве; в остальном следует обращаться к данным в общем разделе.

Что касается фармакотерапии, то в большей части случаев указывается предпочтительность той или иной группы препаратов либо, когда это целесообразно, конкретно один или несколько определенных препаратов. При этом обозначается, что в данном случае адекватным является применение препаратов в малых, средних или высоких дозах. Однако, в некоторых разделах, например, касающихся лечения психических расстройств у детей, оказалось целесообразным привести более подробный алгоритм терапии с указанием конкретных препаратов, их доз, последовательности применения, доз корректоров и пр. - с учетом особенностей возрастного реагирования. Более детализированные указания относятся и к геронтопсихиатрической практике.

Адресация к группам препаратов с близкими свойствами или близкими по химическому строению обусловила необходимость представить перечень препаратов, относящихся к нейролептикам, антидепрессантам, транквилизаторам, ноотропам, корректорам в соответствующих списках с указанием малых, средних и высоких доз, а также в соответствии с особенностями их клинического действия, что в случае необходимости позволит конкретизировать данные о каждом рекомендуемом препарате. В списках препаратов и показаниях для их применения приведены все средства, с помощью которых обеспечивается в настоящее время качество лечения.

В то же время необходим учет экономического фактора в выборе пути к достижению терапевтического эффекта; при этом следует, однако, учитывать не только стоимость препарата, но также возможное сокращение длительности пребывания пациента в медицинском учреждении (стационар, полустационар), длительность временной нетрудоспособности и другие непрямые затраты.

С одной стороны, исключение из рекомендуемых средств в данном руководстве новых и наиболее эффективных препаратов стало бы препятствием в совершенствовании лечения, достижении более высокого терапевтического эффекта.

С другой стороны, в связи с нерегулярностью обеспечения населения теми или иными лекарственными препаратами для проведения адекватной терапии, необходима большая свобода в выборе средств, исходя из того, что в случае необходимости потребуются наиболее рациональная замена препарата из имеющегося в наличии арсенала.

Таким образом, с учетом реальной ситуации в обеспечении психотропными средствами, при выборе препарата для назначения врач должен исходить из того арсенала психотропных средств, который имеется в наличии, учитывая в то же время рекомендации, приведенные в данном руководстве.

Из списка психотропных средств исключены такие ранее широко применявшиеся препараты как ОРАП, СЕМАП, ИМАП, которые в настоящее время не поставляются в Россию. Это относится также к препарату ФРЕНОЛОН.

В то же время такие отечественные антидепрессанты как АЗАФЕН (пипофезин) и ПИРАЗИДОЛ (пирлиндол) не исключены из списков психотропных средств, хотя они в настоящее время не производятся, в связи с тем, что желательно их возвращение в клиническую практику и что в ближайшем будущем не исключается.

Это относится и к обеспечивающим качество диагностики формам инструментально - диагностического обследования. В данном руководстве объем диагностических процедур представлен на уровне современных требований, хотя известно, что инструментально - лабораторное оснащение ряда психиатрических учреждений такой объем обследования полностью обеспечить не в состоянии. В подобных случаях объем и содержание диагностических исследований ограничиваются возможностями имеющегося лабораторного оборудования. В данном отношении модели обследования являются стимулом для развития материально - технического обеспечения учреждений. В амбулаторных и полустационарных условиях объем лабораторно - диагностических исследований ограничивается в основном имеющимися медицинскими показаниями.

Необходимо указать, что приведенные в руководстве сроки лечения основаны только на заключении экспертов (фактических данных по длительности лечения различных видов расстройств, соответствующих кодам МКБ-10, еще нет), поэтому они не должны использоваться для расчетов планируемых сроков пребывания больных в стационарах, полустационарах и других показателей психиатрической помощи.

Внедрение моделей диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств представляет собой начало поэтапного процесса стандартизации, постепенно совершенствующегося и охватывающего все стороны психиатрической помощи, включая систему мониторинга и управления качеством. Использование моделей возможно лишь при строгом соблюдении законодательства, действующего в области здравоохранения и психиатрической помощи.

+ "Крестиком" помечается код основной болезни по МКБ-10.

* "Звездочкой" помечен факультативный код, относящийся к проявлениям болезни.

F64 РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

F64.0 Транссексуализм

Стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное, соответствующее генетическому полу формирование гонад, уrogenитального тракта, вторичных половых признаков; характеризуется стремлением изменить свой пол путем гормонального, хирургического лечения и легализовать в обществе желаемую половую роль.

Основные симптомы: полная идентификация полового самосознания и половой роли с противоположным полом, гомосексуальная ориентация, стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола с дисморфофобоподобными расстройствами и перемены его на противоположный.

Сопутствующая симптоматика представлена различными формами психо - социальной дезадаптации, проявляющейся психогенными нарушениями, разными видами девиантного поведения, деструктивными тенденциями, суицидальной активностью.

Диагноз транссексуализма основывается на следующих критериях:

1. Стабильное и неизменное чувство принадлежности к противоположному полу, дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу.

2. Постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков и приобрести противоположные путем хирургического и гормонального лечения.

3. Завершение полового развития.

Дополнительными диагностическими указаниями являются развитие данных нарушений с раннего детского возраста, отсутствие симптомов другого психического заболевания и врожденных аномалий развития половых органов.

Дифференциальная диагностика транссексуализма (ТС) проводится с:

- эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения), в клинике которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза;

- трансвестизмом двойной роли (исключительно у мужчин);

- гомосексуализмом, имеющим в своей клинической картине полоролевою инверсию;

- другими нарушениями половой идентичности в рамках расстройств личности, органических поражений головного мозга.

В настоящее время общепринятой радикальной мерой помощи при транссексуализме является психосоциальная адаптация пациента в осознаваемом им поле.

Условия лечения

Амбулаторное. Длительность по показаниям.

Принципы терапии

Психотерапия:

- психокоррекционные мероприятия половой реконсильации (попытка примирения с врожденным полом), рациональная, когнитивная, психодинамическая психотерапия;

- психотерапия в подготовительный период перед половой переориентацией, включающая информационно - разъяснительную, рациональную методики, а также семейную терапию с родственниками и партнерами индивидуально и путем групповых бесед;

- поддерживающая психотерапевтическая помощь в процессе и после перемены пола, в том числе перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола.

Фармакотерапия:

- при имеющихся психогенных расстройствах с использованием транквилизаторов, антидепрессантов, анксиолитиков, ноотропов, седативных средств;

- гормональная заместительная терапия с целью подавления врожденных и стимулирования развития желаемых вторичных половых признаков; использование при ж/м транссексуализме андрогенных препаратов, при м/ж - женских половых гормонов.

Хирургическая коррекция анатомических половых признаков; маскулинизирующая маммо- и фаллопластика, экстирпация матки с придатками у женщин - ТС, феминизирующая маммо- и вагино- пластика с кастрацией у мужчин - ТС.

Комплекс медико - социальных мероприятий включает три основных этапа:

1. Подготовительный:

Включает динамическое наблюдение психиатра в течение 2-х и более лет, всестороннее психиатрическое, психологическое, соматическое, инструментальное обследование, дифференциальную диагностику с сходной патологией, установление и подтверждение диагноза ТС, необходимые психокоррекционные мероприятия.

2. Половой переориентации:

Включает заместительную терапию половыми гормонами, пластическую хирургию, перемену гражданского пола (медико - юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль).

Решение о целесообразности изменения пола пациенту принимается специальной медицинской комиссией, состоящей из трех врачей - специалистов. Комиссия заседает 1 раз в месяц. Комиссия выносит одно из следующих решений:

- изменить гражданский пол;
- отказать в смене гражданского пола;
- отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте;
- провести хирургическую коррекцию пола.

3. Восстановительно - реабилитационный:

Включает постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающую психотерапию и социально - психологическую помощь при трудностях адаптации.

Показания для перемены пола:

- невозможность психосоциальной адаптации пациента при сохранении пола врожденного;
- высокая суицидоопасность;
- отсутствие эндогенного психического заболевания;
- отсутствие гомосексуализма как ведущего мотива для перемены пола;
- отсутствие делинквентного поведения;
- формирование противоположного полового самосознания с 5-7 лет;
- окончание полового развития;
- достаточная социальная зрелость.

Противопоказания: наличие эндогенного заболевания, гомосексуализма, трансвестизма, алкоголизма, наркомании, антисоциального поведения, тяжелого соматического заболевания, средней и тяжелой степени слабоумия.

Ожидаемые результаты лечения

Устойчивое психическое состояние больного.

Действия врача, если не достигнут результат

При наличии противопоказаний к перемене пола - лечение основного заболевания, приведшего к возникновению транссексуализма.

F64.1 Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение)

Использование и ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни с целью получения удовольствия и душевного комфорта от собственного внешнего вида и временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением и разрядкой.

Дифференциально - диагностическими критериями трансвестизма являются:

- желание выглядеть подобно лицу противоположного пола и реализация этого желания через использование атрибутов соответствующей одежды;
- периодичность данного желания;
- парциальность, избирательность переодевания (в одиночестве, в незнакомой обстановке);
- социальная половая роль соответствует биологическому полу;
- половое влечение гетеросексуальное.

Дифференциальная диагностика проводится с эндогенными и экзогенными психическими расстройствами, в рамках которых присутствуют явления трансвестизма, феминизирующим вариантом гомосексуализма.

Условия лечения

Амбулаторное. Длительность по показаниям.

Принципы терапии:

Психотерапия:

- рациональная;
- разъяснительная;
- когнитивная;
- психодинамическая (техники психотренинга и саморегуляции).

Фармакотерапия:

- антиандрогенные препараты;
- транквилизаторы;
- антидепрессанты при невротических расстройствах.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния пациента.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии.

F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте

Расстройство, обычно впервые появляющееся в раннем детстве и характеризующееся постоянной, интенсивной неудовлетворенностью чертами своей врожденной половой принадлежности, а также убежденностью в принадлежности к другому полу.

Дети предпочитают игры, игрушки и компанию друзей исключительно другого пола, ждут физического превращения в лицо противоположного пола, проявляют противоположные особенности характера и привычек.

Диагностическими критериями являются:

- наличие постоянного желания принадлежать к другому полу либо убежденность в данной принадлежности с отказом от поведения и одежды своего пола;

- активное проявление поведения, характерологических особенностей другого пола;

- манифестация данных нарушений в дошкольном или допубертатном возрасте.

Условия лечения

Амбулаторно, до полового созревания.

Принципы терапии

Психотерапия:

- поведенческая;

- когнитивная;

- различные виды игровой психотерапии в группах;

- семейная терапия.

Психокоррекционные меры желательно применять постоянно, длительно до периода полового созревания.

Ожидаемые результаты лечения.

Стабилизация состояния пациента.

Действия врача, если не достигнут результат.

Повторные курсы различных видов психотерапии.

F64.8 Другое расстройство половой идентификации

Различные нарушения половой идентификации личности нетранссексуального типа, наблюдающиеся в подростковом и зрелом возрасте.

Личности с расстройством идентификации пола испытывают постоянный дискомфорт вследствие своего анатомического пола. К данной рубрике могут быть отнесены расстройства половой идентификации, при которых у субъекта отсутствует постоянное стремление изменить свой пол или приобрести особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения.

К рубрике F64.8 могут быть отнесены:

- дети с устойчивым желанием переодеться в одежды, предназначенные для противоположного пола, без других критериев для детского расстройства идентификации пола, перечисленные в рубрике F64.2;

- взрослые с кратковременным переодеванием в одежды противоположного пола, связанным со стрессом;

- взрослые с клиническими характеристиками транссексуализма продолжительностью менее чем два года;

- лица, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

По степени тяжести расстройства идентификации пола данной рубрики располагаются в виде континуума: в наиболее легких случаях субъекты осознают свою принадлежность к истинному полу, но это вызывает у них дискомфорт, не приводящий, однако, к заметной дезадаптации в жизни в целом. В тяжелых случаях дискомфорт по поводу собственного пола столь велик, что вызывает стойкую, тотальную дезадаптацию во всех сферах жизни личности.

Дифференциальная диагностика состояния должна быть проведена как внутри диагностической рубрики (с транссексуализмом, особенно с его "краевыми", компенсированными формами, трансвестизмом двойной роли, расстройствами половой идентификации у детей), так и с другими диагностическими рубриками (шизофрения, хронические бредовые расстройства, органические психические расстройства, расстройства личности и т.д.). Необходимо исключить группу интерсексуальных расстройств - синдром Турнера, синдром Клайнфельтера, врожденная вирилизация, псевдогермафродитизм, синдром андрогенной нечувствительности.

Условия лечения

Амбулаторное - при отсутствии показаний для неотложной госпитализации наиболее целесообразно амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни пациента.

Стационарное - при стойкой тотальной дезадаптации - 3-6 недель.

Перечень необходимых обследований

Анамнестический, клинический, психопатологический, сексологический, психологический анализ с применением стандартных и специфических методик, исследование гормонального спектра, нейрофизиологическое обследование, исследование половых хромосом при подозрении на интерсексуальное состояние.

Принципы терапии

Для построения патогенетически обоснованной терапии необходим детальный и тщательный анализ сопутствующей психопатологии.

Фармакотерапия.

При наличии психических расстройств, классифицируемых по другим рубрикам, проводится терапия основного заболевания с назначением психофармакологических препаратов по клиническим показаниям. Помимо собственно психотропных препаратов используются адаптогены, общеукрепляющие средства, нейроремедиаторы, церебропротекторы.

Психотерапия.

Основной целью психотерапевтического лечения является формирование у пациента свойств, способствующих повышению уровня его адаптации и снижающих степень дискомфорта, вызванного заболеванием. Может быть использован весь арсенал современной психотерапии: аутотренинг, рациональная психотерапия, гипнотические техники, методы стратегической психотерапии и т.д. Продолжительность лечения определяется индивидуальными личностными особенностями, тяжестью сопутствующей психопатологической симптоматики, степенью активности пациента в процессе лечения.

Противопоказанием к собственно сексологическому лечению являются:

- эндогенные психические заболевания, алкоголизм, расстройства личности, грубые нарушения социальных связей;

- интеллектуальная недостаточность;

- безволие, пассивность больного, выраженная незрелость личности.

Прогностически благоприятными признаками являются молодой (до 25 лет) возраст, критическое отношение к своему состоянию, отсутствие психопатологической отягощенности.

Ожидаемые результаты лечения

Оценка результатов лечения производится по изменению уровня адаптации пациента в различных сферах жизни и деятельности личности.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии, лечение основного заболевания с тщательным подбором препаратов и их доз, при стойком отсутствии результата от проводимой терапии и при отсутствии противопоказаний - переход к сексологическому лечению.

F64.9 Расстройство половой идентификации неуточненное

В данную рубрику включены расстройства половой роли: трансформация полоролевого поведения, гиперролевое поведение.

Трансформация полоролевого поведения - формирование полоролевого поведения, свойственного другому полу, при правильном половом сознании. Поведенческие нарушения сходны с клинической картиной транссексуализма. Только ощущение принадлежности к другому полу при транссексуализме позволяет отличить его "краевые" варианты от трансформации полоролевого поведения. С детства отмечаются объективные признаки поведения, не свойственные данному полу. Полоролевые нарушения начинают быть особенно заметными на этапе ролевых игр. Девочки охотно играют в войну, машины, выбирают мужские роли при игре "в семью", охотно занимаются традиционно мужскими видами спорта. Мальчики растут мягкими, послушными, аккуратными, избегают драк и конфликтов, предпочитают тихие игры, охотно занимаются танцами и музыкой. В период формирования полового влечения у подростков с трансформацией полоролевого поведения существует высокий риск возникновения гомосексуального влечения.

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, данных клинического, психопатологического, сексологического, психологического обследования.

Дифференциальная диагностика проводится с транссексуализмом, гомосексуализмом, необходимо тщательное выявление форм, обусловленных психическими заболеваниями.

При отсутствии психопатологической симптоматики проводится психотерапевтическое лечение с акцентом на исправление искажений полоролевого поведения и коррекцию черт личности, вызывающих семейную, профессиональную и социальную дезадаптацию.

Гиперролевое поведение - поведение личности с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли. Формированию гиперролевого поведения способствуют психические особенности личности. Гипермаскулинному поведению наиболее созвучны гипертимные, неустойчивые, истероидные акцентуации и психопатии. Гиперфемининному - инфантильнозависимые, астено - невротические, психастенические, сенситивные, истероидные акцентуации и психопатии.

Гипермаскулинное поведение проявляется преувеличенно мужским типом поведенческих реакций, пренебрежением ко всем видам "женского" труда, грубостью, агрессивностью. В сексуальной жизни это находит отражение в виде принуждения женщины к близости, имитации злобности, причинения боли, стремления к ощущению власти над партнершей в сочетании с ее подчиняемостью. Гиперролевое поведение у подростков может встречаться как компенсаторное, связанное со стремлением к самоутверждению в группе. Примитивный стереотип сексуального поведения у гипермаскулинных подростков сочетается с грубым принуждением партнерши к извращенным действиям, отказ от которых обычно приводит к избиению партнерши. Мужчины с гиперролевым поведением крайне тяжело переносят снижение сексуальной функции. Как вариант компенсаторного, гиперролевого поведения может проявляться у транссексуалов, борющихся за признание своей принадлежности к другому полу.

Патологическое гипермаскулинное поведение находит отражение в сексуальном садизме у мужчин.

Гиперфемининное поведение характеризуется подчеркнутой подчиняемостью, пассивностью, готовностью к самопожертвованию, самоотдаче, материнским отношением ко всем окружающим. Патологическое гиперфемининное

поведение представляет собой мазохистические тенденции, которые проявляются в получении удовольствия при унижении и физических страданиях, причиняемых партнером.

Рубрика может быть использована также в качестве этапного диагноза при наличии жалоб на чувство дискомфорта, связанное с собственным анатомическим полом, в то время как установить более точно диагноз не представляется возможным из-за объективных трудностей (недостаток анамнестических сведений, отсутствие данных объективного обследования и т.д.).

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований

Диагностика расстройств половой роли производится на основании анамнестического, психопатологического, психологического, сексологического, генетического обследования. Основная дифференциальная диагностика проводится между простым и патологическим гиперролевым поведением. При патологических формах необходимо выделять пациентов с грубой психопатологической отягощенностью.

Принципы терапии

Психотерапия.

Основной задачей психотерапевтического лечения является коррекция взаимоотношений в паре с целью повышения уровня адаптивности партнеров.

Фармакотерапия у детей и подростков.

Главный акцент должен ставиться на лечении и коррекции сопутствующих психопатологических образований.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния, повышение уровня социальной адаптации.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторные курсы психотерапии.

F65 РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ

Критериями сексуальной нормы являются: парность, гетеросексуальность, половозрелость партнеров, добровольность связи, стремление к обоюдному согласию, отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и других лиц. Расстройство сексуального предпочтения означает всякое отклонение от нормы в сексуальном поведении, независимо от его проявлений и характера, степени выраженности и этиологических факторов. Это понятие включает как расстройства в смысле отклонения от социальных норм, так и от норм медицинских.

Тяжесть состояния определяется, в первую очередь, дезадаптирующим влиянием сексуального расстройства на жизнь пациента. Среди расстройств сексуального предпочтения выделяют:

- парафилические элементы - легкие девиации полового влечения, свойственные нормальной сексуальности, играющие роль дополнительных, второстепенных факторов, не являющиеся патологией;
- парафилические тенденции - деформирующие либидо установки, проявляющиеся в мечтах и фантазиях, но по тем или иным причинам нереализуемые;
- истинные парафилии - состояния, при которых искаженное половое влечение частично или полностью замещает нормальную сексуальную жизнь.

Общими критериями расстройства полового предпочтения являются следующие:

- а) индивидууму свойственны периодически возникающие сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы и поступки;
- б) индивидуум поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них;
- в) это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

F65.0 Фетишизм

Фетиш (какой -нибудь неживой предмет) является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции.

F65.1 Фетишистский трансвестизм

Ношение предметов туалета противоположного пола или одежды противоположного пола для восстановления соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему.

Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

F65.2 Эксгибиционизм

Периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.

F65.3 Вуайеризм

Периодически возникающая или постоянная тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.

Нет желания обнаружить свое присутствие или вступить в половую связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

F65.4 Педофилия

Постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с ребенком или детьми пубертатного возраста. При этом пациенту по меньшей мере 16 лет и он минимум на 5 лет старше ребенка.

F65.5 Садомазохизм

Предпочтение половой активности в качестве реципиента (мазохизм) или наоборот (садизм), или того и другого с включением минимум одного из следующих переживаний: боли, унижения, установления зависимости. При этом, садо-мазохистская активность является основным источником стимуляции или необходима для полового удовлетворения.

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

Сочетание у одного индивидуума различных аномальных сексуальных предпочтений.

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

Разнообразные другие варианты полового предпочтения и активности, каждое из которых является относительно редким. Сюда относятся такие виды активности как совершение непристойных телефонных звонков, фроттеризм, сексуальные действия с животными, использование удушья для усиления возбуждения, предпочтение партнеров с какой-либо физической аномалией или определенным цветом кожи и т.д.

Критерии диагностики расстройства полового предпочтения включают наличие патогномической фантазии и ее поведенческой разработки.

Условия лечения

Амбулаторное.

Наиболее адекватным следует считать амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни больных.

Стационарное - при выраженной тяжести состояния, наличии критериев недобровольной госпитализации.

Перечень необходимых обследований:

- подробное анамнестическое обследование, по возможности с данными объективного анамнеза, позволяющего проследить динамику психосексуального развития;

- клинико - психопатологическое обследование, позволяющее выявить наличие или отсутствие психической патологии у пациента;

- сексологическое обследование;

- психологическое обследование с применением традиционных и специфических методик;

- при необходимости дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями головного мозга проводится нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО).

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы расстройств полового предпочтения, она направлена на выявление психопатологической отягощенности и социальной опасности пациентов. Диагностика проводится в первую очередь с группой эндогенных психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, МДП), группой конституциональных психопатий, органических поражений головного мозга, умственной отсталостью.

Лечебно - реабилитационная программа строится с учетом сочетанной психической патологии, личностных особенностей больных, их социального положения. Могут быть выделены следующие противопоказания к сексологическому лечению:

- психические заболевания, алкоголизм, конституциональные психопатии, особенно с нарушением социальных связей;

- интеллектуальная недостаточность;

- безволие и пассивность пациента, а также личностная и эмоциональная незрелость с нечетким осознанием своих мотивов и побуждений.

Принципы терапии

Терапия должна быть комплексной, сочетанной, последовательной.

Фармакотерапия:

- психофармакотерапия;

- общеукрепляющее лечение.

Психотерапия.

В методике комплексной терапии выделяют следующие последовательные этапы, каждый из которых решает свою задачу:

1 этап - коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна - бодрствования. При астенических явлениях

используются препараты нейрометаболического действия, адаптогены. Для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга используются анафранил (при наличии обсессивных расстройств), амитриптилин и людиомил (при преобладании тревожных расстройств), транквилизаторы по показанию. Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, внушение в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение с использованием модифицированных методик самовнушения.

II этап - ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. Особое внимание уделяется устранению тенденций к самообвинению, формированию чувства уверенности в себе.

III этап - выработка адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола, правильного этического отношения к ним. Формируются и закрепляются навыки простого, естественного и непринужденного общения с лицами противоположного пола, адаптации в их среде.

IV этап - формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола.

Таким образом, основными методами психотерапевтического лечения являются внушение с применением гипнотических техник и в бодрствующем состоянии, самовнушение, модифицированный аутотренинг, рациональная психотерапия. Наличие в структуре расстройства сексуального предпочтения психопатологических образований служит основанием для назначения психофармакологического лечения.

Длительность лечения

Варьирует в зависимости от тяжести состояния, индивидуальных особенностей пациента от полугода - года и дольше.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение состояния, социальная адаптация пациента.

Действия врача, если не достигнут результат

Повторение курса психотерапии.

F66 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ (ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫМ) РАЗВИТИЕМ И ОРИЕНТАЦИЕЙ ПО ПОЛУ

F66.0x Расстройство сексуального созревания (развития)

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований:

- исследование половой идентификации (тест Махвера (рисунок человека), рисунок семьи, ММРІ);
- выявление акцентуации личности (опросник Шмишека, ПДО);
- выявление депрессий, тревоги (патопсихологическое исследование).

Принципы терапии

Фармакотерапия:

- малые дозы транквилизаторов;
- малые дозы антидепрессантов с седативным действием.

Психотерапия.

Ожидаемые результаты лечения

Улучшение психического состояния и социальной адаптации.

Действия врача, если не достигнут результат

Изменение доз назначенной терапии, добавить "малые" нейролептики; повторные курсы психотерапии, семейная терапия.

F66.1x Эгодистоническая ориентация по полу

Условия лечения

Амбулаторное.

Перечень необходимых обследований:

- исследование половой идентификации;
- исследование особенностей эмоционально - личностной сферы и межличностного взаимодействия (ММРІ, Кеттелл, Лири, "семантический дифференциал");
- дифференциальная диагностика с эндогенным заболеванием (патопсихологическое исследование).

Принципы терапии

Психотерапия:

- индивидуальная;
- групповая;
- семейная.

Ожидаемые результаты лечения см. F66.0x.

Действия врача, если не достигнут результат

Продолжение курсов психотерапии и психокоррекции.

F66.2x Расстройство сексуальных отношений

Условия лечения

Амбулаторное

Перечень необходимых обследований:

- выявление аномалий половой идентификации, исследование характера сексуального влечения (тест Махвера, sex - тест, MMPI);

- исследование эмоционально - личностных особенностей и особенностей межличностных отношений (MMPI, Кеттелл, Лири, системный тест семьи (рисунок семьи, "семантический дифференциал");

- дифференциальная диагностика с шизофренией.

Принципы терапии

Психотерапия.

Фармакотерапия.

При выявлении основного заболевания - психофармакотерапия.

Ожидаемые результаты лечения см. F66.0x.

Действия врача, если не достигнут результат

Лечение основного заболевания, повторные курсы психотерапии.