

Возможности применения русскоязычного четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при психосоматических расстройствах пограничного уровня

А.Б. СМУЛЕВИЧ¹, Н.Н. ЯХНО^{1*}, Б. ТЕРЛУИН², Е.К. ЗАХАРОВА³, Д.В. РЕЙХАРТ¹, А.В. АНДРЮШЕНКО¹, В.А. ПАРФЕНОВ¹, М.В. ЗАМЕГРАД¹, В.С. АРНАУТОВ³, Д.В. РОМАНОВ¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва; ²Отдел общемедицинской практики, институт EMGO, медицинский центр университета..., Амстердам, Нидерланды; ³ОАО «Валента Фармацевтика», Москва

The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) to Assess Distress, Depression, Anxiety and Somatization in Autonomic and Borderline Psychosomatic Disorders

A.B. SMULEVICH, N.N. YAKHNO, B. TERLUIN, E.K. ZAKHAROVA, D.V. REYHART, A.V. ANDRYUSHCHENKO, V.A. PARFENOV, M.V. ZAMERGRAD, V.S. ARNAUTOV, D.V. ROMANOV

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Цель исследования. Психосоматические расстройства являются частой причиной амбулаторного обращения пациентов к терапевтам и неврологам. Одним из адекватных инструментов выявления психогенных факторов развития таких нарушений является опросник 4ДДТС (4DSQ) — для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, разработанный голландскими исследователями. Цель работы — адаптация опросника к российской популяции больных. **Материал и методы.** Был осуществлен перевод опросника и последующая психометрическая валидация русскоязычной версии, а также статистическая проверка соответствия русской версии оригиналу по материалам обследования 243 пациентов. **Результаты и заключение.** Было выявлено, что все элементы русской версии оценивают те же параметры, что и голландская шкала 4DSQ. Но были выявлены некоторые особенности в ряде ответов анализа была подтверждена возможность при российских респондеров по сравнению с голландскими, в разделах, относящихся к оценке дистресса, тревоги и соматизации: по шкалам дистресса выявлены различия в 5 ответах, тревоги — в 2 ответах, соматизации — в 3 ответах. По результатам дополнительного статистического анализа была подтверждена возможность применения опросника в русскоязычной популяции с более высокими пределами значений на уровне: +2 балла для дистресса и для тревоги, +4 балла для соматизации.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, вегетативные нарушения, опросник 4ДДТС (4DSQ), кросс-культурная валидация, 4ДДТС, дистресс, депрессия, тревога, соматизация.

Objective/ Autonomic nervous system disorders are a frequent reason that makes patients to seek medical advice from general physicians and neurologists in outpatient clinics. The Dutch Four-Dimensional Symptoms Questionnaire (4DSQ) used for measuring distress, depression, anxiety and somatization is an adequate tool for identifying psychogenic factors for the development of autonomic disorders. An aim of the study was to localize the questionnaire to the Russian population. **Material and methods/** The questionnaire was translated and the Russian version was subsequently psychometrically validated. The statistical analysis conducted for the verification of compatibility of the Russian version with the Dutch version was based on the survey of 243 patients. **Results/** All elements of the Russian version measured the same parameters of the Dutch 4DSQ. Some differences were identified. In Russian responders, the differences were found in 5 responses (2 for anxiety and 3 for somatization). **Conclusion/** The analysis has confirmed the possibility of using the questionnaire in the Russian-speaking population using higher threshold values: +2 points for distress and anxiety, +4 points for somatization

Key words: psychosomatic disorders, autonomic disorders, 4DSQ, cross-cultural validation, distress, depression, anxiety, somatization.

Психосоматические расстройства — одна из самых сложных и неоднозначных проблем современной медицины, несмотря на то что тесная связь психических и соматических нарушений была отмечена и изучалась в течение длительного времени. Данная проблема стала еще

более острой в условиях существующего в настоящее время постоянного психосоциального стресса.

Значимость вклада как психогенных, так и конституциональных факторов (патохарактерологических аномалий) [1] в структуру психосоматической патологии, не вы-

зывает сомнений у специалистов терапевтического и неврологического профилей.

Как правило, на первом плане в ряду клинических проявлений психосоматических расстройств выступают различные варианты дисфункции автономной (вегетативной) нервной системы, что сопровождается формированием так называемых «вегетативных масок» [2, 3]. Такие больные предъявляют жалобы на расстройства того органа или системы, которые частично или полностью находятся под влиянием автономной нервной системы: сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, частично мочеполовой системы.

Симптоматика данных расстройств достаточно многообразна, однако характерная клиническая картина складывается, как правило, из отчетливого вовлечения автономной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

В соответствии с международной классификацией болезней МКБ-10 подобные клинические состояния определяются как расстройства автономной нервной системы (G90) и кодируются неврологами и терапевтами преимущественно шифрами G90.8 — «другие расстройства автономной нервной системы» и G90.9 — «расстройство автономной нервной системы неуточненное» [4].

Специалистами длительное время обсуждается связь психогенных соматических расстройств и расстройств автономной нервной системы с воздействием на организм человека психосоциального дистресса [5]. По определению Г. Селье, дистресс — это стресс, связанный с выраженными негативными эмоциями и оказывающий вредное влияние на здоровье [6]. Проявления дистресса аналогичны симптомам соматоформной дисфункции автономной нервной системы, что в МКБ-10 относится к области психической патологии (коды F), а дальнейшая классификация данного расстройства проводится в зависимости от степени соотношения психического и соматического компонентов в картине заболевания. Так, для обозначения спектра психосоматических расстройств выделены следующие рубрики [4]:

- органические, включая симптоматические психические расстройства (F04—F07);

- невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40 — F48): реакция на стресс и нарушения адаптации (F43); соматоформные расстройства (F45); поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50—F59): расстройство сна неорганической этиологии (F51).

Специалисты терапевтического и неврологического профилей, как правило, не имеют возможности кодировать заболевания шифрами психиатрического спектра и используют рубрики G90.8 и G90.9. Сопоставление симптомов заболеваний из рубрик F3 и F4 с таковыми в пунктах G90.8 и G90.9, выявляет их сходство.

В результате обобщения результатов исследований в данной сфере А.Б. Смулевичем [7] сформулирована концепция понимания психосоматических расстройств как сочетания симптомокомплексов, отражающих различные соотношения дисфункции психической и соматической сферы (синдромальная коморбидность).

Как правило, специальность врача, к которому пациент обращается за помощью, зависит от преобладающих у пациента субъективных нарушений [7]. Однако вследствие «размытости» границ синдромов дисфункции автономной нервной системы и других психосоматических расстройств (вегето-сосудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, психовегетативный синдром и т.д.) отсутствуют четкие диагностические и лечебные алгоритмы для оказания специализированной медицинской помощи таким пациентам на уровне амбулаторного звена. При этом возможность дополнительной консультации у психиатра или психотерапевта не всегда является доступной. И напротив, в ряде случаев направление пациентов к психиатру происходит тогда, когда диагноз и лечебная тактика не вызывают сомнений, однако отсутствует административная (юридическая) возможность назначения некоторых лекарственных средств с психотропной активностью без участия психиатра [8].

Таким образом, становится очевидной необходимости усовершенствования диагностики и лечения пациентов с различными вариантами соматоформной дисфункции автономной нервной системы и другими психосоматическими расстройствами. Это позволит оптимизировать клиническую систематику и расширить спектр лечебных возможностей неврологов и терапевтов, позволив им осуществлять назначение лекарственных средств с тимолептическим, анксиолитическим и нейролептическим действием.

Авторами была предпринята попытка подбора универсального инструмента для выявления в амбулаторных условиях психических нарушений у пациентов с расстройствами, диагностированными в соответствии с рубриками G90.8 или G90.9.

Среди русскоязычных средств диагностики психических нарушений в общей медицинской практике широко распространены инструменты, оценивающие уровень тревоги и депрессии. В то же время инструментов для дифференцированной диагностики и оценки соматизированных психических расстройств, в том числе соматоформной дисфункции автономной нервной системы, практически нет. С целью поиска подобных опросников нами был проведен анализ зарубежной литературы, по результатам которого, опросник разработанный в 1996 г. голландскими специалистами В. Terluin и соавт. [9] «Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации» — 4ДДТС (The Four-Dimensional Symptom Questionnaire — 4DSQ), был признан, отвечающим данным задачам.

Данный опросник был специально разработан для разделения клинических проявлений дистресса и соматизации и проявлений депрессии и тревоги в условиях первичного звена здравоохранения [10, 11]. Материалом для разработки опросника послужили данные 10 исследований, проведенных в различных учреждениях первичной медицинской помощи Голландии. Приемлемость критериев опросника оценивалась путем сравнения показателей шкалы 4DSQ с клиническими диагнозами врачей общей практики и психиатров, а также данными о соматизации.

Опросник 4DSQ представляет собой анкету для самостоятельного заполнения пациентами. Перечень вопросов состоит из 50 пунктов, оценивающих выраженность симптомов по субшкалам дистресса, депрессии, тревоги и

соматизации за предшествующий 7-дневный период. Анализ полученных ответов позволяет определить характер превалирующего компонента в структуре психических расстройств у пациента [9].

4DSQ прошел клиническую валидацию в Нидерландах, оценку кросс-культуральной надежности в Польше, где показал хорошие психометрические свойства [12, 13].

Краткость и простота опросника представляются оптимальными для применения его в российской популяции пациентов с соматоформной дисфункцией автономной нервной системы. В связи с этим нами было принято решение о создании русскоязычной адаптации 4DSQ. Для этого на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова было проведено исследование на выборке больных с соматоформной дисфункцией.

Основной целью работы была проверка эквивалентности отечественной версии 4ДДТС адаптированной для российских больных оригиналу.

Данное исследование и разработанная схема валидации русскоязычной версии были согласованы с B. Terluin.

Материал и методы

Опросник 4ДДТС, состоит из 50 пунктов, оценивающих состояние пациента за последние 7 дней. Варианты ответов на вопросы сформулированы как «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно». Ответы оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов, где 0 баллов — «нет»; 1 — «иногда»; 2 — для всех остальных вариантов ответа. При обработке опросника количество баллов суммируется в соответствии с отдельными шкалами. Шкала стресса содержит 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32); шкала депрессии — 6 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 12); шкала тревожности — 12 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 24); шкала соматоформных нарушений — 16 пунктов (общая сумма баллов от 0 до 32).

На первом этапе нами была проведена лингвистическая валидация русскоязычного перевода оригинальной версии опросника, что включало в себя его адекватный перевод на русский язык, «обратный» перевод, анализ полученной версии в ходе интервью с 10 пациентами и окончательную проверку текста независимыми экспертами и переводчиками.

Затем в соответствии с дизайном исследования были проведены следующие этапы:

1. Скрининг пациентов в исследование на основании клинических критериев соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.
2. Осмотр и заключение невролога и психиатра.
3. Заполнение русскоязычного опросника 4ДДТС пациентами, прошедшими скрининг.
4. Статистический анализ результатов с целью психометрической валидации русскоязычной версии голландского опросника 4DSQ.

В исследование были включены 243 амбулаторных пациента, обратившиеся за консультацией к неврологу в поликлиническое отделение при Клинике нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Все больные с их согласия были осмотрены психиатром.

Критериями включения пациентов в исследование были: диагностированное «Расстройство автономной

нервной системы» (кодировки G90.8 или G90.9 по МКБ-10) или диагнозы рубрик F3, F4 при наличии субъективных соматических расстройств, в виде более в области сердца и/или чувства нехватки воздуха без связи с физической нагрузкой, ощущениями сердцебиения или «перебоев» в работе сердца, чувством «легкости в голове» или приближающейся потери сознания, ощущением «кома в горле», внутренней дрожи, потливости, похолоданием рук и ног, ощущением жара, «приливов», болевыми ощущениями в различных органах, нарушениями ночного сна.

Критериями исключения были острые соматические и неврологические заболевания, изменение терапии с применением новых препаратов в течение 90 дней до анкетирования, а также плохое знание русского языка.

После подписания информированного согласия на участие в исследовании пациентами проводилось заполнение опросника 4ДДТС в кабинете врача, что составляло около 15 мин. В дальнейшем, расшифровка и анализ полученных данных осуществлялось независимыми специалистами.

С целью обеспечения качества исследования проводились аудиторские проверки независимыми экспертами из контрактной исследовательской организации.

Полученные результаты были сопоставлены с показателями голландской популяции. Подготовка группы сравнения происходила путем отбора пациентов из более крупной голландской выборки, для чего автору опросника B. Terluin была предоставлена характеристика российской группы, включавшая информацию о каждом пациенте. Условием эквивалентности исходной (голландской) и целевой (русской) выборки являлось сходство распределения популяций по полу, возрасту и диагнозу заболевания (G90.8, G90.9, F3, F4).

Голландская база данных содержит информацию о 1124 пациентах, заполнивших опросник 4DSQ при первом обращении к врачам общей практики по поводу возможных психосоциальных проблем в период с 2004 по 2011 гг. в одном из медицинских центров в Алмере (Нидерланды). Из этой базы для каждого российского пациента в произвольном порядке было выбрано по 2 пациента соответствующего пола и возраста.

Ответы на вопросы были перекодированы из шкалы 5-балльной шкалы в 3-балльную (1→0; 2→1; 3→2; 4→2; 5→2), так как эти оценки используются для расчета итоговой оценки шкалы. Такой же подход был выполнен и для российских данных.

Статистическая обработка информации для обоснования кросс-культурной эквивалентности методики была проведена при помощи конформаторного факторного анализа и сходных по задаче процедур выявления неэквивалентности пунктов с помощью DIF-анализа (differential item functioning) [13, 14]. Ранее DIF-был успешно использован для психометрической валидации польской версии исследуемой шкалы [13]. Максимальная достоверность DIF анализа была обеспечена проведением его в три последовательных подхода с применением следующих методов: 1) параметрический метод Hybrid Ordinal Logistic Regression method (OLR), с помощью программы R; непараметрический метод Mantel-Haenszel (M-H), с помощью программы jMetrik; Rasch модель, с помощью программы jMetrik.

Исследование было проведено в период с июля 2013 г. по декабрь 2013 г.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту и полу

Пол	Число пациентов	Возраст, годы						
		M±Sd**	Min	Max	18—30	31—40	41—50	51—61
Ж.	177	40,0±11,9	18,0	61,00	50	39	34	34
М.	66	32,5±9,9	18,0	57,00	34	19	9	4
Всего	243	37,9±11,8	18,0	61,00	84	58	43	58

Примечание. M±Sd — средний возраст и стандартное отклонение/

Таблица 2. Распределение пациентов по основному диагнозу (неврологический и психиатрический) в соответствии с МКБ-10

Диагноз	Абс.	%
F21.0 Шизотипическое расстройство	1	0,21
F3 Аффективные расстройства	63	12,99
F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени	2	0,41
F32.1 Депрессивный эпизод средней степени	16	3,30
F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических эпизодов	2	0,41
F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими эпизодами	1	0,21
F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени	1	0,21
F34.1 Дистимия	1	0,21
F4 Фобические и тревожные расстройства	113	23,30
F40.01 Социальные фобии	3	0,62
F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное	3	0,62
F41.0 Паническое расстройство	10	2,06
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство	5	1,03
F45.2 Ипохондрическое расстройство	5	1,03
F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	1	0,21
F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство	1	0,21
F48.0 Неврастения	2	0,41
G90.8 Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	183	37,73
G90.9 Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, неуточненное	53	10,93
F45 Соматоформные расстройства	19	3,92

Примечание. В данной таблице число диагнозов не соответствует числу больных, т.к. у одного больного могли быть поставлены несколько диагнозов (объяснения в тексте).

В исследование были включены 243 пациента в возрасте от 18 лет до 61 года, среди них женщин было 73%, мужчин — 27%. Подробный половой и возрастной состав группы представлен в **табл. 1**.

Помимо выявленной автономной дисфункции всем пациентам был установлен один, а в 12,5% случаев более одного психиатрического диагноза. Описание группы в соответствии с основными диагнозами, установленными при первичном посещении невролога и психиатра, представлено в **табл. 2**.

Результаты

При проверке статистической надежности русскоязычной версии опросника, а именно при оценке внутренней согласованности пунктов психометрических шкал, задающих 4 измерения — дистресс, депрессия, тревога, соматизация, было выявлено, что в целом все элементы русской версии соответствуют основной цели опросника и оценивают те же параметры, что и голландская шкала 4DSQ. Однако в процессе DIF-анализа были выявлены различия в ряде ответов российских респондентов, в частности в разделах, относящихся к оценке дистресса, тревоги и соматизации.

Так, при исследовании согласованности между ответами российских и голландских пациентов по субшкале

дистресса при проведении логистической регрессии методом OLR были выявлены различия в 5 ответах, что было подтверждено при проверке методом М-Н. В результате в целом по субшкале дистресса итоговое значение составило на 1,8 балла меньше аналогичного результата для голландской группы.

По субшкале депрессии значимых различий методом OLR выявлено не было.

Сравнение результатов по шкале тревоги выявило различия в 2 ответах методом OLR, что было подтверждено методом М-Н. В целом по субшкале тревоги итоговое значение составило на 2 балла меньше аналогичного результата для голландской группы.

По шкале соматизации были выявлены различия в 3 ответах методом OLR, что было подтверждено методом М-Н. В целом по субшкале соматизации итоговое значение составило на 4,1 балла меньше аналогичного результата для голландской группы.

Применение Rash-модели позволило провести анализ и сделать выводы о возможных причинах несогласованности ответов. Так, было выявлено, что российские пациенты оценивали свое состояние как более легкое по сравнению с голландской группой при объективно сравнимой тяжести состояния. Образно выражаясь, вопросы для русскоязычной популяции были более «легкими», чем для голландскоязычной популяции.

Обсуждение

В результате поиска универсального инструмента для дифференцированной оценки психопатологического профиля пациентов с психогенными автономными расстройствами в условиях амбулаторного приема терапевта или невролога выбор был сделан на опроснике 4ДДТС, оценивающем по отдельности симптомы дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.

Использование в рутинной практике российских врачей не психиатрического профиля шкал оценки депрессии и тревоги не является редкостью, в отличие от измерения уровня дистресса и соматизации, которые также вносят вклад в формирование симптомов автономной дисфункции. Дистресс является неспецифическим индикатором любого психологического дискомфорта; его внешние проявления являются отражением усилий, направленных на поддержание психосоциального гомеостаза в условиях рутинных стрессовых ситуаций [9]. В отличие от депрессии в проявлениях дистресса отсутствуют ключевые симптомы аффективного расстройства — депрессивный когнитивный комплекс (идеи самообвинения, греховности), суицидальные мысли и тенденции, аффект тоски, ангедония, патологический циркадианный ритм. От тревожного расстройства дистресс отличается отсутствием иррациональных страхов, тревожных ожиданий и тревожных руминаций, признаков «беспредметной» генерализованной (флотирующей) тревоги, избегающего поведения. По мнению авторов опросника 4ДДТС, дистресс может рассматриваться в качестве первого этапа в развитии депрессии или тревожного расстройства. Вместе с тем результат, полученный по субшкале дистресса, является наиболее надежным показателем нарушения социальных функций [9].

Соматизация (F45.0) — включает псевдосоматические (по В.А. Гиляровскому, 1946), не имеющие медицинского обоснования расстройства, которые, воспринимаются пациентами как проявления соматических заболеваний. Манифестация, ограниченная во времени, одного, но чаще полиморфных симптомов и ощущений (например, головокружения, обмороки, дискомфорт в эпигастрии, конверсионные расстройства) может рассматриваться в качестве проявления реактивной лабильности, реализующейся в стрессовой ситуации [9, 15]. Однако персистирование изолированных (например, хроническое болевое расстройство по типу идиопатических алгий) и/или множественных соматизированных (апофати-

ческие) расстройств позволяет предполагать наличие нарушений более тяжелых психопатологических регистров.

В целом проведенная работа по психометрической валидации русскоязычной версии опросника 4ДДТС, созданного на основе голландского опросника (4DSQ), оказалась успешной. Некоторые различия между русской и голландской группами в оценке тех или иных состояний были выявлены для субшкал дистресса, тревоги и соматизации. Статистический анализ показал, что в пунктах, где были выявлены различия, ответы на вопросы отражали более тяжелое состояние российских пациентов по сравнению с голландской группой, чем это было на самом деле.

В. Terluin и соавт. было предложено пересмотреть формулировку вопросов с целью их «усложнения» для российских пациентов, что, возможно, позволило бы сделать российские и голландские баллированные оценки более сопоставимыми. Были предложены варианты изменения формулировок для трех из девяти вопросов. Однако подобная корректировка части вопросов не может в дальнейшем гарантировать элиминацию различий при анализе получаемых результатов. Кроме того, изменение формулировок вопросов требует проведения повторной психометрической валидации с участием новой группы российских пациентов и последующим анализом новых данных.

Учитывая указанные обстоятельства, группой исследователей совместно с доктором В. Terluin была проанализирована и одобрена возможность применения русскоязычной версии опросника 4ДДТС с условием, что при подсчете результатов будут приняты во внимание следующие цифры влияния DIF на итоговый балл: 1,8 для дистресса, 2,0 для тревоги и 4,1 для соматизации. Иными словами, для оценки степени выраженности симптома следует принимать более высокие пределы для российской шкалы: +2 балла для дистресса и для тревоги, +4 балла для соматизации.

Таким образом, в результате проведенной работы стало доступным использование опросника 4ДДТС в практике российских врачей, что может способствовать повышению качества диагностики заболеваний, проявляющихся чаще всего на начальных этапах малоспецифическими автономными расстройствами. Кроме того, объективизация психических нарушений поможет привлечь внимание пациента к своему психическому состоянию, что увеличит в необходимых случаях вероятность его обращения за специализированной помощью к психиатру или психотерапевту и получению адекватного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lemke R. Über die Bedeutung der Leibgefühl in der psychiatrischen Diagnostik. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1951; 3: 325—340.
2. Barlow D.H., Blanchard E.B., Vermilyea J.A., Vermilyea B.B. & DiNardo P.A. Generalized Anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 143: 40—44.
3. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессии в общемедицинской сети. Психические расстройства в клинической практике. М: МЕДпресс-Информ 2011; 334—361.
4. <http://mkb-10.com>
5. Lieb R., Meinlschmidt G., Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 9: 860—863.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. М: Прогресс 1982; 123.
7. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. Психосоматические расстройства (психопатология и клиническая систематика). М: МЕДпресс-Информ 2011; 13—100.
8. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Андрущенко А.В., Романов Д.В., Дороженок И.Ю. Проблема организации психиатрической помощи в обще-медицинских учреждениях (интегративная медицина). Психические расстройства в клинической практике. М: МЕДпресс-Информ 2011; 608—613.
9. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.

10. *Langerak W, Langeland W, van Balkom A, Draisma S, Terluin B, Draijer N.* A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in insurance medicine. *Work* 2012; 43: 3: 369 — 80.
11. *Tebbe B.B., Terluin B., Koelewijn J.M.* Assessing psychological health in midwifery practice: A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument. *Midwifery* 2013; 29: 6: 608—615.
12. *Czachowski S., Terluin B., Izdebski A., Izdebski P.* Evaluating the cross-cultural validity of the Polish version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item functioning (DIF) analysis. *Fam Pract* 2012; 29: 5: 609—65.
13. *Petersen M.A., Groenvold M., Bjorner J.B., Aaronson N., Conroy T., Cull A., Fayers P., Hjermstad M., Sprangers M., Sullivan M.* Use of differential item functioning analysis to assess the equivalence of translations of a questionnaire. *Qual Life Res* 2003; 12: 373—85.
14. *Hambleton R.K.* Good practices for identifying differential item functioning. *Med Care* 2006; 44: 11 suppl 3: 182—188.
15. *Verkuil B., Brosschot J.F., Meerman E.E., Thayer J.F.* Effects of momentary assessed stressful events and worry episodes on somatic health complaints. *Psychol Health* 2012; 27: 2: 141—158.

Приложение. Русская языковая версия четырехмерного опросника по симптомам 4DSQ (The Four-Dimensional Symptoms Questionnaire (4DSQ))

	Нет	Иногда	Регулярно	Часто	Очень часто или постоянно
Были ли у Вас у течение последних 7 дней следующие жалобы?					
1. Головокружение или предобморочное состояние?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Боль в мышцах?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Обмороки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Боль в шее?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Боль в спине?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Повышенная потливость?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Учащенное сердцебиение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Головная боль?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ощущение вздутия живота?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Затуманенное зрение или точки (мушки) перед глазами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ощущение нехватки воздуха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Тошнота или расстройство желудка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у Вас в последние 7 дней следующие жалобы?					
13. Боль в животе или в области желудка?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Покалывание в пальцах?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Давление или стеснение в груди?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Боль в груди?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Плохое или подавленное настроение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Беспричинные страхи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Неотвязные тревожные мысли?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Беспокойный сон?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Смутное чувство страха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Упадок сил?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Дрожь в присутствии других людей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Тревога или приступы паники?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Было ли у Вас в течение последних 7 дней:					
25. Внутреннее напряжение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Повышенная раздражительность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Чувство страха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

См. продолжение приложения на след. стр.

Приложение (продолжение)

	Нет	Иногда	Регулярно	Часто	Очень часто или постоянно
В течение последних 7 дней было ли у Вас чувство:					
28. Что все бессмысленно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Что Вы ничего и никогда не сможете делать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Что жизнь не имеет смысла?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Что Вас больше не интересуют ни окружающие Вас люди, ни вещи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Что Вы со всем этим не справитесь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. «Уж лучше бы умереть?»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Что больше Вам ничего не доставляет удовольствие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Что Вы в безвыходной ситуации?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Что все это не выносимо?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В течение последних 7 дней:					
37. Было ли так, что Вас больше ничего не хотелось делать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. У Вас была нарушена ясность мыслей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Вы испытывали трудности с засыпанием?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Вам было страшно выходить из дома одному?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В течение последних 7 дней:					
41. Вас было легко взволновать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Вы боялись того, чего совсем не стоило бы бояться (например, животных, высоты, маленьких помещений)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Боялись Вы ездить на автобусах, трамваях, метро или поездах?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Испытываете ли Вы неловкость или страх опозориться перед другими людьми?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Было ли у Вас чувство, что Вам угрожает неизвестная опасность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Думаете ли Вы о том: «Как жаль, что я не умер раньше»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Появлялись ли у Вас мимолетные образы огорчающего или огорчающих событий, которые Вы пережили?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Вам было очень трудно отгонять от себя неприятны мысли о волнующем событии или событиях?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Были ли Вы вынуждены избегать определенных мест, потому что они вызывали у Вас страх?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Вы были вынуждены по несколько раз в день повторять одни и те же действия, прежде чем могли сделать что-то еще?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Примечание. Авторские права на опросник принадлежат B. Terluin, Netherlands. Представленная версия прошла процедуру лингвистической валидации в соответствии со стандартами MAPI [9, 10].

Тералиджен®

От **SOS** ТОЯНИЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

**Тералиджен®
уникальный
вегетостабилизатор!**

- Эффективно устраняет вегетативные нарушения благодаря комплексному влиянию на рецепторы ЦНС
- Купирует все проявления тревоги и стресса
- Наступление эффекта через 10–15 минут
- Безопасен для больных пожилого возраста
- Может назначаться детям с 7 лет



ОАО «Валента Фарм»

Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
тел. (495) 933-60-80, факс (495) 933-60-81

