PSIXOMED BOOKS

СЕРИЯ «ПСИХИАТРИЯ»

ШИЗОФРЕНИЯ

Нейробиология
Диагностика и лечение





ЗЕБИНИСО АХМЕДОВА

ШИЗОФРЕНИЯ

Клиническая оценка, диагностика, лечение и восстановление

ЗЕБИНИСО АХМЕДОВА

МКБ-10 · МКБ-11 · DSM-5-TR

PSIXOMED BOOKS · Ташкент · 2026

МКБ 10, МКБ 11 и DSM 5 TR

В этом руководстве главы, основанные на F20 и ее подрубриках, следует читать в рамках Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения, 10-го пересмотра (МКБ-10; ICD-10). При сравнении с МКБ-11 и руководством DSM-5-TR Американской психиатрической ассоциации обязательно указывается название классификации. Нельзя автоматически переносить код или временной критерий из одной системы в другую. [K1–K4]

В МКБ-10 шизофрения относится к рубрике F20; существуют такие подрубрики, как параноидная, гебефреническая и кататоническая. Общие исследовательские критерии МКБ-10 для F20.0–F20.3 требуют наличия характерных симптомов на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца. Это правило не заменяет всех специальных требований каждой подрубрики F20: например, резидуальная и простая формы имеют собственные критерии длительности и течения. [K1, K2]

В МКБ-11 основной код шизофрении — 6A20. Вместо прежних параноидного, гебефренического, кататонического и других подтипов описываются течение заболевания, состояние ремиссии и характер симптомов. Комплекс характерных для шизофрении симптомов должен сохраняться не менее месяца; также необходимо исключить другие причины. Кататония выделена в отдельную диагностическую группу. При наличии полного синдрома кататонии на фоне шизофрении также устанавливается диагноз кататонии, связанной с другим психическим расстройством (6A40). [K3, K6]

Начиная с DSM-5 традиционные подтипы шизофрении упразднены; кататония оценивается отдельно и отмечается соответствующим уточняющим признаком и дополнительным кодом. DSM-5-TR требует для диагностики непрерывных признаков расстройства в течение не менее шести месяцев, включая не менее одного месяца симптомов активной фазы; при успешном лечении активная фаза может быть короче. Необязательно, чтобы все шесть месяцев протекали в состоянии развернутого психоза: учитываются и продромальные или остаточные признаки. Коды, используемые в DSM-5-TR, относятся к ICD-10-CM; их нельзя считать тождественными критериям МКБ-10 ВОЗ. [K4, K5, K7, K8]

Практическое правило чтения: перед каждым диагнозом уточняются вопросы «Какая классификация, какое издание, какой критерий?». Приведенные ниже исторические и основанные на МКБ-10 клинические описания сохранены в этом контексте. Невыполнение временного критерия не является основанием откладывать обеспечение безопасности, неотложную помощь или наблюдение.

Источники по классификациям

[K1] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Электронный источник

[K2] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F20. Электронный источник

[K3] World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. 2024. Электронный источник

[K4] American Psychiatric Association. Frequently Asked Questions: DSM-5-TR. Электронный источник

[K5] American Psychiatric Association. What is Schizophrenia? Электронный источник

[K6] Reed GM и соавторы. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18(1):3–19. Электронный источник

[K7] Structure of the Psychotic Disorders Classification in DSM-5. Focus. Электронный источник

[K8] SAMHSA. Exhibit 4.11. Diagnostic Criteria for Schizophrenia. Критерии DSM-5 воспроизведены с разрешения APA. Электронный источник

Международное вступление МКБ-11 в силу не означает ее автоматического внедрения в каждой стране. При кодировании проверяются действующие местные требования.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Что такое шизофрения?

2 Первый прием и неотложная оценка

3 Клиническая беседа

4 Психический статус

5 Расстройства ощущений и восприятия

6 Мышление и речь

7 Содержание мышления

8 Чувство собственного «я» и психические автоматизмы

9 Эмоции, воля и мотивация

10 Внимание, память и исполнительные функции

11 Психомоторика и кататонический синдром

12 От симптома к синдрому

13 Позитивные, негативные и когнитивные синдромы

14 Отличие шизофрении от бредовых и аффективных расстройств

15 Неврозоподобные жалобы, окр и риск психоза

16 Психозы, связанные с веществами и соматическими заболеваниями

17 Течение, тяжесть заболевания и обоснование диагноза

18 F20.0 параноидная шизофрения

19 F20.1 гебефреническая шизофрения

20 F20.2 кататоническая шизофрения

21 F20.3 недифференцированная шизофрения

22 F20.4 постшизофреническая депрессия

23 F20.5 резидуальная шизофрения

24 F20.6 простая шизофрения

25 F20.8 другие типы шизофрении

26 F20.9 шизофрения неуточненная

27 Позитивные симптомы и антипсихотики

28 Негативные симптомы и ограничения лечения

29 Когнитивные нарушения и новые механизмы

30 Безопасность лекарств и соматическое здоровье

31 Приверженность лечению, резистентность и пролонгированные формы

32 Комплексная оценка суицидального риска
33 Риск насилия, стигма и безопасность пациента
34 Острый психоз и неотложная помощь
35 Критерии ремиссии и восстановления
36 Поддерживающее лечение в ремиссии и профилактика рецидивов
37 Когнитивно-поведенческая терапия психоза и повседневные навыки
38 Семейное психообразование и общение
39 Социальная реабилитация прогноз и будущее

ГЛАВА 1

ЧТО ТАКОЕ ШИЗОФРЕНИЯ?

Переживания пациента, понятие болезни и исторические взгляды

«Доктор, по ночам я слышу, как двое разговаривают обо мне. Если я вам расскажу, вы не сообщите об этом по месту учебы?»

Представьте на приеме двадцатидвухлетнего студента с этим вопросом. Рядом сидит его старшая сестра. Когда сестра начинает говорить, студент замолкает. Сейчас вам нужны сведения двух видов. Первое — что он слышал. Второе — в чьем присутствии он может свободно об этом говорить. Порядок беседы влияет на качество получаемой информации.

«Сначала поговорим вдвоем или вы хотите, чтобы сестра тоже осталась?» Студент выбирает сначала поговорить наедине. Врач объясняет конфиденциальность информации и ее границы при возникновении опасности. Теперь выслушаем первый рассказ студента.

«В понедельник я выключил свет. Прозвучало: “Он еще не спит”. Я приложил ухо к стене. Потом мне стало страшно заходить в комнату общежития».

Ваша очередь

Разделите три фразы. Какая отражает слуховое переживание, какая — попытку пациента его проверить, а какая — последствия в его жизни? Выберите первый вопрос, который задали бы вы. В конце главы мы вернемся к этому студенту. Оба случая созданы в учебных целях.

ТРИ СЛОЯ ВНУТРИ ЖАЛОБЫ

«Он еще не спит» — слова, которые, по словам студента, он слышал. «Я приложил ухо к стене» — действие для поиска источника. «Мне стало страшно заходить в комнату» — влияние страха на повседневное решение. Запись всех трех составляющих на первом приеме делает дальнейшую беседу точнее.

Первый вопрос

«Можете рассказать об этом моменте с самого начала? Вы еще бодрствовали, кто был рядом?» Этот вопрос предшествует вопросу «Когда у вас начались галлюцинации?». Иначе врач предлагает пациенту свою готовую интерпретацию.

Второй вопрос

«Что вы подумали, когда услышали голос? Как вы объясняете это сейчас?» Возможно, сначала пациент решил, что это разговор в соседней комнате, а затем усомнился. Чтобы понять степень критического отношения к своему переживанию (insight), необходимо выслушать его мысли в оба момента.

Третий вопрос

«Что с тех пор стало труднее делать?» Начал ли студент спать со светом, пропускать занятия, переехал ли в другую комнату? Один конкретный пример вместо общей записи «социальная активность снизилась» позволяет сравнить изменения на следующем приеме.

ПРОЧТЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Шизофрения — психическое заболевание, которое может влиять на восприятие, мышление, эмоциональную экспрессию, мотивацию и повседневную деятельность. Во время психоза у человека может нарушаться оценка реальности, возникать галлюцинации, бредовые убеждения, дезорганизация речи или движений. Сочетание симптомов и течение у каждого пациента различаются. [1, 2]

Восприятие и интерпретация

Галлюцинация (hallucination) — перцептивное переживание, возникающее при отсутствии соответствующего внешнего раздражителя. Бредовое убеждение (delusion) относится к содержанию мышления. Например, фраза «Я слышал два голоса» касается восприятия. Фраза «Они передают сообщение, относящееся ко мне» касается смысла, приписанного голосам. При оценке второй фразы уточняются реальные обстоятельства, культурная среда, стойкость убеждения и отношение к новым доказательствам.

Эмоциональная экспрессия и внутреннее чувство

Под эмоциональным уплощением (blunted affect) понимают ослабленное выражение чувств в мимике, интонации и жестах. Мы серьезно относимся к страху человека, который с маловыразительной мимикой говорит: «Я очень испугался». Наблюдение за внешним выражением и расспрос о внутреннем переживании — две отдельные задачи оценки психического статуса.

ИСТОРИЯ НАЗВАНИЯ ДИАГНОЗА

Наблюдая пациентов во времени, Крепелин заметил, что внешне сходные психозы могут протекать поразному. Использовавшийся им термин dementia praecox отражал историческое представление о «раннем слабоумии». Сегодня сообщать семье это выражение как прогноз на будущее было бы необоснованно. [2, 3]

Что наблюдал Блейлер?

Блейлер обращал внимание на согласованность связей между мыслями, эмоциональными реакциями и волевой деятельностью. Именно здесь раскрывается исторический смысл слова «схизис». Если семья спрашивает: «Шизофрения означает, что внутри человека две личности?», врач может объяснить происхождение термина и описать, что реально изменилось у пациента. [3]

Перевод исторического термина в современную запись

Если в старой истории болезни написано «аутизм», автор мог подразумевать погруженность во внутренние переживания. При современной оценке необходимо уточнить историю развития и нынешние изменения. Описание «До прошлого месяца он ел вместе с однокурсниками, а сейчас боится заходить в столовую» открывает возможность выяснить, когда, где и по какой причине возникло отстранение.

КАК СПРАШИВАТЬ О ГОЛОСЕ?

Студент продолжает: «Сначала я подумал, что это люди в коридоре. Потом услышал и в библиотеке. Когда открыл книгу, они сказали: “Опять читает”». Новый факт для врача — переживание возникало и в другом месте, днем, при бодрствовании. Объяснение, ограниченное засыпанием, уже не охватывает все события.

«Что именно они сказали? Обращались к вам или говорили о вас?» Врач записывает содержание голоса словами пациента. Термин «комментирующие голоса» добавляется позже. Отдельно спрашивают, сколько

голосов, откуда они, по ощущениям, исходят и в какие моменты усиливаются.

Своевременное выявление риска

«Голоса приказывали что-нибудь сделать? Если да, что именно? Вы чувствовали, будто обязаны выполнить приказ?» Содержание приказа, отношение пациента к нему, прежнее поведение и нынешние намерения помогают определить следующее решение. Если выявлена непосредственная опасность, неотложные меры безопасности начинают уже на этом приеме. [4]

Тонкое различие в общении

«Я понимаю, что это вас испугало. Сейчас я этого голоса не слышу. Давайте вместе выясним, когда это началось». Так врач признает страх пациента и избегает подтверждения непроверенного предположения об источнике голоса.

КАК ВРЕМЕННАЯ ЛИНИЯ МЕНЯЕТ ГИПОТЕЗУ?

На вопрос «Когда начались голоса?» студент ответил: «Давно». Конкретную точку отсчета он выбрал сам: «Во время первого экзамена. В тот день я написал младшей сестре». Посмотрев дату сообщения, он вспомнил эпизод пятинедельной давности. Услышать один раз пять недель назад и слышать в большинство дней на протяжении пяти недель — клинически разные ситуации. [1]

Уточнение информации

«В скольких из последних семи дней это было? А неделей раньше?» Студент рассказывает, что последние две недели слышал почти ежедневно, а до этого — два или три раза. Итак, дата первого появления симптома известна. Насколько регулярно он возникал на протяжении месяца, пока выяснено не полностью.

Связь с настроением

Сестра сказала, что он мало спал. «Когда не удавалось уснуть, на следующий день вы уставали или, несмотря на короткий сон, энергии становилось больше?» Студент говорит, что не мог спать из-за страха перед голосом, а утром чувствовал усталость. Затем выясняются прежние периоды приподнятого и подавленного настроения, поведение и время употребления веществ. Эти вопросы служат проверке аффективных и связанных с веществами объяснений.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. «КТО-ТО НАЗВАЛ МОЕ ИМЯ»

Ойша, 31 год. «После ночного дежурства, когда собираюсь спать, кто-то произносит мое имя. Смотрю по комнате — никого нет. Мой старший брат лечился от шизофрении. Теперь и у меня началось?» Главное беспокойство Ойши связано не с громкостью голоса. Она истолковала это переживание как начало болезни, которой страдает брат.

Прежде чем прочитать ответ

Что бы вы уточнили в следующую минуту? Можно подробно расспросить о диагнозе в семье. Однако сейчас проверка связи переживания со сном быстрее разграничит две возможности.

Ойша говорит: «Только когда начинаю засыпать. Если проснусь, проходит. На работе ни разу не было». Во время дежурств она выполняет свои обязанности. Днем не замечала сообщений, адресованных лично ей. В дальнейшей беседе также уточняются лекарства, вещества, режим сна и дневная сонливость.

Клиническая интерпретация

Перцептивное переживание на границе засыпания называется hypnagogic hallucination (гипнагогическая галлюцинация). Для сходного переживания при пробуждении используется термин hypnopompic hallucination (гипнопомпическая галлюцинация). [5] Имеющиеся данные поддерживают у Ойши первое объяснение. Семейный анамнез учитывается. Если впоследствии голоса появятся и при бодрствовании, это добавит новый факт к оценке.

ОДНО СЛОВО — ДВА КЛИНИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЯ

Время. У студента голоса возникали и при бодрствовании. У Ойши эпизоды происходили перед засыпанием. Оба пациента в первой беседе использовали слово «ночью». «Ночью» указывает на время суток. Чтобы узнать состояние сознания, нужен еще один вопрос.

Содержание. Студент слышал фразы, комментирующие его действия. Ойша слышала свое имя. Содержание проясняет значение переживания для пациента. Решение вытекает из совместного сопоставления содержания, времени, продолжительности и других признаков.

Деятельность. Студент стал избегать комнаты. Ойша выполняет обязанности на работе, но тревожится перед сном. В первом случае больше информации дадут условия проживания и учебы, во втором — подробности, связанные со сном и дежурствами.

Самостоятельное решение

Если Ойша скажет: «Сегодня я впервые услышала голос и на работе», как вы пересмотрите прежнее заключение? Прежде всего расспросите об этом событии с самого начала. Не задремала ли она на мгновение во время дежурства? Мог ли кто-нибудь рядом произнести ее имя? Если она полностью бодрствовала, оцените и другие перцептивные переживания, настроение, лекарства и соматическое состояние. Одна новая фраза не отменяет всю предыдущую историю, но меняет вопросы, которые необходимо проверить.

КОГДА МЫ ЗАПИСЫВАЕМ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО МКБ?

Психоз — понятие, описывающее клиническое состояние. Шизофрения — диагноз с критериями, особенностями течения и условиями исключения. Если голоса вызывают подозрение на психоз, клиническая задача состоит в совместной проверке длительности, других симптомов, эпизодов расстройства настроения, влияния веществ или соматических заболеваний. Для планирования помощи на первом приеме необязательно ждать, пока будут собраны все сведения. [1, 4]

Как понимать один месяц?

Клиническое руководство ВОЗ по МКБ-10 предполагает отчетливое наличие определенных характерных для шизофрении признаков большую часть времени в течение не менее месяца. Значение имеет и то, к какой группе относятся признаки. У специальных рубрик есть свои условия. Само по себе знание о первом эпизоде пять недель назад не означает выполнения каждого критерия. [1]

Рабочая запись по студенту

«Пять недель назад впервые услышал, как двое говорят о нем. Последние две недели повторяется почти ежедневно, в том числе при бодрствовании. Боится заходить в комнату общежития. Возможен первый психотический эпизод. На этом приеме оцениваются риск, эпизоды расстройства настроения, влияние веществ и физическое состояние. С его согласия у старшей сестры уточняются прежний уровень функционирования и даты изменений».

Проверьте запись: можно ли отдельно распознать в ней слова пациента, предположение врача и действия, которые предстоит выполнить?

ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРВОГО ПРИЕМА

Перед уходом студент снова спрашивает: «Мне нужно бросить учебу?» Этот вопрос лучше названия болезни раскрывает его нынешнюю цель. «Вы хотите продолжать учебу. Давайте сначала выясним, что мешает вам спать, чувствовать себя в безопасности и посещать занятия. Затем вместе составим подходящий план». На следующей встрече клиницист спрашивает не только о голосах, но и о том, на какие занятия студент смог вернуться.

Проверьте себя

1. Пациент сказал: «Из-за стены послышался голос». Чего не хватает, прежде чем сделать вывод о галлюцинации? — Сведений о внешнем источнике звука, состоянии бодрствования и подробного описания события.

2. У Ойши есть отягощенный наследственный анамнез. Какие сведения сильнее изменят следующее решение? — Появление переживания вне сна, присоединение новых признаков и изменений деятельности.

Источники и дополнительное чтение

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20–F29. who.int/publications/i/item/9241544228

[2] ВОЗ. Schizophrenia. who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

[3] Eugen Bleuler: Centennial Anniversary of His 1911 Publication. pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3196955/

[4] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178. nice.org.uk/guidance/cg178

[5] MSD Manual Professional. Narcolepsy. Раздел о переживаниях на границе сна.

Дополнительный учебник: Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 2

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ И НЕОТЛОЖНАЯ ОЦЕНКА

Острый психоз, соматический риск и безопасность

«Доктор, можно оставить дверь открытой? Я боюсь, что за мной кто-нибудь войдет». Вспомните студента из первой главы. Он может говорить о галлюцинации, но прекращает беседу, как только закрывается дверь. Сестра пытается подтолкнуть его внутрь. Врач отступает на шаг. «Где вам было бы спокойнее сидеть?» Студент выбирает стул, с которого видна дверь.

В тот же день другая семья приводит 67-летнюю женщину. Дочь говорит: «Мама снова видит людей. Раньше она тоже лечилась в психиатрической больнице». Женщина сидит спокойно. Складывает платок в руках, услышав вопрос, поднимает голову, затем глаза закрываются.

Кому вы уделите внимание сначала?

Страх студента заметен. Женщине же трудно сохранять бодрствование. В обоих случаях мы сразу оцениваем риск. Но во втором случае даже короткий вопрос может выявить медицинскую неотложность: «Когда ваша мама в последний раз была такой же бодрой, как обычно?»

В этой главе на двух учебных случаях вы отработаете три решения: когда можно продолжить беседу, когда ее нужно сократить и с какими сведениями следует передать пациента другой команде.

ОСМОТР НАЧИНАЕТСЯ ДО ТОГО, КАК ПАЦИЕНТ ЗАГОВОРИТ

Первое наблюдение у дверей клиники иногда требует действий еще до сбора анамнеза. Затруднено ли дыхание пациента? Отвечает ли он на обращение? Есть ли сейчас судороги, явная травма или потеря сознания? В такой ситуации команда вызывает неотложную медицинскую помощь и в пределах своих полномочий оценивает проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение, начиная необходимую помощь. Подробная психиатрическая беседа продолжается позже.

Запрашивайте у медсестры конкретные сведения

Вместо ответа «Состояние хорошее» получите температуру, пульс, артериальное давление, частоту дыхания и сатурацию кислорода. При измененном уровне бодрствования экспресс-проверка глюкозы крови помогает выявить устранимую причину. Ожидание результата не должно задерживать необходимую неотложную помощь.

Клиническое упражнение

Сотрудник говорит: «Пациент успокоился». Что вы уточните? Если пациент стал говорить тише, понимает вопросы и отвечает, контакт улучшился. Если же теперь он едва открывает глаза на обращение, уровень бодрствования снизился. Внешне обе картины выглядят спокойными. Во втором случае немедленно повторно проверяются жизненные показатели и состояние сознания.

БЕСЕДА СО СТУДЕНТОМ. ЧТО ГОВОРИТ ГОЛОС?

Сам по себе ответ «Голосов стало больше» не определяет степень риска. «Что он сказал в последний раз? Что вы тогда сделали?» Студент отвечает: «Сказал: “Уходи отсюда”. Вчера я ушел с занятия. Сегодня вы-

шел и из автобуса». Значит, голос повлиял на его действия. Теперь мы спрашиваем, куда именно и в каких обстоятельствах он уходил и к чему голос побуждает сейчас.

Врач: «Бывало, что он говорил причинить вред себе или другому человеку? Есть ли у вас сейчас такие мысли или намерения?» Студент: «Нет. Я просто хочу убежать. Вчера я вышел после того, как автобус остановился». Затем врач выясняет наличие безнадежности, прежних случаев причинения вреда, текущего плана, доступа к опасным средствам и способности обратиться за помощью.

Какой ответ изменит план?

Если студент скажет: «Я и сейчас могу выбежать, не могу себя остановить», его выход в одиночку на оживленную улицу создает непосредственную опасность. Команда обеспечивает сопровождение и наблюдение в безопасном месте и организует неотложную оценку. Единственный ответ «Суицидальных намерений нет» не объясняет опасные действия, которые могут произойти из-за страха.

ОБЩЕНИЕ ПРИ УСИЛЕНИИ СТРАХА

Сестра говорит: «Никто тебя не подстерегает, садись!» Студент крепко сжимает дверную ручку. Сейчас цель врача — не успеть доказать ошибочность его убеждения. В этот момент он должен чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы продолжить беседу.

Беседу ведет один сотрудник. Остальные готовы помочь, но не окружают пациента. Можно сменить людную и шумную комнату. Соблюдается личная дистанция. Врач не ставит ни себя, ни пациента в положение с перекрытым выходом. Каждый шаг объясняется заранее. Это приемы снижения напряжения (de-escalation). [2]

Пример беседы

«Вы сказали, что тревожитесь, когда дверь закрыта. Можно поговорить здесь? Наша медсестра хочет измерить вам давление. Сначала она объяснит, что будет делать». Здесь пациенту предоставлен реальный выбор. Обещание, которое невозможно выполнить, разрушает доверие.

Изменение, которое вы наблюдаете сами

Студент отпустил ручку и повернулся, отвечая на вопрос. Это наблюдаемый признак восстановления контакта. Однако облегчение беседы не означает, что голоса, страх или риск ухода полностью исчезли. Решение еще раз проверяется вместе с пациентом.

ВЫБОР НАПРАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Студент бодрствует, беседа последовательна. Сейчас значительных отклонений температуры и других жизненных показателей не отмечено. Он боится голосов и в последние дни недостаточно спал. Эти сведения позволяют продолжить подробную оценку. Нормальные показатели не исключают всех возможностей, связанных с веществами или физическим заболеванием. [1]

Практическое решение на сегодня

При первом предположительном психотическом эпизоде команда без промедления организует специализированную оценку и помощь. В беседе выясняются сон, прием пищи и жидкости, вещества, рецептурные препараты, эпизоды расстройства настроения и прежний уровень функционирования. При высоком риске или неспособности пациента удовлетворять основные потребности выбирается место, где возможно безопасное наблюдение. [1]

Слова сестры «Я присмотрю»

Спросите, как это предложение будет осуществляться на практике. Если сестра работает ночью, студент может остаться в общежитии один. С кем из близких студент согласен связаться? Кому он скажет, если ночью голос снова прикажет выйти? Где, когда и с кем состоится следующая оценка? Ответы на эти вопросы позволяют оценить план.

Самостоятельное решение: может ли пациент сейчас пойти домой? В представленных сведениях пока нет полной оценки риска и информации о том, кто будет рядом ночью. Сначала восполните эти пробелы.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. «МАМА ЕЩЕ ВЧЕРА ХОДИЛА НА РЫНОК»

Дочь говорит: «Вчера утром она помнила цены лучше меня. Ночью разбудила меня, сказав, что по кухне ходят дети. Утром снова разговаривала как обычно. А по дороге называла меня своей младшей сестрой». На вопрос врача женщина правильно называет свое имя. Еще до окончания следующего вопроса ее внимание рассеивается. Температура 38,8 °C.

Остановитесь на минуту

Какой признак сильнее меняет направление действий: то, что она видит людей, прежний психиатрический диагноз или колебания бодрствования и внимания со вчерашнего дня? Последний признак вместе с лихорадкой требует неотложной медицинской оценки. Мгновение, когда она правильно назвала свое имя, не отменяет предыдущих изменений.

Делирий (delirium) может развиваться в течение часов или дней и проявляться нарушениями внимания и осознания, а также колебаниями состояния в течение суток. Пациент бывает то беспокойным, то сонливым и вялым. Сведения родственника о том, «каким он был обычно», помогают интерпретировать сегодняшний осмотр. [3]

Конкретный вопрос дочери

«Были ли в последнее время температура, кашель, боль, падение или изменения списка лекарств?» Дочь говорит, что добавили новый препарат, но названия не помнит. Просим принести упаковку. Не задерживаем неотложную медицинскую помощь ради уточнения названия.

ПОДОЗРЕНИЕ НА ДЕЛИРИЙ. ДВЕ ЗАДАЧИ ОДНОВРЕМЕННО

Один сотрудник оценивает дыхание, кровообращение, бодрствование и глюкозу пациента. Другой связывается с бригадой неотложной медицинской помощи, сообщая о последнем обычном состоянии, лихорадке и изменениях внимания. Среди устранимых причин — инфекция, недостаток кислорода, метаболические нарушения и действие лекарств. Какая из них основная, пока неясно. [3]

Когда нужен 4AT?

В стационаре при выявленных признаках делирия обученный сотрудник может использовать краткий инструмент оценки 4AT. Он оценивает бодрствование, краткую ориентировку, внимание и острые изменения или колебания. Результат следует интерпретировать вместе с прежним состоянием пациента и данными осмотра. В интенсивной терапии применяются другие подходящие инструменты. Для начала неотложной помощи необязательно завершать тест. [3]

Рядом с пациентом

«Вы сейчас в клинике. Я врач. Ваша дочь рядом. Поскольку у вас температура, мы проверяем дыхание и давление». Если пациент обычно пользуется очками или слуховым аппаратом, их предоставление облегчает общение. Вместо упреков дочь может знакомым голосом напоминать матери, где она находится. [3]

Если при передаче случая написать лишь «рецидив психоза», самая важная новая информация будет утрачена. Вынесите в первое предложение изменения внимания и бодрствования, начавшиеся прошлой ночью.

ЕЩЕ ОДИН РАКУРС. КАК ОЦЕНИТЬ МОЛЧАЛИВОГО ПАЦИЕНТА?

Дежурному врачу поступило краткое сообщение: «Сегодня пациент не конфликтовал, но сидит на одном месте и не пьет воду». Неподвижность легко принять за улучшение. На деле необходимо проверить бодрствование, боль, действие лекарств, неврологические признаки и вероятность кататонии.

Кататония (catatonia) — сочетание специфических признаков в движениях, речи и реагировании на окружающее. Мутизм (mutism) — отсутствие речевого ответа. По одному мутизму нельзя определить его причину. Сохраняет ли пациент одну позу долгое время? С какого момента не пьет? Какое лекарство и когда получил вчера? Когда в последний раз двигался как обычно? [4]

Если присоединяются лихорадка, мышечная ригидность и вегетативная нестабильность, особенно после начала приема антипсихотика или увеличения дозы, рассматриваются такие неотложные состояния, как злокачественная кататония и злокачественный нейролептический синдром. Пациент нуждается в срочной медицинской оценке и наблюдении. Автоматическое повышение дозы антипсихотика со словами «психоз усилился» может быть опасным. [4]

Переспросите

Замените слово «молчаливый» тремя наблюдениями: как ответил на обращение, какие движения совершал самостоятельно и когда в последний раз принимал жидкость? Затем сопоставьте их с температурой, пульсом и лекарственным анамнезом.

ПЕРЕДАЧА ДЕЖУРСТВА. ДВА РАЗНЫХ ПЕРВЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ДВУХ ПАЦИЕНТОВ

О студенте

«Студент, 22 года. Слышит голоса, комментирующие его действия, в том числе при бодрствовании. Ушел с занятия, когда голос велел выйти. Сейчас контактен, согласен на обследование. Сегодня не высказывал намерения травмировать себя или другого человека. Продолжается оценка риска поспешного ухода из-за страха, пребывания ночью в одиночестве и возможных причин первого эпизода».

О женщине

«Женщина, 67 лет. Вчера утром обычная активность была сохранена. Ночью состояние внезапно изменилось. Сегодня уровень бодрствования колеблется, не удерживает внимание, температура 38,8 °C. Подозрение на делирий. Начата неотложная медицинская оценка. Дочь сообщила о добавлении нового препарата. Название пока не подтверждено».

Завершение передачи

Принимающему сотруднику сообщаются время осмотра, текущие жизненные показатели, проведенные меры и реакция на них. Кто останется рядом с пациентом? Какой результат еще ожидается? Кто его полу-

чит? Четкий ответ предотвращает разрыв помощи при переводе пациента из одного места в другое.

Упражнение

Перепишите запись «Риска нет» применительно к указанному студенту. В ответе должны быть видны три вещи: о чем мы спросили сейчас, что ответил пациент и какой риск еще проверяем.

РЕШЕНИЯ, КОТОРЫЕ МЫ УНОСИМ С ПРИЕМА

Вернитесь к первому случаю. Открытая дверь помогла студенту остаться в беседе. Только после этого он рассказал, что сделал в ответ на голос. Следовательно, стиль общения может менять клинические сведения, которые вы получаете. В следующей главе мы соберем полный анамнез у этого же студента.

Три контрольных вопроса

1. Мать правильно назвала свое имя. Почему медицинская неотложность сохраняется? — Есть возникшие в течение часов колебания внимания и бодрствования, изменение относительно прежнего состояния и лихорадка.

2. Студент один раз подчинился голосу. Что вы уточните? — Содержание приказа, конкретное действие, текущие намерения, способность остановить себя и возможность безопасной помощи.

3. Какие сведения ускорят решение у молчаливого пациента, который не пьет воду? — Лихорадка, ригидность, изменение бодрствования, недавняя смена лекарства или нестабильность жизненных показателей. Они требуют неотложной оценки.

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178. Оценка и помощь при первом эпизоде. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[2] NICE. Violence and aggression. NG10. Снижение напряжения. https://www.nice.org.uk/guidance/ng10

[3] NICE. Delirium. CG103. Выявление, оценка и лечение причины. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103

[4] Rogers JP и соавторы. Консенсусное руководство BAP по ведению кататонии. 2023. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10101189/

ГЛАВА 3

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

Жалобы, история болезни, история жизни и сведения от семьи

«Я услышал голоса пять недель назад», — говорит студент. Сестра добавляет: «Нет, доктор, мой брат изменился три месяца назад». Какую дату вы запишете в историю болезни?

Врач просит обоих немного подождать. «Вы по-разному помните одно событие или говорите о двух разных событиях? Сначала я выслушаю, что каждый из вас имеет в виду». После этого вопроса выясняется, что студент вспоминает впервые отчетливо услышанную фразу. Сестра же называет день, когда он в последний раз пришел на семейный ужин.

Клиническая задача этой главы

Отдельно восстановите дату начала голосов, период изменения привычек и день обращения за помощью. Пациент рассказывает о внутреннем переживании, а сестра — об изменении, которое видела со стороны. Ценность двух рассказов в том, что они отвечают на разные вопросы.

В конце главы мы запишем анамнез студента так, чтобы другой врач мог продолжить работу. Во втором случае вы увидите, какой новый смысл приобретает та же жалоба «Я услышала голос» после раскрытия истории настроения и активности. Оба случая созданы для обучения.

О ЧЕМ МЫ ДАЕМ ПАЦИЕНТУ ВОЗМОЖНОСТЬ СКАЗАТЬ СНАЧАЛА?

После завершения неотложной части первого приема врач спрашивает студента: «На какой вопрос вы хотели бы получить ответ, когда будете сегодня возвращаться домой?» Он отвечает сразу: «Завтра экзамен. Если я опять встану и уйду, все будут надо мной смеяться». Врача беспокоит наличие голоса. Для студента самое тяжелое последствие — вновь почувствовать неловкость перед людьми.

«Расскажите, когда это случилось в последний раз». Теперь вместо общего «Я всегда боюсь» он описывает событие на занятии. Ему показалось, что кто-то с заднего ряда упомянул его, он постеснялся спросить соседа «Ты тоже слышал?», оставил тетрадь и ушел. В запись жалоб входят две фразы: «Слышу, как говорят обо мне» и «Из-за этого не могу усидеть на занятии».

Договоренность для беседы

«Можно мне поговорить с вашей сестрой об учебе и сне? Есть ли вопросы, которые вы хотели бы сначала обсудить вдвоем?» Уточните, с кем и что разрешает обсуждать согласие пациента. Получение сведений от семьи и раскрытие семье личных слов пациента — два отдельных решения. Объяснение границ конфиденциальности в начале беседы позволяет пациенту самому выбирать, что говорить. [1]

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ЧЕРЕЗ СОБЫТИЯ

Удобное начало для anamnesis morbi (истории настоящего заболевания): «Помните последнюю неделю, когда чувствовали себя как обычно?» Студент рассказывает, что во время летней практики работал вместе с группой. Вместо последовательного расспроса о каждом из последних месяцев выбираем три хорошо запомнившихся ему события: день переезда в новую комнату, промежуточный экзамен и занятие, на котором он оставил тетрадь в аудитории.

Три месяца назад. Сестра заметила, что он стал реже приходить на семейные ужины. Студент говорит, что в тот период начались вечерние учебные занятия. Доказательств наличия голосов тогда нет. Можно написать: «Реже ел вместе с семьей». Для заключения «психоз длительностью три месяца» данных недостаточно.

Пять недель назад. Студент вспоминает, что впервые отчетливо услышал ночью два голоса. После события написал младшей сестре. Дата сообщения привязывает событие ко времени. Она не подтверждает причину переживания.

Последние две недели. Голоса слышались в большинство дней, в том числе при бодрствовании. Студент говорит, что это было и в библиотеке. Сестра лишь однажды видела, как он рано вернулся с занятий. При оценке длительности рядом с каждой датой укажите признак и источник сведений. [2]

КАК САМ ПАЦИЕНТ ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЖИВАНИЮ?

Если на вопрос «Вы признаете свою болезнь?» студент ответит «нет», беседа может на этом остановиться. Он не согласен с диагнозом шизофрении, уверен в реальности голоса или боится отстранения от учебы? По одному ответу «нет» этого не различить.

Задайте три вопроса отдельно

«Раньше такое тоже бывало?» — «Нет. Я мог готовиться к занятиям даже в шумной комнате». Он замечает изменение.

«Как вы сейчас понимаете причину этого?» — «Будто люди в библиотеке говорили специально. Но откуда все они знают, где я сяду?» В его убеждении есть место сомнению.

«Какая помощь вам подходит?» — «Хочу наладить сон, а потом посмотреть, что будет». Он назвал цель, которую сейчас способен обсуждать.

Клиническая запись

Запись об осознании своего состояния (insight) «критики нет» утрачивает все три сведения. Вместо этого: «Замечает, что голоса появились недавно и влияют на учебу. Иногда связывает источник с людьми снаружи, но обсуждает и возможность другого объяснения. Согласен на помощь в отношении сна и страха». Такая запись позволяет сравнить, что именно изменилось на следующем приеме. [2]

ПРЕЖНИЕ ЭПИЗОДЫ, ЛЕКАРСТВА И ВЕЩЕСТВА

«Вы раньше лечились?» — «Нет». Позже выясняется, что год назад студент обратился в отделение неотложной помощи, когда несколько ночей не мог уснуть. Поскольку его не госпитализировали, он не считал это «лечением». Вопрос «Куда вы обращались раньше в такой трудный момент? Что там делали?» открыл другие сведения.

Если пациент не помнит название лекарства, спросите об упаковке, рецепте или выписке. Запишите время приема, пользу, побочные эффекты и причину прекращения. Если не установлено наличие голосов в предыдущем эпизоде, не спешите ретроспективно называть его «первым психозом».

Беседа о веществах

«Что вы использовали в те недели, чтобы взбодриться или успокоиться?» Спросите о количестве, частоте, последнем приеме и дате прекращения. Отдельное упоминание алкоголя, каннабиса, стимуляторов, рецептурных и безрецептурных средств поясняет пациенту, что вы имеете в виду под «веществом». [1, 2]

Студент говорит, что в экзаменационную неделю пил много энергетических напитков. Но голоса появились раньше. Эту последовательность мы включаем в анамнез. Самого такого совпадения недостаточно для вывода «напиток вызвал психоз». Травмы головы, судороги, лихорадка, новые лекарства и другие физические изменения также добавляются на временную линию.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ И ОБЫЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТА

Anamnesis vitae (история жизни) показывает, как пациент жил прежде. Чтобы понять сегодняшнюю трудность, необходимо знать прежние возможности. Вместо широкого вопроса «Каким вы были в школе?» можно спросить: «Легко ли вам было раньше вливаться в новую группу? Кто помогал с учебой? Вы сами составляли распорядок дня?»

С первого курса студент был немногословен в больших компаниях. Но сам собрал документы на сенаторскую стипендию, играл в футбол с двумя друзьями и раз в неделю возил мать на рынок. Сейчас на футбол не ходит. На вопрос о причине отвечает: «Мне кажется, в раздевалке все говорят обо мне». Немногословность была и раньше. Отказ от футбола возник недавно и связан со страхом.

О чем мы спрашиваем осторожно?

Безопасность дома, притеснение, утрата или травматический опыт могут иметь отношение к беседе. «Вам удобно сейчас говорить об этом?» Если пациент готов, прежде всего уточните его сегодняшнюю потребность. Необязательно требовать рассказа о каждой подробности на первой встрече. [1]

Упражнение: пациент хочет вернуться к учебе. Какая прежняя способность станет опорой плана? Он самостоятельно планировал, собирал документы и поддерживал отношения с двумя близкими друзьями. В анамнез наряду с утратами включаются и эти возможности.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ И СВИДЕТЕЛЬСТВО СЕСТРЫ

Сестра: «Со стороны дяди тоже была нервная болезнь. Может, передалась?» Она одновременно сообщает сведения и выражает тревогу. Врач отвечает на оба аспекта: «Я понимаю, что это вас пугает. О каком родственнике идет речь? Что вы видели сами, а что слышали от других?»

В наследственном анамнезе фиксируются степень родства, психическое или неврологическое состояние, возраст начала, лечение и надежность сведений. Семья может не знать точного диагноза. Запись «Дядя по материнской линии один раз лечился в стационаре, причина неизвестна» точнее предположения «в семье есть шизофрения». Семейная предрасположенность сама по себе не устанавливает диагноз нынешнего эпизода. [2]

Самая ценная информация от сестры

«Какое событие вы вспоминаете, когда говорите “он изменился”?» — «В прошлую пятницу он пришел к маме. Остановился у двери, попросил меня войти первой и посмотреть, кто в комнате». В этом событии есть наблюдаемое действие. Фраза же «Он всех подозревает» — интерпретация сестры.

В конце беседы вернитесь к согласованным с пациентом границам информации: «Вы согласны, чтобы мы обсудили, как семья может помочь со сном и учебой?» Услышав согласие, выделите время и для собственного вопроса сестры. [1]

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. «НЕ СПАЛА, НО НЕ УСТАЛА»

Мадина, 29 лет, бухгалтер. «Ведущий по радио сказал, что сегодня мне нужно принять важное решение», — говорит она. Пришедшая с ней младшая сестра сообщает, что последнюю неделю она спала по два-три часа за ночь. В первом случае сон тоже сократился. Какой вопрос теперь выявит различие двух историй?

Сначала предложите свой ответ

«Как вы чувствовали себя утром после короткого сна? Чем занимались днем?» Студент говорил, что уставал и не мог уснуть из-за страха перед голосом. Мадина же отвечает: «Будто сон больше не был нужен. В три часа ночи я составила прайс-лист для своей новой фирмы». Сестра добавляет, что она говорила быстрее обычного и совершила незапланированную крупную покупку.

После новых сведений

Снижение потребности во сне, повышение активности, изменения речи и расходов дают основания проверить вероятность мании. Когда изменилось настроение? Когда она стала понимать слова по радио как обращенные к ней? Бывали ли раньше такие убеждения или голоса при обычном настроении? Какова история веществ, новых лекарств, соматических заболеваний и прежних эпизодов? [2, 3]

Слова по радио могли звучать в действительности. Между приданием особого смысла общей фразе ведущего и слышанием голоса без внешнего источника есть клиническое различие. Его необходимо уточнить словами самой Мадины.

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ РАССУЖДЕНИЕ. ПРОДОЛЖЕНИЕ СЛУЧАЯ

Мадина: «По радио действительно сказали: “Не упустите возможность”. Тогда я поняла, что это обращено лично ко мне». После такого ответа вы написали бы в карте «слуховая галлюцинация»? Пока установлено, что она истолковала радиопередачу как сообщение, адресованное ей. Проверка стойкости убеждения, ситуации и других переживаний продолжается.

Проверка временной линии

По словам сестры, сначала Мадина несколько дней была занята новыми планами и мало спала. О сообщении по радио заговорила позднее. Эта последовательность усиливает вероятность появления психотических признаков в рамках эпизода расстройства настроения. Если появятся сведения о таких состояниях вне эпизодов расстройства настроения в прошлом, дифференциальная диагностика пересматривается. К концу первой беседы доказательств для окончательного кода может не хватать. [2, 3]

Третье решение

Как сегодня оценить финансовый и личный риск? Сколько средств потрачено, какие еще неосуществленные планы есть, возникает ли непосредственная опасность для нее или другого человека? Одновременно с оценкой неотложности можно привлечь к плану близкого, на участие которого пациентка согласна. Не оставляйте сегодняшний риск в стороне, ожидая уточнения диагноза.

Учебная задача: изложите фразу «мало спал(а)» для студента и Мадины по-разному, по одному предложению для каждого. Ответ должен отражать потребность во сне, энергию на следующий день и изменение относительно обычной деятельности.

КАК ПЕРЕДАТЬ АНАМНЕЗ СТУДЕНТА?

Жалобы. «Слышу голоса, которые говорят обо мне. Не могу усидеть на занятии». Хочет продолжать учебу. Ночной сон сократился из-за страха, утром утомлен.

История болезни. По его словам, впервые услышал голоса ночью пять недель назад. Последние две недели повторяются в большинство дней и при бодрствовании. Уходил с занятия. Сестра говорит, что три месяца назад он стал реже приходить на семейные приемы пищи, а недавно попросил проверить, кто находится в комнате, прежде чем войти. Связь между первыми бытовыми изменениями и психотическими переживаниями остается открытым вопросом.

История жизни и семьи. Издавна немногословен в большой группе, имеет двух близких друзей. Самостоятельно планировал учебные дела. Год назад обращался за неотложной помощью из-за бессонницы. Симптомы и лечение того периода уточняются. Сообщено о стационарном лечении дяди по материнской линии, диагноз неизвестен.

Вопросы к следующему приему. Какие признаки и с какого времени регулярны? Какими были настроение и восприятие в прошлом эпизоде? Что добавляют физикальный осмотр, лекарственный анамнез и история употребления веществ? Сегодняшняя оценка риска фиксируется отдельно. В главе 4 мы перейдем от рассказанного пациентом анамнеза к психическому статусу, наблюдаемому врачом во время приема.

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178. Разделы 1.1 и 1.3. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

[2] Addington D и соавторы. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. 2017. https://doi.org/10.1177/0706743717719899

[3] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20–F39. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

ГЛАВА 4

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Что наблюдал врач, что рассказал пациент?

«В библиотеке я открыл книгу, потом…» Студент останавливается посреди фразы. Поворачивает голову к двери. Через некоторое время спрашивает: «Извините, о чем я говорил?» Как бы вы записали в истории болезни то, что наблюдали до этого момента?

Врач не торопится. «Что произошло сейчас, когда вы замолчали?» Студент: «Мне показалось, что я услышал в коридоре голос сестры. Не хочу, чтобы она услышала то, что я собирался сказать, если войдет». Врач тоже слышал разговор в коридоре, но не знает, кто говорил. Теперь можно точно записать: студент остановился, посмотрел в сторону двери, объяснил это тем, что прислушался к голосу снаружи. Оснований назвать этот момент галлюцинацией или обрывом мысли пока нет.

Психический статус (mental status examination) — описание психического состояния человека в момент определенного осмотра посредством наблюдения, беседы и целевых заданий. Вчерашнее переживание тоже важно, но необходимо указывать его время. [1, 2]

Ваша задача в этой главе: составить по двум учебным случаям такую запись, чтобы другой врач, прочитав ее, понял, к какому выводу и на основании каких данных вы пришли.

ВНЕШНИЙ ВИД, КОНТАКТ И ДВИЖЕНИЯ

Студент выглядит соответственно возрасту. Одежда чистая. Держа сумку на коленях, садится там, откуда видна дверь. Когда ему задают вопрос, смотрит на врача. Дважды поворачивается к двери, услышав шаги в коридоре. Все это можно наблюдать. Для вывода «всех подозревает» нужно также выслушать его переживания.

Как изменился контакт?

Когда сестра вышла из комнаты, студент тихо говорит: «Теперь я могу кое-что вам сказать». Если раньше он ограничивался одним-двумя словами, то теперь рассказывает событие полностью. Пересмотрите первоначальное впечатление «На вопросы отвечал неохотно». Выявлены обстоятельства, ограничивавшие контакт. Они важны и при планировании следующего приема.

Психомоторика (psychomotor activity)

Потирание рук, непрерывные движения ногой, длительное сохранение одной позы или повторные вставания со стула записывайте именно так, как наблюдаете. Затем спросите: «Что вы ощущаете в теле? Становится ли легче, если встать и походить?» Внутреннее беспокойство, страх или временная связь с приемом лекарства ведут к разным объяснениям. [2]

Упражнение. Вместо «Пациент странно сидел» одним предложением опишите положение тела, его продолжительность и изменения при обращении к пациенту.

СОЗНАНИЕ, ОРИЕНТИРОВКА И ВНИМАНИЕ

Во время беседы студент бодрствует. Может назвать свое имя, место приема, сегодняшнюю дату и причину обращения. Клиническим языком это записывается как ориентировка в собственной личности, ме-

сте, времени и ситуации. Следующий вопрос — способен ли он удерживать внимание на беседе? Несколько правильных ответов сами по себе этого не показывают. [1, 2]

Как мы оцениваем внимание?

«Я также хочу посмотреть, насколько легко вам удерживать мысль в обычном разговоре. Можете назвать дни недели в обратном порядке, начиная с воскресенья?» Задание должно быть понятным. При шуме в коридоре студент останавливается, после его стихания продолжает. Вместе с результатом запишите условия. Учет слуха, языка общения, тревоги и бессонницы помогает правильно интерпретировать пробу.

Не запомнил или сначала не услышал?

Например, назвав три знакомых слова, попросите пациента сразу их повторить. Если он услышал два, трудно оценивать неспособность вспомнить третье позже как «снижение памяти». Сначала убедитесь, что слова восприняты. Через несколько минут попросите вспомнить их самостоятельно. Отметьте ограничения этого краткого наблюдения.

Если память студента отдельно не проверялась, запись также должна это отражать. То, что он нашел сообщение младшей сестре, недостаточно для вывода о сохранности всех видов памяти.

РЕЧЬ И ФОРМА МЫШЛЕНИЯ

«Зачем вы пошли в библиотеку?» — «Готовиться к завтрашнему экзамену. В комнате не мог заниматься». Этот ответ понятен, связан с вопросом и направлен на цель. Голос может быть тихим, но по содержанию ответ полный. Громкость, темп и объем речи описываются отдельно от логических связей между мыслями. [1]

Три возможных объяснения одной паузы

«На чем я остановился? Я прислушался к коридору». В этом объяснении внимание отвлекло внешнее событие.

«Я знаю, что хочу сказать, но стесняюсь говорить об этом». Мысль сохранена, есть препятствие для ее выражения.

«Посреди фразы мысль вдруг исчезла. Я не смог ее снова найти». Такое описание дает основание рассмотреть вероятность внезапной остановки потока мыслей (thought blocking). Проверяются характер повторения и другие объяснения. Не направляйте ответ пациента, заранее называя ему термин.

Упражнение по записи

Подумайте, когда вы используете выражение «мышление разорванное». Если пациент сменил тему, спросите: «Как эти два события связаны для вас?» После объяснения промежуточной мысли связь может стать ясной. Если же и после повторного вопроса логической связи между ответами не видно, покажите это коротким образцом речи.

СОДЕРЖАНИЕ МЫШЛЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЕ

«Все на меня смотрят», — говорит студент. «Откуда вы это знаете?» — «Когда у меня упала книга, двое посмотрели. Потом я услышал, будто они говорят обо мне». В этом рассказе есть наблюдаемое событие, слуховое переживание и приписанный ему личный смысл. Не разделив их, мы можем сделать чрезмерно категоричный диагностический вывод из обычной картины читального зала.

Вернитесь к настоящей минуте

«Сейчас, в этой комнате, вы тоже слышите какой-нибудь голос, которого я не слышу?» — «Нет. В последний раз слышал утром в автобусе». Итак, он сказал, что во время осмотра голоса не слышит. Сообщил, что слышал голос сегодня утром. Записи «Нарушений восприятия нет» или «Сейчас галлюцинирует» смешивают два момента времени.

Выявление стойкости убеждения

«Какое объяснение для вас наиболее убедительно? Возможно ли и другое?» Студент отвечает: «Иногда думаю, что люди говорят специально. Только не понимаю, почему это продолжалось и после того, как я вышел из автобуса». Точно сохраните его сомнение и собственное размышление. Само необычное содержание рассказа не показывает, насколько твердо убеждение.

Пример записи: «Сообщает, что утром слышал голоса, разговаривавшие о нем. Во время осмотра наличие голоса отрицает. Полагает, что люди могли говорить намеренно, обсуждает и другое объяснение».

НАСТРОЕНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ

«Что вы сейчас переживаете внутри?» Опустив взгляд, студент говорит: «Я боюсь. Но не хочу показывать это сестре». Сведения о настроении (mood) в основном сообщает пациент. Аффект (affect) — эмоциональное выражение, наблюдаемое при осмотре в мимике, интонации, жестах и их изменениях. Даже если мы помещаем оба аспекта в одно предложение, должно быть понятно, от кого получены сведения о каждом. [1]

Дождитесь изменений в беседе

Когда врач спрашивает о футболе, студент вспоминает шутку друга и ненадолго улыбается. При разговоре об экзамене хмурится и понижает голос. Запись «В первые минуты мимика бедная, выражение менялось в зависимости от темы беседы» раскрывает его эмоциональную реакцию. Делать вывод об эмоциональном уплощении (blunted affect) по одному опущенному взгляду или редкой улыбке преждевременно.

Два вопроса

«Как вы сейчас себя чувствуете?» — переживание на приеме. «Каким чаще всего было ваше настроение последние две недели?» — настроение на протяжении времени. Пациент, который сейчас напуган, вчера мог получить удовольствие от встречи с другом. Сохраните оба сведения.

Возможная ошибка: «Выглядит подавленным, значит, депрессия». Для вывода необходимо также спросить о внутреннем настроении, интересах, повседневной деятельности, изменениях во времени и других соответствующих признаках.

ОСОЗНАНИЕ СВОЕГО СОСТОЯНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ

«Голоса кажутся настоящими. Но сестра не слышит. Я хочу понять, что происходит», — говорит студент. Осознание своего состояния (insight) проявляется в этой фразе: он знает о переживании, не полностью уверен в его источнике, заинтересован в помощи. Отразите в записи эти три стороны. [3]

Способность оценивать ситуацию и принимать решение (judgment) требует другого вопроса. «Если в автобусе этот голос снова скажет выйти, как вы поступите?» — «Сначала подожду остановки автобуса. Потом позвоню сестре». Это план, предлагаемый пациентом. Проверяем возможность его реального выполнения, опираясь на прежние действия, степень страха и доступность помощи.

Риск записывайте отдельно

По словам студента, сейчас у него нет намерения причинить вред себе или другим. В предыдущей беседе выяснилось, что из-за страха перед голосом он ушел с занятия и вышел из автобуса. Не смешивайте сегодняшнее намерение и вчерашнее действие. Вместо записи «Риска нет» укажите существующий риск, что проверено и с кем какой план согласован.

Для размышления: даже если студент не согласен с названием диагноза, может ли он объяснить риск действий под влиянием голоса? Именно этот ответ добавляет новые сведения к оценке его решения.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. ПОЧЕМУ МАДИНА ГОВОРИТ БЫСТРО?

Мадина из третьей главы принесла на прием стопку бумаг. «Вот прайс-лист. Закончу его, пойду в банк, потом займусь новыми филиалами…» Не дожидаясь, пока врач закончит представляться, Мадина переходит к следующему плану. Когда сестра пытается ее остановить, говорит еще громче.

Что вы наблюдали?

Речь быстрая и обильная. Трудно вклиниться, чтобы задать вопрос. Но между бумагами, банком и филиалом есть понятная связь, обусловленная ее бизнес-планом. Из этого фрагмента не следует вывод «речь непонятна». Основание рассмотреть понятие речевого напора (pressured speech) — трудность прерывания речевого потока наряду с быстротой. [2]

«Как вы себя чувствуете?» — «Очень хорошо, наконец-то все успеваю!» Однако когда сестра заговаривает о покупке, Мадина отвечает с резким раздражением. При осмотре вместе фиксируются ее собственная оценка настроения как повышенного и наблюдаемое раздражение при обсуждении расходов.

Вопрос, меняющий решение

«Какие последствия будут, если вы отложите подписание договора сегодня на один день? А если подпишете сейчас?» Мадина говорит только об ожидаемой прибыли и не возвращается к обсуждению суммы долга. Это показывает трудность оценки возможной потери в данном конкретном решении. Не выносите по одной беседе общего суждения о способности принимать решения во всех областях.

ОТРЕДАКТИРУЙТЕ ДВЕ ЗАПИСИ

Первый черновик. «У студента шперрунг, галлюцинации, сниженный аффект, критики нет». Прочитавший это дежурный врач может представить, что пациент слышит голоса в комнате, его мысль внезапно оборвалась и он не сомневается в своем понимании состояния. Верните каждое утверждение к фактам приема.

Редакция. «Когда в коридоре послышался разговор, остановился посреди фразы и посмотрел в сторону двери. Объяснил это тревогой из-за возможного появления сестры. Сказал, что сейчас голоса не слышит. Улыбнулся при разговоре о футболе. Готов обсуждать источник утренних голосов». Каждое предложение можно проверить повторно.

Второй черновик. «Мадина говорит бессвязно, некритична, всему рада». В этой записи утрачены и связь между темами, и раздражение при обсуждении покупки.

Самостоятельное упражнение

Напишите три предложения о Мадине. Первое — о темпе речи и очередности реплик в беседе. Во втором используйте ее точные слова. В третьем укажите, что она не смогла обсудить относительно сегодняшнего

финансового решения.

Пример. «Говорит быстро, начинает рассказывать о новых планах до окончания вопроса. Сказала, что чувствует себя “очень хорошо”, повысила голос, когда сестра спросила о расходах. При вопросе о возврате долга дважды возвращалась к ожидаемому доходу». Рабочую диагностическую гипотезу можно записать отдельно после этого описания.

СЕГОДНЯШНИЙ ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТА

Во время осмотра бодрствует. Называет свое имя, место, дату и причину обращения. Одежда опрятная. Сел так, чтобы видеть дверь, дважды повернулся на звук из коридора. Наедине говорил подробнее. Речь тихая, понятная. Ответы соответствовали содержанию вопросов.

Тревогу выразил словом «боюсь». При обсуждении экзамена понизил голос, при разговоре о футболе улыбнулся. Сообщил, что утром слышал голоса, говорившие о нем. Во время приема такое переживание отрицал. Сомневается в их внешнем источнике. Осознает, что изменение влияет на учебу, и согласен получить помощь.

При шуме в коридоре внимание ненадолго отвлеклось, затем вернулся к беседе. Память специальной пробой не оценивалась. Сейчас отрицает намерение причинить вред себе или другим. Риск поспешного ухода при страхе и план сопровождения оцениваются отдельно.

Вопрос для повторного прочтения

Может ли другой врач по этой записи различить, что студент чувствует сейчас, что пережил утром и что еще нужно проверить? В главе 5 мы вернемся к его рассказу о голосе и подробно рассмотрим ощущения и восприятие.

Источники и дополнительное чтение

[1] Clinical Methods. The Mental Status Examination. 3-е издание. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK320/

[2] StatPearls. Mental Status Examination. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546682/

[3] Addington D и соавторы. Канадское руководство по оценке расстройств шизофренического спектра и других психотических расстройств. 2017. https://doi.org/10.1177/0706743717719899

Дополнительный учебник: Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 5

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

Иллюзии, галлюцинации и переживания на границе сна

«Доктор, вчера я тоже слышал. Но вчера было по-другому». Знакомый нам с первой главы студент достает телефон из сумки. Он записал шум вентилятора в общежитии. «Послушайте вот это место. Мне казалось, что произносят мое имя». На записи слышен ровный гул. Врачу трудно различить в нем определенное слово.

Выключив телефон, студент сообщает еще одну подробность: «А в библиотеке гула не было. Двое сказали: “Он открыл книгу”. Сейчас я не могу объяснить оба случая одинаково».

Врач слушал запись не для определения того, правду или неправду говорит пациент. Он слушал, чтобы понять различие, которое сам студент почувствовал между двумя переживаниями. В первом событии есть внешний звук. Во втором студент сообщает, что отчетливо слышал речь, а источник пока не установлен.

Перед чтением

Какой вопрос вы зададите: «Кто говорил?» или «Что произошло с похожим на слово звуком, когда вентилятор остановился?» Ответ на второй вопрос может объяснить первое событие. Для эпизода в библиотеке нужна отдельная беседа. Имена, диалоги и примеры в этой главе созданы в учебных целях.

ИЗМЕНИЛОСЬ ОЩУЩЕНИЕ ИЛИ ПРЕДМЕТ ВОСПРИНЯТ ИНАЧЕ?

Один пациент говорит: «Когда воротник рубашки касается шеи, я чувствую это сильнее обычного». Другой: «В темноте я принял рубашку на вешалке за человека». В первом случае мы спрашиваем, как ощущалось воздействие на кожу. Во втором изучаем, каким целостным образом был распознан существующий предмет.

Гиперестезия (hyperesthesia) — повышение чувствительности к воздействию. Гипоэстезия (hypoesthesia) — снижение чувствительности. Анестезия (anesthesia) — утрата исследуемого вида чувствительности в определенной области. У пациента, который говорит «Не чувствую руку», спрашиваем: где именно, с какого времени, постоянно ли, ощущает ли прикосновение? Сообщение пациента и результат физикального осмотра записываются отдельно. [1]

Парестезия (paresthesia) — необычное ощущение, например покалывание иголками или ползание мурашек в пальцах. Сенестопатия (senesthopathy) — термин, использовавшийся в классической психопатологии для странных, трудноописуемых и тягостных телесных переживаний. Если пациент говорит «будто тянет изнутри», попросите показать место и спросите о связи с едой или движением. Необычность метафоры не определяет происхождение симптома.

Упражнение по записи. Услышав ответ «По телу проходит ток», сначала уточните, описывает ли пациент короткое ощущение, подобное удару током, или верит, что кто-то посылает ему электричество. У одного человека могут присутствовать оба переживания.

ИЛЛЮЗИЯ. КАК ВНЕШНИЙ ЗВУК ПРЕВРАТИЛСЯ В СЛОВО?

Иллюзия (illusion) — искаженное восприятие существующего раздражителя. Вечером пальто у двери может показаться человеком. При включении света становится ясно, что это пальто. Образ в первый момент

и результат последующей проверки — два отдельных сведения. [2]

Беседа о вентиляторе

«Имя будто звучало из самого гула или вместе с гулом вы слышали еще отдельный голос?» Студент: «Сам гул временами становился похожим на мое имя. Выключал — исчезало, снова включал — иногда был обычный шум». Этот ответ поддерживает вероятность ошибочного восприятия шума как слова. Важно не только совпадение во времени с работой вентилятора, но и то, как именно воспринимался один и тот же звук.

Что изменит другой ответ?

Если он скажет: «Я слышал и мотор, и отдельный женский голос поверх него», так и запишите переживание. Уточните обычную внешнюю речь, другой источник звука поблизости и состояние слуха. Иногда на первой беседе имеющихся данных недостаточно для выбора точного термина.

Проверьте себя. Врач не услышал слова в записи телефона. Что это доказывает? Только то, что врач не смог различить определенное слово на этой записи. Вопросы о расположении микрофона, акустике комнаты и о том, что пациент слышал в тот момент, остаются открытыми.

ГАЛЛЮЦИНАЦИЯ. ФОРМА И СОДЕРЖАНИЕ ГОЛОСА

Галлюцинация (hallucination) — переживание, подобное восприятию, при отсутствии соответствующего внешнего источника. Слуховая галлюцинация (auditory hallucination) может выражаться простым звуком или отчетливой речью. То, слышали ли это окружающие, дает дополнительные сведения. Обстоятельства рассказа пациента, бодрствование и другие признаки оцениваются совместно. [2, 3]

Что произошло в библиотеке?

«Какие слова вы точно помните?» — «“Он открыл книгу”. Это было так отчетливо, что я обернулся». «Речь была обращена к вам?» — «Нет, будто говорили кому-то обо мне». «Что вы увидели, обернувшись?» — «Задний ряд был пуст. В другой части зала были люди». Эти ответы раскрывают отчетливость переживания и комментирующее содержание. Наличие других людей в библиотеке также остается в записи.

Как содержание изменило действие?

«Открыл книгу» — фраза, комментирующая действие. «Закрой книгу» — фраза в форме приказа. Если пациент сообщает о приказе, спрашивают, что именно велели, слышно ли это сейчас, выполнил ли он указание и каковы текущие намерения. Одна лишь громкость или число голосов на эти вопросы не отвечает.

Краткая запись: «Сообщает, что при бодрствовании слышал два голоса, комментировавших его действие. Обернулся, чтобы найти источник. О приказах в этом событии не сообщал».

ЧТО ОЗНАЧАЕТ «ВНУТРИ ГОЛОВЫ»?

«Вы слышали ушами или внутри головы?» Иногда вопрос полезен. Но если пациент вынужден выбрать один из двух ответов, важное свойство теряется. Слово «внутри» может означать внутреннюю речь, мысленное воспоминание, нежелательную мысль или переживание, столь же отчетливое, как голос.

Знакомый пациенту пример для сравнения

«Если вы представите голос близкого друга, в чем сегодняшнее переживание похоже на него? Чем отличается?» Студент: «Голос друга я вспоминаю сам и могу менять его слова. Фраза в библиотеке пришла, когда я ее не ожидал». Этот ответ проясняет произвольность и неожиданность. Сам по себе он не определяет причину переживания. [2, 3]

Как читать классические термины?

В некоторых классических школах переживание, будто воспринимаемое во внешнем пространстве, описывалось как «истинная галлюцинация», а отдельные переживания во внутреннем субъективном пространстве — как «псевдогаллюцинация» (pseudohallucination). Авторы использовали этот термин по-разному. Поэтому в карте записывайте локализацию, сходство с речью, возможность произвольного управления, кому пациент приписывает переживание и отношение к другому объяснению.

Из одного ответа «Внутри головы» не следует вывод о шизофрении, искусственном воздействии или полностью сохранной критике пациента. Что именно произошло, можно проверить, возвращаясь к словам пациента. [3]

ЗРИТЕЛЬНЫЕ, ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ, ВКУСОВЫЕ И ТЕЛЕСНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ

В зрительном (visual) переживании есть различие между простой светящейся точкой и отчетливой фигурой человека. «Где вы это видели? Глаза были открыты? Сколько это длилось? Осознавали ли вы тогда окружающее?» Проверяются зрение, боль, новые неврологические признаки, лекарства и состояние сознания. Зрительные галлюцинации могут возникать по разным причинам. [4]

Обонятельные (olfactory) и вкусовые (gustatory) переживания. Попросите человека, сказавшего «Еда пахла ядом», описать запах своими словами. Только эта еда? Изменились ли другие продукты? Мысль «Меня хотят отравить» возникла до запаха или после? Восприятие запаха, изменение реального продукта и приписанный ему смысл изучаются отдельно.

Кожные (tactile) и связанные с внутренними органами (visceral) переживания. При словах «Будто что-то ползает по коже» важно осмотреть кожу, проверить чувствительность, расспросить о лекарствах и веществах. Сравнение «будто ползает» не означает, что пациент твердо убежден в наличии насекомого в теле.

Если участвует несколько видов ощущений, запишите, когда началось каждое. Например, если сначала появляется запах дыма, а затем образ пожара, возникают ли они одновременно и каждый раз в одном порядке? Характер повторения помогает выбрать направление дальнейшего медицинского обследования. [2]

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. «ДОЧЬ СТОЯЛА У ДВЕРИ»

Саида, 46 лет. «Утром открываю глаза — дочь стоит у двери. Я сказала: “Почему ты так рано приехала?” Когда включила свет, комната была пуста. Дочь учится в другом городе. Я побоялась рассказать мужу».

Остановитесь и подумайте. Исчезновение фигуры может соответствовать двум объяснениям. Возможно, реальный предмет при тусклом свете показался человеком. Возможно, образ появился на границе пробуждения. Какой один вопрос сейчас даст больше сведений?

«Что вы увидели на том месте, когда включили свет? Сколько времени прошло после пробуждения, прежде чем вы увидели фигуру?» Саида: «У двери было пусто. Я только что выключила будильник. Во сне тоже разговаривала с дочерью. Через несколько секунд полностью проснулась».

Переживание при засыпании описывается как гипнагогическое (hypnagogic), а на границе пробуждения — как гипнопомпическое (hypnopompic). Такие образы могут казаться человеку очень отчетливыми.

Время события в рассказе Саиды, краткая продолжительность и исчезновение при полном бодрствовании поддерживают второе объяснение. Один эпизод сам по себе не устанавливает нарколепсию или психотическое расстройство. [4, 5]

Главный вопрос пациентки прост: «Это потому, что я скучаю по дочери?» Услышьте ее тоску. Понимание содержания образа и доказательство его физиологической причины — разные задачи.

КАК МЕНЯЕТСЯ РЕШЕНИЕ ПРИ НОВЫХ СВЕДЕНИЯХ?

Попробуйте продолжить историю Саиды тремя способами. Это три альтернативные учебные ситуации. Не переносите факты из одной в другую.

Первый вариант. «В следующий раз тоже показалось, что кто-то стоит у двери. Подошла ближе — это был белый халат, накинутый на кресло». Кресло и халат дают внешний источник. Зафиксируйте освещение, расстояние и то, как изменился образ при рассмотрении вблизи. Этот эпизод соответствует иллюзии. Интерпретация вчерашнего события на границе пробуждения остается прежней.

Второй вариант. «Вчера в полдень на работе я тоже две минуты видела женщину. В последние месяцы зрение стало хуже». Связанное со сном объяснение не охватывает новое событие. Нужен план проверки остроты зрения, глазных заболеваний, лекарств, неврологических признаков и других перцептивных переживаний. У человека со сниженным зрением могут появляться сложные образы. Причина устанавливается клинической оценкой. [4]

Третий вариант. Близкий: «Сегодня у нее температура. Иногда не понимает, где находится, обращается к занавеске как к человеку». Теперь первое решение — неотложная медицинская оценка. Как во второй главе, приоритетны бодрствование, внимание, жизненные показатели и причины острого изменения. Подробное определение типа иллюзии не должно задерживать помощь. [6]

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ. ОТ ЧЕТЫРЕХ ФРАЗ К КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАПИСИ

«У меня в ухе шум мотора». Сначала спросите, где, когда и как слышится звук, чтобы различить реальный мотор, шум в ушах (tinnitus) или другое слуховое переживание. Если слов или сообщения нет, дайте пациенту закончить описание, прежде чем задать готовый вопрос «Голоса разговаривают?».

«Голос мамы остался у меня в ушах». Эта фраза может выражать тоску, отчетливое воспоминание или переживание, подобное восприятию. Спросите: «Это бывает, когда вы сами вспоминаете, или слышится и неожиданно? Когда так было в последний раз?»

«Все передачи обо мне». Здесь радио действительно может работать. Отдельно запишите, какие слова он слышал и как понял, что они обращены лично к нему. Вспомните рассказ Мадины о прайс-листе и радио из предыдущей главы.

«Всю ночь слышал голос». «Всю ночь» иногда означает несколько коротких пробуждений, иногда — несколько часов полного бодрствования. Восстановите последнюю ночь поэтапно: что происходило, когда лег, засыпал, просыпался и после того, как встал?

Проверьте свою запись. Различимы ли в каждом предложении то, что пациент действительно сказал, ваша интерпретация и еще открытый вопрос? Если источник не проверен, прямое указание на это облегчит следующий осмотр.

ВОЗВРАЩАЕМСЯ К КАРТЕ СТУДЕНТА

«Пациент описал два разных слуховых переживания. В общежитии гул вентилятора иногда напоминал его имя. После выключения вентилятора переживание прекращалось. Этот эпизод соответствует ошибочному восприятию внешнего звука. В библиотеке же, по его словам, при бодрствовании слышал отчетливую речь, будто двое комментировали его действия. Обернулся, источник не установил. На сегодняшнем осмотре сообщил, что голоса не слышит. При последующей оценке будут отслеживаться повторение переживания в библиотеке, его влияние и временная связь с другими признаками».

Что вы сохранили?

У одного пациента могут быть два разных типа эпизодов. У Саиды одна подробность о времени пробуждения изменила клиническую интерпретацию. У студента выявление эпизода, связанного с внешним шумом, не закрыло вопрос о голосе в библиотеке. В главе 6 через его фразу «Я потерял мысль» мы изучим темп и форму мышления и их выражение в речи.

Источники и дополнительное чтение

[1] IASP. Terminology. Термины чувствительности и необычных ощущений. https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/

[2] Montagnese M и соавторы. A Review of Multimodal Hallucinations. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32772114/

[3] Waters F, Fernyhough C. Hallucinations across diagnostic classes. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5216859/

[4] Waters F и соавторы. Visual hallucinations in psychosis, neurodegenerative disorders and eye disease. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4141306/

[5] To be or not to be hallucinating: Implications of hypnagogic/hypnopompic experiences and lucid dreaming for brain disorders. PNAS Nexus. 2024;3(1):pgad442. Онлайн-публикация: 19 декабря 2023. https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgad442

[6] NICE. Delirium. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103

Дополнительный учебник: Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 6

МЫШЛЕНИЕ И РЕЧЬ

Темп мысли, ее обрыв и связи в речи

«Доктор, преподаватель сказал мне: “Если не знаете, садитесь”. Я знал. Произнес первое предложение, а второе не смог найти». Для нашего студента тяжело было не само молчание. Его задело, как преподаватель это молчание понял. Врач говорит: «Задайте мне тот вопрос. Потом воспроизведите свой ответ до того места, до которого помните».

Вопрос был о том, почему высоко в горах вода кипит при более низкой температуре. Студент начинает: «По мере подъема над уровнем моря…» — и останавливается. Немного подумав, говорит: «Давление! Сейчас я нашел слово. А в аудитории будто исчезло само то, что я хотел объяснить».

Сравните две остановки. Сейчас студент знал, какое понятие хочет выразить, но нужное слово пришло позже. Про экзамен он вспоминает, что будто исчезла вся мысль. На приеме мы наблюдали первое состояние. О втором знаем из рассказа пациента. Если оба назвать «шперрунгом», это создаст у следующего врача неверное представление.

На протяжении главы мы проанализируем эти два события и быструю речь Мадины. Диалоги созданы для обучения. Цель — записывать речь пациента так, чтобы другой читатель тоже мог самостоятельно увидеть замеченную вами особенность.

СЛУШАТЬ ОДИН ОТВЕТ В ЧЕТЫРЕХ АСПЕКТАХ

«Я пошел в библиотеку, потому что не мог готовиться в общежитии». Короткий ответ. Тем не менее читатель понимает, куда человек пошел и почему. Студент мог сказать это тихо или после долгой паузы. Эти свойства речи не отменяют причинную связь между мыслями.

Темп. Сколько пришлось ждать начала ответа? С какой скоростью шли слова после начала речи? Задержку между вопросом и ответом (response latency) не следует путать с медленностью всей речи.

Объем и информация. Сколько слов сказал пациент и что мы из них узнали? Ответ «В восемь часов пришел с младшей сестрой» короток, но содержит достаточно информации. А из двухминутного общего рассуждения можно так и не узнать, как пациент добрался.

Форма. Может ли слушатель проследить переход от одной мысли к другой? Сохранил ли пациент цель вопроса? Если связь непонятна, дайте самому пациенту возможность ее раскрыть. [1, 2]

Содержание. Во что пациент верит или о чем тревожится? В грамотно построенной фразе может выражаться бредовое убеждение. А разрозненно высказанная мысль может касаться бытового вопроса. Это различие вновь понадобится в главе 7, посвященной содержанию мышления.

«Я ПОТЕРЯЛ МЫСЛЬ». КАКОЙ ВОПРОС ЗАДАТЬ?

«В тот момент вы помнили смысл ответа, но не находили одного слова? Или внезапно исчезло само то, что вы хотели сказать?» Прежде чем предложить два варианта, дайте пациенту время описать событие своими словами. Иногда возникает третье объяснение: «Я знал, что сказать. Остановился специально, боялся, что ребята засмеются».

Внезапный обрыв потока мыслей (thought blocking, шперрунг) — прекращение начатой мысли до ее завершения и затруднение ее продолжения. Пациент может описывать: «Моя мысль исчезла». Пауза молчания — наблюдение. Причина молчания выясняется каждый раз. [1, 2]

Вспомним предыдущий прием. Студент посмотрел на дверь и замолчал, затем сказал: «Не хотел, чтобы сестра услышала». Сегодня он нашел слово «давление». Сведения о третьем событии, на экзамене, пока ограничены. Сколько раз повторялось? Только при ответе или также в свободном разговоре дома? Именно это мы проверим на следующей встрече.

Важный дополнительный вопрос: «Как вы думаете, почему мысль исчезла?» Если пациент убежден, что кто-то забрал его мысль, это отдельное переживание внешнего воздействия в дополнение к нарушению потока мыслей. Врач не предлагает такое объяснение прежде, чем его выскажет пациент.

КОГДА МЫШЛЕНИЕ УСКОРЯЕТСЯ ИЛИ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ

Ординатор: «Пациент говорит медленно, значит, медленно думает». Врач: «Вы спросили, как протекают сами мысли?» Студент: «В голове одновременно возникают и ответ, и лицо преподавателя, и люди в аудитории. Я задумываюсь, что сказать первым». Следовательно, внешнее молчание и внутреннее переживание — не одна и та же мера.

Тахипсихия (tachypsychia) — ускорение потока мыслей. Пациент может сказать: «Не успеваю высказать одну, приходит другая». Брадипсихия (bradyphrenia) — замедление мышления. Пациент может сообщать, что даже простое решение принимает дольше, чем прежде. Используя эти термины, учитываем обычный темп, язык общения, усталость, подавленное настроение, сон и действие лекарств.

Небольшой опыт. Врач просит студента описать знакомый маршрут. Он быстро и последовательно рассказывает, как добирается из дома в институт. При переходе к экзамену речь замедляется. Само это различие — важное наблюдение. Нынешняя беседа не поддерживает вывода «Темп мышления снижен во всех темах».

Пример записи: «На вопрос о маршруте ответил сразу. При обсуждении экзамена перед ответом делал более долгие паузы. Внутреннее переживание объяснил одновременным появлением в голове нескольких вещей». На следующем приеме эту запись можно использовать для сравнения.

ПОГРУЖЕНИЕ В ДЕТАЛИ И УХОД ОТ ТЕМЫ

Задайте двум пациентам один вопрос: «Кто вас сегодня привез?» Первый ответ: «Сначала хотел приехать автобусом. На остановке ремонт, я вышел на другую улицу. Там встретил младшую сестру. Она привезла на своей машине». Он достиг цели через избыточные подробности. Это пример обстоятельности изложения (circumstantiality). Если слушатель терпелив, он получит запрошенную информацию. [2, 3]

Второй ответ: «Сюда люди обычно приходят с семьей. Семью надо беречь. Сейчас молодежь не уделяет друг другу времени». Вначале тема была близка к вопросу, но кто привез, так и не сказано. Это может показывать уход от вопроса (tangentiality). Мягко переспросите: «О семье я понял. Кто сегодня пришел с вами?» Если теперь пациент назовет имя, запишите, что перенаправление оказалось результативным.

Когда рано применять термин?

Возможно, пациент не хочет раскрывать, кто его привез. Или понял вопрос «С кем вы пришли?» как «Почему люди приходят с близкими?». По одному уклончивому ответу трудно заключить, что есть устойчи-

вое расстройство мышления. Нужны другой нейтральный вопрос, уточнение языка и образцы речи на разные темы.

Проверьте себя. Долго говорить и потерять цель высказывания — одно и то же? Перечитайте оба ответа, начиная с последнего предложения.

ГДЕ ПРЕРВАЛАСЬ СВЯЗЬ?

При разорванном мышлении логическая связь переходов между темами может ослабевать (derailment — соскальзывание мысли). «Вчера написал письмо. Почта закрывается в пять. Мой сосед с пятого этажа купил новые туфли». Первый переход понятен. В следующем пока не видно связи, кроме слова «пять». Если на вопрос «Как сосед связан с письмом?» он ответит: «Он помог отнести письмо на почту», найдется ранее пропущенное звено. [1, 2]

При некоторых переходах сходство звучания преобладает над смыслом (clang association). Услышав созвучия вроде «карз, фарз, тарз…», сначала выясните, не шутит ли пациент намеренно и не сочиняет ли стихотворение. Такая же осторожность необходима при оценке неологизма (neologism). «Где используют это слово? Что оно означает для вас?» Этот вопрос может отличить диалектизм, профессиональный термин и семейное прозвище от нового слова, созданного самим пациентом.

При тяжелом нарушении связности речи (incoherence) трудно восстановить смысл даже внутри предложения. Вместо уничижительного сравнения в карте приведите короткий образец речи и укажите, как вы уточняли сказанное.

Неожиданная ситуация. Если человек внезапно утрачивает способность говорить или понимать слова, особенно при перекосе лица или слабости одной руки, необходима экстренная оценка на инсульт. Психиатрический анамнез не должен задерживать эти действия. [4]

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. ПРАЙС-ЛИСТ МАДИНЫ

Мадина раскладывает бумагу на столе: «Прайс-лист закончила, теперь пойду в банк, рядом с банком есть пустое здание, там открою учебный центр, преподавателям нужна форма, подруга, которая шьет форму, сейчас в Самарканде, в Самарканде тоже откроем филиал…» Прежде чем врач успел задать один вопрос, появились три новых плана.

Отметьте последовательность на бумаге. От банка к зданию она перешла через место, от здания к учебному центру — через план, от центра к форме — через сотрудников. Каждый шаг можно частично проследить. При этом исходный вопрос «Зачем вы сегодня идете в банк?» остался без ответа. В этом фрагменте проверяются быстрая смена мыслей (flight of ideas) и многоречивость, которую трудно прервать (pressured speech). Два термина выражают разные свойства. [1, 2]

Какой факт усиливает рабочую гипотезу?

Сестра говорит, что обычно Мадина спокойно объясняет расчеты, а в последнюю неделю, несмотря на короткий сон, не уставала. Есть и новые покупки, и необычная активность. Вероятность эпизода расстройства настроения оцениваем в связи с этими сведениями. Сама по себе быстрая речь не дает окончательного диагноза.

Повторный вопрос Мадине: «Что именно вы потеряете, если сегодня не пойдете в банк?» Может ли она остановить поток идей и обсудить последствия одного решения? Для последующей записи кратко зафиксируйте ответ дословно.

МАЛО РЕЧИ И МАЛО ИНФОРМАЦИИ

«Что вы делаете с друзьями?» — «Футбол». «Где играете?» — «Во дворе». Когда хочет, студент точно отвечает на каждый вопрос. На просьбу «Расскажите сами о последней игре» он целую минуту объясняет, как она закончилась. Значит, прежней краткости способствовала и структура вопросов.

Алогия (alogia) — снижение речевой продуктивности. Для ее оценки нужна возможность свободного рассказа. При обеднении содержания речи (poverty of content of speech), даже если человек говорит много, новой и конкретной информации мало. Например, на вопрос о вчерашних занятиях отвечает: «Как обычно, вовремя делал повседневные дела, которыми все занимаются». Какие именно дела выполнены, пока неизвестно. [1]

Можно уточнить: «Какое дело вы обычно делаете утром первым? Вчера тоже его делали?» Если в продолжении он приводит подробные примеры, первоначальная неопределенность меняется. Стыд, подавленное настроение, сонливость или тревога о том, кому передадут ответ, тоже могут сокращать речь.

Ориентиры для повторной оценки. «Сколько тем начал по собственной инициативе? Привел ли пример на открытый вопрос? Что-нибудь изменилось после выхода близкого из комнаты?» Такие наблюдения позволяют содержательно сравнивать следующую встречу с предыдущей.

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПИСАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первый фрагмент. На каждый новый вопрос пациент отвечает «понедельник». На предыдущий вопрос он правильно назвал день приема. Теперь это слово повторяется и при вопросах о возрасте и адресе. Сохранение одного ответа при смене задания указывает на вероятность персеверации (perseveration). Услышал и понял ли пациент новый вопрос? Возникло ли это недавно и внезапно? Эти два вопроса меняют дальнейший путь оценки.

Второй фрагмент. «Кого вы видели в автобусе?» — «Чтобы узнать человека, сначала нужно понять сущность человека…» Это общее рассуждение продолжается долго. В классической литературе для отвлеченных рассуждений, не ведущих к цели, встречается термин «резонерство». В записи сохраните, о чем спросили пациента, как он ответил и что изменилось после просьбы привести конкретный пример. Сам по себе интерес к философским темам не является клиническим признаком.

Третий фрагмент. «По телевизору рубашка была синяя. Моя тетрадь тоже синяя. Значит, передачу посвятили мне». Предложения понятны. Нужно проверить, как из одинакового цвета двух вещей получился вывод о личном сообщении. Способ аргументации пациента и содержание убеждения оцениваются отдельно.

Задание. Для каждого из трех фрагментов запишите одно наблюдение и один открытый вопрос. Сможет ли следующий врач понять, на что обратить внимание, даже без названия диагноза?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАПИСЬ И СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

О студенте. «Последовательно объяснил знакомый маршрут. При повторении экзаменационного вопроса остановился посреди предложения, затем нашел слово “давление” и закончил мысль. Сообщает, что на экзамене весь ответ будто внезапно исчез из головы. Тот эпизод при осмотре не наблюдался. Нужно уточнить повторение в других обстоятельствах». В записи нынешнее наблюдение и прежнее переживание остаются на своих местах.

О Мадине. «Говорила быстро и почти без пауз. Перешла от банка к арендуемому зданию, от него — к учебному центру и плану филиала. Некоторые переходы можно проследить. При вопросе о цели посещения банка возвращается к другим планам. Сестра сообщила об изменении привычного темпа речи». Если на следующем приеме получить новый образец речи, изменение можно сравнить с этой записью.

Заключительный вопрос читателю

Если студент говорит «Моя мысль исчезла», вы проверяете, как остановился ее поток. Если говорит «Ее забрал другой человек», возникает новый вопрос: какой смысл он придает этой мысли и насколько в нее верит? В главе 7 мы изучим бред преследования, отношения, ревности и воздействия именно через такие беседы.

Источники и дополнительное чтение

[1] Thought Disorder as a Neglected Dimension in Schizophrenia. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9674097/

[2] University of Toronto. The Mental Status Examination. https://thehub.utoronto.ca/psychiatry/wp-content/uploads/2014/05/Mental-Status-Exam.pdf

[3] StatPearls. Circumstantiality. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532945/

[4] NHS. Symptoms of a stroke. https://www.nhs.uk/conditions/stroke/symptoms/

Дополнительный учебник: Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 7

СОДЕРЖАНИЕ МЫШЛЕНИЯ

Разграничение бреда преследования, отношения, ревности и внешнего воздействия в клинической беседе

«В группе написали: “Вчера опять один сбежал с занятия”. Вчера ушел только я. Теперь все знают». Студент кладет телефон на стол экраном вниз. Врач не спешит брать телефон. «Что вас больше всего задело?» — «Боюсь, если вернусь на занятия, преподаватель тоже будет смотреть на меня иначе».

На этот раз мы изучаем не слуховое переживание, а то, какой смысл одно сообщение приобрело для пациента. «По чему вы поняли, что имели в виду вас?» Студент говорит, что имени в сообщении нет, но время его написания совпадает с моментом ухода с занятия. Значит, в группе есть реальное сообщение, и оно действительно может быть о студенте. Объяснять тревогу пациента его прежними психотическими переживаниями пока рано.

Учебное задание

Напишите на листе три предложения: что произошло, какой смысл пациент этому придал, что после этого сделал? Для третьего предложения сведений пока недостаточно. Спросите: «Прочитав сообщение, вы пошли на занятия?» Студент: «Два дня не ходил». Теперь мы знаем влияние этого убеждения на его жизнь. Ситуации в главе созданы для обучения.

КАК МЫ ОЦЕНИВАЕМ БРЕДОВОЕ УБЕЖДЕНИЕ?

Бредовое убеждение (delusion) — патологическое убеждение, которое человек твердо принимает за истину, которое обычно не объясняется его культурной средой и сохраняется вопреки надежным опровергающим доказательствам. При клинической оценке помимо содержания изучаются формирование убеждения, его стойкость, изменчивость и место в жизни человека. Если истинность события нельзя установить за одну беседу, неопределенность сохраняется в записи. [1, 2]

Четыре коротких вопроса

«Когда вы впервые пришли к такому выводу?» — начало. «Насколько вы уверены сейчас?» — стойкость. «Какие сведения заставили бы вас пересмотреть мнение?» — открытость другому объяснению. «Что изменилось за день из-за этой мысли?» — поглощенность, страдание и влияние на деятельность.

Студент оценивает уверенность как «восемь из десяти». Через неделю может сказать «четыре из десяти». Число — инструмент общения и наблюдения за изменениями. Это не диагностический порог. Отдельно отмечайте возвращение пациента на занятия, даже если убеждение «все равно имели в виду меня» не ослабло.

Проверка культурного смысла

Полезен вопрос: «Как объясняют это событие ваша семья или люди, которым вы доверяете?» Незнакомый врачу обычай, вера или выражение сами по себе не являются психопатологическим признаком. Необходимо знать личную интерпретацию пациента и вызванные ею изменения.

ИДЕЯ ОТНОШЕНИЯ И ЛИЧНОЕ СООБЩЕНИЕ

Мадина вспоминает фразу по радио «Не упустите возможность». «Я знаю, что это слышали все. Но ведущий сказал мне, что сегодня надо идти в банк». Передача реально существует. Клинический вопрос — как публичная речь приобрела значение указания, посланного лично ей.

Врач: «Эта фраза очень соответствовала вашему настроению или вы верите, что ведущий знает вас и намеренно передал сообщение?» Мадина: «Сначала я подумала, что очень подходит. Потом поверила, что сказано именно для меня». Одна и та же фраза в два момента приобрела разную степень личного значения. Время изменения сопоставляем с днями изменений настроения, сна и активности.

Идея отношения (idea of reference) — восприятие внешнего события как имеющего особое отношение к себе. Рассуждая о бреде отношения (delusion of reference), оценивают также стойкость этого убеждения, доказательства и культурный контекст. Фраза «Песня будто написана обо мне» может выражать и обычную художественную близость. [2]

Упражнение. Какая подробность важна при сравнении группового сообщения студенту и радиообращения, услышанного Мадиной? Однокурсники могут знать о событии, в котором участвовал студент. Независимых доказательств того, что радиоведущий знал личный план Мадины, пока нет. Проверяйте каждое убеждение в его обстоятельствах.

УБЕЖДЕНИЕ В ПРЕСЛЕДОВАНИИ И РЕАЛЬНАЯ УГРОЗА

У пациента, который говорит «За мной следят», сначала спросите: «Что произошло в последний раз? Кто-нибудь к вам подходил, угрожал или писал сообщение?» Вопрос помогает одновременно выяснить происхождение убеждения и необходимость защиты сейчас.

Выяснилось, что одногруппник раньше высмеивал студента. Студент сам показал то сообщение: в нем есть его имя. Это подтверждает конкретное событие. Студент добавляет: «Двое людей в метро тоже работают на тех ребят из группы». Теперь появилось другое утверждение. Истинность первого события не подтверждает второе автоматически. Кажущаяся необоснованность второго утверждения тоже не отменяет прежней насмешки.

Содержание бреда преследования (persecutory delusion) включает убеждение в намеренном причинении вреда, слежке или заговоре. [2] «Из ваших слов я понял, насколько усилилась тревога. Откуда вы узнали о связи людей в метро с одногруппниками?» Врач может серьезно отнестись к пациенту, не соглашаясь с убеждением.

Оценивайте риск с двух сторон. Угрожает ли кто-нибудь пациенту в действительности? Собирается ли пациент ради защиты вступить с кем-то в столкновение или убежать в опасное место? На решение больше влияют конкретное событие, действие и близость во времени, чем необычность предположения.

РЕВНОСТЬ. «ОНА СПРЯТАЛА ОТ МЕНЯ ТЕЛЕФОН»

Акмал, 38 лет, первым на приеме говорит: «Я не болен. Жена всегда кладет телефон экраном вниз». «Когда вы впервые это заметили?» — «Три месяца назад. Теперь, даже если она задержится с работы на десять минут, я знаю, с кем была». Врач: «Говоря “знаю”, что вы видели, а что предположили? Расскажите вчерашний вечер с самого начала».

Содержание ревности встречается в нескольких клинических формах. При реальном конфликте отношений подозрение может иметь конкретную основу. При навязчивом сомнении (obsessional doubt) человек

говорит: «Может, я сам ошибаюсь, но не могу избавиться от этой мысли», — и возвращается к проверке. Сверхценная идея (overvalued idea) может занимать чрезмерно центральное место в жизни. При бреде ревности (delusion of infidelity) изучаются твердая уверенность в неверности и трудность принятия альтернативных объяснений. Эти различия могут уточняться со временем. [3]

Последний вопрос Акмалу: «Что вы сделали, когда супруга поздно вернулась с работы?» — «Ждал у ее работы. Пошел следом, чтобы посмотреть, в какой автобус она села». Теперь у врача есть практическая задача независимо от диагностического названия убеждения: усиливаются ли слежка, контроль или угрозы и находится ли супруга сегодня в безопасности?

Просьба разрешить проверить телефон или отказ дать его не доказывают ни измену, ни психическое заболевание. Не превращайте беседу в спор о том, чтобы заставить открыть телефон.

РЕШЕНИЕ О БЕЗОПАСНОСТИ В СЛУЧАЕ РЕВНОСТИ

Жена Акмала, Дилноза, ждет в коридоре. Акмал говорит: «Позовите ее сейчас, устройте нам очную ставку». В такой ситуации совместная беседа не является автоматическим выбором. Открыто говорить о страхе или принуждении в присутствии супруга трудно. Дилнозе предоставляется возможность отдельной безопасной беседы. У нее самой также нужно спросить, по какому номеру или каким способом с ней безопасно связываться. [3]

Акмалу: «Есть ли у вас план сегодня встретиться лицом к лицу с ней или с человеком, которого подозреваете? Бывало ли раньше, что вы преграждали ей путь, били или угрожали? Есть ли доступ к опасному предмету? Возникали мысли навредить себе?» Также спрашивают об употреблении алкоголя или веществ, бессоннице, прежнем насилии и положении детей дома.

Дилнозе отдельно: «Безопасно ли вам сейчас возвращаться домой? Что было вчера? Где находились дети?» Она отвечает: «Вчера он перекрыл дверь. Сегодня боюсь, что он придет домой раньше меня». Необходимо обдумать последствия передачи этих сведений супругу. При непосредственной опасности по местному порядку принимаются неотложные меры защиты и медицинской помощи. Человеку, который может пострадать, обеспечивают безопасное место и возможность связаться с помощью.

В записи должны отражаться, кто что сказал, наблюдаемое действие, чья безопасность оценена и какие меры приняты. Отправить пару вместе «поговорить дома» — не замена оценке риска.

ВНЕШНЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ. «МЫСЛЬ БУДТО НЕ МОЯ»

Студент: «На устном экзамене я перестал говорить. На мгновение будто не мог управлять собой». В прошлой главе мы изучали, останавливался ли поток мыслей. Теперь спрашиваем о смысле переживания: «Что вы имели в виду под “не мог управлять”? Что чувствовали в тот момент?» Он отвечает: «От волнения. Никто не заставлял меня ничего делать».

Сравните другой учебный пример. «Я видел, что поднимаю руку, но чувствовал, что ее заставила подняться другая сила». Здесь важно, кто, по переживанию пациента, управлял действием. Бред воздействия или управления (delusion of control) выражает убеждение, что внешняя сила непосредственно властвует над собственным действием, побуждением или переживанием человека. В МКБ-10 учитываются точная феноменология таких признаков, длительность и связь с другими критериями. [1]

При вкладывании мыслей (thought insertion) человек переживает определенную мысль так, будто она помещена в его сознание из внешнего источника. У человека же, говорящего «Эта неприятная мысль моя, я

не хочу, чтобы она приходила», изучается нежелательная мысль. «Моя мысль исчезла» и «Кто-то ее отнял» — тоже два разных высказывания.

В беседе не предлагайте внешнее устройство, человека или силу до того, как пациент сам их назовет. Начните с вопроса «Как это происходило для вас?». Затем запишите, какая часть — непосредственно пережитый опыт, а какая — его объяснение.

ОТ СИМПТОМА К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Опасения студента о преследовании, уверенность Мадины в личном сообщении по радио и ревность Акмала не ведут к одному коду. Тема — наиболее заметная часть. Диагноз обосновывают сочетание признаков, временные отношения и возможные причины. [1]

Студент. Сопоставьте форму и длительность голосов, время появления убеждения в преследовании, изменения речи, настроения и деятельности. Сохраните прежнюю насмешку как реальное событие. Одна фраза «За мной следят» не обосновывает код F20.0.

Мадина. Когда начались снижение потребности во сне, рост активности и расходов? Сохранялось ли убеждение в сообщении по радио вне эпизода расстройства настроения? Эта временная линия важна для различения аффективного психоза, шизоаффективного расстройства и других первичных психозов. За один прием все течение заболевания может не проясниться.

Акмал. Как давно ревность заняла его жизнь? Есть ли другие бредовые темы, галлюцинации, неврологические признаки, влияние алкоголя или других веществ? В МКБ-10 ВОЗ F22 — рубрика хронических бредовых расстройств. Для F22.0 проверяют наличие бреда не менее трех месяцев и другие критерии. То, что он обратил внимание на телефон три месяца назад, не означает трехмесячного существования бреда. [1]

Упражнение. Для каждого из трех случаев запишите по одному вопросу: «Какие новые сведения могут изменить мою рабочую гипотезу?»

УПРАЖНЕНИЕ В ОБЩЕНИИ. ПРЕВРАЩЕНИЕ СПОРА В КЛИНИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Первая ситуация. Пациент: «Вы тоже с ними?» Торопящийся сотрудник может сказать: «Это чушь». Другой ответ: «Сейчас вы опасаетесь и меня. Какие мои слова или действия к этому привели?» Иногда причина пациента конкретна: врач закрыл дверь, не объяснив цели беседы, или посмотрел в телефон. Объяснение собственных действий открывает пространство для следующего вопроса.

Вторая ситуация. Дилноза: «Докажите ему, что я ничего не сделала». Сначала выслушайте ее отдельно: «Какова самая большая опасность для вас сегодня? Как мне безопасно с вами связаться?» В этой ситуации цель не в том, чтобы решить, кто из супругов прав. Неотложная задача в пределах полномочий врача — выявить риск, организовать необходимую защиту и оценить психическое состояние.

Третья ситуация. Мадина: «Вы специально задаете вопросы, чтобы не дать мне пойти в банк». Врач: «Я услышал, насколько вам важно принять решение сегодня. Был ли этот план до того, как вы услышали фразу по радио?» Этот вопрос проверяет время и смысл, не отодвигая главное беспокойство пациентки.

Письменное упражнение. Перепишите заметку «Пациент неадекватен, ревнует» в три строки. Первая — слова пациента. Вторая — конкретное известное действие и источник сведений. Третья — текущий риск, принятое решение и задача повторной оценки.

КАК ФИКСИРОВАТЬ УБЕЖДЕНИЕ СТУДЕНТА?

«Считает сообщение в группе без имени относящимся к себе. Показал прежнее сообщение однокурсника, высмеивавшего его с указанием имени. Связь этих двух сообщений пока неясна. Высказал возможность того, что двое в метро следили за ним для одногруппников, независимых доказательств не привел. Из-за тревоги два дня не посещал занятия. Согласен обсуждать безопасность и другие объяснения».

На следующем приеме проверьте три вещи: появились ли новые сведения о сообщении, изменилось ли убеждение о людях в метро и вернулся ли студент на занятия?

Проверьте себя

1. Мысль пациента показалась врачу неправдоподобной. Что это само по себе доказывает? — Что врач пока не понял объяснение. Нужно проверить контекст, доказательства и форму убеждения.

2. Клинический тип ревнивого убеждения неясен, но есть сведения о перекрытии двери и страхе. Что не может ждать? — Безопасная отдельная беседа с человеком, который может пострадать, и оценка непосредственной опасности.

3. Что уточняем при словах «Мысль не моя»? — Не нравится ли пациенту мысль или он переживает, будто ее вложил другой источник? С этого вопроса начинается глава 8.

Источники и дополнительное чтение

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20–F29. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] StatPearls. Delusions. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563175/

[3] Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. https://doi.org/10.1192/apt.10.3.207

Дополнительный учебник: Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 8

ЧУВСТВО СОБСТВЕННОГО «Я» И ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ

Ощущение мысли, чувства или действия как чужого

«Доктор, приходит мысль: а если я снова уйду с занятия? Эта мысль будто не моя. Ведь я не собираюсь бросать учебу». На этот раз студент понизил голос, а последнюю фразу произнес почти шепотом. Ординатор собирался записать в блокнот «вкладывание мыслей». Врач же вернулся к одному слову: «Можете своими словами объяснить, что вы имеете в виду под “будто не моя”?»

«Я думал, человек думает о том, о чем хочет. А я хочу остаться на занятии. Почему же мне приходит в голову уйти?» Тогда направление беседы изменилось. Студент не выяснял источник мысли. Его пугало появление мысли, которой он не хотел.

Ординатор спросил: «Значит, спрашивать об автоматизме, услышав одну фразу, было ошибкой?» Врач: «Спрашивать уместно. Только не нужно записывать ответ за пациента прежде, чем он объяснит».

В этой главе мы выслушаем два разных выражения «не мое» у студента и второго пациента по имени Фарход. Затем потренируемся столь же точно записывать сведения о движении, телесном ощущении и внутреннем голосе. Диалоги созданы для обучения.

ВОЗНИКЛО ВО МНЕ ИЛИ Я НАЧАЛ?

Закрыв глаза, вы можете непроизвольно вспомнить мелодию из детства. Вы ее не вызывали. Тем не менее знаете, что это ваше собственное воспоминание. Различие между непроизвольным возникновением и переживанием принадлежности чужому источнику важно и в рассказе пациента.

Чувство принадлежности (sense of ownership) — ощущение переживания как своего. Чувство собственного инициирования действия или мысли (sense of agency) относится к опыту «это вызвал я». В клинической беседе необязательно заставлять пациента заучивать эти термины. Можно начать с вопроса «Что именно в тот момент казалось вам чужим?».

В классическом описании, называемом синдромом Кандинского–Клерамбо, человек переживает некоторые мысли, телесные ощущения или действия так, будто они вызваны в нем извне. В клинической литературе различают мыслительные (идеаторные), чувственные (сенсорные) и двигательные (моторные) автоматизмы. Это историческое название синдрома. При записи диагноза по МКБ конкретный симптом, длительность и другие критерии обосновываются отдельно. [1, 2]

Прием беседы. Сначала запишите событие в порядке пациента: «Что произошло? Как ощущалось в тот момент? Чем вы объяснили это потом?» Эта последовательность помогает отделить само переживание от объяснения, появившегося позже.

ДВА ПОСПЕШНЫХ ВЫВОДА О СТУДЕНТЕ

Первый вывод: «Пациент сказал о чужой мысли, значит, есть вкладывание мыслей». Но студент продолжает: «Это моя тревога. Думаю, что скажет преподаватель, если я опять уйду. Мне и в голову не приходило, что кто-то вложил мысль». Он считает мысль своей, его беспокоит содержание. Исходя из имеющихся данных, это и записываем.

Второй вывод: «Значит, у него обсессивно-компульсивное расстройство». Это тоже преждевременно. Нежелательная мысль (intrusive thought) встречается у людей в разных состояниях. Уточняются, сколько времени она занимает, насколько мучительна, как повторяется и что пациент делает для ее устранения. У студента есть и реальная тревога: раньше он уже уходил с занятия и стыдился этого события.

Два открытых вопроса

«Когда приходит эта мысль, вы хотите встать и уйти или боитесь, что встанете и уйдете?» — «Боюсь. Хочу остаться на месте». «Что помогало?» — «Когда друг сидит рядом, я могу поднять руку и сказать, что нужно выйти на минуту».

Запись: «Возникает нежелательная мысль об уходе с занятия. Считает ее своей тревогой. Может различить желание действовать по этой мысли и страх ее появления». Этот результат не дает оснований переименовывать слуховые переживания из предыдущих глав.

РАССКАЗ ФАРХОДА. «ФРАЗА ПОЯВИЛАСЬ В ГОЛОВЕ ГОТОВОЙ»

Фарход, 34 года, учетчик склада. «Передо мной бумага, пишу цифры. В этот момент в голове готовой появилась фраза “закрой дверь”. Фраза внутри, но придумал ее не я». Врач ждет. Фарход сам добавляет: «Думаю, ее помещает туда другой человек».

Проверка идеаторного автоматизма

«Вы слышали голос как звук или фраза пришла в форме мысли?» — «Ушами не слышал. Не понимал, почему думаю эти слова». «Объяснение “другой человек” было уже тогда?» — «Сначала показалось чужим. Потом начал подозревать соседа». Значит, переживание чужой принадлежности и возникновение подозрения в отношении конкретного человека приходятся на разные моменты.

Вкладывание мыслей (thought insertion) — переживание человеком определенной мысли в своем сознании так, будто ее поместил другой источник. [1] У Фархода возможен этот феномен. Доказательств реальной причастности соседа нет. Прежде чем выяснять, кто послал мысль, врач записывает, что именно пережил Фарход.

Пример ответа пациенту: «Я понял, что это было чуждым и тревожащим переживанием для вас. Полных сведений о причине у нас пока нет. Давайте рассмотрим, когда это было в последний раз». Эта фраза сохраняет открытость беседы.

ИСЧЕЗНОВЕНИЕ, ЗВУЧАНИЕ И ОТКРЫТОСТЬ МЫСЛЕЙ

Одно событие можно изложить четырьмя способами. Первый пример: «Посреди предложения я забыл, что собирался сказать». Здесь изучается остановка потока мыслей. Спросите: «Остановилось неожиданно? На что вы отвлеклись?» О другом источнике пациент ничего не сказал.

Второй пример: «Я хотел продолжить. Мысль вытащили из моей головы». Возможно отнятие мыслей (thought withdrawal). «Вытащили» — лишь выражение, означающее забывание, или он действительно пережил внешнее вмешательство? Пусть пациент объяснит это различие собственным примером.

Третий пример: «Я думал, что написать в письме. Еще не произнес вслух, а эта мысль прозвучала, будто сказанная». При эхо мыслей (thought echo) может описываться звучание собственной мысли как звука. Когда чужой голос комментирует действие, содержание и принадлежность иные.

Четвертый пример: «Даже если не говорю, люди в автобусе напрямую знают мои мысли». Проверяется вероятность распространения или открытости мыслей (thought broadcasting). «Вы думаете, они замечают тревогу по вашему лицу или знают именно те слова, которые вы думаете?» МКБ-10 перечисляет эти феномены среди клинически значимых признаков. Изложить один из них пациенту в форме вопроса — не значит подтвердить его наличие. [1]

ТЕЛЕСНОЕ ОЩУЩЕНИЕ И ЕГО ОБЪЯСНЕНИЕ

Фарход: «Вечером плечо горит. Иногда думаю, не делает ли это тоже кто-то». Измерение, осмотр или собственное ощущение врачом тепла в плече — не то же самое, что внутреннее ощущение пациента. Сначала спрашивают, где именно возникает жар, сколько длится, в каких условиях усиливается, есть ли новое лекарство, изменение кожи или боль.

При сенсорном автоматизме (somatic passivity) телесное ощущение переживается как намеренно вызванное внешним воздействием. Предположительное объяснение Фархода «Может, кто-то это делает?» и высказывание «Каждый раз я непосредственно чувствую, что кто-то передает тепло в мое тело» нужно фиксировать отдельно. Необычное ощущение нельзя называть автоматизмом только по его описанию. [1]

Упражнение на сравнение

«Рука немеет, особенно если опираюсь на локоть». Здесь есть связь чувствительности с положением тела. «Будто что-то скрутилось внутри» — трудноописуемое телесное ощущение, причина пока открыта. «Именно они вызывают во мне это ощущение» — дополнительное высказывание об источнике того же опыта.

Запись врача: «Сообщает об ощущении тепла в правом плече. Рассматривал возможность внешнего воздействия, твердой уверенности нет. Необходимы оценка физических причин и уточнение повторяемости переживания». Такая запись позволяет продолжать и соматический осмотр, и психопатологическую беседу.

СЛЫШАТЬ ПРИКАЗ И ОЩУЩАТЬ, БУДТО ДЕЙСТВИЕМ УПРАВЛЯЕТ ДРУГОЙ

«Голос сказал “встань”, я испугался и встал». «Я не хотел вставать. Но будто кто-то поднял меня на ноги». Оба рассказа заканчиваются одной картиной — человеком, вставшим со стула. В первом человек описывает услышанный приказ и его выполнение из страха. Во втором изучается изменение чувства собственного инициирования движения.

При моторном автоматизме (motor passivity) собственное движение может переживаться как выполненное внешней силой. Врач: «Вы сами решили поднять руку? Как ощущалось движение в момент начала?» Если пациент говорит «Преподаватель потребовал, я поднял руку, хотя не хотел», это означает социальное принуждение. При словах «Рука сама дернулась» проверяются также непроизвольное движение, действие лекарства и неврологические причины. [1]

Раньше студент говорил, что вышел из автобуса из-за страха перед голосом. В сегодняшней беседе он говорит: «Я сам решил выйти, просто очень испугался». Доказательств для переописания его прежнего действия как моторного автоматизма нет.

Практическое решение. Если действие связано с причинением вреда, не ждите полного определения переживания. Что произошло, текущие намерения, способность остановиться и безопасная среда оцениваются на этом же приеме.

ВНУТРЕННИЙ ГОЛОС И ОЩУЩЕНИЕ СЕБЯ ЧУЖИМ

Мы пока не знаем, что описывает пациент, говоря «Фраза внутри головы». Один так называет внутреннюю речь собственным голосом, другой — переживание, будто не слышимое ушами, но отчетливое как голос другого человека, третий — готовую мысль без звука. Уместны вопросы: «Было похоже, что вы слышали слова? Была интонация? Чем отличалось от разговора про себя?»

В классических описаниях встречается и термин «псевдогаллюцинация» (pseudohallucination). Разные школы применяли его по-разному. Как в главе 5, раскройте в карте ощущение во внутреннем или внешнем пространстве, отчетливость, принадлежность и смысл, приданный пациентом. Нельзя записывать синдром Кандинского–Клерамбо только на основании того, что голос слышится «внутри». [2, 4]

Еще одно близкое переживание

«Когда устаю, будто наблюдаю за своими движениями со стороны. Знаю, что это ощущение, рукой все равно двигаю сам». Здесь изучается вероятность отчуждения от себя (depersonalization). Не добавляйте в запись, будто имеется и убеждение «Кто-то управляет моими движениями». Иногда феномены сочетаются, но каждый требует собственных доказательств.

Упражнение. Выражение пациента «вне меня» может означать пространство, противоречие его желанию или воздействие другого источника. Чтобы уточнить смысл, задайте один вопрос без готового термина. Например: «Можете рассказать одно вчерашнее событие с начала и показать, что именно показалось вам чужим?»

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПЕРЕЙТИ К КРИТЕРИЮ МКБ-10

В описании МКБ-10 ВОЗ эхо, вкладывание, отнятие и распространение мыслей представлены одной группой. Переживания управления, воздействия или пассивности, отчетливо относящиеся к определенному движению, мысли или ощущению, описаны в другом пункте. При проверке этих признаков указывается, какой опыт, когда и как долго имел место. В формах, к которым применимы общие критерии F20, проверяют также наличие соответствующих признаков большую часть времени на протяжении не менее месяца и условия исключения. [1]

Фарход пока рассказал о двух конкретных событиях. Как давно они влияют на повседневную работу и повторялись ли в другие дни, еще неизвестно. Какими были настроение и сон в последние недели? Есть ли временная связь с веществом, лекарством или физической болезнью? Началось ли переживание будто добавленной мысли до конфликта с соседом? Каждый ответ может изменить рабочее заключение.

Симптомы первого ранга Шнайдера важны в клинической беседе. Систематический обзор показал, что сами по себе они не позволяют надежно отличить шизофрению от других психозов. [3] Поэтому между записью «возможно вкладывание мыслей» и решением «диагноз F20 подтвержден» есть этап полной оценки.

Вопрос дежурному врачу: собирается ли Фарход сегодня вступить в столкновение с соседом? Даже пока уточняется диагноз, сегодняшний риск и потребность в помощи оцениваются отдельно.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАПИСЬ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ

Студент. «Возникает нежелательная мысль об уходе с занятия. Связывает ее со своей тревогой, не хочет действовать по ней. Не сообщал о переживании, будто мысль вложена другим источником. Выход из автобуса объясняет собственным решением под влиянием страха».

Фарход. «Сообщает, что во время работы в сознании возникла готовая фраза, звука не слышал, ощущал, будто мысль помещена другим источником. Подозрение относительно соседа возникло позднее. Предполагает, что тепло в плече тоже может быть связано с внешним воздействием. Проверяется вероятность вкладывания мыслей. Данных для подтверждения сенсорного и моторного автоматизма недостаточно».

Три коротких задания

1. «Все, глядя мне в лицо, узнают мои мысли». Что спросите сначала? — Замечают ли люди его тревогу по мимике или пациент убежден, что они непосредственно знают именно те слова, которые он думает?

2. «Моя мысль остановилась». Какие два свойства различаете? — Обрыв потока мыслей и связывание пациентом обрыва с внешним вмешательством.

3. «Голос приказал, я выполнил». Кто переживался как инициатор действия? — Это пока открытый вопрос. Выясняются собственное решение пациента, чувство принуждения и опыт непосредственного управления.

Источники и дополнительное чтение

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] Victor Kandinsky, M.D., 1849–1889. American Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.209

[3] First rank symptoms for schizophrenia. Систематический обзор Cochrane. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7079421/

[4] Femi Oyebode. Sims’ Symptoms in the Mind. 7-е издание. Elsevier. ISBN 9780702085253.

ГЛАВА 9

ЭМОЦИИ, ВОЛЯ И МОТИВАЦИЯ

Разграничение эмоционального уплощения, ангедонии и аволиции в клинической беседе

«Раньше, как только приходил домой, ставил чай. Теперь сидит, даже если чашка перед ним. Брату ничего не интересно». Когда сестра закончила, врач повернулся к студенту: «Когда вы вчера в последний раз пили чай?» — «Когда сестра заварила. Она добавила базилик. Я попросил еще чашку».

Два рассказа дополняют друг друга. Сестра видела, кто заваривал чай. Студент рассказал, каким почувствовал его вкус. Но один вопрос открыт: почему он сам не поставил чайник? Ответ «Не было охоты вставать» пока тоже можно понять по-разному. Он устал, боялся зайти в кухню или стало труднее начинать простое дело, чем раньше?

Задача врача на приеме точнее, чем оценка «слабая воля». Чего пациент хотел, чего ожидал, что начал, на чем остановился и что чувствовал в процессе? В двух учебных случаях главы мы попробуем задавать эти вопросы в разных ситуациях.

Первое упражнение. Запишите по одному известному и пока неизвестному факту о студенте. «Чай понравился» — вчерашнее событие. «Интерес к любой деятельности сохранен» — вывод шире имеющихся данных.

К КАКОЙ ФУНКЦИИ ОТНОСИТСЯ НЕГАТИВНЫЙ СИМПТОМ?

Клинически негативный симптом означает снижение определенной стороны деятельности или экспрессии. Этот термин не оценивает характер пациента. В современной оценке принято выделять пять областей. Изменение одной области не дает готового ответа о четырех остальных. [1, 2]

Эмоциональное уплощение (blunted affect). Проявление чувства через интонацию, мимику и жесты может уменьшаться. Проверяйте наблюдение на нескольких темах беседы.

Алогия (alogia). При возможности свободного рассказа объем речи и подробности, добавленные по собственной инициативе, малы. Вспомните различие открытых и закрытых вопросов в главе 6.

Аволиция (avolition). Ослабевает внутреннее побуждение начинать или продолжать целенаправленную деятельность. Сопоставляются прежняя обычная активность и нынешние возможности.

Ангедония (anhedonia). Уменьшается ожидание удовольствия от приятной деятельности или удовольствие во время самой деятельности. Необходимо спрашивать о собственном переживании пациента.

Снижение стремления к социальной близости (asociality). Уменьшается интерес или потребность в отношениях с людьми. Отсутствие собеседников вокруг или условий для встреч — другой вопрос.

Опора для беседы: что вы можете наблюдать в лице и речи? Для выводов о каких областях необходимо вместе с пациентом восстановить события последней недели?

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ УПЛОЩЕНИЕ. «ПО ЛИЦУ НЕ БЫЛО ВИДНО РАДОСТИ»

Сестра: «Он сказал, что сдал экзамен. Мы обрадовались, а он молчал». Студенту: «Помните момент, когда увидели результат?» — «Руки дрожали. Войдя домой, первым делом сказал маме. Сдерживался, чтобы

опять не заплакать». Родственница описывает внешнее выражение, пациент — внутреннее переживание. Оба можно сохранить в записи.

Врач наблюдает, меняется ли интонация в беседе, сменяется ли выражение лица соответственно теме, сопровождает ли человек речь жестами. При разговоре о футболе студент улыбался, а об аудитории говорил тихо. Указать это различие информативнее общей записи «аффект снижен».

Вопрос, открывающий другую возможность

«За последний месяц стало ли труднее двигать лицом или телом, чем раньше?» Если наряду с уменьшением мимики замедлились движения, появилась мышечная скованность и все началось после изменения лекарства, оценивается вероятность лекарственного паркинсонизма. [1] Важно спросить, какой препарат, какая дата и какие движения изменились.

Упражнение. Отредактируйте предложение «Утратил привязанность к семье». Например: «Сестра сказала, что не заметила радости на лице, когда поздравляла его. Студент первым поделился результатом с матерью. Описал свое волнение в тот момент». Другие выводы о его привязанности к семье пока не нужны.

АНГЕДОНИЯ. ОЖИДАЕМОЕ И ИСПЫТАННОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ

«Если друг позовет на футбол в выходные, насколько приятным кажется вам пойти?» — «Когда представляю, совсем неинтересно». «А в последний раз, когда пошли?» — «Сначала сидел на скамейке. Потом встал в ворота. Когда поймал один мяч, мы все засмеялись. Захотелось остаться».

Ожидание удовольствия от будущей деятельности (anticipatory pleasure) и удовольствие, испытываемое во время деятельности (consummatory pleasure), оцениваются двумя разными вопросами. [1] При снижении первого человек дома может представлять игру бессмысленной, но на поле действительно получать от нее удовольствие. Выясняется и обратная ситуация: шел с нетерпением, но во время игры не испытал удовлетворения?

Выберите пример из прошлой недели пациента. Человеку, никогда не интересовавшемуся футболом, этот вопрос не подходит. Кому-то нравится рисовать с ребенком, кому-то — утром ходить за хлебом. Вопрос «Какие из трех прежде приятных занятий удалось выполнить за последние семь дней?» учитывает и привычки, и возможности.

Пример записи. «Сообщает о слабом интересе, когда заранее представляет футбол. Во время последней игры испытывал удовольствие и хотел остаться. Ожидание и фактические переживания в других видах деятельности пока не выяснялись». Из этого ответа не следует вывод «Способность получать удовольствие полностью утрачена».

АВОЛИЦИЯ. ОТ ЖЕЛАНИЯ К ПЕРВОМУ ШАГУ

Врач возвращается к чаю: «Вы хотели чаю вчера после обеда?» — «Да». «Что было потом?» — «Посмотрел на чашку. На кухню не вышел». «Если бы вы сейчас заваривали здесь, с чего бы начали?» — «Сначала налил бы воду в чайник». Значит, объяснить порядок действий он способен. Но что вчера остановило этот шаг дома, пока неясно.

Студент тихо добавляет: «Вчера соседи были возле кухни. Боялся, что они опять будут говорить обо мне». Таким образом, в примере со вчерашним чаем конкретным препятствием был страх. Затем врач проверяет другие условия: «Когда вы дома один и спокойны, есть ли дело, которое трудно начать самому?» — «Да.

Собрать сумку. Хочу идти на занятия. Тетради лежат передо мной. Если сестра даст первую в руки, остальные укладываю сам».

Второй пример — основание подробнее оценить инициативу. Может ли продолжать дело после внешней подсказки? Путает ли шаги? Дремлет ли днем? Однако польза одного напоминания не доказывает причину. Учитываются также исполнительные функции, сон, тревога и настроение.

Семье можно сказать: «Между способностью выполнить дело и способностью самостоятельно начинать его каждый день есть разница. Давайте вместе найдем, где ему нужна помощь».

МАЛО ОБЩЕНИЯ. ЖЕЛАНИЕ, ВОЗМОЖНОСТЬ И СТРАХ

«Перестал разговаривать с друзьями». Однако в телефоне сестры есть результат игры, который брат вчера отправил младшей сестре. Значит, некоторые формы общения сохранены. Врач: «По общению с кем вы скучаете?» — «По другу-вратарю. Но встречаться группой не хочу». «А если вдвоем?» — «Хорошо было бы, если бы он пришел домой».

В этом рассказе потребность в близости есть. Контакт ограничивает отсутствие чувства безопасности среди людей. Другой человек может сказать: «Домашние приглашают, тревоги тоже нет. Раньше хотелось говорить с младшей сестрой каждый день, теперь это желание возникает редко». Снижение социального интереса непосредственно выражено во втором рассказе. [1]

Объем речи тоже зависит от обстановки. При матери пациент может отвечать одним словом, а наедине — по собственной инициативе рассказывать событие. Не спешите фиксировать алогию, не проверив слух, владение языком, страх и возможности общения.

Самостоятельный вопрос. Пациент сказал: «Никуда не хожу». Если он не может сесть в автобус из-за боли в ноге, что вы знаете о его интересе к отношениям? Пока лишь то, что ограничена возможность выходить. С кем он хочет говорить и какие связи поддерживает из дома, выясняется отдельно.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. «УТРОМ НЕ МОГУ ЗАПЛЕСТИ ДОЧКЕ ВОЛОСЫ»

Нилуфар, 32 года, швея. Несколько недель назад начала лечение, когда боялась голосов. Муж говорит: «Сейчас голоса утихли, но и сама она стала молчаливой». Для самой Нилуфар самое тяжелое изменение другое: «Дочь каждый день приносила расческу. Теперь идет к бабушке. Боюсь, не стала ли я ненужной матерью».

Восстановите одно из последних утр. Нилуфар ждала, что дочь подойдет, и хотела заплести волосы. Утром было трудно держать глаза открытыми. Взяв расческу, двигала пальцами медленнее обычного. Во второй половине дня завязала дочери ленту и обрадовалась, увидев ее радость. Скрининговый признак «низкая активность» здесь превращается в несколько отдельных вопросов.

Первое решение. Проверьте дату начала или изменения лекарства, временную связь сонливости, замедление движений и мышечную скованность. Второе решение. Как долго сохраняется мысль «Я ненужная мать»? Есть ли безнадежность, стойкая подавленность или мысли навредить себе? Третье решение. Даже при ослаблении голосов не избегает ли она задачи из-за какого-либо страха?

Причины могут присутствовать одновременно. Выявление сонливости не отменяет проверки депрессивных переживаний. Сохранность близости с дочерью и удовольствия от нее становится практической опорой дальнейшего плана помощи.

ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ РАЗЛИЧАЕТ ВРЕМЯ

Первичным негативным симптомом называем снижение, оцениваемое как связанное с самой шизофренией. Во вторичные признаки могут вносить вклад депрессия, страх и другие психотические переживания, побочные эффекты лекарств или недостаток возможностей для деятельности. Надежно различить их за один прием трудно. Важны прежняя активность, время начала изменения и дальнейшее наблюдение. [1, 2]

Отметьте у Нилуфар три даты. День, когда последний раз заплела дочери волосы как обычно. День изменения лекарственной схемы. День появления заметной дневной сонливости и замедленности рук. Близость этих дат дает основание для клинической проверки, но сама по себе не доказывает причину. Необходимо совместно оценить пользу лекарства, побочные эффекты и результат физикального осмотра.

Альтернативные сценарии для следующего приема

Если сонливость уменьшится и движения рук станут легче, спросите, насколько восстановилось участие в утренних сборах дочери. Если двигательная трудность уменьшится, но отсутствие удовольствия, вина и безнадежность сохранятся, углубите оценку настроения и риска. Если после ослабления активного психоза, депрессии и побочных эффектов инициатива долго остается низкой в нескольких сферах, повторно оцените вероятность устойчивых негативных признаков.

Такой первичный осмотр не дает оснований говорить семье: «Теперь это на всю жизнь». Точнее объяснить, что наблюдается и к какому вопросу когда вернутся.

КАК ИЗМЕРЯТЬ НАБЛЮДЕНИЕ?

Для оценки негативных симптомов существуют структурированные инструменты, например BNSS (Brief Negative Symptom Scale — Краткая шкала негативных симптомов) и CAINS (Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms — Клиническое интервью для оценки негативных симптомов). Они помогают обученному специалисту последовательно исследовать внутренний опыт и внешнее выражение. Сам балл не определяет первичную или вторичную причину признака. [1]

Следующее упражнение — не шкала. Вместе с пациентом выберите одно значимое дело до следующей встречи. Студент выбрал самостоятельную подготовку сумки, Нилуфар — завязывание ленты в волосах дочери. Если цель обозначить «пусть будет активнее», остается неясным, кто и по какому критерию оценит результат.

Пример краткой записи

Понедельник. «Хотел пойти на занятия. Сумка была пустой. Первую тетрадь дала сестра. Потом уложил сам». Среда. «Ночью разложил тетради на столе. Утром уложил без напоминания». Здесь изменились и среда, и поддержка. Мы не делаем лишь вывод «Через два дня аволиция прошла».

Контрольный вопрос. Кто ведет наблюдение и согласен ли пациент? Если сестра контролирует его каждый час, самостоятельным попыткам студента может не остаться места. Спросите, какая помощь нравится, а какая кажется давлением. В конце запишите результат, который сам пациент считает важным.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАПИСЬ ДЛЯ ДВУХ ПАЦИЕНТОВ

Студент. «Сестра сообщила, что стал реже заваривать чай и ходить на футбол. Вчера пациент получил удовольствие от готового чая. Нежелание зайти в кухню объяснил тревогой из-за соседей. Также сооб-

щает о трудности самостоятельно начать собирать сумку на занятия, после первой подсказки может продолжить. Хочет встретиться с другом наедине. Генерализованная ангедония или полная утрата социального интереса не подтверждены».

Нилуфар. «Сообщила об утренней сонливости и замедленности движений рук. Хочет помогать дочери, получает удовольствие от времени вместе во второй половине дня. Говорила о самообвинении. Необходимы лекарственный анамнез, двигательный осмотр, оценка депрессивных признаков и текущего риска».

Проверьте себя

1. Можно ли по наблюдению «Не улыбался» узнать, что он не испытывал удовольствия? — Внутреннее переживание выясняется отдельно. Экспрессия сравнивается по темам.

2. «Не встретился с другом». Какого вопроса не хватает? — Хотел ли встретиться, была ли возможность и что помешало?

3. Закончил дело, когда кто-то напомнил первый шаг. Что проверите затем? — Трудность в начале, планировании или связана именно с теми обстоятельствами? В главе 10 оценим, как студент управляет расписанием занятий и заданиями.

Источники и дополнительное чтение

[1] Galderisi S и соавторы. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. European Psychiatry, 2021. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8080207/

[2] Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. 2020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32110026/

ГЛАВА 10

ВНИМАНИЕ, ПАМЯТЬ И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

Оценка когнитивной трудности в повседневной задаче

«Доктор, мне все записывают. Все равно опоздал». Студент открывает блокнот. На четверг записано: «Отправить отчет до 15:00». Отчет готов на компьютере. А в три часа он был в автобусе. Сестра говорит: «Память ухудшилась. Ведь сам записал».

«Если бы в два часа вас спросили, когда нужно отправить отчет, что бы вы ответили?» — «До трех. Я это знал. Сидя за компьютером, открыл отчет. Захотел еще раз проверить цифры. Тут подошло время выходить на занятия. Мне казалось, что файл отправил». Этот ответ меняет первый вопрос. Студент запомнил срок. Где именно возникла трудность: когда внимание переключилось на другое дело, когда забылось намерение выполнить позже или когда пропустил шаг проверки выполненного действия?

В этой главе рассмотрим два учебных случая. Начиная с одного события, восстановим, почему не отправлен готовый файл студента и почему швея Нилуфар повторно спрашивает размеры клиентки. И слова члена семьи «забыл», и ответ пациента «я знал» можно клинически проверить.

ВНИМАНИЕ. БЫЛА ЛИ ИНФОРМАЦИЯ ВООБЩЕ ВОСПРИНЯТА?

Преподаватель сказал: «Следующее занятие в аудитории 204». Студент пошел в 206. «Где вы были, когда преподаватель говорил?» — «На заднем ряду. Фотографировал тетрадь на телефон. Услышал “двести”». Номер аудитории мог быть воспринят не полностью. То, что позже он назвал неверный номер, не показывает нарушения самой способности сохранять в памяти.

При концентрации внимания мы выделяем важную информацию среди других сигналов. При удержании внимания можем возвращаться к ней на протяжении задачи. Пациент может пять минут беседовать в тихой комнате, но пропустить конец инструкции на шумной лекции. Вопрос «Сегодня это было одинаково в обоих местах?» раскрывает зависимость способности от среды. [1]

Попробуйте на приеме. Повернувшись к пациенту, дайте простую инструкцию на удобном ему языке. Попросите повторить своими словами. Если не может, проверьте громкость, слух, понимание языка и не занято ли внимание голосами или тревогой. Несправедливо давать инструкцию в условиях, где ее не слышно, а ответ записывать как «ошибку памяти». [2]

Обращайте внимание на быстрое изменение. Если внимание резко ухудшилось за несколько часов, бодрствование колеблется или появилась лихорадка, возвращаемся к острой медицинской оценке из главы 2. В таких условиях длительная когнитивная проба не является первой задачей. [3]

РАБОЧАЯ ПАМЯТЬ. УДЕРЖИВАТЬ И ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Рабочая память (working memory) — способность кратковременно удерживать информацию для текущей задачи и оперировать ею. Повторить «три часа» — одно требование. В вопросе «Занятие заканчивается в половине третьего, на дорогу нужно двадцать минут. Откуда отправите отчет?» необходимо одновременно учесть срок и два условия. Участвует и планирование. Одна проба не выделяет абсолютно изолированно одну функцию. [1]

Студент услышал от преподавателя два изменения: «Встреча остается в тот же день. Только время сдвинулось на час позже, а аудитория в соседнем здании». Он правильно повторил новое время, но здание назвал прежнее. «Какая часть была трудной?» — «Пока прибавлял час, упустил слова о здании». Врач дает эту инструкцию по частям. Студент записывает оба пункта и правильно пересказывает план.

Как записать результат? «Из двух одновременно сообщенных изменений упустил здание. Записав инструкцию, данную частями, правильно объяснил оба изменения». Запись показывает и возможную учебную поддержку. Для общей оценки «Рабочая память резко снижена» необходимы стандартизированное обследование и сведения из других ситуаций.

Учебное упражнение. Если просите пациента назвать цифры в обратном порядке, сначала убедитесь, что он понял задачу. Волнение из-за незнакомого задания может повлиять на результат.

НА КАКОМ ЭТАПЕ ПРОВЕРЯЕМ ПАМЯТЬ?

Через три минуты пациент не назвал какое-то слово. Почему? Возможно, он не услышал его изначально, не понял смысл, не запомнил или сейчас затрудняется самостоятельно вспомнить. Для проверки разделите три этапа: первоначальное заучивание, отсроченное воспроизведение и изменение при дополнительной подсказке. [1, 2]

Простой пример на приеме. Вы говорите: «Яблоко, ключ, мост». Пациент сразу правильно повторяет три слова. После другой беседы сам называет два. На подсказку «Одно было фруктом» вспоминает «яблоко». В документации отдельно запишите свободное воспроизведение и ответ после подсказки. Использование помощи показывает, в каких условиях ему легче. Само по себе это не подтверждает определенное заболевание или механизм памяти.

Повседневный вид. Проспективная память (prospective memory) — способность вспомнить о выполнении запланированного дела в нужный момент или при наступлении события. Студент говорит: «Когда вспоминал, знал, что отчет не отправлен». Значит, даже при сохранном знании срока могло не хватить сигнала, запускающего намерение отправить отчет перед тем, как встать от компьютера.

Уточняющий вопрос. «Вам пришло уведомление?» — «Пришло. Но когда садился в автобус, телефон был без звука». Наличие напоминания не означает, что пациент его увидел. Эта подробность меняет выбор вида помощи.

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ. ПОЧЕМУ ГОТОВЫЙ ОТЧЕТ НЕ ОТПРАВЛЕН?

Исполнительные функции (executive functions) участвуют в удержании цели, упорядочении шагов, торможении ненужного действия, смене плана при изменении условий и проверке результата. [1] Вместе со студентом разложите «отправить отчет» на простые действия: выбрать окончательный файл, прикрепить к письму, проверить адрес, отправить и увидеть подтверждение в отправленных письмах.

«Можете показать, до какого места выполнили?» Не показывая личных данных, студент демонстрирует порядок в пустом письме. Выбирает файл, затем снова открывает его и начинает исправлять одну цифру в таблице. Врач: «Если остановиться, какова была основная задача сейчас?» — «Отправить. Я опять ушел в проверку».

Есть два пути клинической интерпретации. Небольшое дело внутри плана могло оттеснить основную цель. Или студент предпочел повторную проверку из страха ошибиться и снова испытать стыд перед преподавателем. Вопрос «Чего вы опасаетесь, если отправите, не проверяя цифру еще раз?» проверяет второе объяснение. Оба могут сочетаться.

Самостоятельная проверка результата. Студент выбирает сохранять отправляемый файл в отдельную папку и по окончании смотреть, отправлено ли письмо. На следующем приеме спрашивают не только об успешном выполнении, но и о том, на каком шаге понадобилась помощь.

СКОРОСТЬ ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ И СОЦИАЛЬНЫЕ СИГНАЛЫ

Студент: «В компании, пока я пойму вопрос, другой уже отвечает. Если остаемся вдвоем, ответ знаю». Скорость обработки информации (processing speed) относится к темпу восприятия простой информации и подготовки ответа на нее. У задержки ответа на устный вопрос есть и другие причины: тревога, сонливость, трудность поиска слова или слуха. В двигательной задаче результат меняет и замедленность движений руки. [1]

Наблюдение на одном приеме. Студенту показали расписание завтрашних занятий. Когда торопили, перепутал строку. Получив время, правильно нашел здание, аудиторию и час. Вместо последующей записи «Не понял вопрос» укажите время и условия. Этот пример не заменяет стандартизированную пробу скорости.

Социальная когниция (social cognition) — процессы понимания чувств и намерений других людей и смысла социальных ситуаций. Друг коротко написал «потом». Студент расстроился: «Не хочет со мной встречаться». «Вы знаете, чем он тогда был занят?» — «Позже узнал, что был на экзамене». Записываем это событие как ошибочную интерпретацию, связанную с ситуацией. По одному сообщению нельзя заключить о стойком когнитивном дефиците или бреде отношения.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. ПОЧЕМУ НИЛУФАР ПЕРЕСПРОСИЛА РАЗМЕР КЛИЕНТКИ?

Швея Нилуфар из прошлой главы хочет вернуться к работе. «Раньше, измеряя рукав одной клиентки, могла отвечать другой. А вчера один размер спросила дважды. Мне теперь не дадут ножницы?» Ее страх касается не балла теста памяти. Она хочет знать о возможности вернуться к профессии.

Последний заказ. Когда клиентка называла размеры плеча и рукава, в цехе работала машина. Нилуфар записала размер плеча, рукава — не успела. Между ними ответила на телефонный звонок. Затем не смогла вспомнить, какую цифру назвали последней. Когда клиентка повторила, записала на лист и правильно применила к выкройке. Значит, есть и сохранная сторона профессиональных знаний и способности пользоваться письменной информацией.

Спросите о второй ситуации. «В тихом месте с одной клиенткой бывает так же?» — «Во второй половине дня дома выкроила дочери наволочку. Записала размер и не запуталась». Эти ситуации различаются временем, шумом и числом задач. Утренняя сонливость и замедленность рук из предыдущей главы также остаются значимыми.

Клиническое решение. Одна ошибка не позволяет заключить о профессиональной непригодности. Реальная задача, условия труда, безопасность, действие лекарств и уровень функционирования оцениваются вместе. Предложение Нилуфар — сначала попробовать выполнить один заказ в спокойное время с записанными размерами.

ЕСЛИ ПАЦИЕНТ, БЛИЗКИЙ И РЕЗУЛЬТАТ ПРОБЫ ДАЮТ РАЗНЫЕ КАРТИНЫ

Сестра: «Он все знает. Приходит домой — не делает». Пациент: «В кабинете все понимаю, дома не знаю, с чего начать». В совместном задании врач обеспечил порядок, спокойную среду и возможность сразу пе-

респросить. Дома же одновременно несколько дел. Продемонстрированная на приеме способность и повседневный самостоятельный результат оценивались в разных условиях. [1]

Что контролируем? Отметьте сон, настроение, активные психотические переживания, лекарственную сонливость, зрение и слух, физическое состояние, язык общения и образовательный опыт. Требование воспроизвести материал, который пациент обычно не знал, не показывает снижения относительно прежнего уровня работы.

Когда нужна структурированная оценка? Если трудность повторяется, влияет на план возвращения к учебе или работе либо краткий осмотр не соответствует жалобе пациента, полезна подходящая цели стандартизированная когнитивная оценка. MCCB (MATRICS Consensus Cognitive Battery) охватывает несколько когнитивных областей. Инструмент выбирают с учетом языка, подходящих нормативов, условий проведения и подготовки специалиста. Не интерпретируйте переведенное задание как клинический пороговый балл без утвержденных нормативов для узбекоязычной популяции. [1]

Верните результат к вопросу пациента: «Говорят ли эти сведения, что мы можем изменить, чтобы помочь вам вернуться к учебе или выполнять работу?»

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ УПРАЖНЕНИЕ. НА КАКОМ ШАГЕ ПРОИЗОШЕЛ СБОЙ?

Первый фрагмент. Пациент правильно называет время приема лекарства, но вечером не может вспомнить, принял ли его. О чем спросите сначала? — «Что вы делали вчера до и после открытия упаковки? Как обычно отмечаете прием?» Здесь знание режима, вспоминание в нужный момент и проверка выполненного действия — три разные задачи. Решение о повторении дозы, прием которой неизвестен, основывается на инструкции препарата и плане лечащей команды.

Второй фрагмент. Пациент ушел со словами: «Мама, куплю на рынке рис и морковь», — и вернулся с морковью. В автобусе помнил план, но на рынке магазин риса был закрыт. Вместо поиска другого магазина вернулся домой. Здесь есть факт против предположения о забытом рисе. Возможно, не хватало денег для другого магазина? Возможно, было трудно изменить план? Не спросив, выбрать нельзя.

Третий фрагмент. В тихой комнате пациент справился с заданием. На автобусной остановке при получении инструкции потерял нить беседы. Какие условия вы сохраните для перепроверки результата? — Задание одинаковой сложности, удобный пациенту язык, возможность слышать и одинаковый уровень помощи. Явно зафиксируйте изменившиеся условия.

Выберите одно задание. Прежде чем выполнять его с пациентом, спросите, какой этап он предполагает трудным. Затем сравните предположение с фактически наблюдаемым шагом.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАПИСЬ И ПОВТОРНАЯ ОЦЕНКА

Студент. «Правильно называет срок отчета. Файл был готов; после перехода к повторной проверке цифр шаг отправки остался невыполненным. При устном получении двухчастного изменения расписания упустил одну подробность. После письменной инструкции правильно изложил новый план. Изучаются тревога из-за ошибок и влияние отвлечения. Для следующего задания сам выбрал один раз проверять отправленное письмо».

Нилуфар. «В шумном цехе после телефонного звонка повторно спросила размер рукава. Правильно воспользовалась записанным размером. Во второй половине дня в тихом месте спланировала простой заказ. Предстоит проверить, влияют ли утренняя сонливость и замедленность движений рук на работу. По ре-

зультатам одного задания окончательное заключение об общей памяти или профессиональных способностях не сделано».

Вопрос к следующему приёму. Если студент отправил отчёт, что помогло: более ранняя отправка, спокойная обстановка или проверка отправленного письма? В какой момент Нилуфар понадобились записанные мерки? То, какую помощь пациенту удобно превратить в повседневную привычку, также является частью результата. В главе 11 перейдём к движениям: как различать спокойное сидение, замедленность движений и кататонические признаки?

Источники и дополнительная литература

[1] Рекомендации Европейской психиатрической ассоциации по оценке когнитивных нарушений при шизофрении. European Psychiatry, 2022. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9532219/

[2] Merck Manual Professional. Как оценивать психический статус. https://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/neurologic-examination/how-to-assess-mental-status

[3] NICE. Делирий: профилактика, диагностика и ведение. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103

ГЛАВА 11

ПСИХОМОТОРИКА И КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Первое решение у неподвижно сидящего пациента

«Доктор, сегодня он успокоился». В голосе сопровождающего слышится облегчение. Вчера Сардор ходил по комнате из угла в угол, ночью не спал. Сегодня сидит на одном месте. Когда сестра подала ему чай, к пиале не потянулся. Что означает сообщение «успокоился»: уменьшился страх, он дремлет под действием лекарства или изменилась способность отвечать и двигаться?

Швея Нилуфар из предыдущей главы тоже двигала руками медленнее, чем прежде. Однако в тот момент она выбирала ленту для волос дочери, отвечала на вопросы и могла описать, что ей трудно. О Сардоре мы пока этого не знаем. У обоих можно увидеть уменьшение двигательной активности. Первое решение зависит от дыхания, бодрствования, реакции на окружающее и скорости появления изменений. [1]

Представьте, что вы подошли к пациенту. Что вы видите ещё до вопроса? Глаза Сардора открыты. Тело слегка наклонено вперёд. Услышав звук у порога, он не изменил положения. Это ещё не диагноз кататонии. Но острое изменение состояния и отказ от питья дают основание начать осмотр сейчас. Оба случая составлены в учебных целях.

НАБЛЮДЕНИЕ И ОПИСАНИЕ ПСИХОМОТОРИКИ

Психомоторика — двигательная активность, связанная с психическим состоянием. На приёме наблюдают объём, скорость, целенаправленность движений, их самостоятельное начало и реакцию на обращение. Превратите оценку «малоподвижен» в конкретную сцену перед глазами. Между «войдя, сам придвинул стул и сел» и «долго оставался в том положении, в котором его привели» есть клиническая разница.

Три этапа наблюдения

Сначала понаблюдайте за пациентом, не давая указаний. Меняются ли его взгляд, лицо, поза, когда кто-то входит в комнату? Затем представьтесь и обратитесь с простой просьбой: «Сардор, если вы слышите мой голос, посмотрите на меня». При отсутствии ответа подумайте также о слухе, языке общения и уровне бодрствования. Затем, объяснив необходимый физикальный осмотр, проведите его осторожно. Не пытайтесь заставить пациента двигаться силой. [1, 2]

Отсутствие ответа не означает, что пациент ничего не слышит или не понимает. Продолжайте объяснять свои действия перед процедурами и осмотром. Отмечайте время для каждого выделенного признака. То, что утром пациент говорил, а сейчас не отвечает, даёт ценную информацию о течении состояния.

Упражнение по записи. Вместо «поведение странное» запишите три вещи: как он сидел без указаний, что изменилось при обращении по имени и когда он в последний раз двигался по собственной инициативе. Укажите также, от какого близкого получены последние сведения.

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ. НОЖНИЦЫ НИЛУФАР

«Ножницы держу, но не успеваю поворачивать ткань. Клиент ждёт». Нилуфар хочет вернуться к работе. Она сама достаёт ножницы из сумки, показывает, как их держит, понимает вопрос и соглашается повторить движение. Видны и субъективная трудность, и сохранённая цель.

Замедленность движений (bradykinesia) можно проверить при осмотре. Как меняются темп и амплитуда при чередующихся движениях пальцами Нилуфар? Одинаковы ли они на обеих руках? Каковы длина шага и размах рук при ходьбе? Оцениваются также боль, тремор, мышечный тонус и новые лекарства. Сопоставим день изменения лекарственной схемы с днём, когда семья впервые заметила замедленность.

Не спешите с двумя выводами

Нет оснований говорить: «Пациентка не двигается, значит, у неё нет желания». Её желание и попытки очевидны. Вывод «принимала лекарство, значит, причина только в нём» без полного осмотра тоже преждевременен. Проверяют вероятность лекарственного паркинсонизма, сонливость и другие неврологические причины. При паркинсонизме замедленность движений и изменение тонуса также могут внешне напоминать кататонию. [1]

Пример записи в карте. «Самостоятельно начала целенаправленное движение, выполнила задание, сама описала замедленность. Имеется наблюдение семьи о том, что спокойно сидит. Уточнение лекарственного анамнеза и двигательный осмотр продолжаются». При поиске кататонических признаков обратите внимание на различия на следующей странице.

МУТИЗМ, СТУПОР И СОХРАНЕНИЕ ПОЗЫ

Мутизм (mutism) — отсутствие или крайняя скудность речевых ответов. Сам по себе он не показывает, слышал ли человек, понимал ли или не хотел говорить. Ступор (stupor) — состояние резкого снижения двигательной активности и активного взаимодействия с окружающим. Одновременно с оценкой кататонического ступора проверяют снижение сознания и другие медицинские причины. [1]

Три близких понятия

Сохранение позы (posturing). Пациент самостоятельно принимает определённое положение и долго удерживает его против силы тяжести. Например, локоть не имеет опоры, рука остаётся на уровне груди. Важно, кто придал это положение.

Каталепсия (catalepsy). Пациент сохраняет осторожно приданное при осмотре положение даже после удаления поддержки. Следовательно, исходная поза возникла вследствие внешнего воздействия при осмотре. Не путайте результат с болью или ограничением подвижности сустава.

Восковая гибкость (waxy flexibility). Эта особенность относится к лёгкому своеобразному сопротивлению, ощущаемому при пассивном движении. По одному виду неподвижного пациента заключить о наличии этого признака нельзя. Следуйте определению выбранной шкалы и единой методике осмотра. [1, 2]

Упражнение. «Пациент держал руку в воздухе». Без какого одного сведения трудно написать posturing или catalepsy? — Кто и как придал руке это положение. Если вы этого не видели, опишите наблюдаемую позу, оставив её происхождение неуточнённым.

ВОЗБУЖДЕНИЕ, ПОВТОРЕНИЕ И ПОДРАЖАНИЕ

При кататонии движения не обязательно только уменьшаются. У некоторых пациентов наблюдается выраженное бесцельное возбуждение, которое трудно объяснить внешней ситуацией. Иногда неподвижность и возбуждение сменяют друг друга в разные часы. Поэтому к осмотру продолжительностью несколько минут добавляют наблюдения медсестры и семьи с указанием времени. [1]

Эхолалия (echolalia) — повторение слов другого человека. Эхопраксия (echopraxia) — подражательное повторение его движений. Если врач дал указание «Повторяйте за мной», выполнение инструкции нельзя за-

писывать как эхопраксию. Так же и повторение вопроса человеком, который плохо расслышал, само по себе не является эхолалией.

Стереотипия (stereotypy) — многократное повторение одного и того же явно бесцельного движения. При негативизме (negativism) оценивают отсутствие реакции на инструкции или внешнее воздействие, действия им наперекор. Вместо моральной оценки «не слушается» запишите просьбу, ответ и условия.

Сравнение. Если Нилуфар говорит: «В ногах беспокойство, когда хожу, становится легче», проверяют вероятность неусидчивости (akathisia). Студент, бросившийся к двери от страха, стремился избежать конкретной опасности. Внешне оба человека очень подвижны. Цель движения, внутреннее переживание и лекарственный анамнез направляют оценку по разным путям.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ. ПОСЛЕДНЯЯ ПИАЛА САРДОРА

Сестра: «Вчера вечером сам пил воду. Ночью разговаривал. С сегодняшнего утра даже на пиалу не смотрит». Врач, сидящий рядом с Сардором, начинает оценивать дыхание, кровообращение, бодрствование, температуру, пульс, артериальное давление и сатурацию кислорода. Глюкозу и другие необходимые неотложные показатели проверяют в зависимости от клинической ситуации. Пока не установлена безопасность глотания, воду в рот насильно не вливают. [1]

Наблюдение команды. Сардор почти не говорит. Долго держит локоть поднятым в позе, которую принял сам до осмотра. Время от времени точно повторяет последнее слово врача, затем замолкает. Здесь можно отдельно описать скудность речи, сохранение позы и явление, соответствующее эхолалии. Подозрение на синдром усилилось. Его причина пока не установлена.

Новые сведения, меняющие решение

Температура 39 °C, пульс учащён, выраженная потливость. Отмечается явная мышечная ригидность. Сестра сообщает о недавнем повышении дозы антипсихотика. Уточняются препарат, доза и время. Но до получения полной информации не откладываем неотложную медицинскую помощь. В этой ситуации необходимо одновременно рассматривать злокачественную кататонию, злокачественный нейролептический синдром и другие острые медицинские причины. [1]

Первая фраза дежурному: «Состояние резко изменилось со вчерашнего дня, сегодня не пьёт, температура 39 °C, тахикардия и мышечная ригидность; недавно повышена доза антипсихотика». Затем изложите психомоторные признаки.

ЧЕГО НЕ УПУСТИТЬ ПРИ ПОИСКЕ ПРИЧИНЫ?

Кататония — синдром, встречающийся при разных заболеваниях. Она может быть связана с психотическими и аффективными расстройствами, неврологическими или другими медицинскими заболеваниями, определёнными лекарствами и веществами. Прежний диагноз шизофрении не объясняет автоматически новую лихорадку, изменение бодрствования или судороги. [1, 3]

Делирий. Колебания внимания и бодрствования в течение часов, резкое отклонение от обычного состояния или признаки инфекции требуют срочного поиска причины. Делирий и кататонические признаки могут наблюдаться одновременно.

Бессудорожный эпилептический статус. Человек может слабо реагировать на внешнее воздействие, совершать мелкие повторные движения. Эпилепсия в анамнезе, новые неврологические признаки и внезапное

начало дают основание поставить вопрос об ЭЭГ. Облегчение после лоразепама возможно в обоих состояниях.

Энцефалит. Если к первоначальным изменениям, напоминающим психиатрические, присоединяются приступы, двигательные нарушения, изменения бодрствования или вегетативного состояния, проверяют неврологические, инфекционные или аутоиммунные причины. Выбор обследований опирается на анамнез и осмотр. [1]

Конкретно спросите семью: когда пациент в последний раз был в обычном состоянии, какой препарат начали, повысили или резко отменили, был ли раньше такой эпизод? Проверьте все принимаемые сейчас лекарства, включая назначенные другими специалистами. При опасных признаках стабилизацию и выяснение причины проводят параллельно.

ОЦЕНКА И РЕШЕНИЕ О ЛЕЧЕНИИ

Шкала Буша–Фрэнсиса (Bush–Francis Catatonia Rating Scale, BFCRS) помогает систематически оценивать клинические признаки. Первые 14 пунктов составляют скрининговую часть. Полная шкала включает 23 пункта. Записав исходную оценку с указанием времени, при последующем осмотре можно сравнить, какой именно признак изменился. Скрининг не устанавливает причину. [1, 2]

Лоразепамовую пробу (lorazepam challenge) проводят в клинических условиях после регистрации исходных признаков, контролируя дыхание и бодрствование. Например, после осмотра пациент впервые ответил на вопрос и самостоятельно совершил движение. Положительный ответ усиливает вероятность кататонии, но не является абсолютно специфичным. Отсутствие ответа также не исключает синдром автоматически. [1]

Выбор лечения. Бензодиазепины и электросудорожная терапия (electroconvulsive therapy, ECT) — основные методы лечения кататонии. При злокачественном течении вопрос об ECT рассматривают срочно. Поскольку у Сардора возможны злокачественный нейролептический синдром или злокачественная кататония, безотлагательно решают вопросы отмены дофамин-блокирующего препарата, интенсивной медицинской помощи и лечения, направленного на причину. Опасно увеличивать дозу антипсихотика, расценивая возбуждение как «обычный психоз». [1]

Если пациент лежит неподвижно, контролируют поступление жидкости и питание, глотание и риск аспирации, пролежни, тромбоз, функцию почек и повреждение мышц. Всё это непосредственно входит в клинический план.

МКБ-10. КОГДА ПЕРЕХОДИМ ОТ СИНДРОМА К КОДУ?

Для обоснования F20.2, кататонической шизофрении, одних кататонических признаков недостаточно. Проверяют выполнение общих критериев шизофрении по МКБ-10 и преобладание выраженных кататонических нарушений в клинической картине. Если основной причиной является аффективное или соматическое заболевание, кодирование меняют на основании этих данных. В МКБ-10 ВОЗ есть также рубрика F06.1 для органического кататонического расстройства; её применение требует обоснования органической причины. [3]

Что сейчас можно сказать о Сардоре? Есть острые кататонические признаки, лихорадка, мышечная ригидность и вегетативные изменения. Недавно повышена доза лекарства. Рабочая проблема выявлена в неотложном порядке. Пока случай недостаточно полно описан, чтобы обосновать F20.2 или F06.1 как окончательный код. В главе 20 отдельно вернёмся к критериям F20.2.

Самостоятельное размышление

1. Пациент не говорит, но письменно отвечает на вопрос на бумаге. — Зафиксируйте отсутствие речевого ответа. Проверьте слух, язык, голосообразование и неврологические причины; ищите другие кататонические признаки.

2. Пациент повторил слова врача. — Уточнял ли он услышанный вопрос или бессмысленно подражал? Выясните контекст и повторяемость.

3. К лихорадке присоединились ригидность и новый препарат. — Неотложная соматическая оценка и лечение без ожидания. Для следующего решения уточните время последней дозы и начала признаков.

КАК ПЕРЕДАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА ДВУХ ПАЦИЕНТОВ?

Нилуфар. «Сообщила, что замедленность рук мешает работе. Сама взяла ножницы и показала движение. Отвечала на вопросы по существу. Цель — резать ткань так же точно, как прежде. Оцениваются временная связь с лекарственной схемой, неврологический двигательный статус и дневная сонливость». При оценке её движений возвращение к выбранной ею задаче придаёт смысл дальнейшему наблюдению.

Сардор. «Состояние резко изменилось со вчерашнего дня. Сегодня самостоятельно жидкость не принимал. Наблюдались периоды отсутствия речи, удержание позы без опоры и повторение услышанных слов. Есть лихорадка, тахикардия, потливость и мышечная ригидность. Близкий сообщил об увеличении дозы антипсихотика. Неотложной медицинской команде передана информация о вероятности тяжёлой лекарственной реакции и злокачественной кататонии». В реальной карте точно указываются дата, время, показатели, выполненные меры и ответ.

Вопрос к следующей главе. Голоса, которые слышит студент, медленные движения Нилуфар и мутизм Сардора — разные наблюдения. Если несколько признаков сочетаются у одного пациента, какой объясняет ведущий синдром, а какой является сопутствующим или связан с действием лекарства? Глава 12 посвящена этому решению.

Источники и дополнительная литература

[1] Rogers JP и соавторы. Основанные на доказательствах консенсусные рекомендации по ведению кататонии. BAP, 2023. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10101189/

[2] University of Rochester. Шкала оценки кататонии Буша–Фрэнсиса и учебные материалы. https://www.urmc.rochester.edu/psychiatry/divisions/collaborative-care-and-wellness/bush-francis-catatonia-rating-scale/bfcrs

[3] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F06.1 и F20.2. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

ГЛАВА 12

ОТ СИМПТОМА К СИНДРОМУ

«Две недели не ходит на занятия». С этих слов мать студента начала беседу. А юноша открыл тетрадь и показал последнюю лекцию. «Я хочу учиться. Но в аудитории начинают говорить обо мне». Известно, что он не посещает занятия. Теперь нужно понять причину. Слышит ли он голоса? Действительно ли однокурсники насмехались над ним? Или он боится ошибиться перед людьми?

Прежде чем записать «симптом» (symptom — клинический признак), уточним само переживание. Синдром (syndrome — совокупность взаимосвязанных признаков) выражает то, как эти признаки сочетаются у одного человека. При постановке диагноза учитываются также время начала, течение и альтернативные причины. [1]

Если спросить мать: «Насколько он изменился?», можно получить ответ «Очень». На вопрос «Когда он в последний раз сам позвонил однокурснику?» семья может указать день в календаре. Второй вопрос также помогает измерить изменения при последующем наблюдении.

Случаи в этой главе составлены для обучения. Мы несколько раз вернёмся к истории студента. Каждый раз, добавляя новые сведения, рассмотрим, какая их часть усилила или изменила прежний вывод.

Перевод слов пациента на клинический язык

«Они говорят обо мне». Из этой фразы пока неизвестны ни источник голоса, ни произнесённые слова, ни степень уверенности пациента. Предложение «Расскажите с самого начала, что произошло в последний раз» раскрывает эти три направления.

Студент говорит: «Я вышел из библиотеки. Коридор был пуст. За спиной услышал, как двое говорили: “Опять пропустил занятие”. Обернулся, никого нет. Может, доносилось из соседней комнаты». Здесь есть слуховое переживание. Он пока рассматривает и естественное объяснение. Чтобы записать «бред преследования», нужны дополнительные данные.

На следующий день пациент рассказывает о другом событии: «Дома те же голоса тоже комментировали мои действия. Мне стало тяжело, я выключил телевизор. Но это продолжалось». Теперь предположение о слуховой галлюцинации (auditory hallucination — слуховое переживание без соответствующего внешнего источника звука) усилилось. Есть основание спросить о связи со сном, слухе, употреблении веществ и лекарственном анамнезе. [1, 2]

Пример записи. «Сообщил, что в состоянии полного бодрствования в двух местах слышал голоса, комментирующие его действия. Искал источник. Допускает альтернативное объяснение эпизода в библиотеке. После голосов дома стал бояться оставаться один». Эту запись можно проверить вместе с пациентом на следующем приёме.

Обоснование ведущего синдрома

Прошла неделя. Студент сообщил, что слышит голоса каждый день. По его мнению, однокурсники через телефон слушают его разговоры, а затем отвечают комментариями. Поэтому он выключил телефон и перестал ходить на лекции. Одногруппник также подтвердил, что однажды раньше насмехался над ним. Учитывать это событие необходимо и для сохранения доверия юноши, и для правильного восстановления событий.

«Что для вас самое тяжёлое?» — «Они перехватывают мои слова. Поэтому я даже маме ничего не говорю». Теперь есть по меньшей мере одно возможное объяснение малоречивости. Пациент знает, что хочет сказать, но сокращает речь из страха, что его подслушают.

Клиническая формулировка. Комментирующие голоса, всё более твёрдая убеждённость в слежке и соответствующие ей защитные действия дают основание предполагать галлюцинаторно-бредовой синдром. Сейчас именно этот комплекс лучше всего объясняет ограничения в учёбе и общении. [1]

Открытый вопрос. Содержат ли услышанные слова угрозы или приказы? Выполнял ли их юноша? Само по себе слышание голосов не определяет уровень риска. Выяснение того, чего именно боится этот человек, что собирается делать и к кому может обратиться за помощью, влияет на следующее решение.

Проверка разрозненности речи в беседе

«Почему вы не пошли на занятия?» — «Занятия утром. Утром на остановке много людей. В автобусе два студента высмеяли меня. После этого я перестал ездить этим путём». Ответ длинный. Но говорящий объяснил, почему избегает дороги. Слушатель может восстановить связь между его высказываниями.

Другой учебный пример. «Занятия утром. Рано значит буква. Буква стоит в чайнике. Мой экзамен — окно». На вопрос «Как для вас связаны буква и экзамен?» пациент вновь ответил новой темой. Если это повторяется на нескольких темах, можно более обоснованно говорить о формальном расстройстве мышления (formal thought disorder — нарушении связности или организации мыслей в речи). [1]

Попробуйте изменить условия беседы. Нужен ли переводчик? Услышал ли пациент вопрос? Меняется ли ответ при уменьшении шума или сокращении вопроса? Необычное выражение пациента может иметь знакомый смысл в его семье или профессии. Стоит спросить: «В каком смысле вы употребили это слово?»

Письменное упражнение. Приведите дословно две фразы пациента. Затем своими словами опишите, где утратилась связь между темами. Так следующий врач сможет самостоятельно оценить использованный вами термин.

Несколько причин малоподвижности

Швея Нилуфар стала реже выходить в мастерскую. Сестра говорит, что «интерес угас». Однако Нилуфар уже выбрала ткань для платья дочери. «Когда начинаю шить, радуюсь, но раскрывать ножницы стало трудно». В беседе она рассказала, что руки стали медленнее после последнего изменения лекарств. Этот ответ направляет к наблюдению за движениями и сопоставлению времени приёма препаратов.

При оценке негативных признаков разделяйте эмоциональное выражение и внутреннее переживание. Blunted affect (уплощённый аффект) означает слабую выраженность эмоций на лице, в голосе и жестах. Для avolition (снижения побуждения начинать и продолжать целенаправленную деятельность) изучают желания пациента, возможности и реально совершённые действия. Скудная мимика не раскрывает полностью внутренних чувств человека. [3]

Три вопроса. «Что вы хотели бы снова делать?» «Получаете ли удовольствие, когда начинаете?» «Что помешало в последний раз?» У Нилуфар сохранены желание и удовольствие от процесса. Заключение об «аволиции» без проверки изменений в руках оставило бы без внимания её основную жалобу.

Среди вторичных причин проверяйте также подавленность, страх преследования, лекарственную сонливость, двигательные побочные эффекты и отсутствие возможностей для деятельности. Несколько причин

могут встречаться одновременно. [3]

Анализ внимания и повседневной задачи

Фарход работает на кухне. «Памяти не осталось», — говорит он. Он может наизусть перечислить состав блюда, но когда одновременно поступают два заказа, теряет нить того, какой начал. «Что произошло в последний раз?» — «Посолил суп. Клиент попросил чай. Вернулся и не мог вспомнить, солил ли». Этот пример показывает его затруднение точнее общей записи «плохая память».

Рабочая память (working memory — кратковременное удержание информации и её использование в ходе задачи) и переключение внимания с одной задачи на другую участвуют в этой работе совместно. По одному эпизоду на кухне нельзя определить, какой процесс нарушен преимущественно. Уточняют сон, настроение, сонливость от лекарств и то, отвлекают ли голоса во время работы. [2, 3]

Короткая проба. С Фарходом согласовали способ отмечать заказ на бумаге. Через неделю он на примерах расскажет, в каких ситуациях отметка помогала, а когда переставала работать. Способ облегчить работу можно найти, не дожидаясь диагноза.

Клиническая запись. «В многоэтапных заказах, которые раньше выполнял, повторяет уже сделанный шаг, особенно при прерывании работы. Простой заказ завершает самостоятельно». Такое описание при последующей оценке показывает значимый для пациента результат: справляться со сменой и сохранять работу.

Временная последовательность настроения и психоза

Мадина сказала: «По радио прочитали специальное сообщение для меня». Её сестра вспомнила изменения, предшествовавшие этой убеждённости. Обычно Мадина спала семь часов. Теперь даже после трёх часов сна чувствовала себя бодрой, за одну ночь написала планы трёх мероприятий и потратила больше денег, чем обычно. В беседе говорит быстро, её трудно остановить. О специальном сообщении начала говорить через несколько дней после этих изменений.

В этом случае приподнятое или раздражительное настроение, повышение активности и уменьшение потребности во сне в совокупности дают основание рассматривать маниакальный синдром. Бредовая убеждённость также входит в клиническую оценку. Бывали ли подобные переживания раньше, когда настроение было обычным? Помнят ли близкие начало и завершение предыдущего эпизода? [1]

Запишите беседу по двум временным линиям. На первой укажите, с какого дня изменились сон, энергия и настроение. На второй отметьте, когда появились и сколько сохранялись голоса или особые убеждения. Если точная дата не вспоминается, привяжите её к выходу на работу, поездке или семейному торжеству.

Учебный вопрос. И студент, и Мадина могут говорить «это сообщение обо мне». Какие сведения, кроме содержания сообщения, нужны, чтобы различить их состояния? Ответ: признаки эпизода расстройства настроения, их временное соотношение с психозом и предшествующее течение.

Признак, меняющий приоритетное решение

Баходир, 67 лет. Семья говорит: «Ночью видел детей на стене». Утром он узнал соседа и назвал свой адрес. К полудню посреди вопроса его внимание прервалось, он задремал и ошибся в том, где находится. Днём раньше этого не было. Прежде чем подробно выяснять, какие образы он видел, необходимо оценить острое изменение бодрствования и внимания.

Приоритетна вероятность делирия (delirium — остро возникающее нарушение внимания и осознания, колеблющееся в течение дня). Важно расспросить семью об обычном состоянии пациента и о том, когда он в последний раз был самим собой. Срочно оценивают жизненные показатели, оксигенацию, приём жидкости, изменения лекарств и вероятность острого соматического заболевания. [4]

В главе 11 у Сардора мы другим путём пришли к подобному приоритетному решению. К мутизму, длительному сохранению необычной позы и эхолалии присоединились лихорадка и мышечная ригидность. Было также известно о недавнем повышении дозы лекарства. Вероятность кататонии и тяжёлой лекарственной реакции потребовала быстрой медицинской оценки. [5]

В обоих случаях пациент мог ранее наблюдаться в службе психического здоровья. Тем важнее отдельно отметить сегодняшнее соматическое или неврологическое изменение. Иногда одна фраза, описывающая динамику, влияет на решение больше, чем длинный перечень симптомов.

Переход от синдрома к диагнозу по МКБ

Вернёмся к студенту. Есть голоса и убеждённость в слежке. Они повлияли на учёбу. Обосновывают ли только эти сведения код F20.0? В МКБ-10 для шизофрении проверяют состав симптомов, длительность их сохранения, связь с аффективными эпизодами, соматическими причинами и воздействием веществ. [1]

Общее правило клинического руководства ВОЗ по МКБ-10 следующее. Как минимум один явный симптом из групп (a–d) либо симптомы, относящиеся не менее чем к двум группам (e–h), обычно должны наблюдаться большую часть периода длительностью месяц или более. Если признак из первых групп выражен нечётко, обычно требуется больше подтверждающих признаков. Содержание групп и исключения проверяйте по полной классификации. [1]

Дата начала пропусков занятий у студента может не совпадать с датой появления голосов. Если выявлено употребление каннабиса, выясняют время, длительность употребления и переживания в трезвые периоды. Пока временная связь и другие данные не рассмотрены, этиологический вывод остаётся открытым.

Пример записи. «В настоящее время ведущим является галлюцинаторно-бредовой синдром. Оцениваются риск и повседневное функционирование. Длительность и временная связь с веществами выяснены не полностью. С согласия пациента дополнительный анамнез будет получен от матери». Эта запись показывает и имеющиеся данные, и сведения, необходимые для следующего решения.

Самостоятельное клиническое размышление

Ситуация. На приёме юноша сидит, глядя на мать, мало говорит. Мать побуждает его одеваться. В беседе наедине он сказал: «Если выйду на улицу, тайный голос начинает говорить». Рассказал, что дома играет с младшими братьями в шахматы и радуется выигрышу. Какие признаки вы свяжете в первую очередь? Какой вопрос может изменить ваше решение?

Обсуждение. Избегание выхода из дома может быть связано со страхом голосов. Спросите, кто начинает игру дома, как часто он участвует и с какого времени перестал выходить. Удовольствие от игры не исключает снижения мотивации в других сферах. Содержание голоса, отношение к нему и безопасность помогут определить текущий план.

Составьте в своей записи четыре предложения. В первом приведите фразу пациента, во втором — то, что наблюдали лично. В третьем обоснуйте ведущий синдром. В четвёртом укажите сведения, которые могут изменить вывод, и способ их получения.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания. F20–F39. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] ВОЗ. Шизофрения. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

[3] Galderisi S и соавторы. Рекомендации EPA по оценке негативных симптомов при шизофрении. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.11

[4] NICE. Делирий. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103

[5] Rogers JP и соавторы. Руководство BAP по ведению кататонии. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10101189/

ГЛАВА 13

ПОЗИТИВНЫЕ, НЕГАТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

«Голоса значительно уменьшились, доктор. Теперь можно вернуться на занятия?» Студент из предыдущей главы принёс на приём конспект. Раньше голоса мешали слушать лекцию. Сейчас даже в тихой комнате читает первый абзац три раза. Мать заметила другое изменение: «Если друзья зовут, идёт. Сам же никому не звонит».

Внимание троих направлено на разные вещи. Студент хочет учиться. Мать видит снижение инициативы. Врачу нужно знать, насколько беспокоят голоса. На чей и какой вопрос отвечает общая фраза «состояние улучшилось»?

К позитивным признакам относятся некоторые новые переживания в восприятии или убеждениях. При негативных признаках могут уменьшаться выразительность, речь, интерес или целенаправленная активность. Когнитивная трудность проявляется в удержании внимания, усвоении информации или планировании задачи. У одного человека их выраженность и изменения во времени могут различаться. [1–3]

Случаи составлены для обучения. В конце главы мы составим со студентом план возвращения на занятия. До тех пор оставим открытыми два вопроса: что именно сейчас мешает ему учиться и какое изменение он сможет заметить сам?

Повседневное последствие позитивного симптома

«Голоса ещё есть?» — «Есть». На этот вопрос, заданный с промежутком в месяц, студент оба раза ответил одинаково. В первый раз он испугался голоса и ушёл с середины лекции. Во второй рассказал, что несколько минут слышал шёпот на заднем ряду, а затем смог вернуться к тетради. Клиническое значение двух ответов «есть» различается.

Для оценки слуховой галлюцинации (auditory hallucination — переживания слышания голоса без соответствующего внешнего источника звука) выберите последний эпизод. Что было слышно? Сколько длилось? Насколько убедительным казалось? Как повлияло на страх или действия? Наличие звука, объяснение пациента и последующее действие — три отдельных сведения. [1]

Если студент говорит «все обо мне говорили», спросите о последнем случае. «Два однокурсника смеялись, тогда я подумал, что надо мной. Потом они показали видео в телефоне». Юноша принял новые сведения. А в другой день оставил телефон дома, чтобы люди не подслушивали. Отдельное описание степени убеждённости для каждого события сохраняет это различие.

Если голос приказывал, выясняют содержание приказа, отношение пациента, выполнял ли он его прежде и намерен ли выполнить сейчас. При выявлении непосредственной опасности безопасность и неотложная оценка предшествуют плану учёбы.

Эмоциональное выражение и речь

Дочь пришедшей на приём Дилбар говорит: «Показала нашего малыша. На лице мамы ничего не изменилось». Когда спрашиваем Дилбар об этом дне, она вспоминает синие носочки ребёнка. «Я сама связала.

Увидела, что надели, и внутри стало светло». Когда она говорила, интонация почти не менялась. Оба наблюдения значимы.

Описывая уплощённый аффект (blunted affect — слабое выражение эмоций в лице, голосе и жестах), укажите наблюдаемое изменение. «Рассказывая о рождении внука, мало меняла громкость голоса и выражение лица. Сообщила, что радовалась». Эта запись сохраняет и внутреннее переживание Дилбар. [2]

Алогия (alogia — уменьшение объёма спонтанной речи) может проявляться короткими ответами и снижением самостоятельного развёртывания беседы. На закрытый вопрос «Вы приняли лекарство?» ответ «да» обычен. Предложите свободно рассказать о хорошо знакомом событии. Язык вопроса, затруднения слуха и страх собеседника также могут влиять. [2]

Дилбар подробно рассказала, как вязала носочки. Следовательно, в этой беседе есть данные о снижении эмоциональной выразительности, но слабые основания для вывода об уменьшении речи. Отмечать все негативные признаки на основании одного из них — значит искажать клиническую картину.

Различение желания и инициативы

«Когда друг приходит, часами играю в нарды. После его ухода снова неделю дома». Чтобы понять это переживание, вспомните с пациентом последнюю встречу. Кто предложил игру? Что он чувствовал, думая о выходе из дома? Было ли удовольствие во время игры? Хотел ли потом встретиться снова?

Аволицию (avolition — снижение побуждения начинать и продолжать целенаправленную деятельность) нельзя определить лишь по бездействию. Рассматривают, что пациент обычно делал при наличии условий и возможностей. Для ангедонии (anhedonia — снижения способности испытывать удовольствие или ожидать его в будущем) отдельно спрашивайте об ожидании и чувствах в процессе. Об асоциальности (asociality — снижении внутреннего интереса к близкому общению) судят, выяснив желание строить отношения. [2]

Один пациент хочет увидеть друга, но у него нет денег на проезд. Второй получает удовольствие от встречи, но не может сам начать её организовывать. Третий говорит, что за последние месяцы потребность в общении заметно снизилась. В календаре у всех троих мало встреч. Но в плане одному нужно решить вопрос дороги, второму — назначить согласованное время, третьему — исследовать начало и причины изменения.

В разговоре с семьёй возвращайте оценочное слово вроде «ленивый» к конкретному эпизоду. «Что вы предложили ему в воскресенье и что он ответил?» Этот вопрос показывает, с чего можно начать помощь.

Вторичные негативные признаки

Вернувшись в швейную мастерскую, Нилуфар в первый же день оставила заказ на полпути. «Не хотелось работать?» — «Хотелось. В полдень не могла открыть глаза. А вечером раскроила платье дочери». Время суток, когда ей было трудно, дало основание пересмотреть время приёма лекарства и режим сна.

Другой пациент, Отабек, перестал видеться с друзьями. «Я по ним скучаю. Но буду для них обузой. Это я всё испортил». Беседа поворачивается к выяснению подавленного настроения, чувства вины, безнадёжности и суицидальных мыслей. Третий человек говорит: «Если выйду во двор, за мной следят». У него социальное отстранение может быть связано со страхом преследования. [2]

Различение первичных и вторичных признаков часто требует больше одного приёма. Был ли признак до лекарства? Легче ли работать в день, когда меньше сонливости? Вернулось ли общение после уменьше-

ния голосов? Восстанавливались ли удовольствие и инициатива с одинаковой скоростью после отступления подавленности? [2]

Запись наблюдения. «Вечером Нилуфар сама начала кроить. В полдень сонливость прервала работу. До следующего приёма будет отмечать время сонливости, ночной сон и часы приёма лекарства». Такая запись позволяет проверить первоначальную гипотезу. При решении об изменении лекарства пользу и побочные эффекты оценивают вместе.

На каком этапе возникла когнитивная трудность

Банковский сотрудник Бехзод вернулся на работу. Правильно объясняет правило расчёта. Но если клиент задаёт вопрос посреди работы, теряет строку документа, на которой остановился. В жалобе «плохая память» могут участвовать несколько процессов. Разделим задачу на шаги и найдём место ошибки. [3]

При затруднении устойчивого внимания (sustained attention — удержания внимания на задаче в течение определённого времени) он может терять строку в длинном тексте. Рабочая память (working memory — кратковременное сохранение информации с одновременным её использованием) нужна при сравнении двух величин. Если снижена скорость обработки информации (processing speed), человеку может требоваться больше времени для нахождения правильного ответа. [3]

Бехзоду дают два простых бланка, придуманных для обучения. Первый он заполняет в тихой обстановке. Во втором после перерыва ищет место, где остановился. Затем пробует отмечать строку карандашом. Эта рабочая проба служит выбору повседневной помощи. Стандартизированное нейропсихологическое обследование решает отдельную задачу.

В заключении учитывайте прежний опыт работы, язык обучения, зрение и слух, сон и влияние лечения. Результат одного неудачного дня не даёт оснований судить обо всём профессиональном потенциале пациента. [3]

Понимание намерений собеседника

Шахло вернулась с рабочего обеда расстроенной. «Когда я вошла, коллега закрыл глаза. Не хочет меня видеть». На вопрос «Что именно вы увидели?» ответила: «Он прищурился и взялся за висок». Затем добавила: «Может быть, у него болела голова». Здесь можно отдельно увидеть наблюдение, первую интерпретацию и способность принять альтернативное объяснение.

Социальная когниция (social cognition — процессы понимания чувств, намерений других и сигналов ситуации) участвует в общении. Одно неверное понимание взгляда не доказывает психотического симптома. Предыдущий опыт человека, культура общения и реальные конфликты также влияют на интерпретацию. [3]

Пересмотрите с Шахло ту ситуацию. «Какие ещё сведения там были, чтобы понять состояние коллеги?» — «Он даже не пообедал». «Если хотите, как можно спросить завтра?» — «Можно сказать: “Вы вчера плохо себя чувствовали?”» Упражнение завершается проверяемым вопросом, который выбрала сама пациентка.

Если убеждение становится всё твёрже, распространяется на другие ситуации или определяет защитные действия, фиксируйте его изменения во времени. Безопасность, сила убеждения и причиняемое пациенту страдание направляют следующее решение.

Что нейробиология добавляет к клиническому вопросу

Студент спрашивает: «Почему весь шум вдруг показался связанным со мной?» Одно из исследуемых понятий — aberrant salience (придание обычному событию необычно большого значения). Например, два случайно услышанных в коридоре слова внезапно могут показаться человеку личным сообщением. Эта модель помогает обсуждать переживание пациента. [4]

В групповых исследованиях с визуализацией у участников, живущих с шизофренией, обнаружены средние различия, связанные с синтезом и высвобождением дофамина в стриатуме. Изучаются также глутаматная система и взаимодействие мозговых сетей. На основании таких результатов нельзя связывать трудность внимания Бехзода или конкретную интерпретацию Шахло с одним рецептором. [4]

Врач может объяснить пациенту так: «Звук, которому вы придали большое значение, тогда действительно ощущался очень важным. Вместе будем наблюдать, когда это усиливается, как влияет на вас и какая помощь позволит вернуться на занятия».

Как измерять клинический результат? Наряду с частотой голосов можно отмечать уход с занятий, дневную сонливость и понимание текста. Даже если на фоне антипсихотического лечения голоса уменьшаются, для каждой из остальных трудностей могут понадобиться отдельное объяснение и план помощи. [2–4]

От жалобы к личной цели

Следующий приём со студентом. «Не стану за один день пробовать вернуться на весь курс. Сначала пойду на лекцию по анатомии мозга. Преподаватель заранее даёт план». Его выбор позволяет наблюдать все три сферы в течение недели. Следующие сроки и задачи относятся к этому учебному случаю.

Позитивная сфера. Юноша отмечает, когда голос отвлекал внимание, насколько он при этом тревожился и остался ли на занятии. Если страх усиливается или появляется опасный приказ, обращается к заранее согласованному плану помощи.

Мотивация. Он сам попросит расписание занятий у знакомого. Мать предложила напоминать. Юноша согласился только на одно напоминание накануне. На следующем приёме выяснят, кто начал выполнение задачи и что её облегчило. Получение внешней помощи тоже может быть осознанным выбором пациента на пути возвращения к самостоятельности.

Когнитивная сфера. Перед лекцией запишет три основных вопроса. Затем на каждый составит ответ одним предложением своими словами. Если возникнут затруднения, приведёт пример: отвлекал ли голос, клонило ли в сон или остановился при связывании понятий.

Первый вопрос на следующей встрече: «Какую мысль, объяснённую преподавателем, вы запомнили?» Если пациент с удовольствием приведёт пример, это придаст прежнему общему ответу «чувствую себя хорошо» конкретный смысл с точки зрения учебной цели.

Самостоятельный случай и клиническая запись

Мехринисо, 31 год, библиотекарь. «Читатели рады моему возвращению. Я тоже. Но если кто-то задаёт вопрос, забываю, куда поставить книгу в руках». Мать: «Вечером никуда не выходит». Мехринисо: «На остановке иногда кажется, будто слышу своё имя. Оглядываюсь: вдруг кто-то позвал. Чаще в дни, когда устала». В беседе оживлённо рассказывает об интересующей её книге.

Какой вывод вы можете записать сейчас? Есть трудность возвращения к задаче после прерывания. Причина пребывания дома по вечерам пока неизвестна. Нужно уточнить условия, повторяемость и интерпретацию ощущения, будто слышит своё имя. Пока недостаточно сведений, чтобы уверенно записать слуховую галлюцинацию, аволицию или определённый код МКБ-10. [1–3]

Цель на неделю выбрала пациентка: «Если меня отвлекут при сортировке книг, отмечу, на какой полке остановилась». На следующем приёме наряду с пользой способа обсудят усталость, сон и переживания на остановке. В этой записи связаны наблюдаемая трудность, проверяемая гипотеза и значимый для пациентки результат.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. Классификация психических и поведенческих расстройств по МКБ-10. F20–F29. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] Galderisi S и соавторы. Рекомендации EPA по оценке негативных симптомов при шизофрении. 2021. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.11

[3] Рекомендации EPA по оценке когнитивных нарушений при шизофрении. 2022. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2316

[4] McCutcheon RA, Krystal JH, Howes OD. Дофамин и глутамат при шизофрении. World Psychiatry, 2020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31922684/

ГЛАВА 14

ОТЛИЧИЕ ШИЗОФРЕНИИ ОТ БРЕДОВЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

«Меня проверяют». На приёме эту фразу произнёс бухгалтер. Месяц назад на его работу действительно пришёл аудитор. Теперь каждую машину у своего дома он тоже считает принадлежащей проверяющим. В тот же день другой пациент сказал те же слова. Его объяснение иное: «Я совершил большой грех. Теперь накажут». Три недели он просыпается рано утром и почти перестал есть.

С первым пациентом выясняем, где закончилась проверка и какой смысл он придал машине. Со вторым необходимо также спросить, когда изменились чувство вины, настроение, аппетит и желание жить. В обеих беседах важно, чтобы пациент чувствовал: его слышат. Начало спора словами «это неверно» может закрыть путь к сведениям, которые он ещё не рассказал.

В главе 13 мы оценивали признаки в трёх сферах. Теперь расширим период наблюдения. Начались ли два одновременно видимых сейчас признака в одном эпизоде? Наблюдался ли каждый из них отдельно прежде? Эти вопросы влияют на выбор между F20, F22, F25 и расстройствами настроения в МКБ-10. [1]

Люди и беседы в главе придуманы для обучения. В каждом случае исходим из данных, известных врачу на тот момент.

Что пациент увидел и к какому выводу пришёл

Бухгалтер Ботир точно помнит дату аудита. Видел и удостоверение пришедшего сотрудника. «Откуда вы узнали, что приходили и к вам домой?» — «Белая машина стояла три дня подряд». «Человек в машине говорил с вами?» — «Нет. Когда я выхожу, смотрит в телефон». Здесь аудит — событие, которое можно подтвердить. Намерение человека у дома — интерпретация Ботира.

При оценке бредовой убеждённости (delusion — патологического убеждения, стойко сохраняющегося вопреки противоречащим данным) учитываются слова пациента, культурная среда и вероятность реальной угрозы. Одним вопросом «Вы верите?» трудно определить стойкость. Вопрос «Если член семьи скажет, что машина соседская, как бы вы это проверили?» показывает, сколько места остаётся для альтернативного объяснения. [1]

Ответ Ботира: «Сосед тоже в этом участвует». Он трижды изменил маршрут с работы. Теперь врач знает масштаб влияния. Но для диагноза ещё необходимо выяснить длительность, другие переживания восприятия, форму мышления, настроение и воздействие вещества или лекарства.

Пример клинической записи. «Коллега подтверждает факт аудита. Автомобиль перед домом интерпретирует как признак слежки. Из-за этой убеждённости изменил маршрут. Независимых сведений об автомобиле нет». Такая запись позволяет различать слова пациента и подтверждённое событие.

Что нужно выяснить для F22.0

На следующий приём Ботир принёс календарь за четыре месяца. Признаки сохранялись только вокруг темы преследования, связанной с аудитом. Продолжал составлять отчёты на работе. О голосах, внедрении мыслей извне или управлении его действиями не сообщал. Связность мыслей в беседе сохранена. Психи-

ческое состояние нарушило несколько сфер жизни: стало трудно спокойно спать, выбирать дорогу и доверять соседу.

Для стойкого бредового расстройства (delusional disorder, F22.0) в руководстве ВОЗ по МКБ-10 указана длительность бреда не менее трёх месяцев. Отчётливые постоянные комментирующие голоса или переживания внешнего управления дают основание проверить альтернативный диагноз. Клиническое значение отдельных кратких редких слуховых переживаний зависит от их особенностей и места в общей картине. [1, 2]

Если в беседе выявлен короткий депрессивный период, нужен ещё один вопрос: сохранялся ли бред после восстановления настроения? Ботир рассказал, что неделю был подавлен, думая: «Моё дело передадут в суд». Но убеждение в слежке сохранялось месяцами и до, и после этого. Теперь гипотеза F22.0 сильнее. Сведения о лекарствах, веществах и соматических причинах также должны отражаться в заключении. [1]

Две распространённые ошибки: автоматически ставить F22.0 при любом систематизированном бреде и пропускать психоз у человека, который ходит на работу. Сохранённые профессиональные навыки Ботира — также ресурс, на который можно опереться.

Сведения, усиливающие вероятность F20

Главная жалоба Камола тоже касается преследования. «Люди в автобусе узнают мои мысли». Врач: «Догадываются по вашему лицу или это происходит иначе?» Камол: «Им не обязательно видеть моё лицо. Как только мысль появляется, она распространяется ко всем». Не предлагая механизма, о котором пациент не говорил, врач уточнил, что тот понимает под «распространением».

Распространение мыслей (thought broadcasting — переживание непосредственной открытости личных мыслей другим) относится в МКБ-10 к диагностически значимым признакам. Другие примеры — переживания вкладывания или отнятия мыслей, внешнего воздействия на действия, голоса, комментирующие действия человека или беседующие о нём. Прежде чем превращать обычную фразу «люди меня раскусят» в один из этих терминов, необходимо раскрыть её смысл. [1]

Камол сообщил, что ощущает это большинство дней на протяжении шести недель. Данных о картине тяжёлой депрессии или мании за этот период не выявлено. Если длительность подтвердится, общие критерии и исключения будут проверены, вероятность F20 обоснованна. Затем отдельно оцениваются критерии параноидной формы. [1]

Вопрос, меняющий решение. Ответы на вопросы «Когда вы впервые стали подозревать?» и «Когда впервые почувствовали, что ваши мысли распространяются к другим?» могут различаться. Подсчитывая диагностическую длительность, записываем, дату какого именно признака использовали.

Психотические признаки при тяжёлой депрессии

Саида, 46 лет, работает в школьной столовой. «Я отравила детей. Деньги тоже взыщут с меня». Пищевого отравления в школе не зарегистрировано. Но одно сообщение об этом не уменьшило страдание Саиды. Её рассказ раскрыл другой вопрос: «Можете описать неделю перед появлением этой мысли?»

Месяц назад она начала просыпаться на рассвете раньше обычного. Перестала слушать любимые песни, пропал аппетит. Затем появилась мысль «от меня нет пользы». Твёрдая убеждённость, что отравила детей, присоединилась после этих изменений. Сейчас отказывается даже от воды: «Не буду отнимать у других».

Тяжёлый депрессивный синдром, бред вины и серьёзное снижение функционирования дают основание рассматривать тяжёлый депрессивный эпизод с психотическими симптомами. При первом униполярном эпизоде рассматривают F32.3, при подтверждённых прежних самостоятельных депрессивных эпизодах — F33.3, при выполнении критериев биполярного течения — F31.5. Соответствующее депрессии содержание бреда не различает эти три кода. [1, 3]

Сведение, не позволяющее откладывать текущее решение, — отказ от воды. Срочно оценивают объём выпитой жидкости, соматическое состояние, суицидальные мысли, намерение и доступную помощь. Необходимость восстановить прежние эпизоды не должна задерживать эти меры. [3]

Психоз во время мании и история эпизодов

Сестра Мадины: «Сегодня сестра сказала, что известный телеведущий дал ей задание». Ради новой телепрограммы Мадина звонила знакомым посреди ночи. После трёх часов сна вставала бодрой. За неделю взяла несколько займов. Говорила очень быстро, сердилась, когда её останавливали. Прежде она рассчитывала расходы заранее.

При оценке мании важно отличать снижение потребности во сне от невозможности уснуть. «Вы спали три часа. Как чувствовали себя на следующий день?» — «Не устала, начала ещё два проекта». Настроение, энергия, речь, целенаправленная активность и рискованные решения изменились в один период. Бред о личном задании возник внутри этого эпизода. [1, 4]

Если это первый аффективный эпизод в жизни и критерии мании выполнены, рассматривается мания с психотическими симптомами F30.2. Если до нынешней мании подтверждён другой аффективный эпизод, обосновывающий биполярное течение, может соответствовать F31.2 — биполярное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами. [1]

Сестра сказала: «И раньше была очень активной». Уточните этот факт: когда, сколько дней, чем отличалась от обычного состояния, какие последствия остались? Одновременно оценивают долги, управление транспортом и способность защищать себя. При составлении плана с семьёй по возможности сохраняют участие и согласие Мадины. [4]

Какие признаки должны совпадать во времени для F25

У Даврона уменьшилась потребность во сне, ускорилась речь, резко возросла активность. Он начал тратить деньги на большие проекты. В те же дни сообщил о другом переживании: «Мне в мозг вкладывают готовую фразу, которую я не придумывал». Также описал два голоса, обсуждающие между собой его действия. Содержание голосов и переживание принадлежности мысли проверяют открытыми вопросами.

Для оценки состояния как шизоаффективного расстройства (schizoaffective disorder, F25) по МКБ-10 в одном эпизоде должны сочетаться выраженный аффективный синдром и достаточно определённые признаки, характерные для шизофрении. Наиболее типично их появление одновременно или с промежутком в несколько дней. Сам по себе бред, не соответствующий настроению, недостаточен для F25. Маниакальный, депрессивный и смешанный типы обозначаются соответственно F25.0, F25.1 и F25.2. [1]

Если у Даврона в одном эпизоде с манией подтвердятся отчётливые сведения о вкладывании мыслей и голосах, разговаривающих о нём, F25.0 подлежит серьёзному рассмотрению. У Мадины же идеи величия и «специальное задание» наблюдались во время мании. Общий признак у обоих — мания. Вопрос, раскрывший различие: «В эти дни вы иначе ощущали собственные мысли или действия?»

Присоединение депрессии к годами отчётливо сформированной шизофрении — другая клиническая ситуация. В зависимости от прежних эпизодов и нынешних признаков проверяются также критерии F20.4. [1]

Составление временной линии вместе с пациентом

Слева на листе напишите «обычное состояние». Пусть пациент отметит одним примером, как работал, учился или вёл себя дома. Затем создайте две строки. В первой укажите изменения настроения, энергии и сна, во второй — голоса, бред или переживание внешнего воздействия. Рядом с каждой датой напишите, кто её сообщил. Приблизительную дату отметьте словом «примерно». [1, 4]

Календарь Саиды. Около 3 апреля начались ранние пробуждения и отсутствие аппетита. К 10 апреля перестала ходить на работу, оставила прежние занятия. 24 апреля впервые твёрдо убедилась, что отравила детей. 28 апреля отказалась от жидкости. Первые две даты основаны на воспоминаниях сестры, третья — на словах Саиды, последняя — на наблюдении на приёме.

Если сестра позже скажет «два года назад тоже мало спала», не вносите сразу в календарь «гипомания». В то время она могла ухаживать за младенцем и весь день быть сонной. Либо, напротив, мало спала, чувствовала себя бодрой, стала необычно активной, и близкие это заметили. Рассказ об одном событии от начала до конца прояснит обе интерпретации.

Строка для записи. «Текущий синдром — … . Первый достоверный признак — … . Состояние между эпизодами — … . Сведение, меняющее решение, — … . Способ его получения — …». Если дата неточна, привяжите её к событию, которое можно проверить в следующей беседе.

Какие сведения меняют решение

В сторону F22.0. Бред оставался ведущим не менее трёх месяцев. При проверке других сфер характерных для шизофрении переживаний не выявлено. Получите пример в ответ на вопрос «Это убеждение было и тогда, когда настроение было обычным?» Сами по себе три месяца не заменяют остальных критериев. [1, 2]

В сторону F20. Подтверждаются такие признаки, как вкладывание или распространение мыслей, внешнее управление и характерные голоса. Проверяют состав и длительность, установленные общими критериями МКБ-10, обычно не менее месяца. Если есть и выраженный аффективный синдром, необходимо выяснить, существовали ли отчётливо характерные для шизофрении признаки до него. [1]

В сторону аффективного психоза. Обосновывают начало, развитие самостоятельного маниакального или тяжёлого депрессивного эпизода и связь с психотическими симптомами. Для выбора кода важна история эпизодов за всю жизнь. К F25 направляет отчётливое сочетание специфических признаков обоих типов в одном и том же эпизоде. [1, 3, 4]

Влияние на план лечения. При психотической депрессии обсуждается возможность сочетания антидепрессанта и антипсихотика. При выявленной мании лечение подбирают соответственно маниакальному эпизоду, также пересматривают принимаемый антидепрессант. Во всех случаях план включает риск, соматическое состояние, ответ на прежнее лечение и выбор пациента. Даже при открытом диагнозе записывают практическое решение для текущей потребности. [3, 4]

Самостоятельный случай и обоснованный ответ

Нодира, 34 года. «По телевизору всей махалле сообщили о моём долге». Семья действительно брала деньги в долг. Две недели Нодире трудно вставать утром, она прекратила любимое занятие, говорит: «Без меня дети будут жить лучше». Сообщение по телевизору услышала три дня назад. Муж рассказал, что шесть лет назад Нодиру некоторое время было «не узнать».

Каково ваше первое решение? Прямо спросите о смысле фразы «без меня будут жить лучше». Есть ли сейчас желание умереть, намерение, план или подготовка? Может ли она обеспечивать собственную безопасность? Принимает ли пищу и воду? При непосредственной опасности обеспечиваются неотложная помощь и безопасная среда. [3]

Что изменит код? Полностью проверьте критерии нынешнего тяжёлого депрессивного эпизода и психоза. Для состояния шестилетней давности уточните сон, энергию, активность, импульсивные действия и длительность. Если подтвердится прежняя мания, для сегодняшней тяжёлой психотической депрессии рассматривают F31.5. Если прежде был только самостоятельный депрессивный эпизод — F33.3, если это первый униполярный эпизод — оценивают вероятность F32.3. Сама по себе убеждённость в сообщении через телевизор не обосновывает F25. [1]

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20, F22, F25, F30–F33. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] ВОЗ. Классификация МКБ-10. Стойкие бредовые расстройства. https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F22

[3] NICE NG222. Депрессия у взрослых. Разделы оценки и психотической депрессии. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[4] NICE CG185. Оценка и лечение биполярного расстройства. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185

ГЛАВА 15

НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ ЖАЛОБЫ, ОКР И РИСК ПСИХОЗА

«В голову приходит чуждая мне мысль». Сказав это, Дилноза посмотрела на врача. «Вы тоже не начнёте меня бояться?» Она рассказала, что, заплетая волосы шестилетней дочери, увидела мысленный образ того, как причиняет ей боль. С тех пор поручила сестре готовить дочь к школе. Пока не выяснено, есть ли намерение навредить дочери, как она поняла образ и чего избегает.

На другом приёме Жасур тоже употребил выражение «чужая мысль». Его объяснение иное: «В мозге появляется фраза. Я её не составлял. Кто-то вкладывает её в готовом виде». Две истории объединяет лишь общая особенность: «мысль появилась против моего желания». Продолжение зависит от того, что пациент понимает под словом «чужая».

В МКБ-10 имеются отдельные описания обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР, F42), шизотипического расстройства (F21) и шизофрении (F20). Слово «неврозоподобный» в этой главе обозначает внешнюю форму жалобы. Это не диагноз и не прогноз последующего развития шизофрении. [1]

Случаи в главе составлены для обучения. К завершению встречи читатель должен уметь ответить на три вопроса: что пережил пациент, как отнёсся к переживанию и какое решение сейчас важно для его безопасности и повседневной жизни?

Раскрытие клинического смысла слова «чужая»

Первый вопрос Дилнозе: «Что вы делали в то утро за мгновение до начала этого события?» — «Завязывала дочери ленту. Перед глазами возникло, как я своей рукой причиняю ей боль. Я отдёрнула руку». «Что этот образ значил для вас?» — «Я испугалась: если приходит в голову, значит, внутри у меня есть такое желание?» Затем она объяснила, что образ возник в её собственном воображении и она его не хотела.

Обсессия (obsession — повторяющаяся непроизвольная тревожащая мысль, образ или побуждение) часто имеет содержание, противоречащее ценностям человека. При эго-дистонном (ego-dystonic — чуждом собственным желаниям или ценностям) переживании «это мне чуждо» не означает «кто-то вложил это мне в мозг». [1, 4]

Жасуру тоже задали открытый вопрос: «Как это происходит для вас?» Он ответил: «Это отличается от фразы, которую я сам подумал и которая мне не понравилась. Прежде чем успею подумать, чужая фраза становится моей мыслью». Такое описание даёт основание проверить вероятность вкладывания мыслей (thought insertion — переживания, будто мысль внесена в сознание внешним источником). Был ли слышен голос, есть ли другие характерные переживания, как давно и при каких условиях наблюдаются — следующие вопросы. [1]

В беседе не предлагайте пациенту готовый механизм. Прежде чем спрашивать «Это делает аппарат?», дайте ему объяснить своими словами.

Невидимые принудительные действия

«Я ничего не мою и дверь закрываю только раз», — сказала Дилноза. Врач спросил о пяти минутах после появления образа. «С начала вспоминаю вчерашние дела. Ищу, не сказала ли дочери чего-то резкого. По-

том пишу сестре: “Я ведь не плохая мать?” Когда она отвечает, немного легче». К вечеру сомнение вернулось.

Компульсия (compulsion — повторяющееся действие для уменьшения тревоги или предотвращения пугающего последствия) может быть незаметной окружающим. Намеренная многократная проверка воспоминаний, мысленный счёт до определённого числа или повторение фразы про себя могут выполнять такую функцию. У повторных просьб о подтверждении также выясняют функцию. Нельзя, один раз увидев обычную просьбу о совете, оценить её как «компульсию». [2, 4]

Запишите последний эпизод одной строкой: заплетала волосы дочери → появился неприятный образ → возникло сомнение «опасный ли я человек?» → проверила воспоминания и попросила подтверждения у сестры → краткое облегчение → сомнение вернулось. В этой последовательности функция действия даёт больше информации, чем его содержание.

В клиническом описании МКБ-10 для F42 учитывается, что обсессивные симптомы, компульсивные действия или оба проявления наблюдаются большинство дней не менее двух недель подряд и вызывают страдание или ограничение деятельности. Проверяются также требования, чтобы человек переживал признак как собственную мысль или побуждение и безуспешно сопротивлялся хотя бы одному из них. [1]

Критическое отношение и степень убеждённости

«Умом понимаю. Но ночью становится как правда». Медсестра Гульчехра перед уходом с работы запирает шкаф с лекарствами. Хотя помнит, что проверила замок перед уходом, дома усиливается сомнение: «А вдруг оставила открытым?» Позвонив в отделение, испытывает облегчение. Днём оценивает это как избыточное, а ночью почти уверена, что допустила ошибку.

Инсайт (insight — степень понимания человеком своего переживания и его возможной причины) шире ответа «есть» или «нет» в один момент беседы. Гульчехра описала убеждённость в двух ситуациях. Записываем, когда появляется сомнение, какие противоречащие ему данные она принимает и насколько меняется убеждённость после звонка. [4]

Важны и правила безопасности работы. Ответственный сотрудник отделения запирает шкаф и один раз подписывает журнал. Выполнив этот порядок, Гульчехра проверяет ещё десять раз. Понимание, где заканчивается служебная обязанность и начинается избыточная проверка, помогает правильно выбрать цель лечения.

Другой пациент тоже может проверять замок: «Потому что сосед каждую ночь меняет мой ключ». В этом описании действие, возможно, основано на твёрдом убеждении. Вопросы: «Как вы впервые об этом узнали?», «Рассматривали ли другое объяснение?», «Насколько уменьшается сомнение после проверки?» Одно и то же действие может выполнять разные клинические функции.

Пугающая мысль и реальный риск

Дилноза: «Я думала, если расскажу, у меня заберут дочь». В этот момент беседы важны интонация и точность вопроса. «Вы сказали, что испугались образа. Хотели ли вы тогда или сейчас причинить дочери вред? Были ли решение, план или подготовка?» Затем выслушайте ответ, не перебивая.

Дилноза отрицает намерение и подготовку, говорит, что раньше так не поступала. При появлении образа остановилась и попросила помощи. Но сказала: «Заслуживает ли жизни мать, которой приходят такие мысли?» Теперь в беседе есть второй самостоятельный вопрос: напрямую оцениваются суицидальные мысли, намерение, план, текущая безопасность и признаки депрессии. [2]

Автоматическое приравнивание насильственного содержания неприятной мысли к намерению действовать затрудняет обращение пациента за помощью. Вместе с тем оценка «это только ОКР» не закрывает вопросы о реальном намерении, прежних действиях, психотическом приказе или текущей безопасности ребёнка. При выявлении близкой опасности обеспечивают безопасность человека под угрозой и организуют неотложную помощь. [2, 3]

В клинической записи отдельно изложите слова пациента о неприятном образе, ответы о намерении и подготовке, фактический уход за ребёнком и решение по суицидальному риску. Два слова «риска нет» не заменяют эту работу.

Пациент с тревогой или отчуждением

Азиза так вспомнила момент в автобусе, когда сердце быстро билось и не хватало воздуха: «Смотрю в окно, улица словно в кино. Рука будто не моя». «Вы тогда думали, что улица действительно изменилась?» — «Нет. Следующая остановка была той же. Мне казалось, всё отдалилось. Я испугалась этого чувства».

Речь может идти о дереализации (derealization — ощущении, будто окружающее чуждо или нереально) и деперсонализации (depersonalization — отчуждении от собственного тела или психических переживаний). В описании МКБ-10 важно, чтобы человек осознавал изменение как субъективное переживание. Один эпизод не даёт оснований для кода F48.1. Изучают временную связь с паникой, бессонницей, веществами, соматическими или неврологическими состояниями. [1]

Раскройте смысл и в жалобе «люди смотрели на меня». «Мне было стыдно, вдруг заметили, что я покраснел» и «они послали заранее согласованный знак» описывают разные переживания. При втором ответе углубите выяснение степени убеждённости, оснований, повторяемости и влияния на повседневные действия. При первом спросите о социальной тревоге, избегании и том, что помогает оставаться среди людей.

Пример записи: «Около пяти минут улица казалась отдалённой. Место узнавала правильно. Когда телесные ощущения успокоились, окружающее снова воспринималось обычно». Так образное слово пациентки «словно в кино» сохраняет свой клинический смысл.

Когда углублённо оцениваем риск психоза

Умид, 20 лет. Время от времени ему кажется, что в коридоре слышит своё имя. «Может, дверь скрипнула», — говорит он. Самого по себе этого мало для диагноза. Однако в последний месяц его стало тревожить ощущение, будто жесты одногруппников направлены на него. Стал чаще пропускать занятия. Перестал ходить и на прежние регулярные занятия. Пришёл сам со словами: «Хочу понять, что происходит».

При предположении ослабленных психотических симптомов (attenuated psychotic symptoms — психозоподобных переживаний, не достигших порога явного психоза) совместно оценивают частоту, длительность, убеждённость, страдание и изменения деятельности. NICE рекомендует без промедления проводить специализированную оценку у взрослых, если к страданию и снижению социального функционирования присоединяются краткие или ослабленные психотические симптомы, другие переживания, способные указывать на психоз, либо психоз в анамнезе родственника первой степени. [3]

В календарь Умида внесите также ночную работу, часы сна, употребление веществ, изменения настроения и дни голосоподобных переживаний. Если в полном бодрствовании голоса становятся отчётливыми, появляется твёрдая убеждённость в слежке или он начинает принимать опасные защитные меры, повторную оценку нельзя откладывать до плановой даты. [3]

Термин «продром» (prodrome — период перед впоследствии развившимся заболеванием) неуместно использовать как определённый прогноз для нынешнего сомнительного признака. Умиду нужны помощь с сегодняшней трудностью и план наблюдения. Его будущий диагноз пока открыт.

Клиническое решение между F42, F21 и F20

При F42.0 преобладают навязчивые мысли или умственная жвачка, при F42.1 — компульсивные действия. При F42.2 мысли и действия отчётливо представлены вместе. У Дилнозы взаимосвязаны образ, сомнение в его значении, мысленная проверка и повторные просьбы о подтверждении. Если подтверждены клиническая значимость обоих компонентов и общие критерии, рассматривается F42.2. [1]

F21 — шизотипическое расстройство (schizotypal disorder). В МКБ-10 оно описывается совокупностью длительных особенностей мышления, восприятия, эмоционального выражения и отношений. Переносить выражения старой литературы «неврозоподобная» или «вялотекущая шизофрения» на нынешнего пациента как готовый диагноз F20 ошибочно. При месячном изменении у Умида необходимая для F21 длительная клиническая картина не документирована. [1]

Для F20 проверяют состав характерных психотических признаков, достаточную длительность и исключения. Рассказ Жасура о вкладывании мыслей важен. Однако при совместном восстановлении времени может оказаться, что это происходит два дня. Вероятность первого острого психоза оценивается уже сейчас. Проверка длительности для F20 не является основанием откладывать помощь. [1, 3]

Человек с ранее существовавшим ОКР может пережить и новое психотическое явление. И наоборот, у человека с шизофренией могут появиться обсессивные признаки, требующие отдельного внимания. Отдельно записывайте начало каждого признака, связь с лекарствами и влияние на задачу. При кодировании проверяйте правила приоритета классификации. [1, 4]

Как диагностическое различие меняет план лечения

Цель с Дилнозой — вновь участвовать в утренних сборах дочери в школу. После подтверждения ОКР и оценки риска объясняют экспозицию с предотвращением ответной реакции (exposure and response prevention, ERP) в когнитивно-поведенческой терапии. Выполняется согласованная с пациенткой обычная безопасная задача. При этом постепенно сокращается добавленный для подавления тревоги ритуал. Семью тоже обучают отвечать на повторные просьбы о подтверждении. [2]

Например, выбрав одежду дочери, Дилноза каждый раз писала: «Я хорошая мать?» Она сама выбрала сначала работать над этим одним ритуалом. Сестра отвечает: «Вижу, что тебе тревожно. Помнишь согласованное упражнение?» В зависимости от тяжести трудностей и выбора пациентки рассматривают терапию, включающую ERP, селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI) или их сочетание. [2]

Для Умида план иной. Если риск психоза оценивается как повышенный, предлагают индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию, при необходимости семейную помощь и помощь с сопутствующими тревогой, депрессией или употреблением веществ. Антипсихотик не назначают исключительно для предотвращения будущего психоза. Если симптомы или ограничения деятельности сохраняются, а диагноз остаётся неясным, частоту наблюдения выбирают по потребности; структурированное наблюдение может длиться до трёх лет. [3]

Если у Жасура выявлен явный первый психотический эпизод, он переходит к помощи, соответствующей первому эпизоду. Во всех трёх планах изменения на следующей встрече можно проверить через выбран-

ную пациентом повседневную задачу.

Самостоятельный клинический случай

«А вдруг я пожелала зла коллеге?» Мафтуна, 29 лет, работает в аптеке. Последние шесть недель каждый день после работы вспоминает всё сказанное за день. Если находит фразу, прозвучавшую грубо, отправляет коллеге извинение. Иногда коллега удивляется: «За что вы извиняетесь?» Мафтуна: «Всё проверяю мысленно. Когда приходит ответ, на час успокаиваюсь». На этой неделе однажды при засыпании показалось, что назвали её имя.

Запишите своё решение. Какое переживание сейчас отнимает больше всего времени? Какую функцию выполняет извинение? Что спросите, чтобы отдельно оценить ощущение услышанного имени? Какие новые сведения изменят выбранное направление?

Обсуждение. Повторяющееся сомнение, мысленная проверка и краткое облегчение после подтверждения усиливают вероятность ОКР. Выясняют, был ли реальный конфликт, сколько времени тратит Мафтуна, может ли сопротивляться действию, как оно влияет на работу и сон. Одно переживание на границе сна не позволяет сделать вывод F20. Если выявятся регулярные комментирующие голоса в полном бодрствовании, переживание внешнего управления или резкое снижение повседневного функционирования, потребуется дополнительная оценка. [1, 3]

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20, F21, F42, F48.1. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG31. Обсессивно-компульсивное и дисморфофобическое расстройства: лечение. https://www.nice.org.uk/guidance/cg31

[3] NICE CG178. Психоз и шизофрения у взрослых. Разделы 1.2–1.3. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[4] Oulis P и соавторы. Дифференциальная диагностика обсессивно-компульсивных симптомов и бреда при шизофрении. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24255875/

ГЛАВА 16

ПСИХОЗЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЕЩЕСТВАМИ И СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

«Пожалуйста, закройте окно. Те, что внизу, слышат наш разговор». Акмал пришёл на приём с братом. Он знает, с кем разговаривает, выслушивает вопрос до конца. Брат у двери тихо говорит: «С друзьями что-то курил. Наверное, в этом причина». В этот момент приёма кажется, что причина найдена. Но ещё не уточнена ни одна дата: когда Акмал впервые заподозрил и когда принял вещество?

В тот же вечер другой пациент тоже попросил закрыть окно. Сказал, что видел насекомое на шторе. Через пять минут ошибся в том, где находится. Руки дрожали, рубашка промокла от пота. У обоих изменились восприятие или толкование реальности. У второго изменение бодрствования и внимания определяет, что делать в первую очередь. [1, 3, 4]

Употребление вещества, его резкое сокращение, изменение рецептурного лекарства и соматическое заболевание могут быть связаны с психотическими признаками. У одного человека с ними может сочетаться и ранее существовавшее психическое расстройство. Мы не ограничиваемся вопросом «какое вещество?»: восстанавливаем изменения до употребления, во время воздействия и после него. [1, 2]

Случаи этой главы составлены для обучения. В конце вы самостоятельно оцените, как новые сведения о пациенте меняют первоначальную гипотезу.

Внимание и бодрствование в первые минуты

Лола, 72 года, узнаёт внука. Правильно отвечает: «Я в больнице». Однако посреди беседы засыпает, теряет вопрос, через две минуты вновь становится бодрее. Дочь сказала, что вчера мать сама ходила на рынок, а сегодня запуталась, как заварить чай. Один момент правильного определения места не отменяет вероятность делирия. [3]

Делирий (delirium — возникающее в течение часов или дней нарушение внимания и осознания, степень которого может колебаться) иногда проявляется беспокойством, иногда малоподвижностью и замедленными ответами. При повторении вопроса различайте: пациент не слышит, не понимает язык или не удерживает внимание на речи? На вопрос семье «Каким он был обычно?» получите один конкретный пример из вчерашнего дня. [3]

У Лолы приоритетны быстрая оценка дыхания, оксигенации, пульса, артериального давления, температуры и глюкозы крови, поиск инфекции, обезвоживания, лекарственного воздействия и других острых причин. В соответствующих условиях краткий инструмент, например 4AT, помогает выявить делирий. Запишите показатели и сравните с последующими наблюдениями, учитывая время. [3]

Пример клинической передачи. «Состояние изменилось с утра. В 16:10 правильно назвала место, но неоднократно засыпала посреди вопроса. Дочь подтвердила, что вчера была самостоятельной. Проверяется острая соматическая причина». Эти четыре предложения показывают следующему сотруднику, за каким изменением следить.

Как составляем временную линию

Один вопрос Акмалу «Вы употребляете наркотики?» даёт мало сведений. На вопросы «Что в тот вечер вы сначала выпили или приняли? Каким способом? Было ли потом что-то ещё?» он может рассказать то, что знает. Если состав продукта неизвестен, так и записывают: «состав неизвестен». Приблизительно названное количество не превращаем в точную дозу. [2]

Первый признак. Акмал говорит, что в субботу в автобусе ему казалось, будто двое пассажиров обсуждают его. Первое употребление. Друг дал продукт в пятницу вечером. Последний обычный день. Брат вспоминает, что уже в среду Акмал ушёл с занятия. Почему ушёл, не знает. Значит, изменение в среду было, но его психотическая природа пока не подтверждена.

Вопросы для следующей беседы: бывали ли подобные переживания раньше? Что наблюдалось без веществ? Сколько часов спал в последние дни? Начинал, увеличивал или отменял лекарство? С согласия пациента сопоставляются свидетельства близкого, рецепты и прежние записи. [2]

Токсикологический тест может ответить на определённый вопрос. Положительный результат может поддерживать факт воздействия, но сам по себе не устанавливает причину текущего психоза. При толковании отрицательного результата важны перечень проверенных веществ и время взятия образца. Заранее определите, как результат изменит текущее лечение или наблюдение. [2]

Психоз после воздействия вещества

Фаррух, 26 лет. Несколько ночей мало спал, после приёма стимулятора закрыл окна: «За квартирой следят». На приёме правильно понимает место и ситуацию. Его бодрость не противоречит вероятности психоза, связанного с веществом. Напротив, при присоединении тяжёлой спутанности или колебаний бодрствования необходимо повторно оценить делирий и другие медицинские причины. [1]

Интоксикация (intoxication — состояние острого воздействия вещества) и психотическое расстройство, связанное с веществом, кодируются по-разному. Краткое изменение восприятия может укладываться в обычное острое действие данного вещества. Вероятность F1x.5 оценивается по характеру психотического синдрома, временной связи с воздействием и альтернативным причинам. Здесь вместо x ставят цифру соответствующей группы веществ. [1]

У Фарруха голоса сохранялись и на следующий день. Из этого не следует «значит, точно шизофрения». Психоз, связанный с некоторыми стимуляторами, может сохраняться неделями после прекращения действия вещества. Вместе с тем сведения об эпизодах до употребления или повторном начале в трезвый период дают основание проверить самостоятельное психотическое расстройство. [2, 7]

Фраза для семьи. «Сейчас ему кажется, что за ним следят, и он боится. Сегодня оценим безопасность, сон и соматическое состояние. Вывод о причине проверим по прежним событиям и дальнейшему наблюдению». Этот план не требует от пациента опровергать заранее навешенный ярлык.

Две картины после прекращения алкоголя

Собира госпитализировали для операции. При поступлении он постеснялся сказать о регулярном употреблении алкоголя. Через два дня ночью увидел мелких животных вокруг кровати, потерял ориентировку в месте, начали дрожать руки и появился пот. Жена сказала, что прежде после прекращения питья у него уже были судороги. Нынешняя картина требует рассмотрения алкогольного абстинентного делирия и

немедленного стационарного лечения. Другие послеоперационные причины проверяют одновременно. [3, 4]

При абстиненции (withdrawal — синдроме после сокращения или прекращения регулярного употребления) запишите время последнего приёма алкоголя, прежние судороги и делирий, текущие лекарства и жизненные показатели. При тяжёлой абстиненции по клиническому протоколу оценивают необходимость контролируемого лечения на основе бензодиазепинов и тиамина. При алкогольном делирии одно подавление галлюцинаций не заменяет лечения самой абстиненции. [4]

Второй случай. Равшан говорит, что голоса осуждают его, последовательно ведёт беседу, внимание и бодрствование стабильны. Если временная связь с алкоголем обоснована, возможно психотическое расстройство, связанное с алкоголем (F10.5). У Собира при обосновании сочетания абстиненции и делирия рассматривается F10.4. Одно содержание голоса или видение животных не различает эти два кода. [1]

Помимо «сколько пьёт?», спросите семью: «Когда в последний раз выпил обычное количество?» Даже если пациент не прекратил полностью, резкое уменьшение привычного количества — важное сведение. [4]

Когда рецептурное лекарство теряется в анамнезе

Зухра, 43 года. После обострения астмы ей назначили системный кортикостероид. За несколько дней сон сократился, речь ускорилась, затем стала верить, что медсестра хочет тайно навредить ей. На вопрос «Какие у вас постоянные лекарства?» назвала только ингалятор: новую таблетку считала «временной, на пять дней».

При восстановлении рецептурных лекарств помогает вопрос: «Что добавилось за последний месяц, какая доза изменилась, какое лекарство закончилось?» С согласия Зухры посмотрели упаковку и дату рецепта. Семья отдельно отметила первую бессонную ночь и появление подозрительности. Между началом лекарства и первым психотическим признаком сначала изменились настроение и активность. [5]

Системные кортикостероиды могут вызывать изменения сна, настроения, поведения и восприятия, включая психотические реакции. Одновременно рассматривают саму астму, нехватку кислорода, инфекцию, другие лекарства и самостоятельный аффективный эпизод. Временная близость усиливает клиническую гипотезу. Для доказательства причинной связи необязательно намеренно повторно давать препарат. [5]

Лечебное решение. Оценивают дыхание и жизненные показатели. Пользу стероида, длительность и безопасное изменение дозы согласуют с назначившей командой. Избегают самовольной резкой отмены. В записи отдельно отслеживают дыхательное состояние, сон и психотические признаки. [5]

Если к первому психозу присоединяется новый неврологический признак

Мадина, 23 года. Три недели назад посещала занятия. Сначала нарушился сон, затем стала останавливаться посреди речи и повторно задавать тот же вопрос. Семья объясняла это сильным волнением. На приёме впервые наблюдался судорожный приступ. Семейный анамнез психоза сейчас не меняет приоритетного решения: новый приступ и быстро меняющееся психическое состояние требуют неотложной неврологической и соматической оценки. [6]

Энцефалит (encephalitis — воспаление ткани мозга) может иметь инфекционную или аутоиммунную причину. Если к нарастающим за недели изменениям памяти, поведения или психического состояния присоединяются новые приступы, очаговый неврологический признак, воспаление в спинномозговой жидкости

или соответствующий результат МРТ, проверяют и вероятность аутоиммунного энцефалита. Обязательна оценка альтернативных причин. Сам по себе психоз не означает аутоиммунный диагноз. [6]

У Мадины оценивают глюкозу крови и острые метаболические причины, инфекцию, лекарственный анамнез и вещества. По клиническим показаниям планируют ЭЭГ, МРТ и исследование спинномозговой жидкости. Каждое отвечает на свой вопрос. Например, если после прекращения внешних судорог пациент продолжает не отвечать, ЭЭГ может помочь выявить сохраняющуюся судорожную активность. [6]

Сообщение дежурной команде. «За последние три недели появились новые психические изменения и нарушения памяти, сегодня первый приступ. Семья описала вчерашнюю деятельность. Прежде чем объяснять признаки анамнезом психического заболевания, оцениваем острые медицинские причины». Такое сообщение поясняет срочность обследования.

Связь кода МКБ-10 с клинической записью

F1x.0 — острая интоксикация. F1x.3 — абстинентное состояние. F1x.4 — абстиненция с делирием. F1x.5 — психотическое расстройство, связанное с веществом. Например, при психотическом расстройстве, связанном с каннабиноидами, рассматривают F12.5, с другими стимуляторами — F15.5. Кокаин входит в отдельную группу F14. Нельзя добавлять .5 лишь на основании факта употребления вещества. [1]

F05 — делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами. Например, это направление проверяют при начавшемся вчера на фоне пневмонии состоянии с колебаниями внимания и бодрствования. F06.0 — органический галлюциноз, F06.2 — органическое бредовое, шизофреноподобное расстройство. Для них нужна обоснованная связь клинического синдрома с заболеванием мозга или другим соматическим заболеванием. Когда преобладает делирий, галлюцинацию не выделяют для автоматического присвоения F06.0. [1]

Клинический пример. У пациента сахарный диабет. Появились новые голоса. Для вывода «есть диабет, значит, F06.0» данных недостаточно. Изменилась ли глюкоза, стабильны ли внимание и бодрствование, были ли голоса до метаболических изменений, есть ли другие возможные причины? Врач указывает, какие именно данные поддерживают причинную связь.

Если причина пока открыта, запись может начинаться так: «Впервые выявленный психотический синдром. Есть сведения об употреблении каннабиноидов. Проверяется, существовали ли признаки и до употребления». Безопасность пациента и план лечения записываются в тот же день.

Решение после облегчения острого состояния

На вторую встречу Акмал пришёл сам. «Теперь не смотрю на окно, но всё ещё боюсь один садиться в автобус». Сон восстановился. Брат с его согласия показал прежние сообщения. Уже за три недели до употребления Акмал писал: «По радио говорят обо мне». Наличие сообщения подтверждено. Насколько он тогда верил и употреблял ли другое вещество, пока не выяснено.

Как обновим прежнюю гипотезу? Продукт, принятый в пятницу, не может объяснить начало этого сообщения. Но мог ухудшить состояние в тот вечер. Теперь две задачи: полностью восстановить прежние переживания и помочь с текущими потребностями, связанными с употреблением. Для получения помощи по одному направлению пациент не обязан ждать завершения другого. [2]

В план наблюдения пациент включает важный для себя результат: «В пятницу попробую с младшим братом доехать на автобусе до университета». На следующем приёме проверяют, поехал ли, какой была тре-

вога, вернулись ли голоса или убеждённость в слежке, что изменилось в сне и употреблении. Помощь с возвращением на занятия и сокращением употребления веществ может входить в единый план. [2]

При передаче укажите, кто свяжется повторно. При резком изменении бодрствования, новом приступе, намерении выполнить опасный приказ или неспособности ухаживать за собой плановой встречи не ждут. Для распознавания изменения особенно полезно, если семья может описать, как пациент обычно разговаривает и что делает самостоятельно.

Самостоятельный случай и проверка решения

Ильхом, 38 лет. «Рядом никого нет, но двое меня зовут». Правильно назвал место. Жена сказала: «Ночью был словно совсем другой человек». На приём привели как с «первым психозом». Вам дают три дополнительных сведения: регулярно пил алкоголь, из-за боли в животе резко сократил его два дня назад, ночью принял медсестру за сестру. Каково первое решение?

Ответ. Не исключайте делирий на основании минутной ориентировки. Проверьте динамику внимания и бодрствования, тремор, потливость, жизненные показатели, прежнюю абстиненцию и приступы. Вероятность алкогольного абстинентного делирия и самостоятельная причина боли в животе требуют неотложной стационарной оценки. Заболевание, вызвавшее боль, тоже может вносить вклад в делирий. [3, 4]

Теперь измените условие. Если на протяжении наблюдения внимание стабильно, бодрствование не колебалось, а голоса начались неделю назад, сокращение алкоголя лишь два дня назад не объясняет их начало. Расширяется анамнез по алкогольному психозу и самостоятельному психотическому расстройству. Риск абстиненции всё равно оценивается. Хорошая клиническая запись сохраняет оба решения.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания. F05, F06 и F10–F19. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG120. Психоз и употребление веществ. https://www.nice.org.uk/guidance/cg120

[3] NICE CG103. Делирий. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103

[4] NICE CG100. Соматические осложнения, связанные с алкоголем. https://www.nice.org.uk/guidance/cg100

[5] MHRA. Психические побочные эффекты кортикостероидов. https://www.gov.uk/drug-safety-update/corticosteroids-early-psychiatric-side-effects

[6] Graus F и соавторы. Клинический подход к диагностике аутоиммунного энцефалита. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26906964/

[7] Merck Manual. Психотическое расстройство, вызванное веществом или лекарством. https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/substance-or-medication-induced-psychotic-disorder

ГЛАВА 17

ТЕЧЕНИЕ, ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

«Сегодня сама приехала на автобусе. Значит, выздоровела?» Мать Севары задала этот вопрос на третьем приёме. На первой встрече дочь не могла одна войти в дверь. Теперь сама оплатила проезд, вышла на нужной остановке и запомнила время приёма. Каждое из этих умений вернулось в её жизнь. Но сама Севара сказала другое: «В дороге опять показалось, что двое говорят обо мне. В этот раз я не вышла».

Как врач это запишет? Одно слово «хорошо» скрывает изменение в автобусе. А одна фраза «голоса сохраняются» теряет вновь обретённую самостоятельность Севары. В записи должны найти место три вещи: сегодняшние признаки, их течение во времени и повседневные дела, которые пациентка может выполнять. [1, 2]

В этой главе мы увидим Севару трижды. На первом приёме распознаем синдром и начнём помощь. На втором проверим достаточность данных о времени и исключениях. На третьем измерим улучшение собственной целью пациентки. Случаи составлены для обучения.

Читая, держите в уме один вопрос: если другой врач увидит только вашу запись, сможет ли понять, на чём основан диагноз, каков текущий риск и что делать дальше?

Синдром и рабочее заключение на первом приёме

5 марта. Севара, 22 года, учится в швейном колледже. «Два голоса рассказывают друг другу, что я делаю. Если я останавливаюсь, они говорят и об этом». С какого времени? «Когда началась подготовка к весеннему празднику». Но мастерская работала перед праздником три недели. Ответ пока не позволяет установить дату начала с точностью до дня.

По словам Севары, последние десять дней голоса слышны ежедневно. Два дня не садится в автобус. «Когда люди смотрят на меня, кажется, что они тоже слышат». Беседа последовательна. Она объяснила, что испугалась голосов. Приказывающее содержание, намерение самоубийства или причинения вреда другому не выявлены. Приём пищи и воды сохранён. Одну ночь почти не спала. Текущая оценка риска пересматривается по мере обновления сведений. [2]

Первая запись. «Психотический эпизод, впервые приведший к обращению за медицинской помощью. Ведущая картина — комментирующие голоса и связанная с ними подозрительность. Достоверно установлен период как минимум десять дней. Оцениваются предшествующие признаки, аффективные эпизоды, лекарственный анамнез и вещества, соматические причины». Дата первого обращения необязательно является первым днём болезни.

С согласия Севары к беседе присоединилась мать. Оценка раннего психоза и план лечения начаты на этом приёме. Недостающая для уточнения кода информация не должна отодвигать помощь. [2]

Какую дату считаем началом болезни

Мать Севары сказала: «С января она не такая, как раньше». Что изменилось? «Перейдя в новую группу, стала реже ходить на обед». Севара вспоминала иначе: «Ездила с пересадкой на двух автобусах, на столо-

вую денег не хватало». Замеченное матерью изменение реально. Но отказ от обеда нельзя считать доказательством начала психоза уже в январе.

На одном листе отметьте четыре даты: когда в последний раз сохранялась обычная деятельность, когда заметили первое неопределённое изменение, когда установили первый характерный психотический признак и когда началась помощь. И слова пациента, и наблюдения близкого запишите в соответствующей строке. Формулировки «по воспоминаниям» и «в этот день записано в дневнике» обозначают источник данных.

Севара принесла домашнюю швейную тетрадь. 12 февраля она записала: «Вслух говорили, как я вырезаю воротник, в комнате я была одна». Это свидетельство одного эпизода в тот день. Одна запись не доказывает, что с 13 февраля до конца марта признаки были каждый день. На следующей беседе восстановим промежуточные дни с самой пациенткой неделя за неделей.

Практический вопрос. «Помните самый длинный промежуток в этом месяце, когда голосов совсем не было?» Под словом «всегда» один пациент понимает пять минут каждый вечер, другой — большую часть дня. Когда повторяемость, длительность и влияние на деятельность записаны отдельно, общий критерий проверить легче. [1]

Применение критериев МКБ-10 на втором приёме

26 марта. Севара рассказала, что с 12 февраля в большинство дней каждой недели при полном бодрствовании слышала два голоса, обсуждавших её действия. Сначала голоса длились дольше, после начала помощи сократились. Повторялись и на последней неделе. Характер переживания и промежуток более месяца теперь документированы лучше, чем на первом приёме.

В клиническом руководстве ВОЗ по МКБ-10 для общего критерия F20 обычно требуется отчётливое наличие хотя бы одного очень ясного симптома из групп (a–d) либо симптомов не менее двух групп (e–h) большую часть периода длительностью не менее месяца. Если признак из первых четырёх групп выражен нечётко, обычно нужны дополнительные подтверждающие признаки. Не любое слышание голоса само по себе выполняет первое условие. [1]

У Севары обсуждающие её голоса описаны как характерный признак. Преобладают голоса и убеждения преследования. Выраженная кататония или разрозненность речи не были ведущими. Сон нарушен из-за страха. Мании или тяжёлого депрессивного эпизода не выявлено. При клиническом осмотре, сборе анамнеза и обследованиях по показаниям не найдено данных в пользу вещества или соматической причины. В этом учебном случае обосновывается заключение F20.0 — параноидная шизофрения по МКБ-10. [1]

Не записывайте «норма» для части обследования, которая не выполнена. Если позднее выявится ранее неизвестная мания, употребление вещества или неврологическое событие, пересматривается и обоснованный диагноз.

Описание течения по нескольким встречам

Выражение «первый эпизод» показывает число эпизодов, достоверно установленных к настоящему времени. «Непрерывное течение» — вывод о том, как признаки сохранялись за значительно более длительный период. Шесть недель голосов у Севары не определяют течение на последующие годы. Не спешите называть «хроническими» все дни после первого приёма.

В клиническом руководстве МКБ-10 течение можно обозначить, добавив к типу F20 необязательный пятый знак. Ниже вместо x стоит цифра клинического типа. Используя классификационный термин «дефицит», также напишите простым клиническим языком, какие признаки и функции изменились. [1]

F20.x0 — непрерывное течение. F20.x1 — эпизодическое течение с нарастающими остаточными нарушениями между эпизодами. F20.x2 — эпизодическое течение с относительно стабильными остаточными нарушениями между эпизодами. F20.x3 — эпизодическое течение с ремиссиями.

F20.x4 — неполная ремиссия. F20.x5 — полная ремиссия. F20.x8 — другое течение. F20.x9 — течение не определено из-за краткости наблюдения. Четырёхзначный F20.9 означает неуточнённую форму. Девятка на пятом месте означает, что наблюдение слишком коротко для оценки течения. [1]

У Севары есть данные для обоснования формы, но наблюдение ещё коротко для оценки длительного течения. Поэтому в основной записи указано: «Первый документированный эпизод, долгосрочное течение пока неясно». Проверка наличия прежних эпизодов продолжается и на следующих приёмах.

Сегодняшняя тяжесть и неотложность

«Вчера дважды слышал голос». Знать частоту полезно, но для определения неотложности этого мало. Сравните двух пациентов. У первого голоса часто комментируют, он беспокоится, но ест и просит помощи. Второй слышал голос лишь однажды, однако сообщил о намерении выполнить приказ. У второго приоритетны обеспечение безопасности и неотложная оценка. [2]

Тяжесть симптомов. Что наблюдается сейчас, сколько времени занимает, насколько мучительно и как меняет действия человека? Попросите примеры за вчера и сегодня. Тихое сидение может выражать как успокоение, так и тяжёлую заторможенность или мутизм.

Повседневные возможности. Спросите о приёме пищи и воды, гигиене, общении, безопасном передвижении, отдельной рабочей или учебной задаче. К сведениям «не учится» добавьте вопрос «Может слушать лекцию, но не может отправиться в дорогу?» Ответ изменит вид помощи.

Риск и защита. Оцените намерение навредить себе или другим, отношение к приказам, самообслуживание, историю суицидальных действий или насилия и текущую помощь. Запись должна отражать, что повышает риск, что помогает и каким будет следующее конкретное действие. Общих определений «лёгкий», «средний» или «тяжёлый» недостаточно. Код F20.0 также не обозначает одну из этих степеней тяжести. [1, 2]

Выбор шкалы по клиническому вопросу

Вопрос «Каков результат лечения Севары?» разделим надвое: как изменились комментирующие голоса и другие признаки, какое важное для себя дело Севара снова начала выполнять? Ответы могут меняться не одновременно и не в одинаковой степени.

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale — шкала оценки позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов) состоит из тридцати пунктов. Обученный оценщик оценивает признаки по интервью и наблюдению. Сравнивая баллы двух приёмов, укажите изменившиеся пункты, условия оценки и временной промежуток. Если в беседе недостаточно сведений, последующее заполнение баллов по догадке делает результат ненадёжным. [3]

Личный показатель помимо шкалы. Для Севары значимы «дни, когда из страха перед голосами вышла из автобуса на полпути». Задавайте вопрос одинаково: «За последние семь дней сколько раз садились в автобус? Сколько раз доехали до места?» Ноль досрочных выходов может означать и успешное завершение каждой поездки, и полное отсутствие поездок. Число поездок различает эти ситуации.

Клинический пример. Сначала ни одна из трёх попыток не завершилась прибытием. Потом завершила обе из двух поездок, в одной сопровождала мать. Это небольшое, но содержательное изменение. Прочитайте результат с пациенткой: «Следующий шаг для вас — один раз поехать одной или остаться до конца первого занятия?» Именно здесь формируется личная цель лечения.

Улучшение и ремиссия на третьем приёме

30 апреля. На третий приём Севара приехала на автобусе одна. На последней неделе дважды работала в мастерской по часу. Иногда ещё слышит голоса, но реже вынуждена прекращать работу. Есть и новая трудность: «Утром трудно проснуться. Из-за этого пропустила первое занятие». Автоматически записав утреннюю сонливость как аволицию, мы потеряем вопрос о побочном действии лечения или режиме сна.

Симптоматическое улучшение — облегчение признаков относительно прежнего состояния. Для ремиссии (remission — периода существенного уменьшения симптомов по установленным критериям) нужно указать, какие критерии и период подразумеваются. Один из широко используемых исследовательских критериев оценивает, чтобы каждый из восьми выбранных пунктов PANSS не превышал лёгкой степени и состояние сохранялось не менее шести месяцев. Эти шесть месяцев не являются сроком постановки диагноза шизофрении в МКБ-10. [1, 4]

К третьему приёму у Севары нет шестимесячного наблюдения по этому критерию. Можно записать: «Позитивные признаки уменьшились, частично вернулась к учёбе, сохраняются остаточные голоса и утренняя сонливость». Необоснованно и обещать полную ремиссию, и ограничивать её возможности по оставшимся признакам.

Ответ матери. «Сегодняшнюю самостоятельную поездку на автобусе отметим как важный шаг восстановления. Пусть она расскажет и о том, что ещё трудно. Вместе проверим, что поможет на следующей неделе вовремя прийти на первое занятие». В этой беседе последнее слово остаётся пациентке.

Заполненная клиническая запись

Дата и обращение. 30 апреля, плановое наблюдение. Севара обратилась со словами «вернулась в мастерскую, но трудно вставать на первое занятие». Источники сведений — рассказ пациентки, анамнез от матери с её согласия, записи двух предыдущих приёмов и датированная тетрадь пациентки.

Синдром и диагноз. Преобладали комментирующие слуховые галлюцинации и голоса, обсуждающие её между собой, убеждения преследования. Наблюдались большинство дней с 12 февраля до конца марта. В анамнезе не выявлен маниакальный или тяжёлый депрессивный эпизод, лучше объясняющий признаки. Выполненная клиническая оценка не дала данных, указывающих на вещество или соматическую причину. По МКБ-10 F20.0 — параноидная шизофрения. Первый документированный психотический эпизод. Определять долгосрочное течение ещё рано. [1]

Сегодняшнее состояние. Понимает вопросы, ответы последовательны. За последнюю неделю голоса сократились. Не выразила намерения выполнять приказ, причинять вред себе или другим. Приём пищи и воды сохранён. Приехала транспортом самостоятельно. Частично участвовала в двух занятиях. Утренняя сонливость мешает учёбе.

План. С Севарой согласовано отмечать сон, время приёма лекарства и начало сонливости. Ответ на лечение и побочные эффекты будут переоценены. Следующий приём через неделю. Согласован план обращения за неотложной помощью без ожидания даты, если появятся намерение выполнить приказ, быстро

усиливающийся страх или невозможность ухаживать за собой. В учебном случае название и доза препарата не приведены. [2]

Самостоятельный клинический случай

Бехруз, 29 лет. «Прошлым летом тоже казалось, что двое коллег говорят обо мне. Неделю не ходил на работу. Потом пришёл в себя». На нынешнем приёме рассказал, что пять недель почти ежедневно, находясь один, слышит два голоса, комментирующих его действия. Питание сохранено. Сестра подтвердила, что шесть месяцев регулярно ходил на работу. Слышал ли голоса прошлым летом, не знает. Сегодня Бехруз сказал: «Один голос напугал, но здесь я не скажу, что он говорил».

Запишите три решения. Что нельзя отложить сегодня? Какие данные есть для текущего эпизода? Чего пока нельзя сказать о течении?

Обсуждение. Наедине с Бехрузом, в уважительной обстановке, оценивают содержание голоса, отношение к нему, намерение выполнить, прежние действия и возможность ближайшей помощи. Нынешний рассказ поддерживает вероятность характерного симптома и достаточной длительности. Ещё нужно проверить аффективные эпизоды, вещества и лекарства, соматическое состояние и клиническую форму. Прошлогоднее подозрение само по себе не доказывает прежнего психотического эпизода. Шесть месяцев работы также не подтверждают полную симптоматическую ремиссию. [1, 2, 4]

Добавьте в свою запись последнее предложение: «Сведение, способное изменить следующее решение, — …». Для Бехруза это может быть точное описание прежнего события; для сегодняшней неотложности — намерение подчиниться голосу.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20 и признаки течения. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG178. Психоз и шизофрения у взрослых. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[3] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. Шкала позитивных и негативных синдромов при шизофрении. 1987. https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261

[4] Opler MGA и соавторы. Клиническая проверка критериев симптоматической ремиссии. 2007. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17650312/

ГЛАВА 18

F20.0 ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Я слышу преподавателя. Но есть и второй голос. Преподаватель говорит: “Разметьте воротник”, а голос: “Сейчас она отдёрнет руку”». Севара положила ткань и вышла из комнаты. Преподаватель увидел только последнее действие: самая старательная ученица ушла, не закончив занятие. Не зная, что услышала Севара, трудно понять этот поступок.

Параноидная шизофрения (paranoid schizophrenia, F20.0) — форма шизофрении в МКБ-10, при которой в клинической картине преобладают бред и/или галлюцинации. Сначала проверяют общие критерии шизофрении. Затем для выделения формы рассматривают, какие признаки определяли весь эпизод. Возможны изменения эмоционального выражения, воли, речи и движений. При этой форме они обычно не занимают ведущего места. [1]

У матери Севары практический вопрос: «Нужно ли нам каждый день доказывать ей, что голосов нет?» У Севары другой: «Есть ли способ закончить занятие, если голос начнётся?» Врач должен услышать обеих. Обоснование диагноза, уменьшение страдания и возвращение к повседневной работе относятся к одному пациенту, но для каждого нужны отдельные данные и цель.

Случаи главы составлены для обучения. К истории Севары, начатой в главе 17, добавлен новый фрагмент беседы. Во втором случае рассмотрим, почему клиническое решение различается, даже если содержание ревности кажется одинаковым.

Содержание бреда и повседневное решение

«За мной следят». Врач не поспешил спросить Севару «Кто они?», а задал вопрос: «После какого последнего события вы сделали этот вывод?» — «В автобусе две девушки посмотрели в телефон и засмеялись. Я подумала, они узнали о моей ошибке в мастерской. Потом за спиной тот же голос рассказал об ошибке». Теперь есть три сведения: пассажирки, смотревшие в телефон, личный смысл, приданный действию, и отдельное слуховое переживание.

Бред отношения (delusion of reference — твёрдая убеждённость, что нейтральное событие направлено именно на себя) может сочетаться с бредом преследования (persecutory delusion — убеждением, что кто-то намеренно хочет навредить или преследует). Последствия для пациента выводов «они смеялись обо мне» и «они составили план, чтобы выгнать меня из мастерской» различны. [1]

Проверьте свою интерпретацию. Были ли в мастерской реальные насмешки или давление? Что Севара видела непосредственно, а что вывела из этого? Что близкий или преподаватель могут независимо подтвердить? Сообщение о реальном причинении вреда не должно игнорироваться из-за анамнеза психоза.

Пример записи. «Связала смех двух пассажирок со своей вчерашней ошибкой. Из страха слежки вышла из автобуса раньше. Голоса иногда комментируют ошибки и в отсутствие пассажиров». В этой записи прежде теории врача видны переживание пациентки и последовавшее решение.

Уточнение характера голоса

Севара сказала: «Они разговаривают». «Можете вспомнить одну фразу, сказанную в последний раз?» — «Один сказал: “Она складывает ткань”. Другой: “Сейчас опять ошибётся”». «Они обращались к вам или разговаривали между собой о вас?» — «Говорили так, будто меня здесь нет». В описании можно разли-

чить комментирование действия и разговор о пациентке в третьем лице. В общих критериях МКБ-10 такие отчётливые голоса имеют особое значение. [1]

Другой пациент может сказать: «Ночью, когда дверь скрипит, словно произносят моё имя». Вопросы «Когда? Вы полностью бодрствовали? Продолжалось ли слово после прекращения звука?» помогают различить переживание на границе сна, ошибочное узнавание внешнего звука или повторную галлюцинацию. Само по себе слышание голоса внутри головы или снаружи не решает вопрос F20.0.

Спрашивая о приказывающем голосе (command hallucination), помимо содержания изучают веру в него, способность сопротивляться и прежний опыт выполнения приказов. «Чего вы боитесь, если не сделаете сказанное голосом?» иногда даёт больше информации, чем «Что он сказал?» При реальном намерении или близкой опасности немедленно осуществляют план безопасности. [2]

Слова «опять ошибётся» вызывают у Севары стыд. Причина прекращения шитья — не приказ, а страх опозориться перед всеми. Отсюда возникает и первая личная цель лечения.

От общего критерия к клинической форме

Первый шаг. Проверяют, наблюдался ли обычно большую часть месяца или более хотя бы один очень ясный симптом из групп (a–d) общих критериев F20 по МКБ-10 либо симптомы не менее двух групп (e–h). Если признак из первых групп нечёток, требуются дополнительные подтверждающие признаки. [1]

Второй шаг. У Севары шесть недель почти ежедневно при полном бодрствовании наблюдались голоса, обсуждающие её. Характерный слуховой признак ясно описан в беседе собственными словами пациентки. Основа диагноза — не только наблюдение матери «перестала садиться в автобус». Это наблюдение показывает влияние болезни на деятельность.

Третий шаг. В анамнезе и соматической оценке проверена причинная связь с психоактивным веществом, лекарством или соматическим заболеванием. Временная линия мании или тяжёлой депрессии отдельно восстановлена относительно психоза. В этом учебном случае данных в пользу этих альтернативных объяснений не получено. [1, 2]

Четвёртый шаг. Ведущее проявление эпизода — галлюцинаторно-бредовой синдром. Разрозненность речи, выраженная эмоциональная неадекватность или кататония не преобладают. Эти данные обосновывают F20.0. Следующей строкой отдельно запишите тяжесть и потребность: «Из-за страха ограничено посещение учёбы; питание, общение и способность обращаться за помощью сохранены». Сам код этого не показывает.

Семья, обратившаяся из-за ревности

«Жена положила телефон экраном вниз. Она что-то скрывает». Фарход несколько раз поджидал супругу по дороге с работы. Однажды без разрешения проверил её телефон. На приём пришли оба. Цель беседы — не решить вопрос супружеской верности. Сначала выясняют, чувствует ли каждый себя в безопасности и что может сообщить самостоятельно. [3]

Отдельная беседа с Фарходом: «Когда появилось первое подозрение? Какие сведения могут изменить вашу уверенность? Что произошло после проверки телефона?» Он ответил: «Если переписки нет, значит, заранее удалена». Убеждённость твёрдая. Дополнительно спрашивают об аффективных эпизодах, сне, алкоголе, лекарствах, прежней ревности и психотических переживаниях.

Безопасная отдельная беседа с супругой: «Преграждал ли путь, когда вы хотели уйти? Угрожал ли? Где в это время были дети? Безопасно ли вам возвращаться домой?» Подстерегание и принудительный контроль — сами по себе значимые действия. При близкой опасности организуют безопасное место и неотложную помощь. Столкновение пары в одной комнате или требование к партнёру «доказать», показав телефон, может усилить риск. [3]

При изолированном бреде ревности длительностью четыре месяца без других характерных для шизофрении признаков проверяют критерии F22.0. Если выявится специфическое переживание «они вкладывают подозрение мне в мозг» или регулярные комментирующие голоса, возвращаются к критериям F20. Сама тема ревности не даёт кода F20.0. [1]

Данные, меняющие решение в дифференциальной диагностике

Стойкое бредовое расстройство (F22.0). Убеждение Фархода сохранялось в рамках одной темы четыре месяца. Для дополнения этих сведений выслушайте и рассказ о других людях, работе, сне и настроении. Систематизированный бред, выполнение рабочих обязанностей или плавная речь по отдельности не подтверждают F22.0. Проверяют характерные для шизофрении признаки, соматические причины и другие исключения. [1]

Аффективный психоз. Если сначала несколько дней уменьшалась потребность во сне, резко росли энергия, речь и целенаправленная активность, а затем присоединилась убеждённость «по телефону дали специальное задание», проверяют маниакальный эпизод. При сочетании в одном эпизоде выраженного аффективного синдрома и характерных для шизофрении признаков рассматривают также F25. [1]

Вещество или соматическая причина. Приём стимулятора, резкое сокращение алкоголя, новое лекарство, приступ или колебания внимания меняют направление беседы. Особенно при изменении бодрствования, лихорадке или новых неврологических признаках требуется неотложная медицинская оценка. Положительный тест на каннабис не объясняет автоматически все прежние признаки. [1, 2]

Краткое течение. Если характерные признаки впервые начались несколько дней назад, проверяют критерии группы острых психотических расстройств (F23). Нельзя откладывать помощь при психозе со словами «пусть пройдёт месяц». В записи разделяйте текущий синдром, вид помощи и диагностическую гипотезу для последующей проверки. [1, 2]

Обсуждение страха и оценка риска

Севара: «Вы тоже не сговорились с преподавателем?» Врач: «Я не разговаривал с вашим преподавателем. Ещё до входа в комнату казалось, что кто-то обсуждает вас?» Севара кивнула. «Если мама сейчас будет стоять у двери, я смогу говорить». Самостоятельный выбор, кто будет рядом, помог продолжить беседу.

И спор «это ложь», и подтверждение «да, они есть» закрывают вопрос. Практический ответ: «Я понял, что вы испугались, когда услышали это. Я сейчас этого голоса не слышал. Что мы можем сделать здесь, чтобы вам было безопаснее?» Врач правдиво сообщает собственное наблюдение и серьёзно принимает страдание пациентки.

Ошибочно представлять каждого подозрительного человека опасным. Оценка основана на текущих намерении, плане, угрозе, прежнем действии, доступе к средствам, употреблении веществ, возможностях защиты и принятии помощи. Спрашивают и об отказе от пищи или воды из-за страха, вступлении в конфликт ради самозащиты, вероятности самоповреждения. [2, 3]

Сравните записи. После слова «агрессивен» следующему врачу трудно принять решение. А запись «Ушёл из дома при усилении голоса. Никому не угрожал. Испугавшись, позвонил сестре. Сегодня совместно обсудил план возвращения домой» позволяет перепроверить риск и защиту.

Цель пациента при выборе лечения

Севара: «Если дрожат руки, не смогу ровно прострочить. Если утром не проснусь, тоже пропущу первое занятие». Два названных ею вопроса — двигательные побочные эффекты и сонливость — непосредственно важны для профессии при выборе лекарства. При первом психотическом эпизоде совместно обсуждают антипсихотическое лечение, индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию психоза и семейную помощь. [2]

При выборе антипсихотика учитывают прежний ответ, соматические заболевания, другие лекарства, влияние на движения, вес и обмен веществ, пролактин и сердечно-сосудистую систему. Фиксируют исходные вес, окружность талии, пульс, давление, глюкозу или HbA1c, липиды, пролактин и двигательный статус. ЭКГ выполняют по клиническим показаниям и условиям руководства. [2]

На следующем приёме помимо «уменьшились ли голоса?» спросите «Есть ли изменения при разрезании ткани ножницами?» Если Севара сообщит о дрожании рук, лечение переоценивают на основании того, было ли это до лекарства, когда усилилось и что наблюдается при осмотре. Название или дозу препарата нельзя вывести из одного кода F20.0.

В психотерапии она начала с выбранной безопасной задачи: десять минут размечать ткань в тихом месте мастерской. Затем рассмотрели, какой опасности ожидала до упражнения, что произошло фактически и смогла ли вернуть внимание к работе при появлении голоса. Есть и исследовательские данные в пользу выделения сильного постоянного беспокойства как отдельной терапевтической цели. [4]

Общение с семьёй и наблюдение

Мать: «Если голос опять появится, каждый час спрашивать, сколько раз слышала?» Севара: «Если каждый раз спрашивать, я сама думаю только об этом. Можно рассказывать после занятий?» Они договорились раз в день, в выбранное Севарой время, спрашивать, что сегодня было трудно или легко. При опасном изменении ждать этого времени необязательно.

Для наблюдения выбраны три личных показателя. Первый — случаи ухода с занятия из-за голоса и общее число посещённых занятий. Второй — занятие, пропущенное из-за утренней сонливости. Третий — швейная работа, которую Севара самостоятельно завершила. Они дают разные сведения о тяжести симптомов, переносимости лечения и повседневном восстановлении.

Пример для семьи. «Она может говорить, что слышала голос, которого вы не слышали. Вы можете спросить о её чувствах. Если из страха перед голосом не ест, появляется намерение выполнить приказ причинить вред себе или другому либо состояние быстро ухудшается, сразу запускайте план помощи». [2]

Клиническая запись. «Приоритетная цель пациентки — оставаться в мастерской до конца занятия. В беседе изучены отношение к голосам и влияние на действия. Сейчас об опасном приказе не сообщила. Порядок семейного общения согласован с согласия. На следующем приёме будут оценены психотические признаки, утренняя бодрость и движения рук». Здесь личная цель пациентки находится рядом с медицинским мониторингом.

Самостоятельный случай и обоснованное решение

Шерзод, 31 год. «В автобусе два голоса говорят обо мне. Те люди сговорились и с моей женой». Убеждение началось около двух месяцев назад. Он ходит на работу, речь последовательна. Вчера пришёл на работу жены и ждал одного сотрудника. «Хотел только поговорить», — говорит он. Жена же на последней неделе из страха перестала возвращаться домой одна.

Какое решение сначала? Оценивают цель ожидания сотрудника, конкретную угрозу или подготовку, прежнее насилие, алкоголь, доступ к средствам и то, кто сейчас под угрозой. Рассказ супруги получают отдельно в безопасной обстановке. При непосредственной опасности нельзя откладывать защиту и неотложную помощь до завершения диагноза. [2, 3]

Чего не хватает для диагноза? Голоса — речь реальных пассажиров или возникают и без соответствующего внешнего источника? Двухмесячный срок относится к убеждению или характерные голоса тоже были большую часть периода? Повторялись ли голоса в других условиях? Какова временная связь с аффективным эпизодом, лекарствами, веществами и соматическими причинами? Если общие критерии F20 выполнены и преобладают бред и характерные голоса, обоснован F20.0. Если установлено только двухмесячное убеждение ревности, одного этого недостаточно ни для F20.0, ни для F22.0. [1]

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20, F20.0, F22 и F23. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG178. Психоз и шизофрения у взрослых. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[3] Kingham M, Gordon H. Аспекты патологической ревности. https://doi.org/10.1192/apt.10.3.207

[4] Freeman D и соавторы. Исследование когнитивно-поведенческой терапии, направленной на беспокойство при бреде преследования. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26360083/

ГЛАВА 19

F20.1 ГЕБЕФРЕНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Хотел собрать радио для младшего брата. Знаю, куда идут провода. Но когда говорю, слова уходят в другую сторону». Семнадцатилетний Анвар сказал это на третьей встрече. На первом приёме за него больше говорил отец: «Над всем смеётся. Ничего не доводит до конца». Слова отца показали, что стало труднее в семье. Последующие слова сына открыли путь к пониманию проблемы изнутри.

Гебефреническая шизофрения (hebephrenic schizophrenia, F20.1) — клиническая форма в МКБ-10, при которой ведущими являются изменения эмоционального выражения, нарушения организации мышления и речи, дезорганизация целенаправленного поведения. Возможны и голоса или бредовые мысли. Они часто кратки и фрагментарны. [1]

Что означает смех на приёме? Пациент мог смутиться, ответить внутреннему голосу, засмеяться над вспомнившимся событием или испытывать трудности с сохранением соответствующего ситуации эмоционального выражения. Для проверки первого впечатления врач ищет ещё одну ситуацию, ещё один образец речи и сопоставимый пример из прежней жизни.

Случаи главы составлены для обучения. Радио Анвара вновь встретится через несколько страниц: задача, которую он когда-то выполнял самостоятельно, служит ориентиром и для клинической оценки, и для восстановления.

Выяснение прежних способностей

Отец Анвара говорит: «Он всегда был немногословен». Эта фраза может скрыть новое изменение. «Помните дело, которое в прошлом году он сам начал и сам закончил?» — «Починил радио брата. Объяснил мне, какая деталь сломалась». Преподаватель тоже говорит, что прежде Анвар разбивал работу в мастерской на три-четыре шага и сдавал письменный отчёт.

В последние месяцы он снова и снова переносит инструменты с места на место, затрудняется объяснить, что собирается собрать. Дома ставит посуду для завтрака, но переключается на уборку стола. Эти наблюдения показывают изменение, выходящее за пределы дисциплины в одном месте или отношений с одним преподавателем.

Отдельно спросите подростка: «Что тебе и сейчас удаётся? На каком месте останавливаешься?» Анвар правильно показал нужную деталь на готовой схеме. Когда попросили одновременно выбирать схему, искать инструмент и объяснять, запутался. Фиксация сохранённой части способности определяет, сколько помощи потребуется дальше.

Оценивают также историю развития, язык обучения, слух, доступ к образованию, изменения в семье и давление сверстников. Важно собирать сведения родителей и преподавателя, объяснив подростку границы конфиденциальности. [2, 3]

Эмоциональное выражение и внутреннее переживание

Когда преподаватель сказал о незаконченной работе, Анвар засмеялся. Отец счёл это неуважением. Позже врач спросил Анвара: «Что у тебя было внутри в тот момент?» — «Все смотрели на меня. Хотелось уйти». В этом эпизоде смех мог сопровождать смущение. Недостаточно данных, чтобы записать его отдельно как диагностический признак.

На других встречах Анвар говорил одинаковым тоном о событиях, обычно значимых для него. На важном вопросе смеялся, не умея объяснить причину, и то же выражение сохранялось при переходе к обычной теме. Мать наблюдала это изменение и дома. Гипотеза об аффективной неадекватности (incongruous affect — несоответствии эмоционального выражения ситуации или содержанию речи) теперь опирается на несколько ситуаций. [1]

Уплощённый аффект (blunted affect) — слабое выражение эмоций в лице, голосе и жестах. В записи «Сообщил, что рад приходу брата, интонация почти не изменилась» есть и чувство пациента, и наблюдение. Эти данные не дают оснований писать «перестал любить близких».

Врач сказал семье: «Увидев смех, прежде чем сразу делать замечание, попробуйте спросить, что с ним произошло. Если не может объяснить, запомните ситуацию. Знание, когда это случилось, пригодится в следующей беседе». Предложение не требует от семьи контролировать подростка весь день.

Оценка мышления по образцу речи

Врач: «Что ты сделал сначала, чтобы проверить радио?» Анвар: «Сначала провод. У провода есть путь. Проезд дорогой. Дорогой значит оценка. Мне оценку не поставили». Большинство предложений грамматически понятны. Но мысль о задаче перешла к стоимости проезда, затем к школьной оценке. Даже при возвращении вопросом «Какой провод ты имел в виду?» ответ перешёл к другой теме.

Нарушение последовательности мыслей (derailment — смещение потока мыслей между темами через слабые или трудно понимаемые связи) не определяется одной странной фразой. Техническое слово Анвара может быть незнакомо врачу. Вопрос «Это термин, используемый в мастерской? Можешь показать мне?» защищает от ошибочной оценки профессионального слова как патологического признака.

Получите короткий образец речи и на другую тему. Если первая беседа шла на русском, а подросток свободнее говорит по-узбекски, выслушайте повторно на удобном ему языке. Запишите вопрос, место отрыва ответа от темы и помог ли уточняющий вопрос. [2, 3]

Проверка различия. При мании речь может быть очень быстрой, ассоциации — обильными. Анвар теряет связность даже при медленной речи. Но один темп речи не различает состояния. Нужно также восстановить изменения потребности во сне, энергии, настроения и целенаправленной инициативы за весь эпизод.

Поведение и целенаправленное действие

Анвар приходит в мастерскую, садится за стол, сортирует детали по цвету. Через десять минут снова переставляет коробочки. Преподаватель: «Что ты собираешься сделать из этих деталей?» — «Одну минуту». Спустя полчаса схема всё ещё не открыта. Движения наблюдаются, но приблизиться к запланированному результату стало трудно.

На каком шаге помощь меняет результат? Преподаватель сказал только: «Сначала покажи место батареи». Анвар показал. Когда следующую инструкцию дали отдельно, поставил одну деталь на место. Это точнее, чем вывод «нужно всё делать за него»: он может работать с короткой одноэтапной задачей.

Кажущееся бесцельным действие подростка может иметь понятную ему причину. Боится заразиться микробами при касании деталей? Голос говорит «не ставь»? Дрожит рука? Теряет порядок выполнения? Если сам не может сказать, наблюдения и сведения близких дополнят позже. Не придумывайте ненаблюдаемую причину, чтобы подогнать под диагноз.

У Анвара первоначальное изменение началось до лекарства. Если позднее присоединится дневная сонливость, действие препарата оценивают отдельно. Для школьной задачи выбирают безопасное оборудование и подходящий надзор. Практическая цель — сохранить и постепенно увеличивать часть, выполненную его собственными руками. [2]

Обоснование F20.1 по МКБ-10

Сначала проверяют общие критерии F20. Клиническое руководство обычно требует отчётливого наличия хотя бы одного очень ясного симптома из групп (a–d) либо признаков не менее двух групп (e–h) большую часть периода длительностью месяц или более. На этом же этапе спрашивают, не даёт ли аффективный эпизод, вещество, лекарство или соматическое заболевание лучшего объяснения. [1]

В учебном случае обоснованы две независимые группы. Первая — разрозненная речь с прерыванием хода мыслей и отклонениями к другим темам. Вторая — отчётливое уменьшение речевой продуктивности и эмоционального выражения. Обе наблюдались большинство дней периода более месяца. Уменьшение выразительности и речи не объяснялось лучше депрессией или побочным действием лекарства. Вместо двойного подсчёта одного речевого фрагмента для второй группы получены отдельные данные. [1]

Затем оценивается форма. На протяжении двенадцати недель последовательного наблюдения картину определяли эмоциональная неадекватность, разрозненная речь и нарушение целенаправленного поведения. Отдельные краткие подозрения не были ведущими. Клиническое руководство ВОЗ указывает, что для уверенного заключения о гебефренической форме обычно необходимо наблюдение два-три месяца. В этот период продолжаются оценка первого психоза и помощь. [1, 2]

Запись: «Прежний уровень деятельности восстановлен по сведениям семьи, учебным работам и данным преподавателя. Новая устойчивая клиническая картина соответствует F20.1. Повседневная самостоятельность частично сохранена». Сам возраст, низкая оценка или единичный смех не обосновывают такого заключения.

Четыре внешне похожие ситуации

Мания. Дильшод за неделю запланировал открытие трёх кружков, мало спал и вставал бодрым, выросли энергия и темп речи. Хотя менял темы, все связывал с грандиозным планом «открою свою новую школу». В таком случае проверяют начало маниакального эпизода и временное соотношение с психозом. У Анвара не выявлено стойко повышенного настроения, бодрости несмотря на малый сон и соответствующей активизации. [1, 3]

Особенность развития. Если с детства были редкий зрительный контакт, чрезмерный интерес к определённой теме или своеобразное общение, расспросите семью о ранних годах. Новую разрозненность речи и утрату функций оценивают отдельно. Прежняя особенность нейроразвития не исключает возникшего позднее психоза. [3]

Депрессия. Подросток не ходит на занятия, мало говорит. Если сообщает о вине, безнадёжности, невозможности получать удовольствие или желании смерти, напрямую оценивают депрессивный синдром и безопасность. Нужно отличать медленный, короткий, но логически последовательный ответ от разрыва речевых связей. [2, 3]

Вещество или соматическое заболевание. Новое вещество, лекарство, лихорадка, первый приступ, колебания бодрствования или внимания меняют решение. Например, если вчера подросток говорил обычно, а

сегодня засыпает и теряет вопрос, до долгосрочной психиатрической классификации оценивают острую медицинскую причину. [2, 3]

Согласование лечения с подростком

«Скажите одно: моя рука снова сможет держать деталь?» Для Анвара это оказался главный вопрос о лечении. Отца больше тревожил смех. Цели лечения обсудили с обеими сторонами. На первое место Анвар выбрал возможность в течение пяти минут посмотреть схему и поставить нужную деталь на место.

При выявлении первого психотического эпизода в подходящей подростку специализированной помощи совместно предлагают пероральный антипсихотик, семейное вмешательство и индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию. Выбор препарата связывают с возрастом, прежним ответом, соматическим состоянием, вероятными побочными эффектами и предпочтениями подростка. Соответствующее возрасту объяснение и уместное участие семьи — часть решения. [2]

В начале лечения важно отметить рост и вес на графике роста, оценить окружность талии, пульс, давление, глюкозу или HbA1c, липиды, пролактин и двигательный статус. ЭКГ проводится по клиническим показаниям. На последующем наблюдении также спрашивают, как изменения веса, тремор, внутреннее беспокойство и дневная сонливость влияют на учёбу. [2]

Задание отцу: вместо «Выздоровел?» спрашивать «Какую часть радио ты сегодня сам поставил на место?» Договорились, что там, где Анвар не справляется, вместо упрёков задачу будут делить на маленькие шаги. При резком ухудшении самообслуживания или появлении опасного намерения помощь оказывают, не дожидаясь плановой встречи.

Возвращение к учёбе и заполненная запись

Анвар вернулся в мастерскую на полчаса. В первый день преподаватель дал ему иллюстрированную схему для выбора деталей. Во второй Анвар попросил схему сам. Хотя он ещё не завершил проект самостоятельно, самостоятельная просьба о помощи заслуживает записи. Такое событие точнее показывает функциональное изменение, чем общее слово «лучше».

Клиническая запись. «17 лет. Прежде самостоятельно выполнял многоэтапную техническую задачу. За последние три месяца дома и в учебной среде существенно изменились связность речи, эмоциональное выражение и целенаправленная деятельность. В беседе наблюдались утрата связи мыслей на двух отдельных темах, эмоциональная неадекватность и снижение выразительности в нескольких ситуациях. Сохранённая способность — выбор детали по иллюстрированной схеме».

«Ведущая картина и наблюдение соответствуют критериям F20.1. В текущей оценке не получено данных в пользу мании или тяжёлого депрессивного эпизода, вещества или соматической причины. Оставшиеся потребности — начало и завершение задачи, поэтапное возвращение к учёбе, наблюдение за побочными эффектами лекарства».

С согласия Анвара и с соблюдением необходимой конфиденциальности с преподавателем обсуждена только учебная помощь. Через две недели проверят три вещи: сколько раз посещал, с каким объёмом помощи завершил одну задачу и как сам оценил результат. Говоря семье о долгосрочном прогнозе, наряду с текущими трудностями сообщают о сохранённой способности учиться и ответе на помощь. [2]

Самостоятельный случай и обсуждение

Сарвар, 16 лет. Преподаватель: «На уроке неуместно смеётся, не отвечает на вопрос». Мать: «Дома объясняет младшему брату математику». В отдельной беседе Сарвар сказал, что в новом классе высмеяли его произношение. На родном языке последовательно объяснил выбранную тему. Дополнительное сведение: три дня назад сказал «ночью словно меня звали».

Каково первое решение? Какие сведения предохраняют от поспешного F20.1? Последовательная речь на родном языке, сохранённая целенаправленная деятельность дома и реальное давление в школе дают другое объяснение первоначальному наблюдению. Ощущение услышанного ночью имени проверяют с точки зрения границы сна, внешнего звука, веществ и повторяемости. С безопасностью в школе и страданием можно помочь уже сейчас.

Измените условие. В последующие месяцы и дома начал прерываться ход мыслей, простые задачи остались незавершёнными, и это беспокоит подростка. Теперь прежнего объяснения «только в школе» недостаточно. Данные требуют повторной оценки, включающей новый психоз, аффективные, нейроразвивающие и соматические причины. Первоначальное осторожное заключение не препятствует дальнейшей помощи.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. F20, F20.1. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG155. Распознавание и лечение психоза и шизофрении у детей и молодых людей. https://www.nice.org.uk/guidance/cg155

[3] McClellan J, Stock S. Практическое руководство по оценке и лечению шизофрении у детей и подростков. 2013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23972700/

ГЛАВА 20

F20.2 КАТАТОНИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Он меня услышал?» Брат Махмуда дважды задал этот вопрос. Глаза Махмуда открыты, рука застыла чуть выше пиалы на столе. Он не ответил. Врач представился, объяснил свои действия и со своего места наблюдал дыхание, цвет кожи и реакцию пациента на окружающее. Отсутствие ответа не даёт оснований не объяснять пациенту происходящее перед ним. [3]

В главе 11 мы учились распознавать кататонический синдром по уменьшению движений, мутизму и необычным позам. Здесь рассмотрим следующее решение: если есть данные о кататонии, есть ли и данные для связи её с шизофренией? Ответы на два вопроса необязательно готовы одновременно. Когда двигательный синдром требует неотложного лечения, причина может оставаться открытой. [1, 3]

Кататоническая шизофрения (catatonic schizophrenia, F20.2) — форма МКБ-10, при которой выполнены общие критерии шизофрении, а в клинической картине преобладают кататонические двигательные признаки. Присвоение F20.2 любой кататонии может привести к пропуску тяжёлой депрессии, лекарственного состояния или неврологического заболевания. [1, 3]

Махмуд и пациенты следующих страниц — учебные случаи. Будем отделять сведения на приёме от полученных позже: известный к концу эпизода диагноз не означает, что он был ясен в первый день.

Словесное описание наблюдения на первом приёме

«Пациент не вступает в контакт». Такая запись не позволяет понять, дремлет ли он, не слышит, боится говорить или не может начать движение. Врач записал наблюдаемое у Махмуда: «Глаза открыты. При обращении по имени ненадолго перевёл взгляд к голосу. Не говорил, даже когда дали время для ответа. Правое предплечье удерживал без опоры в одном положении». Другой сотрудник сможет позднее перепроверить это описание.

Мутизм (mutism — отсутствие или резкое уменьшение речевого ответа) и ступор (stupor — выраженное уменьшение спонтанных движений и реакции на окружающее) — отдельные наблюдения. Пациент может выполнять указание и молча. Сохранение позы (posturing) — удержание самостоятельно принятого положения против силы тяжести. Каталепсия (catalepsy) — удержание позы, осторожно приданной исследующим. При восковой гибкости (waxy flexibility) при изменении положения ощущается равномерное лёгкое сопротивление. [3]

В предплечье Махмуда наблюдали спонтанное сохранение позы. Два других признака специально не проверяли и в запись не включили. Не нужно «доказывать» их, причиняя боль или силой двигая застывший сустав.

Вчера брат за час увидел два состояния Махмуда: сначала молча застывал, затем быстро ходил без цели. Запишите время и каждый эпизод отдельно. Увеличение движений иногда может быть кататоническим возбуждением. [1, 3]

Что не ждёт в первый час

Со вчерашнего дня Махмуд почти не пил. Держал пищу во рту. Для текущего решения эти сведения срочнее, чем настроение шесть месяцев назад. Оценивают дыхательные пути, дыхание, кровообращение, температуру, глюкозу крови, водный баланс и безопасность глотания. Соматическая нестабильность или

тяжёлая кататония требуют неотложной стационарной помощи. Насильственное поение при неясной безопасности глотания повышает риск аспирации. [3, 4]

Врач задал брату короткие вопросы. Когда в последний раз обычно пил воду? Когда мочился? Какое лекарство и когда принял в последний раз? Повышалась ли недавно доза или была резкая отмена? Были ли приступ, падение, лихорадка, инфекция или употребление вещества? Если название лекарства не помнят, проверяют имеющиеся упаковку, рецепт и медицинскую запись.

При длительной малоподвижности планируют уход для предотвращения обезвоживания, недостаточности питания, пролежней, тромбоза и аспирации. Каждую меру подбирают по медицинскому состоянию пациента. Прежде чем записать «отказался от пищи», различите: узнал ли пищу, мог ли взять в рот, мог ли проглотить. [3, 4]

Пример передачи: «Последний раз свободно пил вчера вечером. Сегодня глотание неясно. Наблюдались мутизм и сохранение позы. Сейчас оцениваются дыхание, гидратация и неотложные причины». По записи следующий сотрудник поймёт, что проверить первым.

Поиск альтернативных причин в первые сутки

Медсестра заметила, что Махмуд смотрит в одну точку и иногда одинаково двигает губами. Это может быть стереотипным движением. Однако при присоединении нового приступа в анамнезе или изменения сознания рассматривают и бессудорожный эпилептический статус. Для ответа именно на этот вопрос может понадобиться ЭЭГ. Связывайте диагностический метод с наблюдаемым состоянием. [3, 4]

Аффективный эпизод. Если несколько недель наблюдались глубокая подавленность, вина, отказ от пищи, затем неподвижность, оценивают кататонию в рамках тяжёлой депрессии. Либо прежде могли уменьшиться потребность во сне и резко вырасти энергия и активность. Поскольку расстройства настроения могут быть причиной кататонии, спросите близких о начале эпизода. [1, 3]

Соматическое и неврологическое состояние. Острая инфекция, метаболическое изменение, новый приступ или быстро нарастающее нарушение памяти и речи расширяют обследование. При первой кататонии или неясной причине в зависимости от осмотра рассматривают нейровизуализацию, ЭЭГ, спинномозговую жидкость и обследование на аутоиммунный энцефалит. Делирий и кататонические признаки могут встречаться у одного пациента. [3, 4]

Лекарство и вещество. Изучают время добавления препарата, действующего на дофаминовые рецепторы, повышения дозы, резкой отмены некоторых лекарств и психоактивных веществ. Одно сведение «раньше лечился у психиатра» не закрывает ни одно из этих направлений.

Восстановление прежнего психоза по документам

Махмуд ещё не говорит. Брат сообщает: «И раньше болел». Какой болезнью? Даже если в прежней выписке указан F20, нужно прочитать основания заключения. С соблюдением согласия и соответствующих правил конфиденциальности сопоставляют прежние клинические записи и хронологию семьи.

Шесть недель Махмуд сообщал, что при полном бодрствовании два голоса обсуждают между собой его действия. Психиатр записал переживания его собственными словами в трёх датированных беседах. Они наблюдались большинство дней. В тот период оценивались временная связь с выраженной манией или тяжёлой депрессией, вещество или соматическое заболевание как причина. Это данные, позволяющие проверить общие критерии F20 независимо от текущего мутизма. [1]

Когда кататонические признаки стали ведущими в текущем эпизоде? Брат показал в телефонном календаре, что с восемнадцати дней назад повторялись сохранение позы и резкие изменения начала движения. В поликлинической записи за тот же промежуток тоже отмечена необычная поза. За последние сутки резко уменьшился приём жидкости. Не смешивайте дату первого признака и час ухудшения.

Пока эти данные не были собраны, правильная рабочая запись могла звучать: «Кататонический синдром; причины исследуются». Помощь оказывали с первого дня. Вывод о причине уточнялся по мере накопления сведений.

Два разных руководства для F20.2 в МКБ-10

Клиническое описание ВОЗ для F20.2 требует выполнения общих критериев шизофрении и преобладания одного или нескольких кататонических двигательных признаков в клинической картине. Среди них ступор или мутизм, возбуждение, не связанное с внешней ситуацией, сохранение позы, негативизм, ригидность, восковая гибкость и автоматическое подчинение. Если общение невозможно, заключение о шизофрении может оставаться предварительным до получения достаточных данных. [1]

Отдельные исследовательские критерии ВОЗ для F20.2 устанавливают преобладание хотя бы одного вида кататонического поведения не менее двух недель. Это число относится к исследовательской классификации. Для распознавания кататонии в первый час, лечения её осложнений или начала неотложной помощи две недели не ждут. [2, 3]

В случае Махмуда независимые данные для F20 — характерные голоса, отчётливо документированные большую часть периода более месяца. Данные для клинической формы — преобладание мутизма, сохранения позы и резкого двигательного нарушения в нынешнем эпизоде. Если альтернативные аффективные, неврологические, соматические и лекарственные причины проверены и лучшего объяснения не найдено, F20.2 по МКБ-10 обоснован. [1]

Измените условие. Достоверной записи о тех голосах нет, а у Махмуда найдены данные об энцефалите. В такой ситуации подгонять код под прежнюю гипотезу ошибочно. Оценивают критерии органического кататонического расстройства F06.1 и причинную связь с основным заболеванием. [1]

По чему узнаём ответ на лечение

Эффект лечения мутизма и сохранения позы трудно измерить фразой «успокоился». Махмуд и до лечения сидел спокойно. При исходной оценке записали, сколько простых инструкций он выполнил, начинал ли движения самостоятельно, говорил ли и сколько времени сохранял позу без опоры. Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS — шкала систематической оценки признаков кататонии) помогает при повторной оценке. [3]

Диагностическая проба с лоразепамом может проводиться под клиническим наблюдением. Предварительно оценивают дыхание, уровень бодрствования и риск седации. Затем повторно проверяют те же двигательные и речевые признаки. Выраженное облегчение повышает вероятность кататонии. Сам по себе этот ответ не показывает, связана ли она с шизофренией, аффективным расстройством или соматическим заболеванием. Отрицательная проба также не исключает синдром полностью. [3, 4]

К терапии первой линии относятся бензодиазепины и/или электросудорожная терапия (ECT — терапия, проводимая в условиях анестезии и миорелаксации). Выбор зависит от тяжести, соматического риска, основного заболевания и ответа на лечение. При тяжелом состоянии или недостаточном ответе возможность ЭСТ рассматривают на раннем этапе. [3]

Махмуд впервые обратился к старшему брату по имени. Это важное изменение. Однако безопасность глотания, достаточность питья, способность сидеть самостоятельно и жизненные показатели проверили отдельно повторно. Одно произнесенное слово не означает, что риск осложнений миновал.

Когда лихорадка и ригидность меняют решение

Теперь рассмотрим другого пациента. У Сардора из главы 11 к мутизму и необычной позе присоединились лихорадка, потливость, учащенное сердцебиение и скованность мышц. Недавно была повышена доза антипсихотика. Следующая плановая беседа, уместная для Махмуда, не может быть первым шагом для Сардора. Здесь приоритетны распознавание угрожающего жизни состояния и неотложная медицинская помощь. [3, 4]

Злокачественная кататония (malignant catatonia) и злокачественный нейролептический синдром (neuroleptic malignant syndrome, NMS) могут иметь сходную внешнюю картину. Лекарственный анамнез, последовательность появления признаков, температура, вегетативная нестабильность, состояние мышц, функция почек и лабораторные данные, например креатинкиназа, оцениваются в совокупности. Надежно различить два состояния по одному результату невозможно. [3]

В таком случае отменяют антагонист дофамина, подозреваемый в качестве причины, и организуют неотложную госпитализацию, при необходимости интенсивную помощь. Наряду с контролем дыхания, температуры, гидратации и осложнений выбирают лечение, направленное на кататонию. При злокачественной кататонии важно быстро оценить возможность ЭСТ, не затягивая неэффективную терапию. [3, 4]

Сама по себе запись F20.2 не является показанием к автоматическому повышению дозы антипсихотика. После стабилизации кататонии выбор препарата для продолжающегося психоза рассматривают с учетом возможной пользы, прежней тяжелой реакции и возможности последующего наблюдения. [3]

Услышать о восстановлении от самого пациента

Когда Махмуд начал говорить, его первой просьбой было: «Брат, откройте окно». Затем он сказал врачу: «Даже когда я не говорил, вы рассказывали мне, что со мной делаете. Кое-что я слышал». Это его личное воспоминание. Мы не предполагаем, что следующий пациент слышал или запомнил то же самое. Мы слушаем ту часть, о которой сам пациент готов рассказать.

Когда кататония ослабевает, дополните анамнез, который ранее не удалось собрать. Не мог ли он начать движение, приказывал ли голос, испытывал ли страх, были ли боль или слабость в теле? Что он исправляет, когда ему зачитывают запись о прежних голосах? Такая беседа помогает и пересмотреть причины, и восстановить доверие к дальнейшей помощи.

Подготовка к выписке. Фиксируют динамику уровня бодрствования, питья, глотания, питания, движений и речи, основной психоз, ответ на лечение и нежелательные эффекты. С семьей согласовывают индивидуальные ранние признаки: в предыдущем эпизоде у Махмуда наблюдались длительное пристальное смотрение на пиалу без ответа и длительное удержание руки в необычном положении. [3]

Практическая фраза для брата: «Запишите, когда он в последний раз пил, говорил и ходил как обычно. Если снова появятся неподвижность с невозможностью пить, лихорадка или изменение уровня бодрствования, не ждите планового приема». План изменения лекарственного лечения и снижения дозы бензодиазепина определяется индивидуально. Резкая отмена может быть связана с рецидивом или синдромом отмены. [3]

Самостоятельный кейс и обоснованный ответ

Гулрух, 32 года. Три недели говорит: «Я принесла семье только вред». Последние два дня почти не говорила, не брала пищу в рот. На приеме сидела, застыв в одной позе, один раз повторила слова врача. Сведений о предшествующем психозе нет. Сопровождающий спросил: «Значит, это тоже кататоническая шизофрения?»

Первый ответ. Вероятность кататонического синдрома высока, уход и неотложная медицинская оценка нужны сейчас. Имеющиеся данные не обосновывают F20.2. Проверяют тяжелую депрессию, соматические или неврологические причины и лекарственный анамнез. Чувство вины и отказ от еды требуют отдельной оценки суицидального риска и гидратации. [1, 3]

Измените условие. После лечения Гулрух заговорила, однако характерных для шизофрении переживаний в прошлом не выявлено. Можно подтвердить облегчение кататонии, но F20.2 по-прежнему не обоснована. Если позднее появятся новые сведения о длительности, характере самостоятельного психотического эпизода и его связи с нынешним состоянием, диагноз пересматривают.

Составьте три предложения для клинической записи: «Двигательные признаки, которые я наблюдал лично, … . Мера, которую сейчас нельзя откладывать, … . Недостающие данные для определения основного заболевания …». Эти три предложения позволяют четко сохранить понимание того, какую помощь нужно оказать пациенту, даже когда диагноз неясен.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. Клинические описания МКБ-10. F20.2 и F06.1. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] ВОЗ. Исследовательские критерии МКБ-10. F20.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] Rogers JP и соавторы. Консенсусное руководство BAP по кататонии. 2023. https://doi.org/10.1177/02698811231158232

[4] Rogers JP, Zandi MS, David AS. The diagnosis and treatment of catatonia. Clinical Medicine. 2023;23(3):242–245. https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-0113

ГЛАВА 21

F20.3 НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Доктор, то, что вы вчера услышали от моей старшей сестры, тоже правда. Но я ушел с работы не из-за голосов. Когда объяснял адрес заказчика, потерял начало своей мысли. Когда меня переспросили в третий раз, я выключил телефон». Жавлон, 28 лет, принимает заказы в мебельной мастерской. Сестра запомнила, что он слышал голоса. А Жавлон рассказывает, какая именно трудность мешала выполнять профессиональные обязанности. Оба свидетельства раскрывают разные стороны одной клинической картины.

В МКБ-10 F20.3 — недифференцированная шизофрения. Русское название — «недифференцированная шизофрения», английское — undifferentiated schizophrenia. Термин обозначает активное психотическое состояние, при котором выполнены общие критерии шизофрении. После обследования картина не соответствует полностью ни параноидной, ни гебефренической, ни кататонической форме либо нет явного преобладания среди характерных особенностей нескольких форм. [1]

В главе 18 голоса Севары и ее убеждения о преследовании, в главе 19 изменения речи и целенаправленной деятельности Анвара, в главе 20 кататонические признаки Махмуда направляли решение. У Жавлона врач отдельно восстанавливает, как долго сохранялся каждый признак и как он влиял на жизнь.

Кейсы составлены в учебных целях. Главный вопрос: «Что мы проверили для определения формы и какой вывод следует из этих данных?»

Проверка общих критериев до определения формы

В первой беседе Жавлон сказал: «Иногда мои мысли будто не мои». Эта фраза может означать усталость, непроизвольную мысль или переживание внешнего воздействия. «Как это было в последний раз?» — «Я записывал размеры стола. Чья-то чужая фраза вошла в мои мысли в готовом виде. Я сам ее не придумал. Я был уверен, что ее вложил кто-то из мастерской». Он смог объяснить отличие этого переживания от слышания звука.

Вкладывание мыслей (thought insertion — переживание, будто мысль внесена в сознание внешним источником) относится к характерным признакам в общих критериях МКБ-10 ВОЗ. Для определения специфичности нужны собственные слова пациента, последовательные уточняющие вопросы и длительность. Жавлон описал, что испытывал это переживание в большинство дней последних шести недель. В записях двух предыдущих приемов также есть его рассказ об этом. [1]

Клиническое руководство требует, чтобы как минимум один очень отчетливый симптом из групп (a–d) либо симптомы, принадлежащие как минимум к двум группам (e–h), обычно были явно выражены на протяжении большей части периода длительностью один месяц или более. Если доказательства слабы, записывают, каких данных не хватает. [1]

Вывод первого этапа у Жавлона: значимый для F20 признак и его длительность документированы. Аффективные, связанные с веществами и соматические объяснения еще предстоит проверить. Пока само переживание не дает достаточных оснований выбрать параноидную или другую форму.

Восстановление одной недели по трем источникам

Понедельник. Дома Жавлон был уверен, что «обо мне говорили», но пошел на работу. Вторник. Во время телефонного разговора с коллегой его мысль оторвалась от темы. Четверг. Мать видела, как он начал гото-

вить еду, а затем многократно переставлял чайник. Это три отдельных события. Оснований выводить из трех событий три самостоятельных синдрома пока нет.

Жавлон смог объяснить, почему выключил телефон: «Начал с размеров, потом заговорил о древесине, потом о чем-то другом». На приеме он тоже отклонялся от темы, отвечая на простые вопросы. В другие моменты точно отвечал на короткий вопрос. Историю с чайником, рассказанную матерью, он объяснил так: «Начал кипятить воду и забыл, что хотел сделать». Наблюдаемое действие не записываем автоматически как кататонию.

Каждый вид сведений, полученных с согласия, ценен в своей области. Коллега слышал речь по телефону. Мать видела движения рук. Но только Жавлон может рассказать, откуда, как ему казалось, пришла мысль. Ответ близкого, не видевшего событие, «я не заметил» не опровергает переживание, о котором сообщил пациент.

Пример записи. «За последнюю неделю наблюдались эпизоды нарушения направленности речи на работе и в беседе. В отдельных ситуациях помогала короткая инструкция. Сохраняется переживание внешнего воздействия на собственные мысли. Изменения движений оцениваются отдельно». Эта запись определяет, что именно сравнивать при последующем наблюдении.

Последовательная проверка F20.0, F20.1 и F20.2

Параноидная форма. В отдельные дни Жавлон кратковременно слышал голоса. Есть и переживание внешнего воздействия. Однако при наблюдении голоса и бред не преобладали во всей клинической картине. В тот же период были выражены дезорганизация речи, нарушавшая повседневную работу, и трудности удержания целенаправленной задачи. У Севары же основной причиной ухода из мастерской был страх перед голосами и преследованием. [1]

Гебефреническая форма. У Жавлона речь иногда дезорганизована, но эмоциональное выражение в большинстве ситуаций соответствует теме. Он радовался, читая письмо сына, и объяснял свое страдание, говоря о потере работы. Источники за три месяца не подтвердили ведущей и устойчивой гебефренической картины, подобной той, что была у Анвара. Этот вывод основан не на одном уместном смешке, а на наблюдении во времени. [1]

Кататоническая форма. Помимо повторного переставления чайника, проверяли такие признаки, как ступор, мутизм, длительное сохранение необычной позы и бесцельное возбуждение. Доказательств ведущего кататонического синдрома, подобного синдрому Махмуда, не получено. Если позднее возникнут неподвижность или невозможность пить, потребуется отдельная неотложная оценка.

Выбор формы не похож на голосование по числу голосов, смешков или движений. В записи указывают, какая особенность повторялась, какая объясняет весь эпизод и для какой есть самостоятельная причина. После достаточного наблюдения у Жавлона ни одна группа не имела устойчивого преобладания.

Практическое различие между F20.3 и F20.9

Открыты две медицинские карты. В первой зафиксированы трехмесячный период Жавлона, его психические статусы, сведения семьи, признаки и исключенные причины. Во второй о Бахроме из старой выписки сохранился только диагноз «шизофрения». Бахром сейчас не готов рассказывать о своем состоянии. Если в обеих картах по одной и той же причине написать «форма неясна», клиническое различие потеряется.

Для F20.3 есть два пути. В первом выполнены общие критерии и имеется активный психоз, но специфические критерии ни одной из проверенных форм не набираются полностью. Во втором особенности нескольких форм выражены, и ни одна не преобладает. В обоих случаях врач доказательно показывает, что пытался разграничить формы. [1]

F20.9 — шизофрения неуточненная. Например, если диагноз шизофрении надежно подтвержден, но данных для отнесения к конкретному типу нет, эта рубрика может быть содержательной. У Бахрома нужно проверить и достоверность старой записи. Если неясен сам общий диагноз F20, нельзя использовать F20.9 вместо «любого неуточненного психоза». [1]

Контрольный вопрос. «Если завтра принесут три прежние истории болезни, почему сегодняшнее решение может измениться?» У Бахрома они раскроют недостающую клиническую картину. У Жавлона новый документ может просто заполнить пробел либо дать новые сведения, противоречащие прежним данным. Врач записывает, какого из этих вариантов он ожидает.

Не смешивать предыдущие эпизоды

Пять лет назад Ситора была госпитализирована с бредом преследования и комментирующими голосами. Сегодня она говорит: «Голосов почти нет, но утром я даже не хочу открывать глаза». Если объединить в один список прежний голос, сегодняшнюю малоречивость и вчерашний плач, картина покажется «смешанной». Но эти признаки не существовали одновременно.

Сейчас у Ситоры оценивают сниженное настроение, ангедонию, сон, аппетит, чувство вины, безнадежность и суицидальный риск. Также уточняют дату последнего шизофренического эпизода и сохранившиеся признаки шизофрении. Для F20.4 есть специальные критерии; одного эпизода пятилетней давности недостаточно для их выполнения. Однако помощь пациенту не должна ждать окончательного уточнения классификации. [1, 2]

Акмал и спустя значительное время после активного психотического эпизода испытывает трудности с началом своей работы. Для оценки вероятности резидуальной шизофрении (F20.5) рассматривают прежний достоверный эпизод, последующее течение и длительность; проверяют депрессию, лекарственное замедление движений и другие объяснения. Сама малоречивость не доказывает ни резидуальное состояние, ни новый активный эпизод F20.3. [1]

Разделите клиническую запись на две строки: «В предыдущем активном эпизоде…» и «В последние недели…». При необходимости добавьте третью строку: «Функционирование между двумя периодами…». Этот прием особенно полезен при чтении истории пациента, которого в разные годы наблюдали разные врачи.

Новые сведения, меняющие решение

На следующем приеме старшая сестра Жавлона сказала: «Одну неделю он очень мало спал». У этой фразы два направления. Если он скажет: «Я боялся голосов, на следующий день не мог стоять на ногах», бессонница может быть связана с психозом. Если скажет: «Спал два часа, не уставал, начал десять проектов», восстанавливают эпизод изменения энергии, настроения и активности. Соотношение психоза и аффективного синдрома влияет на вероятность F25 или аффективного психоза. [1]

Второе изменение. Друг сообщил, что Жавлон принимал неизвестный стимулятор. Эти сведения уточняют у пациента с учетом согласия и конфиденциальности. Сравните дату приема с датой первого харак-

терного признака. Вещество могло спровоцировать признаки, усилить их или не иметь к ним отношения. Укажите доказательства для каждой возможности.

Третье изменение. Если во время беседы появляются новый судорожный приступ, лихорадка или колебания уровня бодрствования, до обсуждения формы оценивают острое медицинское состояние. Прежний диагноз F20 не защищает от новой соматической причины. [2]

В учебном кейсе проверили историю настроения, лекарства, употребление веществ и соматическое состояние. Другой причины, лучше объясняющей текущий эпизод, не выявлено. Этот результат вместе с наблюдаемой картиной поддерживает заключение F20.3 у Жавлона. Если последующие данные противоречат прежнему выводу, диагноз пересматривают.

Какая задача в плане лечения стоит первой

Помимо «совсем не слышать голосов», Жавлон назвал конкретную цель: «Принять один заказ по телефону. Записать адрес, ширину, длину». Сестра хочет, чтобы он каждый день выходил из дома. Врач сначала проверяет текущие риски, прием пищи и воды, самообслуживание и доступность помощи. Если срочной угрозы нет, цели упорядочивают вместе с пациентом. [2]

Антипсихотическое лечение связывают с целевым симптомом, выбором пациента, прежней эффективностью и нежелательными эффектами. Наличие признаков нескольких клинических групп не означает необходимости одновременно начинать несколько антипсихотиков. До назначения лекарства фиксируют соматические показатели и двигательное состояние. Затем вместе с положительными изменениями оценивают сонливость, внутреннее беспокойство, двигательные и метаболические эффекты. [2]

Упражнение с Жавлоном. На пустом бланке написали три поля: «адрес», «ширина», «длина». Врач взял на себя роль заказчика. Жавлон записал два числа и сам попросил повторить вопрос, чтобы вернуться к названию улицы. Это упражнение не указывает на причину психоза. Оно показывает, с какой помощью Жавлон сейчас может завершить задачу.

В индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии, адаптированной к психозу, обсуждают страдание от переживания внешнего воздействия и реакции на него. В рамках семейной помощи с сестрой договорились: если Жавлон потеряет нить разговора, прежде чем закончить за него фразу, она спросит: «Напомнить, на чем ты остановился?» [2]

Заполненная клиническая запись

Жалоба и источник. «По телефону пропадает то, что я хотел сказать. Иногда будто кто-то вкладывает другую фразу в мои мысли». Источники — рассказ Жавлона, клинические наблюдения в течение трех месяцев и сведения близких, полученные с его согласия. Коллега описал изменения в выполнении рабочих задач.

Психическое состояние. Бодрствует, участвует в беседе. Речь иногда отклоняется от темы, может вернуться к конкретному вопросу. Переживание вкладывания мыслей отчетливо описывается в большинство дней на протяжении шести недель. Есть и краткие слуховые переживания. В большинстве ситуаций эмоциональное выражение соответствует содержанию. Ведущие кататонические признаки сейчас не наблюдаются.

Обоснованный диагноз. По МКБ-10 F20.3 — недифференцированная шизофрения. Общие критерии F20 и активное психотическое состояние обоснованы. Параноидные особенности не имели устойчивого преобладания во всей картине; достаточной характерной картины для гебефренической и кататонической форм

нет. В текущем периоде не получено данных в поддержку аффективной, связанной с веществами или соматической причины как лучшего объяснения. Долгосрочное течение еще оценивается.

Сегодняшние потребности и план. В беседе не высказывал намерения причинить вред себе или другим. Питание и способность обращаться за помощью сохранены. Самостоятельно записать заказ трудно. План лечения согласован с пациентом. На следующем приеме повторно оцениваются страдание, связанное с вкладыванием мыслей, дневная бодрость, количество завершенных заказов и помощь, с которой они были выполнены. Согласован порядок раннего обращения при быстром ухудшении состояния или появлении опасности.

Самостоятельный кейс и решение

Эъзоза, 24 года. В заключении прежней клиники записано «F20», описание эпизода пока отсутствует. Сегодня она мало говорит. Старшая сестра: «Раньше она и голоса слышала, и смеялась, и сидела неподвижно. Значит, это смешанный тип?» Можете ли вы обосновать F20.3 на этом этапе приема?

Первое решение. Три признака могут относиться к трем разным периодам. Контекст смеха и характер неподвижности неизвестны. Уточняют, есть ли сейчас активный психоз, сонливость или подавленность, может ли пациентка есть и пить, какие лекарства принимала. Запрашивают прежние записи. Точный вывод «Сейчас мало данных для определения формы» помогает не выдумывать смешанные признаки.

Новые данные. Получены записи: в предыдущем эпизоде комментирующие голоса и убежденность в преследовании устойчиво преобладали три месяца. Необычная поза и систематическая дезорганизация речи не документированы. Значит, для прежнего эпизода более обоснована F20.0. Исследование причины сегодняшней малоречивости продолжается. Код прошлого эпизода сам по себе не объясняет сегодняшнее настроение или действие лекарства.

Обратное условие. Если бы текущий активный эпизод был достаточно прослежен, общие критерии выполнены и отсутствие преобладания среди особенностей нескольких форм было четко документировано, мы обсуждали бы F20.3. В следующей, 22-й главе рассмотрим состояние, когда после психоза ведущей становится депрессия, — F20.4.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F20.0–F20.5, F20.9, F25. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] NICE CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Разделы об оценке, совместном выборе лечения и восстановлении. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

ГЛАВА 22

F20.4 ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

«Голоса стихли. Почему теперь вставать по утрам еще тяжелее?» Лайло, 32 года, воспитательница детского сада. Четыре месяца назад голоса комментировали каждое ее действие, и она боялась говорить перед детьми. Сегодня муж доволен: «Перестала проверять окно по ночам». Но Лайло хочет сказать о другом: «Раньше я боялась их. Теперь, проснувшись, не знаю, зачем мне этот день».

Для врача эта фраза меняет направление планового приема. Если первым будет вопрос «Вы снова слышали голоса?», Лайло может ответить «изредка» и уйти. А вопрос «Что вы имели в виду, говоря, что не знаете, зачем вам этот день? Бывают ли мысли, что лучше бы не жить?» раскрывает переживание, которое мучает ее больше всего. [3]

Постшизофреническая депрессия (post-schizophrenic depression, F20.4) — клиническая рубрика МКБ-10. При ней в недавнем прошлом выполнялись критерии шизофрении, сейчас сохраняются отдельные ее признаки, а в клинической картине ведущим является депрессивный эпизод. Слово «пост-» обозначает временную последовательность. Оно не указывает на единственную причину депрессии. [1]

Кейсы этой главы составлены в учебных целях. Беседу с Лайло проследим в трех точках: оценка безопасности, переход от временной линии к диагнозу и то, какое изменение после лечения сама пациентка сочла важным.

О чем спрашиваем на приеме сначала

«Вчера, когда дочь уснула, я подумала: лучше бы завтра не проснуться». Лайло впервые произнесла это вслух. Врач дал ей время для ответа. «Сейчас это желание тоже есть? Вы думали о самоубийстве? Были намерение, план или подготовка?» Вопросы, заданные по одному, сохраняют различия между ответами. [3]

Лайло описала вчерашнее пассивное желание смерти. Сегодня она отрицала активное намерение, план и подготовку. Однако последние три вечера подряд безнадежность усиливалась. Уточняют, остается ли она дома одна, когда муж уходит на ночную работу, прежние попытки, доступ к средствам, употребление веществ, угрожающие голоса и способность обратиться за помощью. Дочь может быть важной причиной Лайло продолжать жить. Но это сведение само по себе не снимает риск.

Если выявляются неспособность сейчас обеспечить собственную безопасность, конкретное намерение или подготовка, организуют неотложную оценку и безопасную среду. В соответствии с ситуацией пациентку не оставляют одну, ограничивают доступ к опасным средствам и непосредственно передают медицинской команде. Дата планового приема или балл по шкале депрессии не должны откладывать это решение. [3, 4]

С Лайло договорились, кто свяжется с ней вечером того же дня, кто придет к ней при ухудшении и в какой момент вызовут неотложную помощь. План записали понятными пациентке словами. Два слова «риск низкий» не передают содержания этой работы.

Три доказательства по МКБ-10

Первое доказательство — предыдущий эпизод. Клиническое руководство ВОЗ требует, чтобы шизофреническое заболевание, соответствующее общим критериям F20, наблюдалось в последние двенадцать меся-

цев. Одного слова «психоз» в прежнем документе еще недостаточно. Психический статус Лайло четыре месяца назад, длительность характерных голосов и результаты оценки альтернативных причин имеются в истории болезни. [1]

Второе доказательство — нынешние остаточные признаки. Лайло иногда слышит знакомый голос, кратко комментирующий ее действия. Она не подчиняется ему как прежде, ее повседневные решения не строятся вокруг голоса. Остаточные признаки могут быть как позитивными, так и негативными. Важно, что они есть и сейчас, но не занимают ведущего места в картине. [1]

Третье доказательство — депрессивный эпизод. Последние двадцать четыре дня настроение Лайло подавлено большую часть дня. Она начала просыпаться раньше обычного, аппетит снизился, любимые книги не доставляют удовольствия. Считает себя обузой для дочери. Это состояние причиняет ей страдание и ограничивает чтение, работу и участие в домашней жизни. В МКБ-10 должны выполняться критерии депрессивного эпизода, а признаки должны сохраняться не менее двух недель. Одного подсчета времени недостаточно. [1]

Укажите, какого из этих трех доказательств не хватает. Например, если депрессия очевидна, но прежний эпизод наблюдался только во время мании, с F20.4 не торопимся. Напротив, чтобы выяснить суицидальное намерение, нет оснований ждать третьей недели или поступления всех документов.

Разграничение негативных признаков и подавленности в беседе

Муж Лайло: «Раньше сидела на диване, и сейчас сидит. В чем разница?» Врач попросил описать прежний период. Раньше, если муж приносил книгу, Лайло получала удовольствие от совместного чтения, хотя сама его не начинала. Теперь она говорит: «Открываю любимую картинку дочери. Она радуется. А я чувствую, что недостойна ее».

Аволиция (avolition — снижение побуждения начинать и продолжать целенаправленную деятельность), ангедония (anhedonia — снижение способности получать удовольствие) и малоречивость встречаются при разных состояниях. После вопроса «Чего она не делает?» спросите: «Что происходит у вас внутри?», «Какое занятие раньше было приятным?», «Как вы сейчас представляете будущее?» Безнадежность, утрата чувства собственной ценности и мысли о смерти дают основания активно исследовать депрессию. [1, 2]

Бедность мимики может быть уплощением аффекта (blunted affect). Лайло может говорить о крайне сильном страдании и без слез. И наоборот, одна улыбка на приеме не отменяет трехнедельной подавленности. Внутреннее чувство пациентки, наблюдение врача и действия, которые видел близкий, фиксируют отдельно.

Клиническая запись. «Раньше, несмотря на малую собственную инициативу, читала дочери книги и получала от этого удовольствие. Последние три недели удовольствие исчезло, присоединились чувство вины и утренняя безнадежность». Такая запись помогает отличить новый депрессивный эпизод от сохранявшейся ранее трудности.

Действие лекарств и переживание утраты

«Не могу сидеть», — сказал Бехзод. Жалоба «мне неспокойно» означала у него беспокойство в ногах и необходимость ходить из одного конца комнаты в другой. Состояние стало заметно после повышения дозы антипсихотика. Проверяют акатизию (akathisia — внутреннее двигательное беспокойство, которое может сопровождаться невозможностью спокойно сидеть на месте). Она может существовать одновременно с подавленностью. О страдании и мыслях о самоповреждении спрашивают в любом случае. [1, 3]

Лайло же сказала: «Каждый день до обеда засыпаю, но после четырех утра спать не могу». На суточной временной схеме записали, когда она принимает лекарство, когда дремлет и когда безнадежность сильнее всего. Планируют осмотр по поводу сонливости, замедленности движений и мышечной скованности, а также целенаправленное обследование в зависимости от вероятности соматического заболевания или воздействия веществ. Предположение о побочном действии лекарства не должно стать готовым объяснением всего депрессивного синдрома.

Еще один фактор — утрата. Лайло заплакала, увидев фотографию праздничного мероприятия, которое пропустила. «Моя группа забыла меня», — сказала она. Признание боли этого события углубило клиническую беседу. Реакция на утрату и депрессивный эпизод могут встречаться вместе. Обнаружение триггера не устраняет необходимости проверять критерии депрессии и безопасность. [3]

Вопрос для семьи. «Что она сама чувствовала в тот день, когда вы думали, что она просто устала?» Ответ пациентки может изменить то, что в лечении следует сделать в первую очередь.

Какие новые данные меняют код

Остаточных признаков шизофрении нет. Предположим, после предыдущего эпизода характерные признаки исчезли полностью. На новом приеме выявлен полный депрессивный эпизод. Руководство МКБ-10 в таком случае указывает на необходимость оценить депрессивный эпизод (F32.–). Если обнаружатся сведения о прежних депрессивных эпизодах или мании, проверяют также критерии соответствующей аффективной рубрики. [1]

Психоз по-прежнему ведущий. Другой пациент каждый день под воздействием длительных голосов не выходит из дома и уверен, что в воду добавлен яд. Есть также страх и безнадежность. Если шизофренические признаки по-прежнему выражены и преобладают, сохраняется соответствующая активная форма F20. Депрессию и риск фиксируют и включают в план помощи. [1]

Психоз и аффективный синдром начались одновременно. Если тяжелый депрессивный синдром и выраженные характерные признаки шизофрении проявились почти одновременно в пределах одного эпизода, проверьте критерии F25.1 — шизоаффективного расстройства депрессивного типа. Когда депрессия позднее присоединяется к давно существующей шизофрении, временная последовательность другая. Также выясняют, был ли прежде самостоятельный эпизод снижения потребности во сне и повышения энергии. [1, 3]

Что упустит сотрудник, который на следующем приеме прочтет только код? Ответы на три вопроса: «Что преобладает? Какой признак когда начался? Что еще сохраняется?» Поэтому психоз четырехмесячной давности, двадцать четыре дня подавленности и нынешние краткие голоса записывают в карте раздельно по времени.

Когда помогает шкала Калгари

Один врач сказал: «Мало говорила, значит, депрессия сильная». Другой подумал: «Увидела дочь и улыбнулась, значит, легкая». Вместо двух впечатлений нужна беседа по единому порядку. CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — шкала Калгари для оценки депрессии при шизофрении) — инструмент из девяти пунктов, оцениваемых врачом. Она предназначена для оценки депрессивных признаков отдельно от позитивных, негативных и экстрапирамидных признаков. [2]

В беседе с Лайло прежде всего взяли примеры из последних дней: когда утром усиливалась безнадежность, насколько стойко чувство вины, как изменился сон? При использовании шкалы следуют официаль-

ной форме и инструкции. За вопрос, который не был задан в беседе, не выставляют предполагаемый балл. Поскольку для кейса этой главы полное стандартизированное интервью не проводилось, общий балл не приводится.

При повторной оценке записывают также результат, важный для пациентки. Лайло сказала: «Хочу снова читать дочери книги». Сколько дней за неделю она сама выбирала книгу? Что чувствовала во время чтения? Эти данные можно записать рядом с результатом шкалы. Снижение балла само по себе не позволяет сделать вывод, способна ли пациентка в этот день обеспечить свою безопасность. [2–4]

Проверка решения. Пациентка говорит больше, чем на прошлом приеме, но сегодня высказала конкретное суицидальное намерение. Какие сведения приоритетны? Текущая опасность. Нельзя откладывать неотложное решение на основании улучшившегося общего балла. [3, 4]

Связать план лечения с двумя целями

«Все спрашивают, не вернулись ли голоса. Никто не спрашивает, почему я отвожу глаза от дочери». Слова Лайло показали пробел в беседе о лечении. Одна цель — сохранить стабилизацию прежнего психоза. Вторая — помощь, направленная на чувство вины, безнадежность, угасание интереса и суицидальный риск. Пациентка должна понимать изменения, относящиеся к обеим целям.

При пересмотре лекарственного плана уточняют прежний ответ на антипсихотик, режим приема, сонливость, акатизию и другие нежелательные эффекты. При выраженной и стойкой депрессии наряду с психосоциальной помощью можно индивидуально обсудить добавление антидепрессанта. В метаанализе исследований шизофрении средняя польза дополнительного антидепрессанта была небольшой; не все участники исследований имели именно F20.4. При выборе лекарства учитывают прежнюю манию, взаимодействия, нежелательные эффекты и возможность наблюдения. [3, 5]

Психологическая работа. В какой ситуации у Лайло возникает вывод «Я для дочери только обуза»? Она рассказала о событии одного дня: дочь отнесла книгу бабушке. Лайло истолковала это как «я больше не нужна». В беседе обсудили другие объяснения и небольшой шаг, который пациентке по силам. Она выбрала прочитать вечером одну страницу; результат оценивается с учетом настроения и усталости.

Семейная договоренность. Вместо «думай о хорошем» муж спрашивает: «В какое время утром мне нужно быть рядом?» План безопасности при этом сохраняется отдельно от упражнений по повседневной активности.

Следующий прием и заполненная запись

На следующий день в согласованное время связи Лайло сообщила, что провела ночь у младшей сестры. Через неделю она дважды прочитала дочери книгу. «Пока не радовалась как раньше, но смогла посидеть с книгой в руках». В один из дней у нее вновь возникло желание не проснуться. Значит, вместе с начинающей восстанавливаться деятельностью необходимо повторно оценивать и риск. Одно событие не отменяет другого.

Пример обоснования диагноза. «Эпизод, соответствовавший общим критериям F20 четыре месяца назад, подтвержден клиническими записями. Сейчас сохраняются отдельные краткие комментирующие голоса, но они не оказывают ведущего влияния на решения и деятельность. В течение двадцати четырех дней наблюдались сниженное настроение, ангедония, ранние пробуждения, снижение аппетита, низкая самооценка, чувство вины и желание смерти. Критерии депрессивного эпизода и последовательность обосновывают F20.4». [1]

Сегодняшний риск и действия. «В один из вечеров вновь появилось пассивное желание смерти. Повторно оценены нынешние намерение, план, подготовка, доступ к средствам и способность воспользоваться помощью. Уязвимое место — одиночество ночью. Повторно согласованы связь с младшей сестрой и способ обращения за неотложной помощью». В реальной карте записывают ответ на каждый вопрос и основания выбора уровня помощи. [3, 4]

Три направления дальнейшего наблюдения: изменение безнадежности и суицидальных мыслей, повторное усиление психотических признаков, утренняя сонливость и возвращение к повседневным задачам. Интервал между встречами устанавливают в соответствии с текущим риском и потребностями.

Самостоятельный кейс и решение

Прежний шизофренический эпизод Ситоры был пять лет назад. В главе 21 мы узнали о ее нынешней подавленности. Поступил дополнительный документ: последние четыре года характерные психотические признаки не фиксировались, пациентка и семья их тоже не помнят. Последние три недели появились подавленность, утрата удовольствия, отсутствие аппетита, чувство вины и мысль «моей семье будет легче без меня». В нынешней беседе остаточных симптомов шизофрении также не выявлено.

Решение. Суицидальные мысли и намерение выясняют сейчас. Для F20.4 не обоснованы ни шизофренический эпизод в последние двенадцать месяцев, ни нынешний остаточный симптом. Проверяют тяжесть депрессивного эпизода, прежние депрессивные периоды и манию в анамнезе. Старый диагноз не дает готового кода для новой жалобы пациентки.

Измените условие. Если шизофренический эпизод был зафиксирован два месяца назад, сейчас сохраняются отдельные характерные признаки, но ведущим стал трехнедельный депрессивный эпизод, F20.4 становится обоснованным вариантом. Однако первый вопрос о безопасности не меняется. [1, 3]

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. Клинические описания и диагностическое руководство МКБ-10. F20.4 и F32. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] University of Calgary. Calgary Depression Scale for Schizophrenia. https://cumming.ucalgary.ca/research/calgary-depression-scale-schizophrenia

[3] NICE NG222. Оценка и лечение депрессии у взрослых. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[4] NICE NG225. Оценка самоповреждения и план безопасности. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

[5] Helfer B и соавторы. Систематический обзор и метаанализ добавления антидепрессанта к антипсихотику. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27282362/

ГЛАВА 23

F20.5 РЕЗИДУАЛЬНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Ключ от мастерской все еще у меня. Утром кладу его в карман. Но из дома не выхожу». Акмал, 36 лет, раньше ремонтировал обувь. Младший брат на приеме говорит о другом: «Голоса затихли. Теперь ведь может работать, если захочет». Два человека описывают одно и то же утро. Брат видит, что дверь не открылась. Акмал ощущает, что остановился между тем, как положил ключ в карман, и выходом за дверь.

Остаточная, или резидуальная, шизофрения (residual schizophrenia, F20.5) в МКБ-10 — определенная клиническая картина заболевания, сформировавшаяся со временем. Ранее был психотический эпизод, отвечающий общим критериям шизофрении. Затем выраженные бред и галлюцинации значительно ослабли, а негативные признаки длительно оставались ведущими. Слово «остаточная» не выносит суждения о том, сколько способностей у пациента сохранилось и до какого уровня он сможет восстановиться в будущем. [1]

Ключ Акмала не является диагностическим признаком. Но из него следует конкретный клинический вопрос: он не хочет идти на работу, хочет, но не может начать действие, боится мастерской или существует реальное препятствие для выхода?

Кейсы этой главы составлены в учебных целях. Восстановим прежний эпизод Акмала по документам, затем вместе с ним рассмотрим нынешний распорядок дня. Только связав эти две картины, можно сделать обоснованный вывод о F20.5.

Разграничить три даты

Первая дата — острый эпизод. Два года назад Акмал несколько недель слышал голоса, обсуждавшие его работу, и был уверен, что в мастерской ему хотят навредить. В медицинских документах отражены характер и длительность признаков, оценка аффективных причин и причин, связанных с веществами. Таким образом, прежний эпизод F20 имеет более надежное подтверждение, чем сведения «когда-то лежал в больнице».

Вторая дата — период ослабления выраженных психотических признаков. После лечения голоса уменьшились, убежденность в преследовании на работе отступила. Эта дата может не совпадать с днем выписки из больницы. Врач спрашивает не только «Когда вас выписали?», но и «С какого времени голоса перестали определять ваш распорядок дня?»

Третья дата — начало нынешней картины. В наблюдении за последние пятнадцать месяцев выраженных психотических признаков было мало. В этот период Акмал почти ничего не начинал самостоятельно, беседу обычно начинал младший брат, эмоциональная выразительность лица и голоса снизилась. Три датированных приема, собственный рассказ Акмала и сведения семьи связывают эту картину во времени.

В клиническом руководстве МКБ-10 важно одновременное наличие двух условий на протяжении как минимум года: выраженные психотические признаки уменьшились и присутствовал негативный синдром. Один год с момента постановки диагноза шизофрении сам по себе не выполняет это требование. [1]

Описывать негативный признак через наблюдаемое действие

Младший брат Акмала сказал: «Он совершенно равнодушен». Врач попросил рассказать о вчерашнем дне. «Утром мама попросила принести хлеб, и он сходил. В обед зашел сосед. Акмал поздоровался, потом

в разговор не вступал. Вечером смотрел телевизор с сыном». Теперь можно искать ответы на три разных вопроса: есть ли инициатива, трудно ли поддерживать беседу, получает ли удовольствие от совместного занятия?

Для оценки аволиции (avolition — снижение побуждения начинать и продолжать целенаправленное дело) спросите, кто начинает дело и с какой помощью оно завершается. Для оценки алогии (alogia — уменьшение объема речи и ее спонтанного продолжения) задайте открытый вопрос и оставьте время для ответа. Уплощение аффекта (blunted affect) означает ослабленное выражение чувств в лице, голосе и жестах. [2]

При проверке ангедонии (anhedonia — снижение предвкушения или переживания удовольствия) Акмал рассказал, что заранее не ждет футбола с сыном, но, когда смотрит матч вместе с ним, интересуется игрой. Сохраните это различие. При оценке снижения социального интереса (asociality) после вопроса «Хотите ли вы встретиться с другом?» нужно спросить: «Когда вас в последний раз приглашали?» [2]

Пример записи. «За последнюю неделю дважды ходил на рынок по чужой просьбе. Самостоятельного выхода не инициировал. Сообщил, что получает удовольствие от просмотра футбола с сыном. Интонация голоса менялась мало». Эти четыре предложения дают больше клинической информации, чем оценка «равнодушный».

Четыре диагностические опоры

Прежний психоз. Обосновывают, что хотя бы один отчетливый эпизод соответствовал общим критериям шизофрении. Источники доказательств — прежний психический статус, рассказ пациента, при необходимости сведения близких. Если предыдущий эпизод протекал только под действием вещества или в рамках мании, перед переходом к F20.5 основной диагноз проверяют заново. [1]

Нынешний негативный синдром. Записывают, как на практике проявляются недостаток инициативы, малоречивость, замедленность движений, снижение эмоционального выражения или изменения самообслуживания. Снижение деятельности сравнивайте с работой, которую пациент выполнял прежде и которую сейчас имеет возможность выполнять.

Достаточная длительность. В течение пятнадцати месяцев у Акмала частота и сила выраженных психотических признаков существенно снизились, а негативные признаки продолжались. Полного исчезновения каждой галлюцинации не требуется. Но если голоса и сейчас управляют всем его поведением, первоначальный вывод об остаточной стадии нуждается в проверке. [1]

Альтернативные объяснения. Деменция или другое органическое заболевание мозга, хроническая депрессия либо длительная жизнь в условиях, где все за человека делают другие, не должны достаточно объяснять картину. Действие лекарств и другие вторичные причины также специально оценивают. [1, 2]

Способ записать решение: приведите одно доказательство для каждой опоры. Не заполняйте непроведенный осмотр словами «патологии нет». Если источника не хватает, в последнем предложении укажите, какой период или признак будет проверен повторно.

Задать Акмалу тот же вопрос, что и Лайло

В главе 22 Лайло говорила: «Лучше бы не проснуться». Акмалу тоже трудно вставать утром. Ему также задали вопрос: «Что вы чувствуете первым, когда открываете глаза?» — «Я не считаю себя плохим человеком. Знаю, какие дела надо делать. Только день проходит, а я ни одного не начинаю». Он сожалеет об этом. На этом этапе беседы исключать депрессию еще рано.

Отдельно спрашивают о сниженном настроении, безнадежности, чувстве вины, утрате собственной ценности, мыслях о смерти, удовольствии, сне и аппетите. Выясните также, насколько они изменились в последнее время. У человека, который и раньше был медлительным, новое убеждение «я для семьи только обуза» меняет приоритет сегодняшнего приема. При выявлении суицидального намерения или непосредственной угрозы безопасность и быстрая помощь стоят на первом месте. [2, 3]

Обнаружились еще два объяснения того, почему Акмал не идет на работу. Утром после лекарства он дремлет. Если рядом с мастерской стоит человек, ранее оскорбивший его, Акмал идет другой дорогой. И физическая сонливость, и осторожность из-за реального конфликта могут со стороны выглядеть как недостаток инициативы.

Вместо закрывающей вопрос фразы «депрессии нет» в записи привели данные: «Сейчас не сообщил о стойкой подавленности, чувстве вины и желании смерти. Получает удовольствие от встречи с сыном. Сонливость выражена в первой половине дня. Недостаток инициативы сохраняется и в бодром состоянии». В следующей беседе эти различия проверят повторно.

Действие лекарства и замедленность движений

В день, когда Акмал пришел в мастерскую, он потратил на вдевание нитки в иглу больше времени, чем обычно. «Рука не двигается так, как я хочу», — сказал он. Если врач ограничится объяснением «мало интересуется трудом», он упустит двигательную проблему, важную для профессии пациента.

Разделяйте начало плана и выполнение движения. Акмал сам выбрал работу? Есть ли тремор рук, мышечная скованность или замедленность мелких движений? Совпадает ли дата изменения дозы с началом признака? Бедная мимика, тихий голос и медленная ходьба могут встречаться и при лекарственном паркинсонизме. Двигательные признаки при осмотре, сонливость и внутреннее желание пациента оценивают вместе. [2]

Сравнительный кейс. Ойша хочет открывать свою лавку на рынке, каждый день составляет список и вызывает такси. Но после смены лекарства по утрам ей трудно стоять. Вечером, когда становится бодрее, она сама сортирует товары. Видя уменьшение ее движений, нельзя автоматически ставить F20.5. Приоритетны медицинская оценка нежелательного эффекта и пересмотр лечения.

С согласия Акмала лекарственный план пересматривают с точки зрения воздействия на прежний психоз, режима приема и нежелательных эффектов. Остаточные признаки не обосновывают ни автоматическое повышение дозы антипсихотика, ни резкую отмену лекарства из-за уменьшения голосов. В критерии эффективности включают и индивидуальный вопрос: «С какой помощью он смог сделать руками один шов?» [2, 3]

Проверка среды и когнитивных изменений

«Десять месяцев не готовит еду». Услышав это, спросили: «Когда ему в последний раз предоставляли свободный доступ к кухне?» Мать ответила: «С тех пор как вернулся из больницы, я все готовлю сама. Нож и кастрюлю тоже убрала на место». Следовательно, способность самостоятельно начинать работу на кухне могла вообще не проверяться десять месяцев. Отдельно оценивают, почему ввели меры предосторожности и какие из них необходимы сейчас.

Когда в среде уменьшается возможность выбора и практики, реальные способности пациента остаются невидимыми. Ни вывод «если захочет, будет работать», ни выполнение всех дел вместо него не показы-

вают, что помогает повседневной деятельности. Можно выбрать одну безопасную задачу, на которую пациент согласен, и наблюдать, с какой помощью он ее выполняет. [1, 2]

Другая возможность. Если у прежде умелого мастера появляются новые трудности ориентирования, забывание названий знакомых инструментов, нарастающие ошибки в подсчете денег, не связывайте это только с негативным синдромом. Нужны временная линия, неврологический и соматический осмотр, оценка действия лекарств и когнитивная оценка по показаниям. Колебания уровня бодрствования или внимания в течение часов направляют к поиску острой медицинской причины. [1, 3]

Акмал самостоятельно нашел знакомую дорогу, назвал инструменты и объяснил дефект обуви клиента. Это наблюдение полностью не исключает деменцию. Однако оно показало, какие профессиональные способности у него сохранены, и дало основу для следующего практического упражнения.

Три ситуации, меняющие код

Первая ситуация. Шахноза стала малоречивой и малоподвижной через три месяца после прежнего психотического эпизода. Голоса ослабли. Сейчас можно зафиксировать значимые негативные признаки, но необходимого для резидуальной стадии периода не менее года еще нет. Однако ждать год для начала помощи и реабилитации не нужно. [1, 3]

Вторая ситуация. Комил полтора года мало говорил, но сейчас голоса вновь каждый день пугают его и не дают выходить на работу. Из-за убеждения, что в еду добавлен яд, он мало пьет. Прежняя запись F20.5 не должна затмевать сегодняшнюю опасность и активный психоз. Повторно оценивают нынешнее соматическое состояние, гидратацию, безопасность и лечение психоза.

Третья ситуация. У Сардора в течение нескольких лет снизились интерес и активность, но прежний психотический эпизод, соответствовавший общим критериям F20, не документирован. Чтобы назвать течение «резидуальным», нужно знать, после какого эпизода возникли изменения. Проверяют историю развития с детства, настроение, лекарства, вещества и соматические причины. F20.6 — простая шизофрения — имеет собственные критерии МКБ-10; ее нельзя выводить из недостатка доказательств для F20.5. [1]

Задача читателя. В каждой из трех ситуаций одним предложением опишите сегодняшнюю потребность пациента. Затем отдельно укажите, какого доказательства не хватает для обоснования кода. Это упражнение не позволяет неопределенности классификации задерживать необходимую пациенту помощь.

Планирование возвращения к работе вместе с пациентом

Цель Акмала — не «стать прежним человеком», а, по его словам, «своими руками закончить туфли одного клиента». При планировании возвращения в мастерскую сначала проверили доступ к рабочему месту, безопасность инструментов, утреннюю сонливость и дорогу. Для пациентов, желающих вернуться к работе, клинические руководства рекомендуют программы поддерживаемого трудоустройства (supported employment). [3]

Первая задача, выбранная самим Акмалом, — после обеда прийти с младшим братом в мастерскую и начать одну безопасную работу. Брат взял на себя звонок клиенту. Акмал осмотрел обувь и сам объяснил, какой ремонт нужен. В следующий раз он согласился попробовать самому принять заказ по телефону. Эта последовательность — его выбор, а не обязательные этапы для всех пациентов.

Измерение результата. Сколько возможностей было в первую неделю? Какими он воспользовался по собственной инициативе? В какой задаче понадобилась помощь? Какими были усталость, удовольствие и

удовлетворение после выполнения? Если младший брат заболел и мастерская не открылась, не делают вывод «Акмал снова не проявил инициативу».

Договоренность с семьей. Вместо вопроса «Когда ты поправишься?» спрашивают: «Какое дело ты сегодня хочешь сделать сам и в какой части тебе нужна моя помощь?» Наряду с изменениями признаков отслеживают и значимые для самого пациента решения, которые ему по силам выполнить.

Готовая клиническая запись и самостоятельный кейс

Пример записи. «Два года назад подтвержден психотический эпизод, соответствовавший общим критериям F20. Последние пятнадцать месяцев выраженные позитивные признаки значительно ослабли; в этот период сохранялись недостаток инициативы, снижение речевой продуктивности и эмоционального выражения. Частичное влияние оказывает утренняя сонливость, связанная с лекарством. Признаки присутствуют и в бодром состоянии. По результатам беседы, наблюдения и осмотра не найдено достаточных доказательств хронической депрессии, органического заболевания или только ограничений среды, которые полнее объясняли бы нынешнюю картину. По МКБ-10 F20.5. Сохраненная способность — выполнение знакомой профессиональной задачи после конкретной инструкции. План — оценка нежелательного эффекта и наблюдение за достижением цели возвращения к работе».

Самостоятельный кейс. Мохира сейчас мало говорит и редко выходит гулять. Восемнадцать месяцев назад был психотический эпизод. Мать говорит: «Значит, остаточная форма». Однако при уточнении выяснилось, что вплоть до последних трех месяцев сильные пугающие голоса возникали каждый день. Последние три недели присоединились ранние пробуждения и мысли «я никому не нужна».

Решение. Восемнадцать месяцев — время с первого эпизода. Период ослабления позитивных симптомов пока составляет три месяца. Временной критерий F20.5 не выполнен. Депрессивный синдром и суицидальный риск оценивают сейчас. Для вероятности F20.4 отдельно проверяют период заболевания, соответствовавший общим критериям F20 в последние двенадцать месяцев, нынешние остаточные признаки и полные критерии депрессивного эпизода. [1]

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. Клинические описания и диагностическое руководство МКБ-10. F20.4–F20.6. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] Galderisi S и соавторы. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.11

[3] NICE CG178. Психоз и шизофрения у взрослых. Разделы о лечении, восстановлении и трудоустройстве. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

ГЛАВА 24

F20.6 ПРОСТАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

«Мой сын бросил учебу», — сказала мать. «Я не забирал документы», — поправил Сардор. «Однажды не пошел на занятия. На следующий день тоже. Потом уже не знал, с чего начать, чтобы вернуться». Мать назвала результат. Сардор попытался объяснить, как происходили изменения. Для врача это различие важно: осознанное решение прекратить учебу, отсутствие условий для посещения и нарастающая трудность начала повседневных действий требуют разных направлений обследования.

Простая шизофрения (simple schizophrenia, F20.6) — редкая клиническая форма в МКБ-10, которую трудно уверенно обосновать. Она характеризуется постепенным усилением негативных признаков, значительным изменением прежнего поведения и повседневной деятельности без предшествующего выраженного психотического эпизода. Термин «простая» не означает легкости болезни или простоты постановки диагноза. [1]

В главе 23 прежний психотический эпизод Акмала был документирован. На первом приеме у Сардора таких сведений нет. Само по себе это недостаточно для постановки F20.6. Врач не должен приходить с готовым ответом на вопрос «почему?» о человеке, переставшем выходить из дома.

Кейсы составлены в учебных целях. В этой главе восстановим историю Сардора за семнадцать месяцев. Особое внимание уделим одному вопросу: какие доказательства поддерживают F20.6 и какие сведения заставляют отказаться от этого предположения?

Найти точку сравнения в прежней жизни

«Раньше он был активным». Такое описание трудно проверить. «Что Сардор полтора года назад начинал без напоминаний?» — «Каждую пятницу сам бронировал поле для мини-футбола. Писал в группу, собирал деньги, иногда приводил нового игрока». В этом примере видны способности к планированию, общению, инициативе и доведению дел до конца.

Сардора попросили описать то время своими словами. «Мне нравилось собирать команду. Потом выходил только по приглашению. Однажды они переехали на новое место. Я даже не попытался узнать адрес». Отдельно записывают, где изменились условия, а где снизилась инициатива. Смена поля — внешнее событие. Сокращение общения со знакомыми и другими способами — дополнительная клиническая информация.

С согласия пациента один конкретный пример получили и от преподавателя группы. Раньше Сардор сам выходил к доске и объяснял результаты выполненных измерений. В следующем семестре, даже когда приносил подготовленную дома работу, ему несколько раз напоминали, чтобы он ее показал. Уточнили, влияли ли на снижение оценок также язык преподавания, посещаемость, соматическое состояние и домашние условия.

Пример записи: «Раньше самостоятельно организовывал работу группы. Затем инициатива уменьшилась не только в учебе, но и в свободное время и домашних делах». Правильнее сравнивать человека прежде всего с его собственными прежними возможностями, а не со средней активностью сверстников.

Какие изменения должны происходить в течение года

Исследовательские критерии МКБ-10 ВОЗ совместно оценивают три вида изменений, постепенно развивавшихся на протяжении как минимум одного года: значительное изменение личного поведения, появление и усиление негативных признаков, отчетливое снижение социальной, учебной или трудовой деятельности. Клиническое руководство также подчеркивает течение не менее года и развитие без предшествующего психотического эпизода. [1, 2]

Первые пять месяцев. Сардор перестал собирать команду. Если друзья приглашали, он по-прежнему играл с ними. Зимой путь на занятия удлинился; некоторые пропуски можно объяснить транспортом. По одному этому периоду нельзя сделать твердый вывод о заболевании.

Следующие шесть месяцев. Покупки, которые дома прежде делал самостоятельно, теперь выполняет по списку и с напоминаниями. Перестал сам писать друзьям. Семья заметила, что в обычном разговоре ответы стали короче. Посещаемость занятий не восстановилась даже после решения вопроса с дорогой. Изменения наблюдались одновременно в нескольких сферах.

Последние шесть месяцев. Иногда нужно напоминать о смене одежды. На приемах несколько раз наблюдалось снижение эмоционального выражения и спонтанной речи. Сардор не сказал: «Совсем не могу». По готовому списку он сам сделал две покупки. Врачу известен не каждый день этих семнадцати месяцев; отдельно отмечены события с надежной датой и источником. Само прохождение года не является доказательством: нужно показать, какие именно изменения продолжались более года.

Раскрыть негативные признаки в беседе

«Чего вы хотите?» Сардор промолчал. Врач сузил вопрос: «Когда вернетесь домой, хотите заварить чай сами или вместе с мамой?» — «Сам. Я знаю, где чай». Отсутствие ответа на широкий вопрос не означает, что у человека исчезли все желания. Начало задачи, удержание плана и получение от нее удовольствия — разные процессы. [3]

Для оценки аволиции (avolition — снижение побуждения начинать и продолжать целенаправленную деятельность) возьмите последний практический пример. Сардор согласился пойти за покупками, но сам не определил день или время. Когда время согласовали, он нашел дорогу и завершил покупки. Это также показывает его способности, сохраняющиеся при поддержке.

Об алогии (alogia — уменьшение объема речи и ее самостоятельного развертывания) не делают вывод по короткому обмену вопросами и ответами. Сардору дали время рассказать о знакомом футбольном матче. Основное событие он передал верно, подробности добавил по вопросам. Логическая связь сохранена. Поэтому в записи речевую продуктивность и дезорганизацию мышления показывают отдельно.

Уплощение аффекта (blunted affect — слабое выражение чувств в лице, голосе и жестах) не доказывает полного исчезновения внутреннего удовольствия. Вспоминая гол младшего брата, Сардор почти не менял интонацию, но с интересом вспоминал решающий момент игры. Это различие было важно и для матери: «Значит, даже если он не улыбается, можно спросить, что ему нравится».

Проверить вывод «психоза не было»

«Вы слышали голоса?» — «Нет». Один ответ не закрывает многолетнюю историю. Человек мог прежде скрывать переживание, называть его иначе или не понимать использованный в беседе термин. Не предла-

гая пациенту готовую историю, врач спрашивает: «Что в самое трудное время происходило такого, что казалось непонятным вам или семье?»

Однажды Сардор подумал, что друзья обсуждают его. Событие уточнили: двое друзей действительно обсуждали, почему он не приходит на игру, и потом один из них рассказал ему об этом. Сардор не верил, что другие люди тоже тайно передают сообщения. Оснований записывать социальное смущение и реальный разговор как бред нет.

Напротив, если в прежней записи обнаружится достоверная история «два голоса более месяца обсуждали его действия, поэтому он не выходил из дома», диагностический путь меняется. Для F20.6 важно отсутствие прежних галлюцинаций, бреда или другого выраженного психотического эпизода. При обнаружении такого анамнеза изучают критерии того эпизода и последующее течение. Для остаточной формы также существует отдельное требование одного года. [1, 2]

В запись включают период, известный семье, отдельную беседу с пациентом и прежние медицинские документы. Фраза «В проверенных источниках не получено доказательств прежнего психотического эпизода» точнее, чем непроверяемый вывод «никогда в жизни не было».

В чем сходство депрессии и тревоги

Зухра тоже перестала ходить на учебу. Семья считала, что она «потеряла интерес, как Сардор». Но в отдельной беседе Зухра сказала: «Каждый вечер готовлюсь к завтрашним занятиям. Но, дойдя до двери, возвращаюсь: опять засмеют». В группе высмеивали ее произношение. Она хочет учиться и выполняет задания дома. Здесь нужно оценить учебную среду и социальную тревогу. Само прекращение учебы не означает негативного синдрома.

При депрессии тоже могут наблюдаться трудность начала действий, короткая речь и уменьшение объема повседневных дел. Если появились новое убеждение «из меня ничего не выйдет», чувство вины, безнадежность, изменения сна или аппетита, желание смерти, непосредственно оценивают депрессивный эпизод и безопасность. Важны также длительность и возвращалась ли активность в периоды улучшения настроения. [3]

Позднее Сардор сказал: «Я тоже стесняюсь». Его стеснение появилось до снижения интереса или после пропусков? «В первые месяцы я не боялся встречи с преподавателем. Потом все стали постоянно спрашивать, что случилось, и идти стало труднее». Теперь одновременно описывают два процесса: первоначальное снижение инициативы и позднее присоединившееся стеснение. Помощь для облегчения второго не обязательно откладывать до окончательного диагноза.

Если читатель собирается присвоить Зухре тот же код, что и Сардору, пусть запишет для каждого три ответа: «Что хочет делать, чего боится, что может делать в безопасных условиях?» Именно здесь видна разница.

История развития и соматические причины

Мать: «Он с детства мало говорил». Из этого не следует вывод «все было с детства». Когда он заводил друзей, как сам начинал общение, в какие игры или увлечения включался самостоятельно? Отдельно опишите устойчивые с детства особенности социального общения и способности, утраченные позднее. При вероятности аутистического спектра или других особенностей нейроразвития важна вся история развития.

С Сардором обсудили сон за последний год, употребление веществ, постоянно и временно принимаемые лекарства. Когда начали препарат, вызывающий сонливость? Одинаковы ли трудности днем, когда пациент сонлив, и тогда, когда бодр? Лекарственное замедление движений, действие веществ и сокращение возможностей деятельности в среде могут напоминать негативные признаки. [3]

Соматический или неврологический осмотр направляет дальнейшее обследование. При новом судорожном приступе, головной боли с очаговым неврологическим признаком, колебаниях уровня бодрствования или быстро развившемся нарушении памяти опасно держаться за предположение о медленно протекающей F20.6. Исследовательские критерии МКБ-10 требуют исключения деменции или другого органического психического расстройства. [2]

Рабочая запись. «Прежние самостоятельные задачи подтверждены. Новые изменения наблюдаются в нескольких средах. Рассмотрены настроение, тревога, сон, соматическое состояние и лекарства. Еще не проверенный период — шесть недель проживания в другом городе в первом семестре». Фиксация открытого вопроса помогает не превратить предположение в факт.

Различия между МКБ-10 и МКБ-11

Преподаватель спросил ординатора: «Какое у вас положительное доказательство F20.6?» — «Нет голосов». — «Это только одно условие. Какие изменения вы наблюдали?» Ординатор вернулся к карте: раньше организовывал команду, затем личная инициатива постепенно угасала; усиливались негативные признаки в речи и эмоциональном выражении; снизился уровень деятельности в учебе, дома и в отношениях. Длительность — семнадцать месяцев. Только после этих сведений можно обсуждать предположение F20.6. [1, 2]

Клиническое руководство ВОЗ прямо подчеркивает, что этот диагноз трудно установить уверенно. Если история развития неполна или хроническая депрессия лучше объясняет все течение, обоснованно описать наблюдаемый синдром и оставить этиологический вывод открытым. Слово «простая» не может служить поводом сократить обследование. [1]

В МКБ-11 прежние клинические типы шизофрении, включая простую форму, не сохранены как отдельные диагнозы. Для шизофрении проверяют собственные диагностические требования новой классификации. Нельзя автоматически переносить запись F20.6 из карты МКБ-10 в код шизофрении МКБ-11. Указание названия и версии классификации позволяет следующему врачу правильно прочитать заключение. [5]

Пример объяснения Сардору. «Мы видим, что вам действительно стало труднее возвращаться к учебе и начинать день. Сопоставляем с прежними сведениями, с какого времени это происходит и с чем связано. А какую помощь можно использовать, чтобы облегчить повседневную жизнь, начнем пробовать уже сегодня».

План наблюдения и помощи

Сардор не выбрал возвращение в футбол первой целью. «Мне нравился кабинет черчения. Если поговорить с преподавателем, можно заходить туда на полчаса?» Цель, выбранная пациентом, конкретнее семейного желания «пусть станет разговорчивым, как раньше». С его согласия преподавателю написали сообщение с просьбой подобрать удобное время. Первая задача — перенести размеры готовой детали на чертеж.

На следующем приеме недостаточно спросить только о том, пошел ли он. Кто написал сообщение, кто определил время, как он добрался до мастерской, на каком месте остановил выполнение задачи, от чего

получил удовольствие? Эти сведения направляют следующий небольшой шаг. Если в день пропуска не ходил автобус, не записывайте это как доказательство ухудшения болезни.

Выбор лечения связывают с обоснованным клиническим состоянием. При выявлении сопутствующих депрессии, тревоги, расстройства сна или употребления веществ предлагают соответствующую помощь. Одно лишь снижение активности или предположение, что в будущем может возникнуть психоз, не является основанием начать антипсихотик. NICE не рекомендует назначать антипсихотики людям с повышенным риском психоза исключительно для его профилактики. При появлении нового выраженного психоза путь оценки и лечения меняется. [4]

В плане повторного обращения указали индивидуальные признаки: если Сардор в течение дня не может пить или есть, появляются новые голоса или твердая убежденность в преследовании либо он выражает намерение причинить себе вред, планового приема не ждут. Участие семьи согласовывают с выбором Сардора и его безопасностью.

Самостоятельный кейс и клиническая запись

Малика, 24 года. Два года редко выходит из дома, не ходит на работу. Семья прочитала название «простая шизофрения». В отдельной беседе с Маликой выяснилось, что она ухаживает за больной матерью, просыпается по три-четыре раза за ночь, дома выполняет переводы для клиентов и переписывается с подругами. Для возвращения на работу она ищет человека, который будет днем присматривать за матерью.

Решение. Выходов из дома стало меньше, и это длится долго. Однако у Малики сохранены инициатива, целенаправленный труд и поддержание отношений. Доказательств усиления негативных признаков и всеохватывающего функционального снижения нет. Сейчас ей подходит оценка нагрузки по уходу, сна, настроения и потребности в практической помощи. Сам срок «два года» не обосновывает F20.6.

Пример записи для Сардора. «За семнадцать месяцев документированы постепенные изменения прежнего поведения и интересов, снижение инициативы и речевой продуктивности, а также функциональные утраты в нескольких сферах жизни. В собранном анамнезе нет доказательств прежнего выраженного психотического эпизода. В рамках МКБ-10 рассматривается F20.6. Продолжается наблюдение по недостающим сведениям о периоде и альтернативным причинам. Согласована выбранная пациентом задача для возвращения к учебе».

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. Клинические описания и диагностическое руководство МКБ-10. F20.5 и F20.6. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

[2] ВОЗ. Исследовательские критерии МКБ-10. F20.6. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] Galderisi S и соавторы. Руководство Европейской психиатрической ассоциации по оценке негативных симптомов. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.11

[4] NICE CG178. Оценка риска психоза и помощь. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[5] Reed GM и соавторы. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18(1):3–19. https://doi.org/10.1002/wps.20611

ГЛАВА 25

F20.8 ДРУГИЕ ТИПЫ ШИЗОФРЕНИИ

«Внутри что-то скручивается, а потом отпускает. Когда пытаюсь объяснить, люди странно на меня смотрят». После этих слов 34-летний Нодир замолчал. Врач спросил: «Что именно вы чувствуете, когда говорите “скручивается”? Как вы сами объясняете это ощущение?» Первый вопрос раскрывает качество ощущения, второй — смысл, который пациент ему придает. Ответы на оба важны для диагноза.

В предыдущей главе мы по месяцам восстанавливали изменения в жизни Сардора. В этой главе к временной последовательности добавляется еще одна задача. Как из собственных слов пациента обосновать симптом, из совокупности симптомов — синдром, а из синдрома и течения болезни — код МКБ-10?

В клиническом руководстве МКБ-10 Всемирной организации здравоохранения в рубрику F20.8 включены сенестопатическая шизофрения и шизофреноформное расстройство без дополнительного уточнения. Эти два термина в рубрике пришли из разных клинических традиций и традиций документирования. Ошибочно понимать их как одинаковый набор симптомов. [1]

Клинический вопрос главы

Когда странное ощущение в теле пациента остается самостоятельной жалобой? Какие дополнительные сведения дают основание рассматривать его в составе психотического синдрома? Нодир и другие персонажи — учебные кейсы, созданные для отработки этих вопросов.

Уточнение телесного переживания

В клинической беседе сначала запишите выражение пациента без изменений. Фраза «внутри проходит ток» может означать покалывание, страх, мышечный спазм или убежденность во влиянии внешней силы. Само слово «ток» не показывает, какая из этих возможностей верна.

Парестезия (paresthesia — ощущение онемения, покалывания). Человека, который говорит «пальцы покалывают», спросите, в каких пальцах, когда и в каком положении это начинается. Область тела, связь по времени с движением, соматическим состоянием и лекарствами направляют последующий осмотр.

Сенестопатия (cenesthopathy — трудноописуемое телесное ощущение, кажущееся пациенту чуждым). В описании «внутри будто сгибается вдоль» обратите внимание на слово «будто». Нодир использует сравнение или верит, что орган действительно меняет форму? Можно спросить: «Вы говорите образно или считаете, что именно так и происходит?»

Соматический бред (somatic delusion — патологическое убеждение о теле, с трудом изменяемое доказательствами). Отдельно изучают его содержание, стойкость, культурную среду и влияние на поведение. Результат обычного обследования или продолжающаяся боль пациента сами по себе не доказывают бред. [1, 2]

Первая беседа с Нодиром

«Помните, когда началось это ощущение?» Нодир рассказал, что впервые почувствовал его весной во время работы в мастерской. Сначала оно длилось несколько минут. Позднее стало появляться и дома во время отдыха. Нодир не ушел с работы, но был вынужден садиться посреди разговора с клиентом. Общее описание «не может работать» потеряло бы эту подробность.

«Что еще происходит с вами в это время?» Нодир сообщил, что последние семь недель почти каждый день слышал свою мысль повторно в виде голоса. «Сначала думаю сказать клиенту: “приходите завтра”. Еще не произнеся этого, слышу эту фразу». Врач на примерах уточнил различие между внутренней речью, мысленным повторением одной мысли и звучащим эхом мысли (thought echo). [1]

«Насколько опасным это вам кажется? Что вы делали, чтобы остановить боль или страх?» Нодир сказал, что только выходил с рабочего места в более тихое место. Врач спросил также о мыслях о самоповреждении, приеме пищи и воды. Запись «не говорил о причинении себе вреда» и конкретный ответ на этот вопрос дают неодинаковую информацию.

Первое рабочее заключение

К необычным телесным ощущениям присоединился второй феномен, который может быть психотическим переживанием. Следующая задача — проверить его длительность и связь с эпизодами настроения, лекарствами или веществами и соматическим состоянием. [1, 2]

От симптома к диагнозу МКБ

Общие клинические критерии F20 МКБ-10 требуют, чтобы характерные признаки наблюдались большую часть времени на протяжении как минимум одного месяца. Нужен хотя бы один очень отчетливый признак из первой группы либо как минимум два признака из следующей группы. При слабо выраженных признаках первой группы требуются дополнительные доказательства. Эхо мыслей относится к первой группе. По одной сомнительной фразе нельзя считать критерий выполненным. [1]

Какие данные у Нодира весомы? На нескольких приемах он приводил разные примеры эха мыслей. Телесные переживания занимали ведущее место. Сведения семьи, предоставленные с его согласия, уточнили время изменений на работе. Член семьи не может свидетельствовать о том, что слышал Нодир. Для этой части основой стал подробный рассказ пациента.

Какие данные еще нужны? Время начала депрессивного или маниакального эпизода, история психоактивных веществ и лекарств, соматический и неврологический осмотр. Если эти факторы лучше объясняют признаки, диагноз меняется. Однократный нормальный анализ не исключает всех медицинских причин. [1, 2]

Продолжение учебного кейса. При наблюдении ведущего эпизода настроения не выявлено. Доказательств воздействия вещества или неврологического заболевания не найдено. В обсуждении обоснованы общие критерии F20, а из-за преобладающей сенестопатической картины выбрана F20.8. В заключении также указали, какие клинические сведения могут изменить это решение.

Три близких кода

F20.3 — недифференцированная шизофрения. Активная клиническая картина отвечает общим критериям F20. Она недостаточно соответствует одной из параноидной, гебефренической или кататонической форм либо признаки нескольких форм смешаны и ни одна не преобладает. В МКБ-10 при рассмотрении этой рубрики учитывают также критерии резидуальной шизофрении и постшизофренической депрессии. [1]

F20.8 — другие типы шизофрении. При обсуждении Нодира врач может точно назвать клиническую картину, которую имеет в виду: сенестопатическая форма с преобладанием телесных переживаний. В записи отдельно указывают признак, обосновывающий F20, временной критерий и ведущую картину. [1]

F20.9 — шизофрения неуточненная. Диагноз шизофрении обоснован, но подробностей о форме недостаточно. Например, в прежних записях история заболевания изложена достаточно, а в нынешней короткой выписке мало данных для определения формы. Если неясна сама F20, выбор F20.9 не устраняет эту неопределенность. [1]

Упражнение. В направлении есть лишь строка «странно ходит, говорит, что внутри все вращается». Какой код вы выберете? Пока достаточных оснований нет ни для одного из этих трех кодов. Сначала нужны собственный рассказ пациента, психический статус, история течения и соматический осмотр. Говоря «недостаточно данных», укажите, для какого именно решения их не хватает.

Второй кейс и дифференциальная диагностика

Дилором, 46 лет. «Внутри ног будто муравьи ползают». Она говорит это как сравнение. Ощущение началось с обеих стоп. При выключенном свете ходить стало труднее. На осмотре выявлено снижение чувствительности. В анамнезе сахарный диабет. Она не описывала голосов, внешнего воздействия на мысли или убеждения о наличии живого существа в теле.

Рассуждение. Слова Дилором образны, но распространение ощущений и результат осмотра направляют к исследованию периферической нервной системы. Если переписать слово «муравьи» как галлюцинацию, это изменит все заключение. Новая соматическая жалоба у человека с психическим заболеванием в анамнезе требует такого же внимания. [2]

Еще три направления

Если длительно преобладает стойкое убеждение, связанное с телом, а другие характерные для F20 признаки не наблюдаются, изучите критерии хронического бредового расстройства. Если одновременно возникли тяжелая подавленность, чувство вины и убеждение «мои органы перестали работать», проверьте вероятность депрессивного эпизода с психотическими признаками. Если изменения восприятия с колебаниями внимания и сознания начались в течение часов, неотложно оценивают делирий и его медицинские причины. [1, 2]

Контрольный вопрос. На чем основано изменение вашего мнения? У Дилором — на локализации ощущений и результатах осмотра. У Нодира — на присоединившемся к телесному ощущению психотическом переживании, уточненном по времени.

Чтение диагноза в старом документе

В выписке написано «schizophreniform disorder NOS». Обозначение NOS (not otherwise specified — без дополнительного уточнения) показывает степень подробности названия диагноза. Руководство МКБ-10 ВОЗ включает именно этот термин в F20.8. Однако при сходном названии из другой классификации нужно узнать, какая классификация использована в исходном документе. [1]

Третий кейс. В первой больничной записи Жахонгира указано «острый шизофреноподобный психоз». Две недели назад он работал как обычно. Затем за несколько дней появились постоянные голоса и бред воздействия. Здесь слово «острый», дата начала и общая длительность напрямую влияют на диагностическое решение.

В МКБ-10 F23.2 — острое шизофреноподобное психотическое расстройство. Это отдельная от F20.8 рубрика. При остром начале и характерной для шизофрении картине, когда месячный временной критерий еще не выполнен, проверяют критерии F23.2. Если признаки сохраняются, код пересматривают. Одна ка-

лендарная дата не меняет диагноз автоматически: синдром и альтернативные причины тоже пересматриваются. [1]

Четыре сведения, которые нужно извлечь из выписки

Запишите исходный диагноз точно. Укажите версию классификации. Восстановите даты начала и исчезновения признаков. Отделите заключение следующего приема от прежней записи. Тогда читатель поймет, почему в документах одного человека появились разные коды.

Совместное составление плана лечения

Нодир прежде всего хотел вернуться в мастерскую. Он выразил опасение, что после лекарства станет сонливым: «Я работаю со станком». Эта фраза влияет на выбор препарата, безопасность работы в первые дни и то, о каком нежелательном эффекте нужно активно спрашивать. План учитывает и рабочие условия пациента.

При первом психотическом эпизоде NICE рекомендует предлагать пероральный антипсихотик вместе с индивидуальной когнитивно-поведенческой терапией и семейным вмешательством. Препарат выбирают совместно с пациентом. Обсуждают прежний ответ, двигательные, метаболические, гормональные и сердечно-сосудистые нежелательные эффекты. Название сенестопатической формы не определяет конкретный препарат или рецептор. [2]

Исходная запись. Оценивают вес, окружность талии, пульс, артериальное давление, глюкозу крови или HbA1c, липиды, пролактин и двигательные нарушения. Спрашивают о питании и физической активности. Показания к ЭКГ зависят от характеристик препарата, сердечно-сосудистого риска и условий госпитализации. Результаты сравнивают с последующими измерениями. [2]

Пример беседы. «Я понимаю, что это ощущение вас изматывает. Давайте вместе наблюдать, когда оно усиливается и как мешает работе». С этой точки в психотерапии исследуют смысл переживания, реакцию на него и избегающее поведение. С согласия пациента близкие тоже могут научиться тому, какую помощь оказывать при определенных изменениях.

Следующий прием и клиническая запись

В учебном кейсе на следующем приеме Нодир сказал: «Скручивание внутри еще есть. Но я полдня работал с учеником». Если записать только «симптом сохраняется», потеряется достижение в повседневной деятельности. Если записать только «вернулся к работе», будет скрыто, насколько ощущение все еще мучает его.

При повторной оценке спросите Нодира: «Сколько дней за последнюю неделю вы слышали эхо своих мыслей? Могли ли продолжать работать, когда звучал голос? Какие новые ощущения появились после начала лекарства?» Если он говорит «теперь не могу сидеть», уточните внутреннее беспокойство и потребность непрерывно двигаться. Акатизия (akathisia) может быть связана с лекарством. Ее трактовка как усиления болезни приводит к ошибочному решению о лечении. [2]

Фрагмент учебной истории болезни

«Ведущая жалоба — повторяющееся труднообъяснимое телесное ощущение. На нескольких примерах описал эхо мыслей в большинство дней на протяжении семи недель. В беседе и наблюдении преобладают телесные переживания. Собранные данные поддерживают F20.8, сенестопатическую картину. Цель на-

блюдения — совместно оценивать психотические признаки, беспокойство, переносимость препарата и безопасное возвращение к работе».

В запись отдельно включайте слова пациента, признаки, наблюдаемые врачом, и основанную на доказательствах интерпретацию. Появившиеся позднее объективный неврологический признак, изменение сознания или эпизод настроения служат основанием проверить прежний вывод заново. [1, 2]

Самостоятельное клиническое обсуждение и источники

1. Какой первый вопрос вы зададите пациенту, который говорит «в теле будто натянут провод»? Пример: «Когда вы в последний раз испытывали это ощущение? Расскажите с начала, что тогда произошло». Отдельно выделите в ответе сведения об ощущении, убеждении и поведении.

2. Если выяснится, что переживание Нодира, записанное как эхо мыслей, на самом деле было мысленным планированием завтрашней работы, что вы пересмотрите? Исчезает главное доказательство, приведенное для F20. Нужно заново оценить, удовлетворяют ли оставшиеся признаки общим критериям самостоятельно.

3. У Жахонгира признаки быстро исчезли. Почему слова «шизофреноподобный» в больничном документе недостаточно? Острое начало, длительность и течение дают основания рассмотреть другую рубрику, например F23.2. Уточняют исходный диагноз и его классификацию. [1]

4. Какими двумя результатами вы оцените эффективность лечения Нодира? Например, еженедельным изменением беспокоящего его переживания и способностью безопасно выполнять значимую для него работу. Нежелательные эффекты также фиксируйте отдельно. [2]

Для чтения и проверки

[1] ВОЗ. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Разделы F20, F20.3, F20.8, F20.9 и F23.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

[2] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. Разделы об оценке, первом эпизоде и наблюдении за лечением. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

ГЛАВА 26

F20.9 ШИЗОФРЕНИЯ НЕУТОЧНЕННАЯ

«Доктор, в моей бумаге вы написали “неуточненная”. Значит, прежнее лечение было напрасным?» Мехринисо достала из папки две выписки. В первой были признаки, наблюдавшиеся в больнице, и их длительность. Во второй оставались только код диагноза и название лекарства. Врач положил оба документа рядом. «Сначала посмотрим, что нам известно достоверно. Потом я объясню, какой вопрос остается открытым».

В МКБ-10 F20.9 — шизофрения неуточненная (schizophrenia, unspecified). Клинический смысл: основания для диагноза шизофрении есть, но данных для указания определенной формы недостаточно. Из этого кода нельзя узнать тяжесть эпизода, его текущую активность или трудоспособность пациента. На каждый из этих вопросов нужен отдельный ответ. [1, 2]

В главе 25 мы подробно описали ведущие переживания Нодира и увидели, почему выбрана F20.8. В истории Мехринисо сохранившихся сведений достаточно для обоснования шизофрении, но недостаточно, чтобы восстановить, какой синдром преобладал в прежнем приступе.

Три кейса главы составлены в учебных целях. Читая их, держите в уме один вопрос: новые сведения изменят название диагноза, нынешнюю помощь или и то и другое?

Восстановление истории болезни Мехринисо

Мехринисо, 39 лет, швея. После переезда в другой город пришла для продолжения лечения. «Сейчас голосов не слышу. Утром трудно просыпаться. Боюсь обещать клиентке, что платье будет готово до обеда». Ее сегодняшняя цель конкретна — раньше начинать рабочий день. Наряду с чтением старых документов нужно найти ответ и на эту жалобу.

Наблюдение пятилетней давности. В первой выписке записано, что на протяжении семи недель в большинство дней пациентка слышала свою мысль как голос еще до ее произнесения. В беседах фиксировались конкретные примеры. Этот феномен называется эхом мыслей (thought echo). Записи приемов уточняли различие между мысленным повторением мысли и слышанием ее как голоса. Прежняя команда изучила эпизоды настроения, вещества и медицинские причины и обосновала диагноз шизофрении. [1]

Чего не хватает? Мехринисо плохо помнит отдельные недели того периода. Выписка не раскрывает, как в течение эпизода менялись речь, эмоциональное выражение и двигательное состояние. Отсутствующую строку нельзя читать как «признака не было».

Результат беседы. Доказательства F20 сохранились. Ведущую картину того эпизода пока нельзя надежно определить. При этом начало утренней сонливости, время приема лекарства, ночной сон и рабочий график изучают уже сегодня.

Переход от жалобы к синдрому

Вместо вопроса пациентке «Был ли тогда психоз?» выберите один день, который она может вспомнить. Мехринисо вспомнила день, когда шила платье на свадьбу младшей сестры. «Подумала, что надо поменять иглу. Еще не открыла рот, а уже услышала эту фразу». «Вы посмотрели, не сказал ли это кто-то? Чем это отличалось от обычных слов в мыслях?» Такие вопросы помогают исследовать переживание, не сообщая пациентке термин заранее.

Для анамнеза заболевания (anamnesis morbi) определите три временные точки: период, когда человек в последний раз жил как обычно, первый характерный признак и период изменения повседневной деятельности. Если даты приблизительны, так и запишите. «Началось весной» и «началось 12 марта» имеют разную точность.

Анамнез жизни (anamnesis vitae) помогает понять прежнюю деятельность. Любила ли Мехринисо и раньше работать вечером? Наблюдались ли в семье эпизоды настроения или психоз? Наследственные сведения дополняют клиническую картину, но сами по себе не определяют диагноз.

Критика к своему состоянию (insight) также разделяется на составляющие. Мехринисо относит переживания, связанные с голосами, к периоду болезни. Одновременно у нее есть вопросы о пользе лекарства и нежелательных эффектах. Записывать «нет критики» вместо «хочет обсудить лекарство» — значит искажать ее реальную позицию. [1, 3]

Для какого кода достаточно доказательств?

F20.9. В примере Мехринисо сохранились длительность, характерный феномен и прежняя клиническая оценка, поддерживающие общий диагноз. Положительных доказательств определенной формы не хватает. Назовите в записи именно эти недостающие сведения. [1, 2]

F20.3 — недифференцированная шизофрения. Для обсуждения этого кода картина активного эпизода должна быть достаточно известна. Тогда оценивают соответствие критериям определенной формы либо показывают смешение признаков разных форм без преобладания одной. Строка «сведения о речи и движениях не сохранились» не доказывает смешанной картины. [1]

F20.8 — другие типы шизофрении. Врач может описать определенную клиническую картину, соответствующую рубрике, например сенестопатическую форму. Здесь для решения есть дополнительные доказательства. [1]

F29 — неуточненный неорганический психоз. Наличие психотического расстройства обосновано, но доказательств для более точной классификации неорганического психотического расстройства недостаточно. Если проверяются изменение сознания, интоксикация или медицинская причина, прямо укажите это в рабочем заключении. F29 тоже не является кодом для всех неясных состояний. [1, 2]

Проверьте себя. Над записью «форма неизвестна» попробуйте написать «что известно?». Если ваш ответ лишь «пациент слышал голоса», решающий шаг для обоснования F20.9 еще не выполнен.

Во втором кейсе время меняет решение

Бехруз, 24 года. Старший брат привел его, потому что он не спит ночью и говорит, что из комнаты доносятся голоса. Семья наблюдает за ним два дня. Сам Бехруз говорит, что беспокойство началось несколько дней назад. На приеме он убежден, что люди в соседней комнате говорят о нем. Данных о прежнем психозе нет.

Первое заключение. Нужно оценить психотические признаки, временную последовательность, соматическое состояние и безопасность. В обычных общих клинических критериях F20 МКБ-10 период характерных признаков составляет как минимум один месяц. Двухдневное наблюдение семьи не доказывает ни того, что болезнь началась ровно два дня назад, ни того, что она длится месяц. [1]

В отдельной беседе Бехруз сообщил, что за последнюю неделю принимал неизвестное стимулирующее вещество. «До приема эти голоса уже были? С кем вы были в тот день? Не могли заснуть или казалось,

что потребность во сне снизилась?» Ответы позволяют сопоставить вероятность действия вещества, мании и первичного психоза. Само употребление вещества не доказывает причинной связи. [1, 3]

Учебная задача. Опишите оказанную Бехрузу помощь и заключение о коде двумя отдельными предложениями. Первое должно отражать сегодняшнее обследование, безопасность и помощь, направленную на симптомы. Второе — необходимость уточнить прежний эпизод, временную связь с веществом и длительность признаков.

В третьем кейсе пересмотреть старый код

Гульчехра, 32 года. В одной из прежних выписок есть код F20.9. На приеме она говорит быстро, запланировала открыть несколько новых предприятий, три ночи спала очень мало, но чувствовала бодрость. Нужно спросить, когда возникло убеждение «мне даны особые полномочия». Прежний код не должен мешать исследованию сегодняшнего эпизода настроения.

Составьте временную линию. На первой строке разместите изменения активности, потребности во сне и настроения. На второй — бред, голоса или переживания воздействия на мысли. На третьей — вещества и лекарства. Отметьте, о каком признаке сообщил пациент, какой видел близкий и какой содержится в документе того дня.

Продолжение кейса. Когда получили прежнюю полную запись, выяснилось, что и в первом эпизоде повышение активности и снижение потребности во сне начались до психоза. После стабилизации настроения бред тогда тоже исчез. Эти данные повышают вероятность аффективного психоза. Эпизоды подробно пересматривают и сопоставляют также критерии биполярного и шизоаффективного расстройств. [1, 3]

Что меняется в записи? Код в старом документе остается историческим сведением. Для нынешнего диагноза записывают пересмотренные доказательства и основу дальнейшего решения. Понятное пациентке объяснение может быть таким: «Раньше у нас была только короткая выписка. Теперь мы знаем, когда начались изменения сна и настроения. Это дает основания пересмотреть план лечения».

Оценка тяжести и срочности

Запись в конце приема «F20.9, состояние удовлетворительное» дает следующему дежурному мало информации. Может ли этот человек сегодня пить воду? Чувствует ли себя в безопасности, возвращаясь домой? Если голоса приказывают, как он до сих пор отвечал на них? Какое дело способен выполнить без помощи? Срочность осмотра определяют ответы на эти вопросы. [3]

Мехринисо говорит, что сейчас не слышит голосов и самостоятельно принимает заказы. Но за последнюю неделю дважды опоздала на работу. Конкретный результат для наблюдения — во сколько уменьшается сонливость и сколько рабочих дней ей удалось начать согласно своему плану. Тяжесть прежнего эпизода не дает готового ответа о сегодняшней деятельности.

У Бехруза другой приоритет. Если, убегая от голоса, он выходит на дорогу, несколько дней не пьет воду или сообщает о намерении причинить себе вред, обеспечивают неотложную оценку и безопасные условия. При колебаниях сознания, лихорадке или новом неврологическом признаке необходимо срочно проверить соматическую причину. [1, 3]

Пример записи. «Заданы вопросы о суицидальных мыслях, намерении и плане. Отдельно зафиксированы ответ пациента, прежние действия, нынешние защитные факторы и то, с кем он будет ночью». Записывают и действия, соответствующие результату беседы. Два слова «риска нет» не объясняют следующему врачу, какое решение принято.

План лечения и цель пациентки

Когда Мехринисо просит изменить лекарство, сначала выясните, что она хочет сохранить. «Боюсь, что голоса вернутся. Но мне нужно и работать утром». Эти две цели становятся отправной точкой обсуждения лечения. Восстанавливают текущий препарат, дозу, время приема, другие средства, режим сна и последствия прежних изменений.

При оценке антипсихотического лечения вместе фиксируйте целевой симптом, прежнюю эффективность и нежелательный эффект. Не связывая сонливость сразу с лекарством, спросите, когда она началась и совпала ли с изменением дозы. В план включают контроль артериального давления, веса и метаболических показателей, а также двигательных нежелательных эффектов. Решение о смене препарата принимают индивидуально. [3]

При первом психотическом эпизоде NICE рекомендует предлагать вместе с пероральной антипсихотической терапией индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию психоза и семейное вмешательство. При длительном наблюдении повторно оценивают эффективность имеющегося лечения, желания пациента, семейные условия и профессиональные потребности. [3]

Договоренность с Мехринисо. Одну неделю она кратко записывает время пробуждения, сонливость и час начала работы. На следующей встрече эти записи сопоставят с лекарственным анамнезом. Учитывая, что раньше перед приступом сокращался сон, заранее договариваются, к кому и как она обратится при повторении такого изменения.

Пример записи в истории болезни

Обращение и цель. «Мне трудно просыпаться. Хочу начинать работу утром». Пациентка обратилась для длительного наблюдения по новому месту жительства. С ее согласия изучены прежние выписки. Время начала основной жалобы сопоставляется с историей приема лекарств.

Обоснованный диагноз. По МКБ-10 ВОЗ F20.9 — шизофрения неуточненная. Повторные клинические записи прежнего эпизода указывают на характерное эхо мыслей и семинедельную длительность. Из тогдашней оценки известно, что рассматривались аффективные, связанные с веществами и соматические причины. Для подтверждения определенной формы не хватает сведений о соотношении синдромов в эпизоде. [1]

Нынешнее состояние. В беседе пациентка последовательно отвечала на вопросы. Сообщила, что сейчас не слышит голосов. Продолжает заниматься шитьем. Утренняя сонливость мешает начинать работу. Текущие риски, остальные части психического статуса и результаты соматического осмотра фиксируют в фактически установленном объеме.

План и условия пересмотра. Уточнение списка прежнего лечения, оценка нежелательного эффекта, наблюдение за сном и рабочей деятельностью. Если поступит полный эпикриз, на его основании пересмотрят форму. Если появятся данные о новом эпизоде настроения или медицинском факторе, пересмотрят и общий диагноз.

Фраза для пациентки: «Слово “неуточненная” в документе относится к форме болезни. Важный для вас вопрос сегодня — начинать рабочий день с хорошим самочувствием. На следующей встрече оценим это вместе».

Самостоятельное обсуждение и источники

1. В выписке на одной странице написано: «Получал антипсихотик, состояние улучшилось». Чего не хватает для F20.9? Неизвестно, какой симптом лечили, сколько он длился и как оценивали другие причины. Сам ответ на лекарство не обосновывает F20. [1, 3]

2. Диагноз шизофрении обоснован. В прежней записи сказано: «Есть и параноидные, и кататонические признаки». Поспешите ли вы выбрать F20.3? Прочтите о тяжести обоих признаков, их соотношении во времени и месте в общей клинической картине. Наличие двух названий рядом еще не показывает, что ни одно не преобладает. [1]

3. Какие новые сведения могут изменить план лечения Гульчехры? Последовательность изменений потребности во сне, активности и психотических признаков в каждом эпизоде. Эти данные ведут к повторной оценке аффективного течения заболевания. [1]

4. Что можно сказать, если Мехринисо спросит: «Я выздоровела?» Обсудите ее собственными словами, от каких переживаний она сейчас избавилась, насколько восстановилась повседневная деятельность и какие трудности сохраняются. Последняя цифра кода не отвечает на эти три вопроса.

Источники и дополнительная литература

[1] ВОЗ. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F20–F29. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

[2] ВОЗ. ICD-10, 2019. Рубрики F20–F29. https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20-F29

[3] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178, клинические рекомендации. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

ГЛАВА 27

ПОЗИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ И АНТИПСИХОТИКИ

«Пусть голос хотя бы станет тише. Я хочу есть с дочерью, не уходя из-за стола». Дилшод, 36 лет, за последнюю неделю почти каждый вечер вставал из-за стола раньше семьи. Жена описала это как «перестал быть с нами». Дилшод назвал другую причину: во время ужина слышал обвиняющий его голос и уходил в другую комнату, чтобы дочь не испугалась.

За поведением, которое на первый взгляд похоже на социальное отстранение, стоит страдание от голоса. Для определения цели лечения это различие решающее. Если беседа заканчивается лишь записью «отдалился от семьи», на следующем приеме врач не сможет оценить, на какое переживание повлияло лекарство.

Позитивный симптом (positive symptom) — переживание или признак, добавившийся к обычной психической деятельности. Примеры — галлюцинация и бред. Слово «позитивный» не означает, что признак приятен пациенту. Для оценки антипсихотического лечения отдельно фиксируем само переживание, вызванное им страдание и последствия в повседневной жизни. [1, 2]

Дилшод и другие персонажи следующих страниц созданы в учебных целях. Читая кейсы, помните вопрос: что пациент должен снова суметь сделать завтра, чтобы почувствовать пользу лечения для себя?

Беседа о голосе

После закрытого вопроса «Вы слышите голоса?» верните беседу к одному конкретному событию. «Что случилось вчера во время еды? Помните услышанные слова?» Дилшод рассказал о мужском голосе: «Ты опять опозорил отца». Голос обращался к нему. Прямого приказа в его словах нет. Но чувство стыда было настолько сильным, что Дилшод вышел из комнаты.

Слуховая галлюцинация (auditory hallucination) — переживание слышания звука или речи при отсутствии соответствующего внешнего источника звука. Врач спрашивает, когда возникло переживание, не было ли это около сна или пробуждения, звучал ли рядом реальный голос и сколько все длилось. Пациент может указать голос «внутри головы» или «около двери». Одна локализация голоса не определяет диагноз. [1]

«Он просил вас что-то сделать? Что, по-вашему, произойдет, если не выполнить? Что вы делали раньше в такие моменты?» При приказывающем голосе оценивают содержание требования, веру в него, намерение выполнить, прежние действия и возможность причинить вред себе или другим. При непосредственной угрозе немедленно организуют безопасные условия и неотложную помощь. [2]

Исходная запись для наблюдения: «Слышал голос в шесть из последних семи вечеров. Четыре раза оставлял еду недоеденной. Страдание во время голоса оценивает в восемь из десяти баллов». Эти числа — индивидуальная точка сравнения для последующей беседы с Дилшодом.

Отличать бред от реальной угрозы

Мавлуда, 29 лет, сказала: «На работе читают мои сообщения». Если врач, не выслушав рабочую ситуацию, запишет это как бред преследования, он может упустить реальное нарушение конфиденциальности. Сначала он спросил: «Расскажете о самом конкретном событии, которое привело вас к этой мысли?» Оказалось, коллега передал руководителю ее слова из общего рабочего чата. У этой части есть внешнее основание.

В ходе беседы Мавлуда сказала, что даже дома с выключенным телефоном коллеги знают ее еще не написанные мысли. Вопрос «Это ваше предположение или вы чувствуете, что они каким-то образом узнают ваши мысли?» разделил две подробности. Первая — реальный конфликт на работе. Вторая — переживание, будто мысли становятся известны другим (thought broadcasting). Изучают его начало, стойкость, другие признаки и культурное объяснение. [1]

Клиническое решение. При бреде (delusion) выясняйте не только содержание убеждения, но и придаваемый ему смысл, возможность рассмотреть альтернативное объяснение и влияние на поведение. Мавлуда собиралась написать заявление об увольнении. Практическая цель, которую можно обсудить с ней уже на приеме, — отложить труднообратимое решение на пике страха и спокойнее оценить ситуацию.

Можно сказать ей: «Я понимаю, что вас задело то, что ваше сообщение показали другому. Давайте отдельно рассмотрим, когда возникло чувство, что они знают и еще не написанные мысли».

Психотический синдром и диагноз МКБ

Само слышание голосов у Дилшода еще не дает диагноза F20. В беседе он также описал, что шесть недель в большинство дней два голоса обсуждают между собой его действия. В МКБ-10 такое переживание относится к значимым признакам шизофрении. Для диагноза вместе оценивают определенность симптома, временной критерий и альтернативные причины. [1]

Восстановите анамнез по неделям. Когда Дилшод стал пропускать работу? Когда сократился сон? Он хотел спать, но не мог из-за страха, или чувствовал бодрость даже при малом сне? Была ли до психоза или одновременно с ним выраженная мания или тяжелая депрессия? Проверяют также употребление веществ, новые лекарства и соматические заболевания в анамнезе. Колебания сознания, лихорадка или новый неврологический симптом требуют неотложной оценки острой медицинской причины. [1, 2]

В учебном кейсе прежние документы и осмотр не показали, что ведущим объяснением служат аффективный эпизод, действие вещества или медицинское состояние. В активном периоде преобладали слуховые галлюцинации и бред преследования. Выраженной дезорганизации речи или ведущей кататонии не наблюдалось. Клиническая команда обосновала диагноз F20.0 — параноидная шизофрения по МКБ-10 ВОЗ. [1]

Запись после кода: «Голоса мешают рабочему дню и еде с семьей. Ожидаемый результат лечения — уменьшение страдания от переживания и случаев ухода из-за стола». Это предложение связывает диагноз со следующим клиническим решением.

Что объясняет дофаминовая модель

Обычное событие иногда приобретает для пациента необычайный личный смысл. Например, если в автобусе смеются два человека, Мавлуда может заключить: «Они получили сведения обо мне». Модель ошибочного приписывания значимости (aberrant salience) пытается объяснить, почему нейтральный сигнал неожиданно кажется чрезвычайно важным. На конкретное содержание бреда влияют также личный опыт и ситуация. [3]

Нейровизуализационные исследования на уровне групп показали изменения синтеза и высвобождения дофамина в стриатуме у некоторых людей с шизофренией. Обсуждается и ассоциативный стриатум. Из этих данных не следует категорический вывод «каждый голос возникает из-за избытка дофамина в мезолимбическом пути». В частности, по беседе с Мавлудой нельзя вычислить ее уровень дофамина. [3]

Многие антипсихотики воздействуют на дофаминовые D_2-рецепторы. Галоперидол — антагонист D_2 (antagonist — средство, препятствующее активации рецептора). Арипипразол — частичный агонист D_2 (partial agonist — средство, активирующее рецептор слабее полного агониста). Различия механизмов действия не гарантируют клинический результат заранее. [3, 4]

Вопрос для занятия. Что вы спросите после вопроса «Какой рецептор?» Для Дилшода ответ — влияние голоса на повседневную жизнь, ответ на прежнее лечение, двигательные нежелательные эффекты и необходимость сохранять бодрость на работе.

Выбор препарата вместе с пациентом

Дилшод принимает грузы на складе. «Боюсь стать вялым днем», — сказал он. В семье есть сахарный диабет. Поэтому при выборе наряду с ожидаемым влиянием на психотические признаки обсудили сонливость и метаболические эффекты. Спрашивают также о прежнем опыте пациента, сопутствующих заболеваниях, принимаемых лекарствах и о том, какой нежелательный эффект для него наиболее тяжел. [2, 5]

Галоперидол. Одна из основных тем обсуждения — экстрапирамидные нежелательные эффекты, такие как мышечная скованность, тремор и двигательное беспокойство. При рисперидоне внимания могут требовать повышение пролактина и двигательные признаки. Объяснение этих эффектов с самого начала помогает пациенту позже говорить о них без стеснения. [4, 5]

Оланзапин. На выбор влияет вероятность прибавки веса, метаболических изменений и сонливости. Арипипразол. Некоторые метаболические или связанные с пролактином эффекты могут быть меньше, чем у других средств, но возможно внутреннее двигательное беспокойство — акатизия (akathisia). При выборе сопоставляют индивидуальные особенности каждого средства. [4, 5]

Чтение доказательств. Метаанализ, сравнивший 32 пероральных антипсихотика, преимущественно включал острый период у взрослых с несколькими перенесенными эпизодами. Средний групповой результат не говорит, как именно Дилшод ответит на лекарство. В конце согласования важно, чтобы он мог своими словами ответить: «Какой пользы мы ждем и о каких ощущениях мне следует сообщить быстрее?» [5]

Начало лечения и первое наблюдение

До лечения запишите целевой симптом, цель пациента и нынешнюю выраженность. Оценивают вес, окружность талии, пульс, артериальное давление, глюкозу или HbA1c, липиды, пролактин, питание, физическую активность и имеющиеся двигательные нарушения. ЭКГ выполняют в зависимости от инструкции к препарату, сердечно-сосудистого анамнеза или риска, а также условий госпитализации. [2]

NICE рекомендует проводить антипсихотическое лечение как индивидуальную терапевтическую пробу, согласованную с пациентом. Начинают с низкой дозы в разрешенном диапазоне и постепенно корректируют по клиническому ответу и переносимости. Планируют пробу 4–6 недель в оптимальной дозе. При ухудшении, новом риске или тяжелом нежелательном эффекте оценку проводят немедленно. Обычно не рекомендуется начинать регулярный одновременный прием двух антипсихотиков. [2]

В первую неделю Дилшод сказал: «Теперь быстро засыпаю». Зафиксируйте изменение, затем вернитесь к целевому симптому: «Что вы теперь делаете, когда приходит голос? Вчера смогли закончить ужин?» Облегчение засыпания, дневную седацию (sedation — сонливость и снижение уровня бодрствования) и уменьшение психотического признака отслеживают отдельно.

При первом эпизоде планируйте лекарство вместе с психологической и семейной помощью. В индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии Дилшод может исследовать связь между смыслом, придавае-

мым голосу, чувством стыда и уходом из-за стола. В работе с семьей согласовывают конкретные действия, помогающие Дилшоду. [2]

Отличать акатизию от возбуждения

Третий кейс. Саида принимает антипсихотик две недели. Близкий сказал: «Весь день ходит. Болезнь усилилась». Но в отдельной беседе с Саидой появились новые сведения: «Голос стал тише. Но не могу держать ноги на месте. Если встану и похожу, немного легче». Жалоба возникла после повышения дозы.

При акатизии к внутреннему двигательному беспокойству могут присоединяться вставание, ходьба, непрерывные движения ногами. Вопрос «Почему вы ходите?» раскрывает функцию движения. У Саиды не нашли доказательств бегства от голоса, попыток спрятаться от кого-то или маниакальной целеустремленности. На приеме оценили, когда она может сидеть, насколько движение приносит облегчение, сон и страдание. [2, 4]

Клиническое решение. Сравните время изменения дозы со временем начала симптома. Пересмотрите также другие лекарства, альтернативные причины беспокойства, безопасность и нынешнюю тяжесть психоза. При вероятной акатизии повышение дозы может ухудшить состояние. Лечащая команда с учетом пользы и вреда пересматривает дозу или обсуждает смену препарата. [2, 4]

Пример для истории болезни: «Пациентка сообщает об уменьшении голоса. После изменения дозы появилась невозможность спокойно сидеть. При ходьбе частично облегчается. Двигательное беспокойство может быть связано с лекарством. С пациенткой обсуждены нежелательный эффект и варианты изменения лечения». Эта запись показывает следующему врачу, на чем основано каждое клиническое решение.

Как трактовать частичный ответ

На пятой неделе Дилшод все еще слышал голос. Но лишь в три из последних семи вечеров, а страдание оценил в четыре из десяти баллов. Из-за стола ушел только один раз. «В этот раз до конца выслушал рассказ дочери о школе», — сказал он. По сравнению с исходной записью есть положительные изменения частоты, страдания и повседневной деятельности. Полного исчезновения еще не достигнуто.

Следующий вопрос: «Какая трудность остается сейчас?» Дилшод сообщил об утренней сонливости. С ним обсуждают нынешнюю пользу, оставшийся симптом и риск на работе. Пять недель с начала эпизода не означают пять недель в оптимальной дозе. Для оценки лечебной пробы отдельно проверяют дату достижения дозы, регулярность приема и переносимость. [2]

Если ожидаемого ответа нет, повторно оценивают диагноз, дозу, длительность, фактический прием лекарства, психоактивные вещества, взаимодействия с другими препаратами и соматические заболевания. Причиной перерывов в приеме таблеток могут быть цена, нежелательный эффект, забывчивость или несогласие пациента с целью лечения. Каждая причина требует своего решения. [2]

Если два разных антипсихотика последовательно применялись в достаточной дозе и достаточно долго, а ответ неудовлетворителен, рассматривают клозапин. NICE указывает, что хотя бы в одной из этих проб должен применяться антипсихотик второго поколения, отличный от клозапина. Специальный мониторинг клозапина и обоснование резистентности к лечению — тема главы 31. [2]

Клиническое упражнение и источники

1. «Голос был и вчера». О чем еще спросить для оценки эффективности лечения? Спросите о длительности голоса, причиненном страдании и о том, что пациент мог делать в это время. Для Дилшода остаться за столом стало лично значимым результатом.

2. «Она снова непрерывно ходит». Какой вопрос нужен до изменения дозы? Пусть пациентка своими словами объяснит, почему ходит. Сопоставьте время изменения дозы, внутреннее двигательное беспокойство и динамику психотических симптомов.

3. «Принимал два лекарства, не помогло». Доказывает ли одно это устойчивость к лечению? Для каждого препарата восстановите название, принимаемую дозу, длительность, регулярность, нежелательные эффекты и изменение целевого симптома. [2]

Источники и дополнительная литература

[1] BO3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F20–F29. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

[2] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178. Особенно разделы 1.3.4–1.3.6 и 1.5.7. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

[3] Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5802623/

[4] Classics in Chemical Neuroscience: Aripiprazole. Обсуждение рецепторных механизмов и нежелательных эффектов. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5495458/

[5] Huhn и соавторы. Сетевой метаанализ сравнения эффективности и переносимости 32 пероральных антипсихотиков. Lancet, 2019. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303314/

ГЛАВА 28

НЕГАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

«Если дадут дутар в руки, играю. Вчера с дочерью сыграли две мелодии. Но если дутар стоит на полке, неделями не беру». Рустам, 38 лет, пришел на прием с супругой. Жена сказала: «Даже музыкой перестал интересоваться». Оба описывают одну неделю. Но слова Рустама добавляют важную подробность: вчера он получал удовольствие от музыки. Трудность в том, чтобы по собственной инициативе взять дутар и начать играть.

В главе 27 Дилшод уходил из-за стола, потому что его тревожил голос. Рустам тоже перестал участвовать во многом. Но его переживание другое. В клинической беседе к двум внешне одинаковым видам поведения задаем два разных вопроса: «Что вас испугало?» и «На каком шаге дела, которое хотели сделать, вы остановились?»

Негативные симптомы — снижение определенных сторон обычной психической деятельности. Они охватывают инициативу, удовольствие, стремление к общению, речь и эмоциональное выражение. При оценке сравнивают прежние возможности пациента, нынешние условия и его собственный опыт. Однократного молчания или малоподвижности недостаточно для установления причины. [1]

Персонажи главы созданы в учебных целях. На примере Рустама пройдем путь от беседы до клинической записи. В кейсах Зухры и Ботира увидим, почему дополнительный вопрос изменил план лечения.

Разграничить пять клинических признаков

Аволиция (avolition — снижение внутреннего побуждения начинать и продолжать целенаправленное дело). Если спросить Рустама «Вы вчера играли музыку?», он ответит «да». Если спросить «Кто взял дутар, кто выбрал мелодию и кто предложил продолжить?», узнаем, какая часть инициативы сохранена.

Ангедония (anhedonia — снижение переживания удовольствия или ожидания удовольствия от будущего занятия). «Что вы чувствовали, думая о том, чтобы поиграть в субботу? А во время игры?» Спрашивайте отдельно об ожидаемом удовольствии и удовольствии во время занятия. У одного человека они могут меняться по-разному.

Снижение стремления к социальному общению (asociality). При оценке важно не только с кем встречался, но и кого хотел видеть. У человека, чей друг переехал в другой город, встречи естественно становятся реже. Желание говорить по телефону или писать сообщения может сохраняться.

Алогия (alogia — уменьшение спонтанной речи и развернутых ответов). Задайте открытый вопрос. Соберите сведения об обычной речи пациента, языке беседы, слухе и доверии к собеседнику.

Уплощение аффекта (blunted affect — снижение эмоционального выражения в лице, интонации и жестах). На лице пациента, который говорит «я радовался игре с дочерью», может быть мало улыбки. В записи отдельно отразите названное им чувство и наблюдаемое вами выражение. Эти пять признаков у каждого пациента встречаются в разных соотношениях. [1]

Расспрос с восстановлением повседневной деятельности

На вопрос «Как проходит ваш день?» Рустам ответил: «Обычно». Врач выбрал вчерашний день. «Что первым вы сделали после завтрака?» Рустам открыл окно, заварил чай, затем сидел, глядя в телефон. «Что хотели сделать в телефоне?» Он прочитал сообщение ученика и отложил ответ. Ученик ему нравится. Говорит, что разговора не боится. Но начать звонок ему трудно.

Наблюдение близкого. Жена думала: «Даже чай заваривает, только когда я скажу». Вспоминая вместе, выяснили, что вчера Рустам сам заварил чай. Вместе с низкой активностью записывайте на конкретном примере и сохраненную инициативу. Это помогает начинать следующее занятие с действия, которое пациенту по силам.

История болезни. Когда появились трудности начала дела? Как было до приступа? Какие изменения наблюдались до смены лекарства? У Рустама после уменьшения голосов низкая инициатива осталась. Это дает основания рассмотреть вероятность первичного негативного симптома. Однако депрессию, сонливость, замедленность движений и рабочие условия еще проверяют. [1]

Пример записи. «За последние семь дней дважды играл на дутаре по предложению дочери и получал удовольствие. Сам не начинал. Знакомые короткие дела, например заваривание чая, иногда начинает самостоятельно». Оценка «ничего не делает» утратила бы эти различия.

Не пропустить депрессию

Зухра, 41 год, ранее перенесла приступ шизофрении. Последние три недели не звонила подругам. На прием принесла шарф дочери: «Не смогла довязать. Даже быть матерью не гожусь». Для врача «не закончила шарф» — сведения о деятельности. «Не гожусь быть матерью» — основание глубже спросить о чувстве вины и низкой самооценке.

«Само вязание кажется неинтересным? Или, когда берете в руки, начинаете винить себя?» Зухра выбрала второе. Рассказала, что ночью многократно обдумывает мелкие разногласия с дочерью и не ждет хорошего в будущем. Эти сведения повышают вероятность депрессивного синдрома. Оценивают сниженное настроение, безнадежность, сон, аппетит, временную связь с психозом и суицидальные мысли. При необходимости используют шкалу Калгари для оценки депрессии при шизофрении (CDSS). [1]

Врач прямо спрашивает: «Бывали моменты, когда вы не хотели жить или думали причинить себе вред?» При положительном ответе уточняют намерение, план, доступ к средствам, прежние действия и нынешние защитные факторы. При непосредственной угрозе организуют безопасные условия и неотложную помощь.

Связь с МКБ-10. Не всякая вялость после приступа является F20.4. Изучают признаки и длительность депрессивного эпизода, его соотношение с прежним эпизодом шизофрении и сохранившиеся признаки шизофрении. Негативные симптомы и депрессия могут встречаться одновременно. [1, 5]

Проверить действие лекарств и среду

Ботир, 47 лет, на осмотре медленно встал. Лицо было малоподвижным, голос тихим. Старший брат сказал: «Снова стал безразличным». Но Ботир сказал: «Хочу вывести внука на прогулку. Пока застегну пуговицы куртки, уже опаздываю». В этой фразе желание сохранено. Трудность — в выполнении движения.

Сопоставление времени. После изменения дозы появились мелкие шаги, замедленность движений рук и дневная сонливость. На осмотре оценивают мышечный тонус, скорость движений, тремор и походку. Воз-

можен лекарственный паркинсонизм. Уплощение аффекта, депрессия и неврологические заболевания также остаются в клиническом обсуждении. В зависимости от результата команда пересматривает пользу и вред лекарства. [1, 2]

Еще одна ситуация. Шахло шесть недель не ходила к соседке. «Хочется увидеться?» — «Да. Но люди на лестнице говорят обо мне». Здесь социальное желание есть, выход ограничивает страх. При уменьшении страдания от психотического переживания общение тоже может восстановиться. [1]

Вопрос для проверки среды. «Какие дела дома вы можете выполнять сами, а какие другие делают раньше вас?» Старший брат Ботира заметил, что вместо облегчения застегивания пуговиц он каждый день оставляет его дома. На следующей прогулке семья договорилась дать Ботиру достаточно времени. Это изменение проводят одновременно с проверкой действия лекарства.

Первичный и вторичный симптом

Первичный негативный симптом трактуют как непосредственное проявление шизофренического процесса. Во вторичный негативный признак вносят вклад психоз, депрессия, лекарственное двигательное нарушение, седация, употребление веществ или ограничения среды. У одного человека могут сочетаться несколько причин. «Преобладающие» указывает, какие признаки выражены больше, а «стойкие» — на сохранение во времени. Ни одно из этих слов само по себе не доказывает первичное происхождение. [1, 2]

Что дает более длительное наблюдение за Рустамом? Даже на неделе, когда сонливость уменьшилась, он не брал дутар сам. На встрече не сообщал о голосах или страхе преследования. Проверены настроение, боль, усталость и распорядок дня. Если дочь начинает, играет. Эти сведения усиливают рабочий вывод об аволиции. Если на следующем приеме появятся другие данные, заключение пересмотрят.

Инструменты измерения. BNSS (Brief Negative Symptom Scale) и CAINS (Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms) помогают систематически оценивать не только выражение, но и переживания, связанные с мотивацией и удовольствием. Сравнивая один и тот же инструмент во времени, фиксируйте период и условия оценки. Результат шкалы сам по себе не устанавливает причину. [1]

Решение по МКБ-10. Одной малоречивости или аволиции недостаточно для диагноза F20. Даже у человека с прежним диагнозом шизофрении запись негативных признаков не переводит его автоматически в F20.5. При оценке резидуальной формы проверяют всю историю течения и критерии этой рубрики. [5]

Почему становится трудно начать дело

Рустам получал удовольствие, играя мелодию. Но за день до этого думал: «Что изменится, если сыграю?» Два ответа позволяют лучше понять мотивацию. Человеку может быть необходимо получить удовольствие от деятельности, заранее представить его, запомнить результат и решить, что он стоит затрачиваемых усилий. Каждый из этих процессов изучают отдельно. [4]

В нейробиологических исследованиях сети с участием вентрального стриатума и лобной коры связываются с ожидаемым вознаграждением, обучением и выбором действия. Эти механизмы изучены на уровне групп. По фразе одного пациента «не взял дутар в руки» нельзя определить, активность какого рецептора снизилась или какой препарат ему подходит. [4]

Клиническое рассуждение. Если Рустам хочет начать мелодию, но теряет последовательность настройки инструмента, поиска нот и выделения времени, оценивают также исполнительные функции. Если знает все шаги, но не может представить будущее удовольствие, беседа идет в другом направлении. Если болит рука, это еще одно препятствие. Единственный вывод «мотивация низкая» скрывает все три ситуации.

Вопрос пациенту. «Можете вспомнить одну лучшую минуту вчерашней игры? Какую именно мелодию вы хотели бы начать в следующий раз?» Рустам вспомнил момент, когда дочь подпевала. Вместо общего «больше заниматься музыкой» в план включили совместно выбранную мелодию.

Какого результата можно ждать от лекарства

Сначала выберите причину, которую можно изменить. Шахло мешал выходить бредовой страх. В ее лечении мишенью будут психотическое переживание и причиняемое им страдание. У Ботира исследуют замедленность движений и сонливость. У Зухры оценивают депрессивный синдром и риск. Во всех трех случаях внешняя активность может улучшиться, но механизм улучшения различен. [2]

Влияние лекарств на первичные негативные симптомы ограничено. Общего правила «антипсихотик второго поколения лечит все негативные признаки» нет. Вместе с тем прогноз «эти признаки необратимы» тоже необоснованно ограничивает будущие возможности пациента. Решение о лечении определяют целевой симптом, контроль прежнего психоза, нежелательные эффекты и выбор пациента. [2]

Доказательства о карипразине. В 26-недельном исследовании карипразин сравнивали с рисперидоном у отобранных взрослых со стабильной шизофренией и длительно сохраняющимися преобладающими негативными признаками. Показатель негативных симптомов в группе карипразина в среднем снизился больше. Эта средняя разница не означает такого же результата при депрессии Зухры или лекарственном паркинсонизме Ботира. [3]

Пример записи решения. «Причина пересмотра лечения — дневная сонливость. С пациентом обсуждены польза в контроле психоза и нежелательный эффект. При наблюдении отдельно оцениваются голос, бодрость и самостоятельные прогулки». Одна запись «назначено лекарство от негативных признаков» затрудняет объяснение последующего результата.

Реабилитация и договоренность с семьей

Цель Рустама — научить дочь одной мелодии. Даже проверить выполнение задания «Будьте социально активны каждый день» трудно. В договоренности «Во вторник и субботу после вечернего чая возьмем дутар и вместе сыграем первый куплет» точно определены время, действие и партнер.

В первую неделю дутар поставили на видное место. В первый раз дочь напомнила мелодию, во второй начал отец. В следующей беседе не ограничились записью «играл дважды». Спросили также, кто начал, сколько усилий затрачивал Рустам, получал ли удовольствие от процесса и хотел ли повторить на следующий день. Результат этого учебного кейса показывает способ наблюдения за деятельностью.

Пример фразы для семьи: «Поиграем вместе? Выберите мелодию сами». Упрек «у вас нет воли» не раскрывает, на каком этапе пациент испытывает трудности. Но и выполнение каждого дела вместо пациента уменьшает возможность наблюдать его самостоятельную инициативу. Объем помощи согласовывают с согласием и целью Рустама.

Более широкий план. Рассматривают тренировку социальных навыков, выбранную пациентом физическую активность и, при когнитивных трудностях, когнитивные упражнения. Данные о специфическом влиянии этих вмешательств на первичные негативные симптомы различаются. Оценивайте пользу по результату, который ценит сам пациент. Для Рустама таким результатом является одна мелодия, начатая самостоятельно. [2]

Клиническое упражнение и источники

1. Пациент мало улыбался в беседе. На вопрос «Что вы почувствовали, когда пришла дочь?» ответил: «Очень обрадовался». Что вы запишете? «Выражает радость словами. Мимическая выразительность в беседе снижена». По одному наблюдению не делают вывод об ангедонии или отсутствии любви к близким.

2. Пациент не проявляет инициативы, но после изменения дозы у него начали дрожать руки. Какие данные меняют решение? Выясните, когда начались двигательные признаки и как в это время менялись сонливость и инициатива. Нежелательный эффект и первичный негативный симптом могут сочетаться.

3. Близкий сказал: «Перестал общаться с людьми». Каков ваш первый вопрос? «С кем вы хотели бы увидеться? Что в последний раз помешало пойти?» Ответ помогает разграничить социальное желание, страх, денежные трудности или проблемы с дорогой.

Краткий пример для истории болезни. «За последнюю неделю сохраняются трудности начала занятия. Получает удовольствие от совместной игры. Дневной сон, депрессивные мысли, активный психоз и двигательные признаки оцениваются в динамике. На следующей встрече будут записаны самостоятельно начатые занятия и собственные впечатления пациента».

Источники и дополнительная литература

[1] EPA. Guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. European Psychiatry, 2021. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8080207/

[2] EPA. Guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. European Psychiatry, 2021. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8057437/

[3] Németh и соавторы. Клиническое исследование сравнения карипразина и рисперидона. Lancet, 2017. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28185672/

[4] Mechanisms Underlying Motivational Dysfunction in Schizophrenia. 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34566594/

[5] ВОЗ. Клинические описания и диагностическое руководство МКБ-10. F20.4 и F20.5. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

ГЛАВА 29

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И НОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ

«Я сама сказала клиентке: укоротим рукав на два сантиметра. Потом вошел другой клиент. Вернулась и выкроила оба рукава по старому размеру». Нигора, 37 лет, швея. «Память ухудшилась», — говорит она. Однако подробно помнит событие, слова клиента и свою ошибку. Где именно возникла трудность?

Врач предложил восстановить одно событие с начала. Нигора услышала новый размер и верно повторила. До того как записать его в тетрадь, открылась дверь. Когда второй клиент ушел, она вернулась к работе, не проверив, на каком этапе какого заказа остановилась. Теперь в беседе есть три проверяемые возможности: кратковременное удержание информации, перенаправление внимания после прерывания и контроль результата работы.

В главе 28 мы исследовали различие между желанием Рустама играть на дутаре и самостоятельным началом игры. Нигора хочет работать, сама начинает и знает свое ремесло. Найти, на каком именно этапе ей нужна помощь, — клиническая задача этой главы.

Когнитивная деятельность (cognition) включает получение, обработку, сохранение информации и ее применение в соответствии с целью. Жалоба пациента, результат обследования и выполнение жизненной задачи дополняют друг друга. [1] Кейсы и результаты в главе составлены в учебных целях.

Какая задача стала труднее?

Устойчивое внимание (sustained attention). Пропускает ли Нигора последние фразы, когда клиент долго говорит? А если одновременно работает радио? Если информация изначально услышана не полностью, причина невозможности позднее вспомнить ее может быть другой.

Скорость обработки информации (processing speed). Нигора верно выполняет знакомый расчет, но тратит больше времени, чем раньше. Фиксируйте скорость и точность отдельно. В письменном задании спросите также, насколько на результат повлияли тремор рук, трудности зрения или замедленность движений.

Рабочая память (working memory). Клиент сказал: «Рукав был 58 сантиметров, укоротите еще на два». Нигора удерживает исходное число, вычитает два и записывает новый размер. Вербальное научение проверяют другим вопросом: может ли она усвоить детали нового заказа и повторить их спустя некоторое время? Пример зрительного научения — запомнить и найти место отметки на выкройке.

Исполнительные функции (executive functions). На эти способности опираются выбор первого из двух одновременных заказов, изменение нарушенного плана и самопроверка перед раскроем. Социальное познание (social cognition) относится к пониманию чувств и намерений собеседника с учетом ситуации. [1]

Рассуждение. По одному неправильно выкроенному рукаву нельзя считать нарушенными все эти области. Самый информативный вопрос врача короток: «Если выполняете похожий заказ в тихом месте, бывает та же ошибка?»

Клиническое интервью и небольшой опыт

Нигора занимается шитьем 12 лет. Рассказала, что раньше работала, удерживая мерки клиента в памяти, а теперь путается, если смешиваются два заказа. С ее согласия коллега дополнила: «Выкройки делает

лучше нас. Если кто-то отвлечет разговором, спрашивает, на чем остановилась». Это наблюдение показывает и сохраненное профессиональное мастерство.

В беседе Нигора бодрствует, понимает, где находится и зачем пришла. Понимает простую инструкцию. Двухэтапное задание «Запишите новый размер, названный клиентом, затем отметьте готовый заказ» выполняет в спокойной обстановке. Врач спросил: «Если посередине зазвонит телефон, что вы первым делом сделаете, возвращаясь к работе?» Нигора ответила: «Не зная, на чем остановилась, посмотрю с начала».

Это задание в беседе не заменяет стандартный тест. Оно сужает проверяемое предположение. Нужны сведения о числе ошибок на реальном рабочем месте, прерываниях, сне и времени дня. В записях за несколько дней Нигора отмечает не только когда и в каких обстоятельствах ошибалась, но и когда самостоятельно и верно завершала работу. [1]

Фраза для истории болезни. «Пациентка выслушивает заказ и верно повторяет. Сообщает о трудностях восстановления этапа прежней работы после отвлечения на другую задачу. В спокойных условиях знакомая задача сохранена. Запланирована более глубокая оценка внимания и рабочей памяти». Эта запись точнее направляет следующее решение, чем общее описание «слабая память».

Когда ищем другую причину?

Камол, 52 года, давно наблюдается по поводу шизофрении. Вчера самостоятельно ходил на рынок. Сегодня перепутал, в какой комнате своего дома находится, и задремал посреди разговора. Жена сказала: «В некоторые минуты говорит хорошо». При начавшихся за часы и колеблющихся изменениях внимания и уровня бодрствования первая задача — неотложно оценить делирий и острые медицинские причины. Планировать обычный когнитивный тест и ждать в этой ситуации неуместно. [5]

Найдите различие с Нигорой. Ее трудности несколько месяцев ощущались в отдельных рабочих ситуациях. Камол за один день резко утратил привычное функционирование. Наличие прежнего психиатрического диагноза у обоих не объясняет нового признака.

И при медленных изменениях восстанавливайте временную линию. Занимают ли голоса внимание? Присоединились ли депрессия или бессонница? Усложнилась ли задача на работе? Начал ли пациент новое лекарство, сонлив ли днем? Учитывают также зрение, слух, соматическое и неврологическое состояние, употребление веществ. Если к длительно сохранявшейся трудности присоединяется новое последовательное ухудшение, заново изучают прежний уровень и изменения самостоятельности. [1, 2]

Связь с МКБ-10. Когнитивные трудности человека с шизофренией можно включать в психический статус и описание деятельности. Одна рабочая ошибка или низкий тестовый балл не дают оснований изменить форму шизофрении или поставить деменцию. Разделяйте в записи основной диагноз, новый синдром и вероятную причину.

Выбор теста под клинический вопрос

Нигора спросила: «Сколько процентов памяти у меня осталось?» Перевод в проценты того, повторила ли она три слова на приеме или забыла одно, вводит в заблуждение. До обследования уточните вопрос: нужен ли короткий скрининг, подробная оценка для плана реабилитации или наблюдение за изменениями повседневной работы?

MCCB (MATRICS Consensus Cognitive Battery) охватывает семь областей: скорость обработки, внимание, рабочую память, вербальное научение, зрительное научение, рассуждение и решение проблем, социаль-

ное познание. BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) позволяет провести более краткую оценку. SCoRS (Schizophrenia Cognition Rating Scale) через интервью дает дополнительные сведения о влиянии когнитивных трудностей на повседневную жизнь. [1]

При интерпретации указывают образование пациента, язык беседы, грамотность, усталость, бодрость и двигательные ограничения. Если стандартное задание переводят или меняют правила проведения, основание для прямого сравнения с исходными нормами ослабевает. При отсутствии норм для соответствующего языка зафиксируйте это ограничение. При повторной оценке знакомство с заданием тоже может изменить балл. [1]

Понятное пациентке объяснение в конце приема: «Вы правильно строите знакомую выкройку. После прерывания стало труднее найти место, где остановились. Сейчас измерим именно эту часть. Потом проверим, какой прием помог в мастерской». При таком объяснении тестовый результат не превращается в общий приговор профессиональным способностям пациентки.

Социальное познание и подозрительность

Жавлон, 25 лет, учится на курсах профессиональной переподготовки. После занятия одногруппник сказал: «Сегодня вы рано пришли». Жавлон воспринял это как насмешку и на следующий день не пошел на занятия. «Все меня унижают», — сказал он на приеме. Врач предложил восстановить тот разговор, прежде чем делать вывод «все».

«Что именно сказал одногруппник? Какой была интонация? Что помогло бы отличить шутку, простое наблюдение или оскорбление?» Жавлон вспомнил, что голос одногруппника был громким, но добавил, что с другими тот говорит так же. Рассказал и о прежних случаях насмешек. Следовательно, реальный опыт, тревогу и интерпретацию ситуации изучают вместе.

При оценке социального познания различают задачи распознавания выражения лица, понимания интонации и того, что другой человек имел в виду. По одному неоднозначному разговору нельзя подтвердить психотический бред или стойкий когнитивный дефицит. Если убеждение становится твердым, распространяется на другие ситуации или присоединяются психотические переживания, психический статус оценивают повторно. [1]

Практическое упражнение. Жавлон выбрал удобную ему фразу: «Я не понял ваших слов, что вы имели в виду?» Попробовал задать вопрос в ролевой беседе со специалистом. На следующем приеме результат не обобщают как «правильно понял людей». Записывают три подробности: вернулся ли он на занятия, смог ли попросить объяснение в неоднозначной ситуации и как это на него повлияло.

Оценка глутамата и новых механизмов

При усвоении и сохранении новой информации связи нейронных сетей меняются под влиянием опыта. NMDA-рецепторы, участвующие в глутаматной передаче сигнала, связаны с этими процессами. Поэтому воздействие на NMDA-сигнал изучалось как один из способов улучшить когнитивную деятельность при шизофрении. Эта гипотеза не указывает на недостаток глутамата у отдельного человека, такого как Нигора. [2, 4]

Иклепертин (iclepertin) — ингибитор белка-переносчика глицина GlyT1. Исследовательская идея такова: изменяя доступность глицина около синапса, можно повлиять на работу NMDA-рецепторов. Однако между возможным биологическим действием и ощутимой пользой для учебы или работы пациента есть шаг, который должен пройти испытание. [4]

В трех рандомизированных исследованиях III фазы программы CONNEX всего 1 835 участников хотя бы один раз получили исследуемый препарат или плацебо. Через 26 недель по основному результату — общему когнитивному показателю MCCB — статистически значимой разницы между группами не выявили. Следовательно, эти испытания не обосновывают применение иклепертина как стандартного лечения когнитивных трудностей. Результат не выносит окончательного суждения обо всех гипотезах, связанных с глутаматом. [4]

Читая статью, задайте три вопроса: кто участвовал в исследовании? Как заранее был определен основной результат? Показано ли, что различие переносится на важную для пациента задачу? Красивая схема механизма не заменяет этих трех вопросов.

Место лекарств в плане лечения

Нигора сказала, что особенно медленна, когда начинает работать утром. В списке лекарств, кроме основного антипсихотика, было антихолинергическое средство, ранее назначенное против двигательного нежелательного эффекта. Поэтому врач пересмотрел цель каждого препарата, время приема, нынешние показания и нежелательные эффекты. Само название лекарства не доказывает причину. [2]

Антихолинергическая нагрузка означает совокупное действие нескольких средств. Препараты, вызывающие сонливость, включая бензодиазепины, тоже могут влиять на внимание и повседневную работу. При изменении плана учитывают контроль психоза, возвращение двигательного нежелательного эффекта и прежнюю пользу. Цель пересмотра лекарств — выявить препятствие, которое можно уменьшить, сохранив необходимое лечение. [2]

Согласование цели лечения. Для Нигоры первая задача — вести тетрадь заказов без ошибок. Команда договорилась фиксировать сон и утреннюю бодрость, отмечать даты изменений лекарственного плана и подсчитывать также правильно выполненные заказы. Признаки психоза отслеживают отдельно. При уменьшении голосов отвлечение внимания может снизиться. Это не доказывает самостоятельного усиливающего память действия препарата.

Запись для следующего решения. «В каких условиях улучшилась скорость работы? Какая задача еще трудна? Насколько пациентка ощутила результат?» Если одновременно изменились лекарство, режим работы и внешнее напоминание, не связывайте результат только с одним из них.

Перенос когнитивной тренировки в жизнь

Когнитивная ремедиация (cognitive remediation) — систематическая тренировка внимания, памяти или планирования, осознание способа выполнения задачи и обучение его применению в повседневной деятельности. Метаанализ 130 исследований выявил в среднем небольшой положительный эффект на когнитивную и повседневную деятельность. Разработка стратегии с участием подготовленного специалиста и связь упражнений с психосоциальной реабилитацией были связаны с лучшими результатами. [3]

Упражнение для Нигоры. Она выслушивает один заказ, своими словами повторяет новый размер и записывает его на карточку. Затем в учебной ситуации звонит телефон. Перед ответом она ставит небольшую отметку рядом с незавершенным шагом. Вернувшись, продолжает с отметки, а перед раскроем сопоставляет карточку и выкройку. Она также может сказать, какой прием занял лишнее время.

Результат в мастерской. В учебном кейсе в первую неделю по трем из восьми заказов, принятых в шуме, пришлось повторно звонить клиенту и спрашивать размеры. На следующей неделе такое случилось с одним из восьми похожих заказов. Нигора сама заполняла карточку. Это практическое улучшение соответ-

ствует ее цели. Из различия за две недели нельзя заключить, что когнитивное нарушение полностью исчезло или результат будет одинаковым во всех условиях.

Используйте сохраненные способности. Нигора быстро распознает цвет и выкройку, поэтому сама предложила разделять заказы цветными зажимами. Сможет ли она перенести выбранный прием на другой тип заказа? Это вопрос следующего приема.

Самостоятельное клиническое обсуждение и источники

1. Пациент верно повторил задание, но после телефонного разговора забыл второй шаг. Что проверите? Удержание информации, возвращение к задаче после отвлечения и влияние внешнего напоминания. Не распространяйте одну ошибку на все виды памяти.

2. Вчера пациент ходил самостоятельно, сегодня внимание меняется от часа к часу. Каково первое решение? Неотложно оценить острое изменение с точки зрения делирия и медицинских причин. Стандартная когнитивная оценка более содержательна при стабильном состоянии. [5]

3. Новое средство воздействовало на рецептор мозга, но основной клинический результат не отличался от плацебо. Как объясните семье? «Ученые проверили этот механизм. В испытании это лекарство не улучшило надежно показатели памяти и внимания. Мы оценим трудную для вас задачу и составим план, пользу которого можно отслеживать». [4]

Пример для истории болезни. «Пациентке трудно возвращаться к работе после прерывания многоэтапного заказа. Знакомые составляющие профессионального мастерства сохранены. Оценены исходная деятельность, сон, лекарственная нагрузка и психическое состояние. Согласованный результат — после прерывания самостоятельно проверить и завершить заказ».

Источники и дополнительная литература

[1] European Psychiatric Association. Руководство по оценке когнитивной деятельности при шизофрении. 2022. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9532219/

[2] European Psychiatric Association. Руководство по лечению когнитивных нарушений. 2022. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9532218/

[3] Vita и соавторы. Систематический обзор и метаанализ когнитивной ремедиации. JAMA Psychiatry, 2021. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2778914

[4] CONNEX. Три исследования III фазы иклепертина. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41233083/

[5] NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations

ГЛАВА 30

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

«Голоса больше не вмешиваются в работу. Но, когда надеваю обувь и встаю, темнеет в глазах». Мурод, 42 года, работает на складе. Он пришел на прием не из недовольства новым лекарством. Его вопрос прост: «Можно ли мне завтра подниматься к верхней полке?» Ответ лишь «лекарство помогает» оставляет открытым риск падения на работе.

Врач попросил Мурода описать вчерашнее событие. Когда он встал из сидячего положения, закружилась голова, а после опоры на стену стало легче. Сознание не терял. Эта подробность дает основание проверить ортостатическую гипотензию — снижение артериального давления при переходе в вертикальное положение. Ее причина пока неясна. Изучают также, когда менялась доза, какие другие лекарства он принимает и сколько пьет жидкости. [1, 2]

В главе 29 мы восстановили, на каком именно этапе работы возникла ошибка Нигоры. При оценке нежелательных эффектов также важна последовательность во времени: была ли жалоба до лекарства, возникла ли после изменения дозы, в какое время суток усиливается? При этом остается открытой и возможность нового соматического заболевания.

Пациенты и измерения в этой главе созданы для обучения. В конце приема нужно записать четыре пункта: пользу, которую ощущает пациент, новую жалобу, обследование или действие и то, кто и когда проверит результат.

Запись до первой дозы

Илхом, 31 год, выбирает лечение после первого психотического эпизода. Он спросил: «Я не растолстею от лекарства?» В семье есть случаи сахарного диабета. Время обеда меняется в зависимости от рабочей смены. Запись исходной массы тела, артериального давления и лабораторных результатов сегодня позволит вместе с пациентом понять последующие изменения.

Беседа. Какие препараты и как действовали раньше? Были ли обмороки, заболевания сердца, сахарный диабет, запоры, проблемы с половой функцией или менструациями? Как обстоят дела с курением и употреблением алкоголя? Проверьте список лекарств, включая безрецептурные средства. Для Илхома сохранение бодрости на работе также является частью выбора лечения.

Исходное обследование. Фиксируют массу тела, окружность талии, пульс и артериальное давление. Проверяют глюкозу натощак или HbA1c, липиды крови и пролактин. Оценивают имеющиеся двигательные нарушения, питание и физическую активность. ЭКГ предлагают, если это указано в инструкции к препарату, при выявлении сердечно-сосудистого риска на осмотре, наличии сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе или госпитализации пациента. [1]

Небольшая, но важная деталь. Левая рука Илхома слегка дрожит уже давно. В записи указывают, когда это началось и при каких движениях заметно. Если на следующем приеме поступит сообщение «есть дрожь», можно будет сопоставить новый нежелательный эффект с ранее существовавшим признаком.

Календарь наблюдения

Следующий порядок наблюдения за антипсихотической терапией у взрослых взят из руководства NICE CG178. Это сроки планового контроля. Новый симптом, патологический результат, изменение дозы или особые указания к препарату могут потребовать более раннего обследования. [1]

Масса тела. Измерьте до начала лечения. В первые шесть недель фиксируйте еженедельно, затем на 12-й неделе, через год и далее ежегодно. Чтобы последовательно отслеживать изменения, по возможности измеряйте в одинаковых условиях.

Окружность талии. Измеряйте в начале и ежегодно. Пульс и артериальное давление. Проверяйте в начале, на 12-й неделе, через год и далее ежегодно. Если, как у Мурода, возникает головокружение при вставании, не ждите очередного срока по календарю.

Глюкоза и липиды. Глюкозу натощак или HbA1c и липиды проверяют до лечения, на 12-й неделе, через год и далее ежегодно. Фиксируют исходный пролактин. Его последующий контроль адаптируйте к симптомам, препарату и местному порядку.

На каждой клинической встрече. Спрашивайте о целевом симптоме, повседневной деятельности, фактическом приеме лекарства, новых нежелательных эффектах и изменениях движений. Особенно в период подбора дозы эти сведения влияют на решение так же, как лабораторные анализы.

Использование календаря. Не ограничивайтесь записью «анализы на 12-й неделе». Когда пациент придет, кому поступит результат, кто свяжется с ним при изменении показателя? Поскольку Илхом работает в вечернюю смену, дни обследования он согласовал со своим рабочим графиком.

Масса тела и обмен веществ

Исходная масса тела Илхома составляла 80 кг. На шестой неделе она достигла 84 кг. Изменение составило 4 кг, то есть 5 процентов исходной массы. Этот расчет в учебном примере не устанавливает диагноз диабета или метаболического синдрома. Он показывает темп прибавки массы и дает основание обсудить план лечения сейчас. [1]

Вместо вопроса «Вы стали хуже питаться?» спросите: «Когда на последней смене вы проголодались и что смогли поесть?» Илхом рассказал, что после лекарства у него усилился вечерний аппетит. Из-за дневной сонливости сократились и прогулки после работы. Первые согласованные с ним шаги — брать обед на смену и сопоставить вечернюю сонливость со временем приема лекарства. Вместе с этими шагами пересматриваются метаболический риск и выбор препарата. [1, 2]

Очередной результат. Если HbA1c или липиды повысились, фиксируют число, единицы измерения, предыдущее значение и принятые меры. Диабет или сердечно-сосудистый риск оценивают по соответствующим соматическим критериям. При лечении также учитывают контроль психоза, желания пациента и риски альтернативного препарата. [1]

Пример решения. «Голоса уменьшились, начал ходить на работу. Масса тела за шесть недель выросла на 5 процентов. Обсуждены аппетит и дневная сонливость. Назначены даты повторного взвешивания и лабораторного контроля». Если присоединяются сильная жажда, частое мочеиспускание или быстрое ухудшение физического состояния, возможность гипергликемии оценивают незамедлительно, не дожидаясь плановой даты. [2]

Сердцебиение и головокружение при вставании

В беседе с Муродом выяснились две детали. Дозу повысили три дня назад. Он работал на жарком складе и пил меньше воды, чем обычно. Оба обстоятельства могут вносить вклад в жалобы. Пульс и артериальное давление измеряют лежа и стоя в безопасных условиях. Спрашивают о других лекарствах, влияющих на давление, сердцебиении, боли в груди и обмороках. [1, 2]

Решение относительно работы. При подъеме к высокой полке даже несколько секунд головокружения могут привести к травме. До завершения оценки и устранения симптома работу на высоте временно ограничивают. Решение об изменении дозы или времени приема принимает клиническая команда с учетом причины, особенностей лекарства и полученной пользы.

QTc — интервал QT на ЭКГ, скорректированный по частоте сердечных сокращений. Некоторые антипсихотики и другие препараты могут его удлинять. При принятии решения учитывают результат ЭКГ, предыдущую запись, сердечный анамнез, одновременно принимаемые лекарства и электролиты. Не записывайте новый обморок как следствие только тревоги или «головокружения от лекарства». Состояние, сопровождающееся болью в груди, одышкой или продолжительным сердцебиением, требует неотложной оценки. [2]

Возвращение к случаю. На следующем приеме Мурод расскажет о симптомах при вставании, задачах, которые смог выполнять на работе, и принятых лекарствах. Давление измерят повторно. Возвращение к опасным задачам обсуждают на основании этих данных. Запись «психоз стабилен» сама по себе этот вопрос не решает.

Визуальная оценка изменений движений

После повышения дозы Саида не могла спокойно сидеть. А новый пациент Равшан сказал: «Когда сижу, мне спокойно, но застегивать пуговицы я стал медленнее». Записывать у обоих «двигательное беспокойство» ошибочно. В первом случае ведущее проявление — субъективное внутреннее беспокойство, во втором — замедленность движений. [1, 2]

Акатизия (akathisia — внутреннее двигательное беспокойство, мешающее оставаться неподвижным). Спросите пациента, какое облегчение ему приносит ходьба. Отдельно оцените временную связь с дозой и психотическое возбуждение. При паркинсонизме обращают внимание на замедленность движений, мышечную ригидность и тремор. Ходьба, вставание и выполнение мелких действий дополняют данные осмотра.

Острая дистония (acute dystonia — внезапное, продолжительное и часто болезненное сокращение мышц). Шея может поворачиваться в одну сторону, а глаза — закатываться вверх. Уточните время начала приема или изменения дозы. При вовлечении языка, горла или дыхательных путей необходимы неотложная помощь и оценка проходимости дыхательных путей. [2]

Поздняя дискинезия (tardive dyskinesia — непроизвольные движения, обычно возникающие после более длительного воздействия). С согласия пациента опишите повторяющиеся движения рта, языка, лица или конечностей. Когда они появились, влияют ли на питание или речь? На последующих приемах оценивайте повторно одним и тем же методом. [2]

Вместо «есть нежелательный эффект» в записи описывают само движение, дату его появления и последствия. Тогда другой врач тоже сможет сопоставить трудности Равшана с застегиванием пуговиц с его прежним состоянием.

Пролактин и жалобы, о которых пациенту трудно говорить

Шахноза, 34 года, на двух приемах говорила, что хорошо переносит лекарство. На третьем приеме в беседе наедине она сказала: «У меня задержка месячных, я не знала, можно ли здесь об этом спросить». Уважительные вопросы в конфиденциальной обстановке о выделениях из груди, изменениях менструаций, снижении полового влечения и затруднениях эрекции меняют клиническую информацию. [1, 2]

Некоторые антипсихотики, ослабляя действие дофамина в гипофизе, могут повышать пролактин. Выслушав жалобу, выясняют дату последней менструации, вероятность беременности, историю приема препарата и его доз, другие возможные причины. Если имеется исходный пролактин, последующий результат можно с ним сравнить. Однократное высокое значение не объясняет причину полностью. [1, 2]

Фраза для беседы. «Эти лекарства иногда могут влиять на менструации, грудь или половую функцию. Заметили ли вы какие-либо изменения по сравнению с прежним состоянием?» Если пациент не хочет отвечать, остается возможность вернуться к теме позже. Если проблема вызвала мысли об отказе от лекарства, знание об этом позволяет совместно планировать лечение.

Приоритет Шахнозы: она не хочет возвращения психоза и хочет узнать причину изменения менструаций. План включает обследование, дату обсуждения результата и повторную оценку пользы и риска, если подтвердится лекарственная причина. На следующем приеме наряду с результатом спрашивают о ее жалобе и изменении, важном для нее самой.

Особый контроль при приеме клозапина

Акмал принимает клозапин. «Анализ крови у меня хороший», — сказал он. В ходе беседы выяснилось, что стула не было несколько дней. Нормальное число нейтрофилов в анализе крови не показывает, сохранена ли моторика кишечника. Поэтому о запоре нужно спрашивать конкретно, даже если пациент не жалуется: когда был последний стул, стал ли он тверже обычного, есть ли боль в животе, вздутие или рвота? [3, 4]

Клозапин может снижать моторику кишечника. Впервые возникший запор необходимо быстро оценить и лечить. Боль в животе, сильное вздутие, рвота или ухудшение общего состояния требуют неотложной медицинской оценки возможной кишечной непроходимости. В такой ситуации недостаточно дать только рекомендации по питанию и отправить домой. [3]

Еще три повода для обращения. При появлении лихорадки или боли в горле из-за возможности нейтропении и инфекции необходимы срочный клинический осмотр и оценка лейкоцитарной формулы, включая абсолютное число нейтрофилов. Новая боль в груди, необъяснимая одышка или стойкая тахикардия в покое требуют неотложной медицинской оценки. При подозрении на связанный с клозапином миокардит или кардиомиопатию клиническая команда отменяет клозапин и организует срочное обследование сердца. Контроль крови при клозапине проводится согласно действующему местному порядку и инструкции к препарату. [4]

Если меняется привычка курить. Табачный дым влияет на метаболизм клозапина. Резкое сокращение числа сигарет или отказ от курения может повысить его концентрацию в крови при прежней дозе. При госпитализации это изменение можно упустить. Изменение курения фиксируют, а клиническая команда повторно оценивает нежелательные эффекты, концентрацию лекарства в крови и план дозирования. [4, 5]

Когда действовать неотложно

Дозу антипсихотика Жавохиру недавно повысили. Сегодня у него появилась лихорадка, сильно напряглись мышцы, он спутанно отвечает на вопросы. Эта триада заставляет предположить злокачественный нейролептический синдром (neuroleptic malignant syndrome). Дать очередную дозу и оценить результат на следующий день опасно. Медицинская команда отменяет подозреваемый антипсихотик, организует неотложную медицинскую помощь и оценивает жизненные показатели. [6]

Первые минуты. Оценивают проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение, температуру и сознание. Бригаде помощи передают сведения обо всех принятых препаратах, последних дозах, инъекциях и времени. Исследования креатинкиназы, функции почек и электролитов помогают выявлять осложнения. Неотложная помощь не ждет лабораторного подтверждения. Одновременно проверяют инфекцию и другие острые причины. [6]

Предварительное объяснение пациенту. «Заранее договоритесь, когда и кому сообщать о новом нежелательном эффекте. При клозапине не откладывайте сообщение о новом запоре, лихорадке или боли в горле до планового приема. Но если лихорадка сопровождается спутанностью сознания или сильной мышечной ригидностью, затруднением дыхания или обмороком, вызывайте неотложную помощь. Передайте список своих лекарств». Полезно, чтобы пациент или близкий мог повторить этот план своими словами.

Пример передачи клинической информации. «Последняя доза введена вчера. Сегодня впервые начались лихорадка, мышечная ригидность и изменение сознания. Препарат отменен, вызвана экстренная бригада. Переданы показатели температуры, давления, пульса и дыхания с указанием времени». Возможный злокачественный нейролептический синдром нельзя просто включить в список нежелательных эффектов и оставить без действий.

Лист приема и клинические упражнения

Дата ____ Препарат, доза и дата изменения ____

Польза, ощущаемая пациентом ____ Новая жалоба ____

Исходное и текущее измерение ____ Влияние на деятельность ____

Сегодняшнее решение ____ Ответственный и повторный контроль ____

1. Масса тела выросла с 80 до 84 кг. Внесите в запись и срок: «За шесть недель прибавка 4 кг, то есть 5 процентов». Согласуйте с пациентом дату следующего обследования.

2. У пациента, принимающего клозапин, анализ крови в норме, но живот вздут и есть рвота. Какое решение приоритетно? Неотложная оценка возможной кишечной непроходимости. Результат нейтрофилов не исключает этот риск. [3, 4]

3. После повышения дозы ходьба замедлилась. Как вы это уточните? Сопоставьте движения до лекарства, дату появления симптома и неврологический осмотр. При присоединении лихорадки и изменения сознания меняется и срочность решения. [2, 6]

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178, 1.3.6. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

[2] MHRA. Antipsychotic medicines. https://www.gov.uk/government/publications/antipsychotic-medicines-licensed-products-uses-and-side-effects/antipsychotic-medicines

[3] MHRA. Gastrointestinal adverse effects. https://cpd.mhra.gov.uk/antipsychotics/CON155606_8/

[4] NHS SPS. Clinical considerations for patients prescribed clozapine. https://sps.nhs.uk/articles/clinical-considerations-for-patients-prescribed-clozapine/

[5] NHS SPS. Managing specific interactions with smoking. https://sps.nhs.uk/articles/managing-specific-interactions-with-smoking/

[6] MHRA. Neuroleptic malignant syndrome. https://cpd.mhra.gov.uk/antipsychotics/CON155606_16/

ГЛАВА 31

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ, РЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ ФОРМЫ

«Я принимал два лекарства. Голос все еще есть». Шерзод, 32 года, принес на прием две пустые коробки. Первое лекарство вызывало сильную дневную сонливость. Второе он оставлял дома в дни ночных дежурств. Он говорит правду: принимал два препарата и по-прежнему слышит голос. Но была ли у лекарств возможность подействовать в достаточной дозе и в течение достаточного времени?

В клинической беседе разделим три решения. Первое: что мешает пациенту выполнять согласованное лечение? Второе: при достаточном испытании лечения какой симптом и насколько изменился? Третье: как следующий шаг будет способствовать целям и безопасности пациента? Для каждого решения нужны свои доказательства. [1, 2]

Шерзод хочет, чтобы голос исчез, но боится потерять ночные дежурства. Вместо вопроса «Вы правильно принимали лекарство?» врач предлагает рассказать о последней смене с самого начала. С этого момента становятся видны пробелы в истории лечения.

Глава построена на трех учебных случаях. На примере Шерзода восстанавливается история приема. Мохира сравнивает ежедневные таблетки и инъекцию длительного действия. У Азиза голоса мешают работе даже после достаточных курсов терапии, поэтому обсуждается решение о клозапине.

Одна неделя Шерзода

«Когда в понедельник вы приняли таблетку?» — «После ужина». «А во вторник?» — «Ушел на смену. Лекарство осталось на кухне». Врач вместе с ним разобрал семь дней. Четыре вечера препарат принимался, два вечера оставался дома, один день Шерзод пропустил прием из страха задремать. Причины всех трех пропусков не одинаковы.

Приверженность лечению (adherence) означает, насколько в реальной жизни выполняется согласованный с пациентом план. Возможность точно рассказать об одной неделе не восстанавливает автоматически предыдущие два месяца. Поэтому врач спрашивает: «Когда изменился график ваших смен?» С согласия пациента он также сопоставляет даты выдачи лекарства и записи предыдущих приемов. Получение коробки в аптеке не доказывает прием каждой дозы. [2]

Самый важный момент беседы. «Чего вы хотели избежать в тот день, когда решили не принимать лекарство на смене?» Шерзод рассказал, что на предыдущем препарате задремал во время приема груза. Был ли такой эффект на втором лекарстве, он не знает. Значит, проверить нужно две вещи: реальный прежний нежелательный эффект и опасения по поводу нового препарата.

Пример записи. «Пациент сообщил, что принял четыре из последних семи доз. Два пропуска связаны с рабочим графиком, один — со страхом сонливости. Точных сведений о предыдущих неделях мало». По такой записи можно выбрать меры. Ярлык «пациент не соблюдает лечение» не оставляет вопросов для следующего приема.

Отдельная история для каждого лекарства

Первое испытание. Шерзод начал рисперидон и через десять дней прекратил из-за сильной сонливости. Зафиксировано, что нежелательный эффект мешал его работе. Однако из этой короткой истории нельзя сделать вывод об ответе психотических симптомов на достаточное лечение. «Не переносил» и «симптом сохранился при достаточном лечении» — разные клинические сведения. [1, 2]

Второе испытание. Арипипразол назначили шесть недель назад. Но в предыдущей записи не указано, когда была достигнута целевая доза и сколько дней подряд она принималась. Дата рецепта не подтверждает достаточность курса. У Шерзода также восстанавливают частоту голосов, моменты прекращения работы из-за голоса и состояние до лечения.

На практике для каждого курса записывайте: препарат и форму, дату начала, изменения дозы, период достаточной дозы, фактический прием, целевой симптом, деятельность, нежелательные эффекты и причину прекращения. Укажите, какие сведения получены от пациента, какие — из клинической записи или журнала инъекций. Не заполняйте неизвестную дозу приблизительным числом.

Решение. На этом этапе у Шерзода не документированы два неэффективных курса. С ним согласовывают безопасный план приема с учетом смен и раннюю обратную связь. На следующей встрече совместно обсуждают число принятых доз, влияние голоса и дневную бодрость. Если нежелательный эффект снова мешает работе, план пересматривают.

Обоснование резистентности

Чтобы рассматривать терапевтически резистентную шизофрению (treatment-resistant schizophrenia), укажите, какой симптом сохраняется несмотря на достаточное лечение. Например, у Азиза обсуждающие его голоса отвлекают внимание во время работы. Он хочет ходить на работу, но вынужден прерывать разговор и уходить. Одних сведений «все еще не работает» недостаточно для вывода о резистентности психоза к лечению. [1, 2]

Клиническое руководство. NICE рекомендует предлагать клозапин, если ответ неудовлетворителен после последовательного применения двух разных антипсихотиков в достаточных дозах и в течение достаточного времени. По крайней мере один курс должен быть проведен антипсихотиком второго поколения, отличным от клозапина. Сначала пересматривают диагноз, фактический прием, лекарственные взаимодействия, употребление веществ и соматические заболевания. [1]

Исследовательские критерии. Консенсус TRRIP задает более точные границы для сравнения групп: минимум два разных препарата, каждый не менее шести недель в терапевтической дозе, доказательства приема не менее 80 процентов доз, оценка длительности симптомов и ограничения деятельности. Ни одно из этих чисел само по себе не подтверждает резистентность. Требование испытания инъекционной формы в оптимальных исследовательских условиях не является по NICE обязательным шагом перед предложением клозапина каждому пациенту. [1, 2]

Запись по МКБ-10. Сохраняйте основной диагноз F20 с его критериями. Ответ на лечение включайте в клиническое описание. Например: «После двух достаточных курсов бред преследования и голоса по-прежнему существенно ограничивают повседневную деятельность». Это описание не нужно механически заменять кодами F20.8 или F20.9.

Возможность псевдорезистентности

Хотя лечение внешне кажется неэффективным, причиной может быть недостижение достаточного воздействия препарата или неоцененное другое состояние. Такая ситуация называется псевдорезистентностью (pseudo-resistance). Она не означает, что пациент намеренно не принимал лекарство. Пересмотрите дозу, длительность, факторы, влияющие на количество лекарства в организме, и целевой симптом. [1, 2]

Первый вопрос — какая жалоба сохраняется? Голоса уменьшились, но человек не выходит из дома? Хочет ли он выходить? Мешают ли ему лекарственная замедленность движений, депрессия, подозрительность или стоимость проезда? Для каждой возможности нужны отдельные доказательства.

Второй вопрос — когда стало хуже? Сопоставьте с неделей изменения дозы, днем начала другого препарата, употреблением веществ или периодом резкого нарушения сна. По клиническим показаниям помогает концентрация лекарства в крови. Для ее интерпретации нужны время последней дозы, время взятия крови, стабильность приема и взаимодействия. Однократный низкий результат не доказывает намеренного отказа от приема. [2]

Третий вопрос — остается ли диагноз психоза обоснованным? Если поступили новые сведения об эпизоде расстройства настроения, связи с веществами или медицинской причине, пересмотрите первоначальный вывод. Также зафиксируйте, действительно ли предлагались психологическая и семейная помощь. [1]

Объяснение Шерзоду: «Первое лекарство вызывало сонливость, которая мешала работе. Второе было трудно принимать на смене. Пока у нас недостаточно данных, чтобы сказать, что оба не помогают. Вместе выберем выполнимый план и проверим результат».

Выбор пролонгированной формы

Мохира, 35 лет, живет с двумя детьми. «Каждый вечер я снова думаю, приняла ли таблетку. Если бы можно было делать укол рядом с работой, мне было бы удобнее». Беседу об инъекционном антипсихотике длительного действия (long-acting injectable antipsychotic, LAI) начала сама пациентка. Чтобы ей предложили такую форму, не обязательно сначала перенести несколько обострений. При выборе учитывают желание пациента, прежнюю эффективность и переносимость, перерывы в приеме и возможность посещать клинику. [1, 3]

Врач объяснил два варианта. Пероральную форму пациент принимает дома; важны ежедневный распорядок и память о приеме. Инъекционная форма действует дольше, дата введения фиксируется. Но обсуждают также боль в месте инъекции, время на посещения и длительное сохранение лекарства в организме при появлении нежелательных эффектов. Отдельно объясняют особенности действующего вещества и конкретной формы. [3]

«Клиника рядом с вашей работой, но беспокоит ли вас, что вас могут узнать? В какой день удобно приходить? Как нам лучше связаться с вами, если прийти будет трудно?» Мохира предпочла личное сообщение звонку. Она не захотела, чтобы напоминания отправляли семье. Эта договоренность отражена в записи.

Если пациент не хочет инъекций, выслушайте причину. Страх иглы, расстояние или ценность возможности быстро менять дозу ведут к разным решениям. Пролонгированная форма меняет способ доставки лекарства. Сама по себе она не устраняет психоз, сохраняющийся несмотря на достаточное лечение.

Первая и пропущенная инъекция

При подготовке наряду с названием лекарства запишите точное торговое наименование или название продукта, действующее вещество, концентрацию и интервал введения. Порядок начала применения пролонгированных препаратов с одним действующим веществом может различаться. Для одних форм требуется предварительно установить переносимость таблеток, для других — недолго продолжать пероральный прием или провести специальные стартовые инъекции. Точный порядок проверяют по действующей инструкции выбранного продукта. [3, 4]

День инъекции. Фиксируют введенную форму и дозу, дату, место введения, следующую дату, требования к наблюдению и ответственного сотрудника. Если таблетки временно продолжают принимать, пациенту и следующей команде письменно сообщают срок окончания. Заранее отмечать назначенную дозу как «введена» — значит повышать риск повторного введения в другом месте. [4]

Случай. Вернувшись из поездки, Мохира спросила: «Я опоздала на укол. Можно сегодня получить обычную дозу?» Первый шаг — проверить точный препарат и дату фактического последнего введения. Затем выясняют, идет ли начальный или поддерживающий этап, сколько времени прошло, получала ли она в промежутке таблетки или другие инъекции. Также оценивают текущие психотические симптомы и риск.

Решение. Следующая доза и необходимость дополнительной пероральной терапии определяются инструкцией именно этого продукта по пропущенной дозе. Единого правила «восполнить двойной дозой» для всех инъекций нет. Мохире объясняют новую дату, следующий прием и то, с кем связаться при вопросах. [3, 4]

Когда Азизу предлагают клозапин

Азиз, 29 лет, хочет вернуться к работе в книжном магазине. Последовательно назначались рисперидон в терапевтической дозе восемь недель, затем оланзапин в терапевтической дозе еще восемь недель. Период достижения дозы учитывался отдельно. Стационарные записи и последующее амбулаторное наблюдение подтверждают регулярность приема. При обоих курсах голоса беспокоили почти ежедневно и мешали завершить разговор с покупателем.

Команда пересмотрела диагноз, употребление веществ и лекарственные взаимодействия. У Азиза отчетливы активный психотический симптом и его последствия для деятельности. Поскольку документированы два достаточных курса, предложение клозапина обоснованно. Последовательная смена неэффективных таблеток или превращение инъекции в обязательный промежуточный этап может задержать это решение. [1, 2]

Вопрос Азиза: «Как мы узнаем, что лекарство помогает? Сколько раз придется уходить с работы, чтобы сдавать кровь?» Вместе с ним записывают исходное состояние в отношении голосов, дистресса и способности работать в магазине. Необходимо согласовать даты контроля крови по действующей местной инструкции и порядку службы и определить, кто проверяет результаты. Эти условия объясняют применительно к повседневной жизни пациента. [1, 5]

В беседе о безопасности снова используют вопросы из главы 30: стул, лихорадка или боль в горле, новая боль в груди или одышка, изменение курения. Если клозапин не принимался один день или дольше, не возобновляйте прежнюю дозу самостоятельно; свяжитесь с лечащей командой. Уточняют последнюю фактическую дозу и время и составляют план возобновления по действующей инструкции выбранного продукта. [5]

Частичный ответ и следующий прием

После начала клозапина Азиз сказал: «Голоса все еще есть». Врач повторил прежний вопрос: «Когда покупатель спрашивает книгу, удается ли довести разговор до конца?» Азиз рассказал, что теперь сам завершает короткие заказы, а при долгом разговоре просит помощи коллеги. Несмотря на сохранение одного симптома, произошло весьма важное функциональное изменение. При этом все еще мучающее Азиза переживание остается в плане лечения.

Прежде чем рассматривать дополнительный антипсихотик, повторно оценивают прием клозапина, достаточность длительности и дозы, переносимость, при необходимости концентрацию в крови, лекарственные взаимодействия и изменения курения. Из-за фактора, влияющего на концентрацию в крови, прежняя доза сейчас может действовать иначе. Если принято решение о добавлении, учитывают конкретную цель и суммирующиеся нежелательные эффекты. [1, 5]

Продолжение психологической помощи. Азиз отворачивается от покупателя, чтобы не ответить голосу. Согласованное упражнение — начать с простого заказа и попробовать фразу, помогающую завершить разговор. С согласия пациента семья тоже учится, при каком признаке и как помогать. Эти цели ведут одновременно с фармакологическим наблюдением. [1]

Передача между командами. Записывают рабочий диагноз, каждый недостаточно эффективный курс, текущий препарат, дату последнего приема или инъекции, наблюдаемые нежелательные эффекты и ответственного за следующий контроль. Для принятия дальнейшего решения новая команда не должна требовать от пациента заново доказывать всю историю.

Лист клинического решения и упражнения

Целевой симптом и влияние на деятельность _____

1-й препарат / доза / период в терапевтической дозе _____

2-й препарат / доза / период в терапевтической дозе _____

Сведения, подтверждающие фактический прием _____

Польза / нежелательный эффект / причина перерыва _____

Цель пациента / согласованное решение / дата пересмотра _____

1. Записаны два препарата, первый отменен через десять дней. Какой вывод пока необоснован? Что два достаточных курса оказались неэффективны. Отдельно опишите переносимость первого и фактический прием второго.

2. Пациент говорит, что получил укол в другом городе. В журнале есть только плановая дата. Что нужно для сегодняшнего решения? Дата фактического введения, форма препарата и доза. После их проверки выбирают порядок, соответствующий продукту. [3, 4]

3. После двух достаточных курсов голоса по-прежнему мешают работать. Какую возможность открыто обсуждают с пациентом? После повторной оценки диагноза и альтернативных причин — клозапин, ожидаемую пользу, специальный мониторинг и обстоятельства пациента. [1]

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178, 1.5.5–1.5.7. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/recommendations

[2] Howes и соавторы. Консенсус TRRIP. American Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503

[3] Practical Guidance for the Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9809355/

[4] Optimizing long-acting injectable antipsychotic safety and care continuity through documentation best practices. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12434062/

[5] NHS SPS. Clinical considerations for patients prescribed clozapine. https://sps.nhs.uk/articles/clinical-considerations-for-patients-prescribed-clozapine/

ГЛАВА 32

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

«Когда я говорю, что голоса исчезли, все радуются. Но кому сказать, что теперь не знаю, зачем жить?» Это сказал на контрольном приеме молодой человек, перенесший первый психоз. Он регулярно принимает лекарство, его речь последовательна. Отмечая улучшение, врач отдельно уделил время новому высказыванию. «Я понимаю, что вам тяжело. Бывают ли моменты, когда вам не хочется жить? Думали ли вы о самоубийстве? А сейчас?»

Здесь две клинические задачи. Одна — понять опыт, приведший молодого человека к безнадежности. Вторая — решить, как обеспечить его безопасность сегодня после приема. Подробный ответ на первый вопрос может потребовать времени. Если обнаружены текущее намерение или недавняя попытка, вторая задача ждать не может. [1, 2]

В главе рассматриваются прием, выписка из отделения и телефонный разговор со взрослыми пациентами, живущими с шизофренией. Три учебные ситуации переработаны на основе случаев 3, 20 и 21 атласа «Оценка суицидального риска — 30 случаев». Диалоги и дополнительные детали являются учебными примерами. [6]

В каждом случае до чтения обсуждения напишите три предложения: какой вопрос вы зададите сейчас, какие сведения изменят решение, что команда рядом с пациентом сделает сегодня?

От фразы пациента к конкретному вопросу

Человек, сказавший «Я устал», может устать от боли, голосов, безработицы или жизни. Повторите его фразу и спросите: «Что вы имели в виду, когда сказали, что устали?» Затем прямо спросите о желании умереть и мыслях о самоубийстве. Вопрос «Вы ведь такого не сделаете?» требует от собеседника ожидаемого вами ответа. [2, 6]

Разделяйте время. «Когда эта мысль возникла в последний раз? Когда было тяжелее всего? Есть ли она и сейчас, здесь?» Мысль неделю назад и мысль, возвращающаяся в эту минуту, требуют разной срочности. Важно также, сколько она длится, что пациент делает при ее усилении и кому может сказать.

Намерение и реальная возможность. «Есть ли намерение поступить согласно этой мысли? Появились ли решение или план? Предпринимали ли вы подготовку? Есть ли сейчас доступ к тому, что может представлять опасность?» Ответ уточняют настолько, насколько необходимо для выбора мер безопасности. О прошлых попытках и самоповреждениях спрашивают отдельно. Для каждого события записывайте тогдашнее намерение и медицинские последствия так, как их описал пациент. [1, 2]

Продолжите беседу практическим вопросом. «Если сегодня вечером мысль снова усилится, какая помощь понадобится, чтобы оставаться в безопасности?» Ответ «Не знаю» — тоже информация. Тогда команда уточняет, кто может прийти, какая служба примет и где пациент будет находиться до прибытия помощи.

Клиническое заключение о риске

Клиническое заключение (risk formulation) должно объяснять сегодняшнее решение. Его можно записать в четырех частях. Первая — обычное состояние человека и его история. Фиксируют предыдущие попытки, депрессию, течение психоза, употребление веществ и ранее помогавшее лечение. Это не баллы для индивидуального прогноза, а основа понимания сегодняшних изменений. [1, 3]

Вторая часть — что изменилось? Потеря близкого, трудности возвращения к работе, безнадежность, новый приказывающий голос, сильное беспокойство или недавняя выписка. Указывайте время: вместо «плохо спит» — «не спал две ночи, со вчерашнего дня мысли усилились». Нежелательные эффекты лекарства, опьянение, изменение сознания или боль могут менять и вид помощи. [3, 6]

Третья часть — текущая безопасность. Что сказал пациент, какие действия наблюдались, какие новые сведения сообщил близкий или медсестра? Разделяют мысли, намерение, план, подготовку и возможность. Если ответы не согласуются, открыто запишите расхождение. Слова «не сообщил» можно правильно истолковать только тогда, когда ясно, был ли задан вопрос.

Четвертая часть — сегодняшняя защита и меры. Вместо «есть брат» напишите: «С согласия пациента связались со старшим братом, он подтвердил, что сможет прийти вечером». Семья или планы на будущее не отменяют текущего намерения. NICE не рекомендует после самоповреждения прогнозировать последующий суицид или принимать решение о выписке на основании шкалы либо категории «низкий, средний, высокий». [1]

Случай 1. На завтра запланирована выписка

В вечернюю смену Бехзод сказал медсестре: «Днем не смог сказать. Голос приказывает причинить себе вред». Завтра старший брат должен был забрать его домой. Бехзод опасается, что из-за этого сообщения возвращение домой отложится. Сначала врач говорит: «Хорошо, что вы сказали. Сейчас мы останемся с вами». [6, на основе случая 3]

Вопрос читателю. Что должна сделать медсестра до выполнения прежнего плана выписки? Чего еще нельзя узнать только из сообщения «есть голос»?

Клиническое обсуждение. Уточните приказ голоса, насколько пациент верит в его силу, есть ли сейчас желание или давление подчиниться, как он реагировал раньше и способен ли остановиться. «Вы сами хотите умереть или стало трудно сопротивляться голосу?» Оба переживания могут присутствовать одновременно. Даже если пациент говорит «не хочу умирать», ощущение утраты контроля — информация, с которой нельзя медлить. [2, 3]

Продолжение случая. Бехзод сказал, что сегодня стало труднее противостоять голосу. Команда не оставила его одного, ограничила доступ к опасным средствам, срочно вызвала дежурного врача. Уровень наблюдения и лечение пересмотрели в тот же вечер. Решение о завтрашней выписке приостановили до новой оценки.

Запись для передачи. «В 20:15 пациент самостоятельно сообщил об усилении приказывающего голоса. Отрицает желание умереть, но сопротивляться стало труднее. Дежурная команда информирована, сотрудник находится с пациентом. План выписки пересматривается». В записи видны симптом, ответ пациента и выполненное действие.

Случай 2. Безнадежность после первого психоза

Молодой человек из введения — Умид, 24 года. Он хочет вернуться к учебе, но стыдится, что однокурсники узнают о госпитализации. Когда голоса исчезли, семья решила, что «теперь все в порядке». А он впервые сообщил, что в течение последней недели у него возникали мысли о смерти. [6, на основе случая 20]

Вопрос читателю. Какой вопрос остается открытым после исчезновения голосов? Какое переживание Умида может остаться неуслышанным при ответе «Живите ради родителей»?

Клиническое обсуждение. Спросите Умида о подавленном настроении, безнадежности, самообвинении, сне и повседневной деятельности. Само осознание болезни не определяет степень риска. Важная деталь — что, по его мнению, диагноз означает для будущего и превратилась ли эта мысль в текущее намерение? Также проверяют прежние попытки, употребление веществ, план и доступ к средствам. [2, 3]

Продолжение случая. Вчера Умид думал: «Лучше бы не проснуться». Сейчас он говорит, что нет мыслей о самоубийстве, намерения, плана или подготовки. Сегодня он хочет остаться со старшей сестрой. Команда получила согласие связаться с ней, уточнила домашние условия, оценила депрессивные симптомы и назначила повторный контакт на следующий день. Это решение опирается на всю беседу, текущий осмотр и осуществленные договоренности.

Важный поворот. Если Умид скажет: «Я и сейчас думаю о самоубийстве», звонка завтра недостаточно. Его не оставляют одного и немедленно организуют неотложную оценку психического состояния. [2]

Случай 3. По телефону: «Не могу сидеть»

Сабина вечером позвонила в отделение. Она сказала, что с изменения дозы лекарства «что-то внутри заставляет меня ходить, я больше не могу этого терпеть». Прежде чем предложить запись на очередной прием, нужно разделить два вопроса: причина мучительного двигательного беспокойства и наличие мыслей о самоубийстве за словами «не могу терпеть». [6, адаптировано по случаю 21]

Первый шаг по телефону. Где сейчас Сабина, по какому номеру можно перезвонить, кто рядом? Затем спросите прямо: «Возникали ли мысли причинить себе вред или покончить с собой, чтобы избавиться от этого мучения? Есть ли они сейчас?» Если ответ указывает на текущие активные мысли или непосредственную опасность, сотрудник сохраняет связь, организует помощь по месту нахождения и, если это безопасно, привлекает к ней надежного человека. [2]

Решение случая. Сабина сказала, что сейчас боится причинить себе вред и находится дома одна. Команда не ограничилась изменением очередной дозы по телефону. Она сохраняла связь до передачи на неотложную оценку. На последующем осмотре проверили дозу и время, внутреннюю потребность двигаться, облегчение при ходьбе, сон, психоз, тревогу и употребление веществ. Возможность акатизии (akathisia) включили в план обследования и лечения.

Найдите ошибку. Вывод «это обычный нежелательный эффект» оставляет суицидальные мысли непроверенными. Вывод «это только психоз» упускает временную связь с лекарством. У одного человека обе проблемы могут одновременно требовать помощи. [3, 6]

Срочность помощи и лечение

При выявлении текущего суицидального намерения, подготовки, трудностей сопротивления приказу или неспособности пациента обеспечить собственную безопасность команда действует немедленно. С пациентом остается сотрудник, доступ к опасным средствам безопасно ограничивают, организуют неотложную психиатрическую и необходимую медицинскую оценку. При недавнем самоповреждении или возможном отравлении физическое состояние также оценивают немедленно. Последующее отрицание мыслей не устраняет физическую опасность. [1, 2]

Если пациент молчит. «Вижу, что говорить об этом трудно. Давайте не спеша начнем с того, что произошло сегодня». Медицинские записи, наблюдения дежурного персонала и сведения близких помогают восстановить событие. По возможности спрашивают согласие пациента. При непосредственной серьезной

опасности необходимые для безопасности сведения передают соответствующей команде согласно местным правилам. Не записывайте молчание как отсутствие намерения. [1, 6]

Дальнейшее лечение. Проверьте, что поддерживает текущий кризис: психоз, депрессия, употребление веществ, страдание из-за лекарства или потери. В план включают работу с семьей, психотерапию и практическую помощь в возвращении к учебе или работе. Врач объясняет пациенту, какой потребности отвечает каждая мера. [1, 3]

Связь с главой 31. Согласно рекомендации APA, при шизофрении рассматривают клозапин, если несмотря на другие виды лечения сохраняется значительный риск суицидальной попытки или суицида. В исследовании InterSePT клозапин сравнивали с оланзапином у отобранных пациентов с высоким суицидальным риском. Это решение о долгосрочном лечении. При непосредственной опасности первая задача — текущая безопасность и неотложная помощь. [4, 5]

План безопасности словами самого пациента

План (safety plan) хранят в доступном пациенту месте. Не ограничивайтесь подписью на готовом бланке. Проверьте, может ли пациент на практике при усилении тревоги прочитать текст, связаться с надежным человеком и добраться до помощи. При непосредственной опасности план дополняет неотложную помощь. [1, 2, 6]

1. Мои ранние признаки. Умид написал: «По ночам не сплю и начинаю думать о том, чтобы совсем бросить учебу. Перестаю открывать сообщения людей».

2. Безопасное действие, ненадолго приносящее облегчение. «Перехожу в другую комнату, включаю свет и музыку, которая раньше помогала». Этот способ выбрал Умид. Записывают то, что подходит самому пациенту.

3. Способ не оставаться одному. «Если сестра дома, иду к ней». Если человек дома является источником опасности, выбирают другого надежного человека или безопасное место.

4. Конкретная просьба о помощи. «Сестренка, снова вернулась та тяжелая мысль. Я хочу, чтобы ты сейчас осталась со мной и помогла связаться с помощью». Также определяют запасной контакт, если сестра не ответит.

5. Профессиональная и экстренная помощь. Записывают, какая команда отвечает в рабочее время, куда обращаться ночью и кто вызовет экстренную помощь при непосредственной опасности. Контакты заранее проверяют для региона, где находится пациент.

6. Обеспечение безопасности среды. Согласовывают, кто, когда и как ограничит доступ к опасным средствам. Например, порядок безопасного хранения лекарств должен позволять вовремя получать необходимое лечение. В конце спросите Умида: «Как вы сделаете первый шаг сегодня ночью?» Обещание «Я не причиню себе вреда» этот план не заменяет. [1, 2]

Передача ответственности следующей команде

Выписка из отделения — не только дата выдачи эпикриза. Домашние условия, доступ к лекарствам, присутствие кого-то вечером и дорога на первую встречу в этот день приобретают практическое значение. Принимающая команда с согласия пациента и в рамках соответствующего порядка должна получить последнее заключение, план безопасности и свои задачи. [1, 3]

Пример записи. «Умид сообщил о желании умереть вчера вечером. В сегодняшней беседе отрицал текущие активные мысли, намерение, план и подготовку. Сохраняются безнадежность и нарушения сна. Обсужден доступ к опасным средствам, согласованы меры безопасного хранения дома. С его согласия привлечена старшая сестра. Ответственный сотрудник позвонит завтра в 10 часов. При появлении текущего намерения задействуется план экстренной помощи». В примере отдельно видны слова пациента и действия команды.

Если на звонок не отвечают. У команды должен быть заранее согласованный порядок для рабочего и нерабочего времени. Ответственный сотрудник предпринимает повторную попытку связи, связывается с близким, на которого дано согласие, либо при новых признаках опасности организует неотложную оценку. Прежде чем закрыть вопрос записью «пациент не пришел», фиксируют последние сведения и выполненные действия.

Правильно применяйте сроки. NICE рекомендует, если после эпизода самоповреждения сохраняются опасения за безопасность, организовать первоначальную последующую помощь в течение 48 часов после психосоциальной оценки. Это не единый срок ожидания для всех случаев психоза. При непосредственной опасности помощь организуют сейчас. [1, 2]

Краткая форма для приема и упражнения

Дословное высказывание пациента и время _____

Текущие мысли, намерение, план, подготовка и возможность _____

Предыдущая попытка, сегодняшнее изменение и медицинское состояние _____

Защитные факторы и доступная сейчас помощь ___

Выполненная мера, ответственный сотрудник, дата повторной связи _____

1. Пациент сказал: «Нет, сейчас таких мыслей нет». Но медсестра сообщила, что час назад он говорил о неспособности сопротивляться приказу. Решение: сопоставьте время и обстоятельства двух сообщений. Проведите повторную оценку, обеспечьте текущую безопасность, согласуйте решение с дежурной командой.

2. Пациент после самоповреждения получил низкий балл при скрининге. Чего не хватает для выписки? Оценки физического состояния, психосоциальной оценки, индивидуального заключения о безопасности и реального плана дальнейшей помощи. [1]

3. Врач сказал: «Ваша семья — ваша опора». Как вы это проверите? Уточните, кого выбирает пациент, согласен ли на связь с ним, может ли этот человек действительно прийти сегодня и есть ли другой вариант, если не сможет.

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, 1.5–1.11. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[2] NIMH. Adult Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Guide. https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/adult-outpatient/adult-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-guide

[3] Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. https://doi.org/10.1177/0706743717719899

[4] APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. 3rd ed. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841

[5] Meltzer и соавторы. InterSePT. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207092

[6] Учебный источник, предоставленный автором. «Атлас психопатологии. Оценка суицидального риска — 30 случаев». Беседа и план безопасности, страницы 2–8. Случаи 3, 20, 21 — страницы 11, 28, 29.

ГЛАВА 33

РИСК НАСИЛИЯ, СТИГМА И БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА

«В карте моего младшего брата написано “агрессивный”. Когда я спросила, что он сделал, никто не смог объяснить». Старшая сестра Жасура принесла лист предыдущего приема. Жасура спросили о том дне. «Я кричал: откройте дверь. За мной шли трое. Я хотел выйти». В записи медсестры указано, что он повысил голос, остановился у двери и успокоился, когда сотрудник отступил на шаг. Сведений об ударе, угрозе или травме нет.

Какая запись ценна для следующего дежурного? Определение «агрессивный пациент» теряет причину произошедшего и то, что помогло. Наблюдение «отступил при приближении людей, попросил открыть выход» показывает, с чего начать следующую беседу. Даже если открыть дверь нельзя, можно объяснить причину и предложить более безопасное место. [1]

В этой главе мы спрашиваем о двух направлениях риска. Кому сейчас могут причинить вред действия пациента? От кого или чего опасность грозит самому пациенту? Оба направления могут присутствовать одновременно. Код F20 в МКБ-10 не отвечает на эти вопросы. [1–3]

Жасур и последующие клинические ситуации — учебные примеры. Обсуждение домашней угрозы и безопасности детей основано на случае 24 предоставленного автором атласа. В исходном случае диагноз шизофрении не установлен. [5]

Как правильно объяснить статистику пациенту

«Человек с шизофренией обязательно опасен?» Когда сестра Жасура задает этот вопрос, ответа «не волнуйтесь» недостаточно. Она хочет знать, что произошло вчера, на какие признаки обратить внимание в следующий раз и когда вызывать помощь. Приводя цифру, мы должны объяснить, что именно измерялось.

В исследовании шведских регистров доля хотя бы раз осужденных за насильственное преступление за период наблюдения составляла 13,2% в группе шизофрении и 5,3% в группе сравнения. Среди пациентов, у которых также было зарегистрировано злоупотребление веществами, доля составляла 27,6%, без зарегистрированного сопутствующего состояния — 8,5%. Это результат длительного регистрового наблюдения. Он не измеряет сегодняшнюю агрессию в приемной или распространенность в Узбекистане. В обеих группах у большинства таких судимостей не зарегистрировано. [2]

Другая сторона доказательств. В систематическом обзоре взрослых с психотическими расстройствами изучалось, как они сами подвергаются физическому и сексуальному насилию и другим нападениям. Значит, после вопроса «Угрожал ли он кому-нибудь?» есть основание спросить также: «Угрожали ли вам, причиняли ли травмы?» [3]

Пример ответа сестре. «Мы знаем о диагнозе Жасура. Какая помощь нужна, определим по его вчерашним действиям, сегодняшнему намерению и нынешним обстоятельствам. Кто тогда подходил? Что он просил? Что помогало раньше в подобных ситуациях?»

Клиническая беседа для выявления угрозы

Человек, сказавший «Я разозлился», не обязательно хочет кому-то навредить. Эмоция, высказанная угроза, намерение и совершенное действие — отдельные сведения. «Я хочу услышать от вас, что произошло. Что вы сделали в момент самого сильного гнева?» Затем при необходимости конкретно и спокойно спросите: «Есть ли сейчас мысли или намерение причинить кому-то вред?»

При положительном ответе уточняют, кому адресована угроза, находится ли этот человек рядом, есть ли план встречи, доступ к опасным средствам и начаты ли уже действия — в объеме, необходимом для текущей безопасности. Мысленно представить, сказать кому-то и направиться к этому человеку — клинически разные ситуации. [1]

Сопоставьте вчерашнее событие с сегодняшним состоянием. Были ли прежде насильственные действия? Когда, в каких обстоятельствах, с какими последствиями? Есть ли сегодня боль, алкоголь или другие вещества, бессонница, сильная подозрительность, чувство необходимости защищаться, конфликт в окружении? При внезапном изменении сознания или внимания необходима срочная оценка делирия или другой медицинской причины. [1]

Защиту тоже описывайте с доказательствами. Решение лучше обосновывает запись «отменил встречу с соседом, согласен оставаться с сотрудником, перешел в безопасное место», чем «спокоен». При этом не вычеркивайте прежнюю конкретную угрозу из-за последующего спокойного вида.

Случай 1. Когда начинают поджидать человека

«Жена мне изменяет. Вчера ждал, когда она выйдет с работы». Отабек, 40 лет, говорил на приеме тихо. Можно спросить, когда начался конфликт, но необходимо также выяснить, намерен ли он сегодня снова пойти к ее работе. Супружеский конфликт и содержание ревности сами по себе не обосновывают диагноз F20. А меры безопасности не ждут окончательного названия синдрома.

Вопрос читателю. Каких сведений не хватает между спокойной речью Отабека и сегодняшней безопасностью его жены? Что может изменить встреча с женой лицом к лицу в одной комнате?

Продолжение случая. Отабек сказал, что вчера несколько раз отправлял угрожающие сообщения и сегодня снова собирается туда пойти. Уточняют непосредственное намерение причинить вред, подготовку, доступ к средствам и нынешнее местонахождение жены. Один член команды разговаривает с Отабеком на безопасной дистанции. Другой связывается с экстренной службой и ответственным за безопасность. Меры защиты потенциальной пострадавшей и детей согласуют по местному порядку. В экстренной ситуации очная встреча супругов может усилить риск. [1, 4]

Упражнение с атласом. Для разграничения твердых убеждений ревнивого содержания сравните карточки D017 — бредовое расстройство (случай 109, ответ 110) и D020 — шизофрения (127, 128). В обоих случаях сегодняшняя угроза и безопасность потенциальной жертвы оцениваются независимо. [6]

Клиническое заключение. Строка «есть бред ревности» ничего не говорит о вчерашних сообщениях и сегодняшнем плане. В записи указывают, от кого и какие сведения получены, кому адресована угроза, меры команды и ответственного за последующую оценку. Психоз, действие веществ и историю семейного насилия изучают отдельно.

Случай 2. Снижение напряжения в приемной

Жасур повысил голос в коридоре. Двое одновременно задавали ему вопросы, третий стоял позади. «Отойдите все!» — сказал он. Первым решением было изменить условия общения. Разговор вел один сотрудник, остальные находились в пределах слышимости, готовые помочь. Других пациентов перевели в более безопасное место. [1]

Деэскалация (de-escalation — снижение напряжения через общение и изменение среды). Не перекрывая путь, сотрудница спокойным голосом сказала: «Меня зовут Азиза. С вами будет говорить один человек за раз. Вам удобно здесь или перейдем туда, где тише?» Жасур сказал: «Пусть никто не стоит за моей спиной». Это была выполнимая просьба. Для ее выполнения не требовалось спорить с пациентом о реальности бредовых убеждений.

Наблюдайте, какое действие помогло. Жасур отступил на шаг, понизил голос, попросил воды. Дежурный не оставил его сразу одного. Он повторно оценил, от кого пациент чувствовал угрозу, есть ли желание кому-то навредить и каково текущее медицинское состояние.

Если ситуация ухудшается. При начале действий по причинению вреда, появлении опасного предмета или невозможности сохранять безопасную дистанцию вместо продолжения долгого разговора освобождают путь отхода и вызывают подготовленную экстренную команду. Ограничительные меры применяют только при необходимости, наименее ограничительным безопасным способом, уполномоченной командой и с соответствующим наблюдением. Их не используют как наказание. [1]

Случай 3. Если угрожают самому пациенту

Дилноза пришла за помощью с двумя детьми. Она боится возвращаться домой. «Иногда кажется, что если исчезну, все закончится», — сказала она. В случае 24 атласа сочетаются две опасности: серьезная угроза со стороны мужа и безнадежность женщины относительно собственной жизни. Исходный источник описывает это как кризис. Оснований переименовывать его в шизофрению нет. [5, страница 32]

Беседа проходит наедине в безопасном месте. «Можете ли вы сейчас здесь говорить свободно? Если сегодня вернетесь домой, вы и дети будете в безопасности?» Затем второй вопрос: «Под исчезновением вы имели в виду уехать в другое место или также думаете о самоубийстве? А сейчас?» Ответ об одной опасности не закрывает другую. [4, 5]

Первая помощь. При травмах оценивают медицинские потребности. Нужно выслушать женщину без спешки, не обвинять ее в насилии, определить человека, которому она доверяет, и безопасное место. Где дети, кто может сейчас присмотреть за ними? Если другой человек просматривает ее телефон, отправлять сообщения может быть небезопасно. Согласуйте с ней подходящий способ связи. [4]

А если это говорит пациент с диагнозом F20? Задают те же вопросы. Прежний диагноз не отменяет сообщения о травме, угрозе или преследовании. Слова пациента, наблюдаемую травму и сведения других источников записывают отдельно. Не вызывайте угрожавшего человека как «помогающего родственника» без оценки согласия и безопасности пациента. [3, 4]

Как распознать стигму в клинической записи

Стигма (stigma) проявляется в односторонней оценке пациента из-за диагноза. Иногда она скрывается в обычной записи, а не в открытой дискриминации. Прочитав «шизофреник, скандальный», новый сотруд-

ник может готовиться защищаться еще до того, как пациент заговорит. В результате меняются дистанция между людьми, тон голоса и задаваемые вопросы.

Первая правка. Вместо «был агрессивен»: «После увеличения времени ожидания повысил голос, один раз ударил ладонью по столу. Никому не угрожал. Согласился перейти в тихое место». Подробности не снижают серьезности. Следующий сотрудник сможет понять, какое именно поведение повторилось.

Вторая правка. Вместо «проблемы с семьей»: «Пациентка рассказала о вчерашней угрозе мужа. Беседа проведена наедине. Согласованы сегодняшнее размещение детей и безопасная телефонная связь». В этой записи видно, кто в опасности и что нужно проверить. [4]

Третья правка. Вместо «не подчинился лечению»: «Отказался от укола, указав причиной прежний болезненный опыт. Согласен обсудить таблетки». Отказ от лекарства, отступление из страха и удар другого человека — разные события. Объединять их ярлыком «опасный» — значит ухудшать последующее решение.

Вопросы пациенту: «Что из сделанного нами в тот день вам помогло? Какое наше действие показалось вам угрозой?» Его ответ может стать заранее согласованным планом следующего посещения. [1]

Управление риском и план лечения

Краткосрочное заключение отвечает на вопросы: кому, какой вред, при каких обстоятельствах и насколько скоро может быть причинен? Укажите доказательства для каждого пункта: симптомов, употребления веществ, прежних действий, среды и текущего намерения. Включите пожелания пациента и меры, помогавшие раньше. [1]

Инструменты. В стационаре BVC (Brøset Violence Checklist) или DASA-IV (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) могут помогать систематически фиксировать краткосрочные наблюдаемые изменения. Эта рекомендация относится к стационару. Не интерпретируйте результат как пожизненную опасность амбулаторного пациента, риск стать жертвой домашнего насилия или вероятность суицида. [1]

Лечение. Если психотическое переживание вызывает страх и действия, оценивают эффективность и переносимость лечения психоза. При подозрении на опьянение, синдром отмены, боль, изменение сознания или акатизию нужна помощь, соответствующая причине. После устранения непосредственной опасности в план включают сон, употребление веществ, повседневный стресс, психологическую помощь и препятствия в среде. Лечение психоза не должно задерживать меры защиты потенциальной жертвы. [1, 4]

Упражнение по проверке классификации. Если новый психоз связан по времени с употреблением вещества или соматическим заболеванием, найдите в полном атласе D022 (страницы 139/140) и D023 (145/146). Если внимание и бодрствование меняются час от часа, работайте с D138 — делирий (843/844) и D139 — делирий, связанный с веществом или лекарством (849/850). Первое число обозначает случай, второе — ответ. [6]

Два отдельных плана. Для Отабека — с кем он останется сегодня, как обеспечить, чтобы он не пошел к работе жены, время следующей клинической оценки. Для жены — безопасная связь, защита и контакт с необходимыми службами. Сообщать угрожающему человеку, где она будет находиться, может быть опасно. При решении о передаче сведений учитывают безопасность, конфиденциальность и местный порядок.

После инцидента и при передаче смены

Когда ситуация успокоилась, сначала проверьте вред. Есть ли у пациента, сотрудника или окружающих травмы, боль, затруднения дыхания или сильный страх? Если применялись ограничительные меры, документируют физическое и психическое состояние и соответствующее наблюдение. Когда пациент придет в себя, нужно услышать о событии и с его точки зрения. [1]

Беседа с Жасуром. «Я хотел, чтобы вы открыли дверь. Когда стал говорить один человек, я смог услышать вопрос». Дежурному же громкий голос пациента мешал услышать сигнал о просьбе помочь. После обоих наблюдений записан план: при затягивании ожидания Жасуру объясняют причину, предлагают короткий перерыв и более тихое место. Его не окружают люди. При реальной угрозе или новом действии план пересматривают.

Пример передачи. «В 16:10 повысил голос в коридоре и попросил открыть дверь. Ударов или конкретной угрозы не наблюдалось. Когда говорил один сотрудник, соблюдалась дистанция и было предложено более тихое место, голос понизился. Причина страха выясняется. За следующую оценку отвечает дежурный врач». В другой ситуации прежде всего передают адресную угрозу, конкретную цель и меры защиты.

Вопрос семье. «Если подобная ситуация начнется снова, по какому признаку вы заметите ее рано? Когда будете сохранять дистанцию и вызывать помощь?» От родственника не требуют отбирать опасный предмет или физически останавливать нападение. Безопасное место и путь к срочной помощи обсуждают заранее. [1]

Лист приема и клинические упражнения

Слова самого пациента и непосредственно наблюдаемое действие _____

Кто в опасности / есть ли угроза самому пациенту _____

Текущее намерение, время, возможность и изменение ситуации _____

Выполненная мера защиты / ответственный / время повторной оценки _____

1. Пациент крикнул: «Держитесь от меня подальше». Что вы запишете? Его точные слова, действия, произошедшее после изменения дистанции и наличие или отсутствие конкретной угрозы. Сам по себе громкий голос не доказывает намерения кому-то навредить.

2. Супруг сказал: «Не верьте ее словам, она и раньше лечилась». Каков следующий шаг? Отдельная беседа с пациенткой в безопасных условиях. Выясняют травмы, угрозы, положение детей и то, где она может безопасно остаться сегодня. [3, 4]

3. Вчера пациент угрожал конкретному человеку, сегодня спокоен. Что передать? Содержание и время угрозы, текущее намерение и возможность, меры для потенциальной жертвы, клинические потребности пациента и того, кто повторно оценит ситуацию. Спокойное сидение не отвечает на эти вопросы. [1]

Источники и дополнительное чтение

[1] NICE. Violence and aggression: short-term management. NG10, 1.2–1.4. https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/recommendations

[2] Fazel и соавторы. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA, 2009. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454640/

[3] de Vries и соавторы. Victimization in adult patients with a psychotic disorder. Систематический обзор и метаанализ. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29547958/

[4] ВОЗ. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26

[5] Файл, предоставленный автором. «Атлас психопатологии. Оценка суицидального риска — 30 случаев». Случай 24, страница 32. Пример отдельного изучения домашней угрозы и суицидальных мыслей.

[6] «180 карточек. Оглавление для телефона», страницы 9, 10, 48. Номера страниц карточек относятся к полному сборнику объемом 1 104 страницы. Оглавление — редакционный проект.

ГЛАВА 34

ОСТРЫЙ ПСИХОЗ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

«Вчера папа сидел и читал газету. А сегодня не узнает меня и заглядывает под кровать». Эта единственная фраза дочери ценна для дежурного врача: она одновременно показывает вчерашние способности пациента и сегодняшнее изменение. Важно, что пациент что-то видит. Но сейчас первый вопрос — почему за один день он утратил внимание и ясность сознания?

У студента в другой комнате сознание ясное. Он знает, где находится, но убежден, что за ним следят через телефон. У третьего пациента тоже есть страх преследования, одновременно учащен пульс, выступает пот и недавно было употребление неизвестного вещества. У каждого изменено восприятие или мышление. Но первый шаг помощи определяется дыханием, кровообращением, вниманием, временной историей и текущим риском. [8, 9, 4]

Эта глава посвящена первоначальной оценке взрослых. Случаи из предоставленного автором сборника «Клинические случаи — 40 случаев шаг за шагом» пересказаны в сокращении. Вопросы для обсуждения и рабочие записи составлены для этой главы. Ссылки на атлас относятся к собственным страницам PDF объемом 258 страниц. [12, 13]

Не спешите первым делом находить название диагноза. В каждом случае сначала ответьте: «Какой из текущих признаков опаснее всего пропустить для пациента?»

Решение в первые минуты

Одновременно начинают три действия: создают безопасные условия для пациента и окружающих, проверяют физическую стабильность, устанавливают контакт. Один сотрудник говорит спокойно и кратко. Остальные наблюдают, собирают сведения и организуют необходимую помощь. До прикосновения к пациенту или осмотра по возможности объясняйте, что будет сделано. [8, 4]

Жизненные показатели. Оценивают дыхательные пути, дыхание, пульс, давление, температуру, сатурацию кислорода и бодрствование. При изменении сознания быстро проверяют глюкозу крови. При гипоксии, судорогах, новом очаговом неврологическом симптоме, травме головы, тяжелой интоксикации или снижении сознания активируйте неотложную медицинскую помощь. Длительное психиатрическое интервью в такой ситуации откладывается. [8, 9]

Вопросы безопасности. «Чего вы сейчас боитесь? Голос требует от вас каких-либо действий? Есть ли мысли причинить вред себе или другому человеку?» Рассматривайте ответ вместе с поведением пациента, доступом к средствам и сведениями близких. При непосредственной опасности отведите людей на безопасную дистанцию, вызовите соответствующую команду и наблюдайте пациента согласно обстоятельствам. [4]

Пример записи. «Пациент часто смотрит на дверь, понимает вопрос, называет имя. Отрицает намерение навредить себе. Пульс учащен. Проверяются температура, сатурация, история употребления веществ и лекарств». Передавайте следующему сотруднику и конкретное наблюдение, и еще выполняемую работу.

Три решения на приеме

Два пациента пришли одновременно. Первый быстро ходит по комнате и повышает голос, но садится по просьбе. Второй сидит молча. Оставшись наедине, он говорит: «Голос приказал сегодня убить себя, я го-

тов». Кому первому вы организуете непрерывное наблюдение? Спокойствие второго скрывало непосредственную опасность.

Первое решение на приеме

Вопрос	Находка, меняющая решение	Текущее действие
Стабильны ли жизненные функции?	Угнетение дыхания, гипоксия, изменение сознания, гипогликемия	Оценка ABCDE, экстренная медицинская команда, устранение причины
Есть ли риск причинения вреда?	Текущее намерение, доступ к средствам, нападение или неспособность защитить себя	Не оставлять пациента одного, безопасно устранить источник опасности, защищенная среда
Возможны ли общение и пероральное лечение?	Пациент понимает выбор, может глотать, сотрудничает	Спокойная среда, предложение перорального лечения, наблюдение за ответом

Источники: WFSBP — для лечения острой шизофрении, Project BETA — для первоначальной медицинской сортировки, NICE NG10 — для экстренного парентерального успокоения. Инъекционные дозы относятся к практике лечения взрослых в учреждении с возможностями мониторинга и реанимации. [1–5]

Клиническая тяжесть психоза

CGI-SCH (шкала общего клинического впечатления при шизофрении) отдельно оценивает позитивные, негативные, депрессивные и когнитивные симптомы и общую тяжесть. Раздел тяжести охватывает последнюю неделю. Возбуждение на приеме и текущий риск записывают отдельно. Ниже приведены краткие описания уровней и учебные примеры. [6]

Балл	Уровень	Что уточняем в клинической записи?
1–2	1 — симптомов нет. 2 — пограничный	Какое изменение есть, насколько ясно, что это симптом болезни?
3	Легкий	Может ли пациент рассказать о переживании? Что изменилось в повседневных делах?
4	Умеренный	Например, пропустил рабочее собрание из-за подозрительности. Отдельно запишите влияние дома и на работе.
5	Выраженный	Например, прекратил работать, выбор еды определяется бредом. Запишите потребность в помощи.
6–7	6 — тяжелый. 7 — крайне тяжелый	Документируйте оценку реальности, общение, прием пищи и воды, основные потребности и необходимость защиты.

Балл не определяет дозу лекарства. Например, даже при 6 баллах CGI-SCH по позитивным симптомам пациент может быть спокоен и сотрудничать. Показания к экстренной инъекции обосновывайте отдельно. Если при первом психозе этиология неизвестна, запишите наблюдаемый синдром, а длительность и исключения по критериям F20 МКБ-10 уточните позднее. [1, 3, 6]

Уровень возбуждения и условия помощи

BARS (шкала поведенческой и двигательной активности) оценивает состояние пациента в данную минуту. Ниже приведена шкала от 1 до 7, представленная Project BETA. К каждой оценке добавляют время и конкретное наблюдение. [2]

Балл	Наблюдение	Практическое решение
1	Трудно или невозможно разбудить	Немедленно проверить дыхательные пути, дыхание и кровообращение. Экстренное медицинское реагирование.
2–3	2 — спит, обычно реагирует на обращение или прикосновение. 3 — сонлив	Оценить седацию, интоксикацию и другие причины. Перед повторным седативным средством проверить дыхание и сознание.
4	Бодрствует и спокоен	Беседа, оценка содержания психоза, суицидального намерения, отказа от еды и воды и безопасной среды.
5	Повышена речевая или двигательная активность, успокаивается словесно	Говорит один сотрудник. Сохраняет дистанцию и путь выхода. Предлагает пациенту тихое место и выбор лечения.
6	Очень активен или непрерывно движется, физического ограничения не требуется	Подготовить команду. Проверить возможность перорального лечения. При усилении риска перейти в защищенную среду.
7	Насильственные действия, непосредственный риск вреда	Экстренное командное реагирование. Наименее ограничительная эффективная мера. Одновременно оцениваются показания к быстрому успокоению и медицинские причины.

Если в амбулаторной клинике невозможно контролировать риск или наблюдать дыхание после инъекции, привлеките экстренный медицинский транспорт и приемное отделение. [2, 4]

Случай 1. Первый психотический эпизод

Студент 23 лет пять дней убежден, что преподаватели следят за ним через телефон. Он слышит голоса, комментирующие его действия. Перескакивает с темы на тему. В беседе сознание ясное, знает, где находится. О прежних подобных эпизодах неизвестно. Пока закройте дальнейшее наблюдение из источника. [13, случай 2, страница 3]

Вопрос читателю. Какой вывод обоснован в день приема? Можно сказать: «Впервые оцениваемый психотический синдром». По одним лишь пяти дням нельзя сейчас записать дальнейшее течение. У семьи спрашивают о самых ранних изменениях, эпизоде настроения, веществах или лекарствах, ночном сне, недавнем соматическом заболевании и деятельности. Пациенту нужны безопасное место, вода, общение и ранняя помощь. [8]

Что выявило наблюдение? В сборнике к третьей неделе голоса и бред исчезли, студент вернулся к учебе. Это укрепляет вывод о кратком течении. Однократное отрицательное токсикологическое исследование не исключает все вещества. Даже после краткого эпизода важно наблюдать новые симптомы и деятельность.

Как читать атлас? На странице 23 представлено кратковременное психотическое расстройство, на странице 25 — шизофрения. Временные критерии DSM-5-TR и МКБ-10 ВОЗ различаются. Общие клинические критерии F20 обычно требуют характерных симптомов не менее месяца. Не переносите общий ше-

стимесячный период DSM в F20. Для F23 также оценивают скорость начала, картину симптомов и критерии конкретной рубрики. [11, 12]

Случай 2. Зрительный образ и недостаток кислорода

Мужчина 82 лет находится в стационаре с пневмонией. Ночью перестал узнавать окружающее, говорил, что видит животных. Утром бодрее, ближе к полудню снова спутан. Во время беседы засыпает, не закончив фразу. Температура 38,6 °C, сатурация кислорода 89%. Дочь сказала, что до больницы он самостоятельно управлял лекарствами и денежными делами. [13, случай 7, страница 8]

Какие сведения сейчас меняют решение? Низкая сатурация, лихорадка, нарушение внимания и колебания состояния в течение часов. Команда немедленно оценивает дыхание и оксигенацию и начинает необходимую помощь. Пересматриваются инфекция, водный баланс, метаболические изменения и лекарства. Долгая беседа, начатая с содержания галлюцинаций, задержит помощь при гипоксии. [9]

Делирий (delirium) — остро возникающее, колеблющееся нарушение внимания и осознания окружающего. Некоторые пациенты тихие и сонливые. Поэтому полезно спросить близкого, знающего обычное состояние: «Что он мог делать вчера?» NICE рекомендует при признаках делирия в стационаре использование 4AT подготовленным сотрудником, а в реанимации — других подходящих инструментов. Оценка не должна задерживать физическую стабилизацию. [9]

Практическая запись. «Со вчерашнего дня изменились бодрствование и внимание. Есть зрительные образы. Подозрение на делирий на фоне пневмонии и гипоксии. Вызвана медицинская команда, дыхание контролируется». Дочери объясняют, как мягко ориентировать пациента во времени и месте. При необходимости обеспечивают доступ к очкам или слуховому аппарату. Делирий представлен в атласе на странице 158. [9, 12]

Вернемся к дочери. «Ваш отец обычно сам читает газету? Когда в последний раз он узнавал вас как обычно?» Два ответа уточняют прежнюю деятельность пациента и время начала изменений. При передаче смены добавьте эти факты к наблюдениям о сатурации, внимании и бодрствовании.

Случай 3. Отрицательный тест и действие вещества

Пациент 20 лет убежден, что живущие с ним люди хотят его отравить. Пульс 112, потеет, ориентирован во времени и месте. Говорит об употреблении синтетического каннабиноида на последней неделе. Стандартный анализ мочи отрицательный. Какие сведения вы вычеркнете при таком противоречии? Никакие. Охват теста, рассказ пациента и временную связь записывают отдельно. [13, случай 18, страница 19]

Первое решение. Оценивают жизненные показатели, интоксикацию, другие вещества, травмы, потребление жидкости и безопасность. Если пациент считает воду отравленной, выслушайте его страх и предложите безопасный для него способ пить. Возможное обезвоживание и физическую стабильность наблюдают объективно.

Решение случая. В источнике при отсутствии повторного употребления вещества голоса исчезают за три дня. Через месяц психоз не отмечается. Такая динамика поддерживает возможность психоза, связанного с веществом. При обсуждении первичного психоза важны также период до вещества, последующие рецидивы и прежняя деятельность человека. Сравните страницы 27 и 159 атласа: на второй ведущее место занимают изменения внимания и сознания. [12, 13]

Контрпример. В случае 28 сборника после операции у пациента, прекратившего употреблять алкоголь, есть тремор, потливость и тахикардия, но внимание сохранено. Абстиненцию оценивают клинически и

наблюдают возможность ухудшения. Сам тремор не устанавливает диагноз делирия. Вопросы о прежнем употреблении алкоголя здесь дают больше информации, чем вопросы о психозе. [13, страница 29]

При изменении причины меняется и выбор лекарства

Спросите о часе начала, колебаниях внимания, последнем приеме алкоголя или вещества, лекарствах, судорогах и травмах. Проверьте пульс, давление, частоту дыхания, температуру, SpO_2 и капиллярную глюкозу. Если из-за угрозы какое-то измерение невозможно, выполните его после успокоения. [2, 3]

Ведущее состояние	Доказательства для решения	Первое направление
Возбуждение, связанное с психозом	Сознание обычно ясное. Бред или голоса управляют поведением.	При сотрудничестве — пероральный антипсихотик. Спросить о прежней эффективности и нежелательных эффектах.
Делирий	Изменения в течение часов, колебания внимания и бодрствования, возможны нарушения жизненных показателей.	Без промедления лечить гипоксию, инфекционную, метаболическую или лекарственную причину. При делирии, не связанном с абстиненцией, бензодиазепин может ухудшить состояние.
Алкогольная или бензодиазепиновая абстиненция	Сократил прием, тремор, потливость, тахикардия. Возможны судороги или делирий.	Медицинский мониторинг и бензодиазепин по протоколу абстиненции. Монотерапия антипсихотиком не устраняет риск судорог.
Алкогольная интоксикация	Недавно пил, невнятная речь, нарушены равновесие или дыхание.	Поддержание дыхания, спокойная среда. Бензодиазепин может усилить угнетение дыхания.
Действие стимулятора	Резкое возбуждение, тахикардия, перегрев, иногда психоз.	Медицинская стабилизация. Бензодиазепин часто является первым выбором. При продолжающемся психозе повторно оценить необходимость антипсихотика.

Разграничение мании и неврологической причины

Первая ситуация. Человек девять дней спит по два часа, но не устает. Непрерывно говорит, тратит большие суммы, считает свой проект решающим для всей страны. Раньше перенес депрессивный период. [13, случай 6, страница 7]

Вопрос, меняющий решение: «Вы хотели спать, но не могли, или не ощущали потребности во сне?» При одновременных повышенной активности, изменении настроения, темпа речи и рискованных действиях исследуют маниакальный синдром. Оценивают жизненные обстоятельства, проверку реальности и твердость убеждения, уточняют бредовой уровень идеи величия. Временные отношения психоза и изменения настроения восстанавливают по всей истории. [8, 11]

Вторая ситуация. У человека с височной эпилепсией после учащения приступов впервые появились переживания, будто он читает чужие мысли, и угрожающие голоса. Сознание ясное. Симптомы присутствуют и в дни без приступов. После улучшения контроля эпилепсии психотические симптомы за несколько недель тоже уменьшились. [13, случай 38, страница 39]

Какого доказательства недостаточно? Изменения ЭЭГ сами по себе не доказывают причину психоза. Запишите рядом даты приступов и психоза, восстановите лекарства и изменения доз, учтите неврологический осмотр. Визуализацию мозга или ЭЭГ выбирают по клиническим показаниям. NICE не рекомендует структурную нейровизуализацию как рутинное исследование всем пациентам с первым эпизодом. [8]

Упражнение по атласу. На странице 26 представлено шизоаффективное расстройство, на странице 28 — психоз вследствие медицинского заболевания. Для каждого, помимо вопроса «какой признак есть?», запишите ответ на вопрос «что началось раньше?». [12]

Депрессия с психотическими симптомами. Услышав твердое убеждение «Я разорил семью, заслуживаю наказания», отметьте на временной линии начало подавленного настроения, вины, голосов и опасных намерений. Спросите о прежних эпизодах мании или гипомании. При подтверждении униполярной депрессии с психотическими симптомами NICE NG222, раздел 1.12, рекомендует рассмотреть сочетание антидепрессанта и антипсихотика. В наблюдении наряду с настроением фиксируют изменения бреда и галлюцинаций. [14]

Неподвижный пациент тоже может нуждаться в неотложной помощи

Учебная ситуация. Пациент сидит молча на приеме. Не отвечает на обращение, долго остается в одной позе, не пьет воду. Никому не угрожает. Прежде чем записать «успокоился», проверяют дыхание, бодрствование, температуру, кровообращение и неврологическое состояние. Уточняют, как давно не ел, не пил и не двигался, какие лекарства получил и последнюю дозу. [10]

Кататония (catatonia) — синдром изменений движений, речи и ответа на окружающее. Оценивают комплекс признаков: мутизм, ступор, сохранение необычной позы или бесцельное возбуждение. Причинами могут быть расстройства настроения, психотические, неврологические и другие медицинские состояния. Одно лишь молчание не устанавливает F20.2. Предотвращение обезвоживания, аспирации и осложнений неподвижности планируют вместе с лечением. [10, 11, 12]

Если после антипсихотика появляются лихорадка, ригидность мышц, изменения сознания или вегетативных показателей, при подозрении на злокачественный нейролептический синдром препарат отменяют и организуют неотложную медицинскую помощь. Также проверяют инфекцию, злокачественную кататонию и другие причины. Слепо повышать дозу антипсихотика в такой ситуации опасно. [10]

Обсуждение лечения. Первая линия при кататонии обычно включает бензодиазепины и/или электросудорожную терапию; подготовленная команда выбирает с учетом причины, тяжести и риска. При необходимости рассматривают диагностическую пробу с лоразепамом. На решение влияют тяжесть, дыхание, возможная причина и скорость ответа. Откройте рядом страницы 29–30 и 196 атласа. Не применяйте F06.1 из заголовка карточки к любой кататонии: это рубрика органического кататонического расстройства. [10, 11, 12]

Снижение напряжения и выбор лекарства

Если пациент пытается убежать через дверь, сначала спросите: «Чему он противостоит?» Приказывает ли голос, чувствует ли он себя окруженным, есть ли сильная боль или одышка? Сотрудник не перекрывает выход, сохраняет безопасную дистанцию и дает одно предложение за раз. Другие освобождают место, команда готова помочь. [4]

Пример общения. «Вам кажется, что здесь опасно. Я отступлю на шаг. Согласны сначала дать нам проверить ваше дыхание?» Если пациент способен сотрудничать, обсуждают спокойную среду и, при необходи-

мости, приемлемое для него пероральное лечение. При первом психозе выбор антипсихотика зависит от прежних лекарств, возможной причины, физического состояния и желания пациента. [8, 4]

Быстрое успокоение (rapid tranquillisation) проводится специально подготовленной командой, когда опасность близка, более мягкие меры недостаточны и пероральное лечение невозможно. До выбора лекарства проверяют интоксикацию, риск угнетения дыхания, состояние сердца и последние введенные препараты. Конкретный препарат и дозу определяют по местному протоколу. [4]

Дальнейшие действия. У успокоившегося пациента наблюдают дыхание, пульс, давление, температуру, уровень сознания и водный баланс. NICE предусматривает после экстренного парентерального успокоения наблюдение не реже раза в час до исчезновения опасений за физическое состояние, а если пациент выглядит спящим или седированным и при других критериях риска — каждые 15 минут. При нарушении дыхания или кровообращения не ждут следующего измерения. [4]

Начало антипсихотика у сотрудничающего пациента

WFSBP рекомендует при первом эпизоде начинать с нижней части стандартного диапазона. WHO mhGAP 2023 при выборе перорального антипсихотика учитывает эффективность, нежелательные эффекты и желание пациента. Ниже два примера для первого эпизода из таблицы IV части 1 руководства WFSBP 2012 года. Все числа — общая суточная пероральная доза. Эти диапазоны не являются универсальной дозой для всех пациентов или разрешенной максимальной дозой препарата; действующую инструкцию продукта и состояние пациента проверяют отдельно. [1, 7]

Лекарство	Начальная доза	Целевой диапазон для первого эпизода в таблице WFSBP 2012
Рисперидон	1–2 мг/сутки	1–4 мг/сутки. Спрашивать о двигательных нежелательных эффектах, ортостазе и жалобах, связанных с пролактином.
Оланзапин	5–10 мг/сутки	5–15 мг/сутки. Учитывать сонливость, прибавку массы и метаболические эффекты.

Случай. Пациент 23 лет две недели не ходит на работу, считая, что «коллега прослушивает телефон». Сознание ясное, пришел с младшим братом, отрицает намерение навредить. Согласен говорить о лекарстве. Масса тела и сахар исходно повышены. В такой ситуации обоснованно обсудить начало рисперидона с низкой дозы. Вместе запишите причину выбора, целевой симптом и наблюдение.

До начала зафиксируйте массу тела, окружность талии, пульс, давление, глюкозу или HbA1c, липиды, пролактин и исходное двигательное состояние. Выполните ЭКГ по клиническим показаниям, инструкции препарата и условиям стационарного поступления. Пример целевого симптома — «не ест днем из-за голоса». При следующей оценке совместно проверьте питание, влияние голоса и переносимость лекарства. [8]

Когда пероральное лечение невозможно

Быстрое успокоение (rapid tranquillisation) — ситуация, когда пероральное введение невозможно или нецелесообразно и для предотвращения вреда необходимо экстренное медикаментозное успокоение. Цель — привести пациента к бодрствованию, стабильному дыханию и способности общаться. Ниже вместе

представлены выбор NICE NG10 и взрослые дозы формуляра Kent and Medway NHS. IM — внутримышечно. [4, 5]

Разовое назначение	Повторная оценка и повторение	Предел за 24 часа, формуляр Kent
Лоразепам 1–2 мг IM	При частичном ответе рассмотреть повторную дозу через 30–60 минут. Сначала оценить сознание и дыхание.	4 мг. Особое внимание действию алкоголя, опиоидов или других седативных средств.
Галоперидол 5 мг IM и прометазин 50 мг IM	При частичном ответе для галоперидола — не менее 60 минут. Повторение обоих препаратов вместе также не раньше 60 минут, по результатам повторного осмотра.	Галоперидол 20 мг, прометазин 100 мг. Общую дозу каждого за последние 24 часа считайте отдельно.

Указанные дозы — пример учреждения для обычного взрослого пациента 18–65 лет. При старости, ослабленности, нарушениях интеллектуального развития, беременности, дыхательной недостаточности или интоксикации не переносите таблицу автоматически. Проверяют местный формуляр, форму лекарства и возможности медицинского мониторинга.

По NICE при недостаточном анамнезе или если пациент раньше не получал антипсихотиков выбирают IM лоразепам. При сердечно-сосудистом заболевании, удлиненном QT или отсутствии ЭКГ избегают галоперидола–прометазина. При угнетенном дыхании сначала необходима экстренная медицинская стабилизация. [2, 4]

Решение после первой инъекции

Каждое назначение выписывают однократно. Прошедшее время само по себе не является показанием к повторной инъекции. Сотрудник повторно проверяет, сохраняются ли опасные действия, дыхание и сознание, все ранее и по дороге введенные дозы. [4, 5]

Первый результат	Следующее действие
Бодрствует, спокоен, дыхание стабильно	Не вводите дополнительную инъекцию. Вернитесь к выяснению причины и планированию лечения на основе согласия.
Частичный ответ на лоразепам	Если риск сохраняется и дыхание стабильно, рассмотрите вторую дозу с соблюдением интервала и суточного предела.
Нет ответа на лоразепам	NICE рассматривает галоперидол–прометазин. Сначала повторно оцените ЭКГ, сердечный риск и альтернативную этиологию.
Частичный ответ на галоперидол–прометазин	Проверьте дозы обоих препаратов, интервалы и нежелательные эффекты и оцените необходимость повторения.
Нет ответа на комбинацию	Если в этом эпизоде лоразепам не вводился, его можно рассмотреть. Если он тоже вводился, необходимы срочная повторная оценка старшего врача и обсуждение многопрофильной командой.
Трудно разбудить, дыхание редкое или SpO_2 снизилась	Прекратите седативные средства. Вызовите реанимационную бригаду, обеспечьте проходимость дыхательных путей, начните кислород и при необходимости вспомогательную вентиляцию.

Пример записи. «14:10 — лоразепам 1 мг IM. 14:25 — пациент открывает глаза и отвечает, дыхание 16/мин, SpO_2 97%. 14:45 — спокоен на стуле, BARS 4, угроз нет. Вторая доза не введена». Эти числа — наблюдения в условном случае.

Мониторинг и распознавание нежелательных эффектов

NICE NG10, пункт 1.4.45. После быстрого успокоения оценивайте пульс, давление, частоту дыхания, температуру, гидратацию, сознание и нежелательные эффекты не реже раза в час до исчезновения опасений за физическое состояние. При наблюдении дыхания фиксируйте также SpO_2. [2, 4]

Наблюдение каждые 15 минут необходимо, если пациент выглядит спящим или седированным, употреблял алкоголь или незаконные вещества, имеет исходное соматическое заболевание, травмирован во время ограничения или превышена максимальная доза BNF. При нестабильном дыхании или кровообращении ждать следующего измерения опасно. [4]

Наблюдаемое состояние	Разграничение и решение
После лекарства сократились мышцы лица, языка или шеи	Оцените острую дистонию. При изменении голоса или дыхания экстренно защитите дыхательные пути. Примените протокол учреждения по парентеральным антихолинергическим средствам.
«Внутри беспокойство», не может сидеть	Спросите об акатизии. Проверьте временную связь с антипсихотиком. Не повышайте дозу лишь потому, что пациент ходит.
Лихорадка, ригидность, изменение сознания или вегетативная нестабильность	При возможном злокачественном нейролептическом синдроме — отмена антипсихотика, неотложная соматическая помощь и интенсивное наблюдение. [1]

При передаче сообщают точную форму, дозу, путь, время, сумму за 24 часа, последнюю ЭКГ, динамику BARS и время следующего наблюдения. У успокоившегося пациента нужно снова спросить о содержании психоза и риске.

Проверка решений на трех дежурных случаях

1. Высокий риск у спокойного пациента. Мужчина 28 лет молча сидит в кресле, BARS 4. Говорит: «Сегодня сделаю то, что сказал голос». Есть намерение и доступ к средствам. Решение — непрерывное непосредственное наблюдение, отделение от опасного средства и экстренная стационарная оценка. Если согласен общаться, обсуждается пероральный антипсихотик. Отправку домой нельзя обосновать BARS 4. [1–3]

2. Возбужденный пациент без ЭКГ. Мужчина 35 лет собирается бросить стул в сотрудника. BARS 7. Деэскалация не помогла, пероральное лечение невозможно. Дыхание стабильно, признаков интоксикации нет. Решение — команда помощи, безопасная среда и мониторинг. В медицинских условиях по NICE рассматривают IM лоразепам. Затем пациент стал сонливым. Решение изменилось: вместо второй дозы — сознание, дыхание, SpO_2 и мониторинг каждые 15 минут. [4, 5]

3. Возбуждение и гипоксия. Пациент 68 лет видит кого-то в комнате, внимание быстро истощается, SpO_2 85%. Семья говорит: «Вчера такого не было». Сначала — экстренная медицинская команда, восстановление дыхания и оксигенации, поиск причины гипоксии. Рентген, лабораторные исследования и другие меры выбирают по находкам. Применение взрослой IM-таблицы к такому пациенту задерживает первоначальную медицинскую помощь. [2, 3]

Контрольный вопрос. Если во втором случае пациент еще до инъекции не отвечает на речь и дышит поверхностно, какое решение вы отмените? Отмените назначение лоразепама и немедленно перейдете к восстановлению дыхания.

Передача смены и наблюдение

Из записи «психоз, сделан укол» дежурный врач не узнает, где и как наблюдать пациента. Ему нужны время начала события, прежнее обычное состояние, текущие жизненные показатели и сохраняющийся риск. Записывают название введенного лекарства, дозу, путь, время и эффект. Назначают ответственного за исследования, результаты которых еще не получены.

Пример для первого пациента. «Новые слуховые галлюцинации и бред преследования в течение пяти дней. Сознание ясное. Уточняется история веществ, лекарств и настроения. Риск для себя и других оценен отдельно. Близкие привлечены в рамках согласия. Первоначальное заключение — первый психотический эпизод. Длительность и наблюдение уточнят диагноз». Оценку риска и план дополняют фактически выявленными данными. [8]

Пример для второго пациента. «Со вчерашнего дня колеблются внимание и бодрствование. Подозрение на делирий на фоне пневмонии, лихорадки и низкой сатурации. Медицинское лечение начато. Дежурная команда отвечает за показатели и повторный осмотр». Даже после успокоения обстановки соматическое наблюдение продолжается. [9]

При обсуждении возвращения домой. Где пациент сейчас будет в безопасности? Есть ли доступ к пище, воде и необходимому лечению? Кто и в какой день свяжется? В какую службу пациент или близкий обратится при усилении симптомов? Согласуйте следующую встречу письменно. Один лишь спокойный вид не служит основанием для выписки. Если сохраняется необходимость срочного медицинского или психиатрического наблюдения, обеспечивают соответствующие условия помощи. [8, 9, 4]

Дочь хочет забрать отца домой

«Папа узнал меня. Можно теперь забрать его домой?» Облегчение дочери понятно. Утром отец принимал ее за чужую. Сейчас назвал по имени и взял за руку. Врач тоже отмечает это изменение. Но для вечернего решения нужны еще сведения: способен ли отец удерживать внимание в беседе и как он дышит?

Условное продолжение случая. Отец называет имя дочери, но после двух вопросов закрывает глаза. Когда его будят, снова путается, где находится. Подача кислорода еще продолжается. Значит, улучшение пока частичное. Дежурный врач вместе с медицинской командой повторно оценивает причину гипоксии и ответ на лечение. При сохранении делирия пересматривает и другие возможные причины. [2, 9]

Как объяснить дочери? «То, что он вас узнал, — хорошее изменение. Сейчас я также проверяю, как долго он может следить за разговором и насколько стабильно дыхание. Он еще получает кислород. Какие еще отличия от утра вы заметили?» Дочь говорит, что отец обычно пользуется слуховым аппаратом. Принести аппарат и снова поговорить в тихой обстановке — значит улучшить качество оценки. [9]

Запись дежурного. «Узнал дочь, но внимание по-прежнему колеблется. Потребность в кислороде сохраняется. Принимающей медицинской команде переданы дыхательные показатели, оказанная помощь и изменения внимания в течение дня». Так первая фраза дочери остается опорой для оценки прежней деятельности пациента.

Выбор места продолжения помощи

Случай. Старший брат привел пациента, впервые слышащего голоса. Пациент спокойно сидит у двери. «Будем наблюдать дома», — говорит брат. Врач договаривается на несколько минут поговорить с пациентом наедине. Тот сообщает, что раньше слышал голоса во сне, а сегодня они требуют действий. Теперь помимо «кто есть дома?» нужно уточнить намерение, доступ к средствам, вероятность выполнения приказа и помощь, которую пациент может принять. [1, 8]

Находка при повторном осмотре	Место продолжения и передаваемая информация
Бодрствование колеблется, есть потребность в кислороде или новый неврологический признак	Неотложная медицинская оценка и отделение, способное удовлетворить эту потребность. Согласуют ответственных за соматическую помощь, психиатрическую консультацию и ожидаемые результаты. [2, 9]
Дыхание и кровообращение стабильны. Пациент говорит о намерении и средствах исполнить приказ сегодня	Непосредственное наблюдение, безопасное удаление опасных средств и экстренная психиатрическая оценка в защищенных условиях. Наблюдение не прерывается при транспортировке и приеме. [1, 8]
При промежуточной оценке острого риска не выявлено. Пациент понимает план и согласен, есть безопасная среда и быстрая обратная связь	Можно обсудить помощь вне стационара. Заранее согласуют, кто, когда и как свяжется. При недостаточной поддержке условия наблюдения выбирают заново. [1, 8, 15]

Одной записи «брат ответственен» мало. Если брат в ночную смену, кто будет дома ночью? Согласен ли пациент говорить с этим человеком о своем состоянии? Эти ответы определяют выполнимость плана.

Что должен знать принимающий смену врач

Условная передача. «18:40. Пациент 28 лет сейчас бодрствует и сидит. При входе сказал: “Голос велит сегодня навредить себе, я сделаю”. Близкие сообщили о доступе к средствам. Начато непосредственное наблюдение. Лекарство не вводилось. В спокойной среде согласился общаться. То, что он сидит молча, еще не показывает изменения сегодняшнего намерения». [1, 2, 8]

Вопрос принимающего врача: «Кто наблюдает его сейчас и кто примет при смене отделения?» Отправляющий сотрудник лично передает пациента принимающему. В записи остаются время, должность или имя и задача следующего осмотра. В условном случае следующая задача — вновь обсудить с пациентом влияние голоса, текущее намерение и возможности защиты.

Если лекарство введено, раскройте слово «успокоился». Может ли общаться, отвечает ли при пробуждении, изменилось ли дыхание? Назовите препарат инъекции, путь, дозу, час, сумму за 24 часа и время следующего измерения. Если принимающий сотрудник может повторить план, недопонимание можно выявить до отправления пациента. [4, 5]

После ограничительных мер. Когда опасность устранена, проверьте травмы, боль и оставшийся риск. Когда пациент готов говорить, спросите: «В какой момент вы больше всего испугались? Что в следующий раз нам сделать иначе, чтобы помочь вам?» Ответ «Я испугался, когда сотрудники говорили одновременно» можно включить в следующий план помощи: один сотрудник представляется, обращается к пациенту и объясняет дальнейшее действие. [4]

Проверка плана возвращения домой вместе с пациентом

Условный случай. Выписывающийся из психиатрического стационара студент сказал: «Буду принимать лекарство, все понял». В сумке выписной документ. Но на вопрос «Что первым делом сделаете, если вечером голоса усилятся?» ответить не смог. В телефоне нет номера приемной, он не знает, куда обращаться в выходной. Именно отсюда продолжим беседу при выписке. [8, 15]

Вместе с пациентом записываем на одном листе: название и порядок приема лекарства, кому и о каких нежелательных эффектах сообщать, личные ранние признаки, способы связи днем и ночью, место и дату следующей встречи. Если пациент согласен, близкому объясняют, в какой задаче помочь. Вместо «наблюдайте постоянно» полезнее конкретно назвать указанный самим пациентом признак и порядок связи. [8, 15]

Проверьте словами самого пациента: «Если две ночи не буду спать и снова станут беспокоить голоса, в тот же день свяжусь со службой из плана. Если сейчас возникнет намерение навредить себе, не стану ждать следующего приема и обращусь за неотложной помощью». Это личный план студента. У другого пациента ранний признак или поддерживающий человек может быть иным.

Срок наблюдения. NICE NG53 рекомендует повторно связаться с выписанным из психиатрического стационара в течение 7 дней, а при выявленном на выписке суицидальном риске — в течение 48 часов. Эти числа относятся к наблюдению после выписки. При сохраняющейся непосредственной опасности сначала выбирают безопасное место помощи. Кто позвонит и что делать, если пациент не ответит, согласуют до выписки. [15]

Клиническая запись для дежурного

Время ____ . Начало и возможная причина _____ . Сознание и внимание ____ . Дыхание ____ . SpO_2 ____ . Пульс ____ . АД ____ . Температура ____ . Глюкоза ____ .

Тяжесть психоза и доказательства _____ . BARS ____ . Непосредственная опасность и указывающее на нее действие или слова самого пациента _____ .

Возможность перорального лечения ____ . Основание выбора ____ . ЭКГ/QTc ____ . Препарат, форма, доза, путь и время ____ . Сумма за последние 24 часа ____ . Ответ ____ . Время следующего наблюдения и ответственный сотрудник ____ .

Упражнения с открытым источником

1. Откройте страницу 3 сборника из 40 случаев. Закройте результат третьей недели. Напишите рабочее заключение по фактам, известным на первом приеме. Затем откройте результат и отметьте, какое предложение изменится.

2. Сравните страницы 8 и 19 сборника. У обоих пациентов изменено восприятие. У кого колеблется внимание? У кого действие вещества обсуждается несмотря на отрицательный анализ мочи? У первого срочно оцените гипоксию и делирий. У второго проверьте вид вещества, временную историю и возможности теста. [9, 13]

3. К каким классификациям относятся шесть месяцев и один месяц на странице 25 атласа объемом 258 страниц? Шесть месяцев — общий период расстройства в DSM-5-TR. Один месяц — обычно минимальный период характерных симптомов в МКБ-10 ВОЗ. Ни одно из чисел не служит основанием для задержки неотложной помощи. [8, 11, 12]

Итоговое клиническое обсуждение

Первый вопрос. Что вы увидели, сказав «пациент успокоился»? Студент стал способен говорить о голосах, а пожилой пациент лишь ненадолго открывает глаза. В обеих комнатах стало тише. У первого появилась возможность повторного интервью. У второго нужно снова вернуться к бодрствованию и дыханию. Запишите реакцию пациента, а не тишину в комнате. [2, 4, 9]

Второй вопрос. Какой новый факт изменил прежнее решение? Отрицательный токсикологический тест не отменяет полностью сведения о действии вещества. Если известны вчерашняя обычная деятельность и сегодняшнее колеблющееся внимание, вероятность делирия возрастает. Если в беседе пациент сообщает скрываемое опасное намерение, место помощи нужно выбрать заново. Во всех трех ситуациях выразите новый факт и измененное им действие парой предложений. [1–3, 9]

Третий вопрос. В каком состоянии пациент доберется до следующей команды? Знает ли, куда направляется, кто наблюдает в пути, кто проверит ожидаемый результат исследования? Вопрос с неизвестным ответом можно оставить открытым при передаче, но сотрудник и время его решения должны быть определены.

В начале главы одна фраза дочери позволила представить вчерашнюю жизнь отца. Теперь мы можем сказать дежурному о нем три предложения: «Вчера самостоятельно читал газету. Сегодня периоды узнавания и неузнавания дочери чередуются, нуждается в кислороде. Медицинское отделение приняло задачу повторно оценить дыхание и внимание». Такая передача сохраняет вместе самого пациента, клинический факт и дальнейшую ответственность.

Источники и дополнительное чтение

[1] Hasan A и др. WFSBP. Acute treatment of schizophrenia and management of treatment resistance, 2012. Первый эпизод и таблица IV. Открыть источник ↗

[2] Nordstrom K и др. Project BETA. Medical evaluation and triage of the agitated patient, 2012. BARS и медицинская сортировка. Открыть источник ↗

[3] Wilson MP и др. Project BETA. The psychopharmacology of agitation, 2012. Открыть источник ↗

[4] NICE NG10. Violence and aggression. Быстрое успокоение и мониторинг, 1.4.37–1.4.45. Открыть источник ↗

[5] Kent and Medway NHS. Rapid tranquilisation (i.m.). Взрослые дозы, интервалы и пределы. Открыть источник ↗

[6] Haro JM и др. Clinical Global Impression–Schizophrenia scale, 2003. Открыть источник ↗

[7] WHO. mhGAP guideline, 3-е издание, 2023. Открыть источник ↗

[8] NICE CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Первый эпизод, кризисная помощь и начало антипсихотика, включая раздел 1.3.6. Открыть источник ↗

Источники и дополнительное чтение: продолжение

[9] NICE CG103. Delirium: prevention, diagnosis and management. Открыть источник ↗

[10] Rogers и соавторы. Консенсус BAP по ведению кататонии, 2023. Открыть источник ↗

[11] ВОЗ. МКБ-10: клинические описания и диагностические указания. Открыть источник ↗

[12] Предоставленный «Атлас психопатологии», PDF объемом 258 страниц. Психотические расстройства 21–28, кататония 29–30, делирий 158–159, злокачественный нейролептический синдром — страница 196. Пагинация оглавления, составленного для сборника в 1 104 страницы, отличается.

[13] Предоставленный сборник «Клинические случаи — 40 случаев шаг за шагом», PDF объемом 42 страницы. Случаи 2, 6, 7, 18, 28 и 38. Номера страниц в главе соответствуют страницам просмотрщика PDF.

[14] NICE NG222. Depression in adults: treatment and management. Депрессия с психотическими симптомами, раздел 1.12. Открыть источник ↗

[15] NICE. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings. NG53, 2016. План выписки и повторная связь, 1.6.7–1.6.8. Открыть источник ↗

ГЛАВА 35

КРИТЕРИИ РЕМИССИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ

«Голоса значительно стихли. Можно теперь самому забирать дочь из школы?» Первая фраза пациента — о симптоме. Вторая — о его жизни как отца. Если на приеме спрашивать только о частоте голосов, мы упустим то, чего он от нас ждет.

На первой встрече после острого психоза отдельно запишите три вопроса. Какие признаки сохраняются и как давно они на этом уровне? Что пациент делает самостоятельно, а что с помощью? Что он прежде всего хочет вернуть?

Чтобы ответить на вопрос отца, мы говорим о знании пути, удержании внимания в людном месте, содержании голосов и реакции на них. Первый шаг, предложенный им самим, — пройти дорогу к школе в выходной со старшим братом. Договариваемся на следующем приеме обсудить, как прошел выход.

Прочитав главу, вы сможете записать для одного пациента три разных результата: симптоматическую ремиссию, изменение повседневной деятельности и личностное восстановление. Следующие случаи — условные примеры для тренировки клинического рассуждения.

Как определить симптоматическую ремиссию

Ответ на лечение (treatment response) — улучшение относительно прежнего состояния пациента. Для симптоматической ремиссии (symptomatic remission) важны сегодняшняя тяжесть оставшихся симптомов и длительность сохранения этого уровня. Сокращение ежедневных голосов с нескольких часов до получаса может быть большим облегчением. Но по этим сведениям еще нельзя окончательно заключить о ремиссии.

Согласно рабочему критерию Andreasen и соавторов, каждый из восьми выбранных пунктов PANSS должен непрерывно оставаться на уровне 3 баллов или ниже не менее шести месяцев. Три балла означают легкую степень. 4 балла одного пункта нельзя компенсировать низкой оценкой другого. Это понятие отдельно от длительности, требуемой для диагноза шизофрении. [1, 2]

Что происходило между двумя визитами? Сопоставьте рассказ пациента, сведения близких с его согласия и прежние клинические записи. Например, на приемах в январе и июле симптомы легкие, но в марте из-за бреда преследования пациент две недели не выходил из дома. Без уточнения мартовского состояния нельзя записать непрерывную ремиссию с января по июль.

Восемь опорных признаков PANSS

Следующие пояснения направляют клиническую беседу. При официальном выставлении баллов применяют полные описания оценки PANSS. [1, 2]

P1 • Бред. «Возникает ли сейчас мысль, что за вами следят? Как она влияет на решения?»

P2 • Нарушение организации мышления. Как пациент связывает события? Может ли собеседник следить за основной мыслью?

P3 • Галлюцинаторные переживания. Спросите о частоте голоса, содержании, вызываемом беспокойстве и реакции пациента.

G9 • Необычное содержание мыслей. Учитывайте значение мысли для пациента, его культурную и религиозную среду.

G5 • Необычные движения и позы. Точно опишите наблюдаемое движение. Его происхождение оцените отдельно.

N1 • Уплощение аффекта (blunted affect). Разграничивайте изменения мимики, интонации и жестов и внутреннее переживание пациента.

N4 • Пассивный уход от социальных контактов. Спросите о внутреннем стремлении к общению, возможностях и причине отстранения.

N6 • Снижение речевой инициативы и потока беседы. Наблюдайте, насколько самостоятельно пациент продолжает после открытого вопроса.

Отсчет шести месяцев в первом случае

Дилшод, 24 года. Прием после первого психотического эпизода. «В автобусе казалось, что говорят обо мне. Сейчас езжу этим маршрутом на работу». Возможность снова ездить автобусом важна для него. Для отсчета ремиссии восстановим и временную линию.

10 января. Галлюцинаторные переживания P3 — 4 балла. Дилшод часто прерывает беседу, отвечая на слышимый голос. Остальные семь пунктов — легкой степени или ниже.

10 февраля. Все восемь пунктов — 1–3 балла. Дилшод говорит о кратком голосе вечером. Его содержание и влияние зафиксированы в беседе.

10 мая. Оценки не превышали порога. Выяснены сон, работа и события за промежуток. Вывод — критерий тяжести выполнен, наблюдение три месяца.

10 августа. Промежуточные записи и сегодняшняя беседа показывают, что с февраля ни один пункт не превышал легкой степени. Теперь выполнен и временной критерий симптоматической ремиссии. [1]

Обсуждение. Если бы в июне P3 снова составил 4 балла, какую фразу вы написали бы в августе? Ответ: «Сейчас восемь пунктов легкой степени или ниже. После последнего усиления непрерывные шесть месяцев еще не прошли». Возвращение к работе при этом фиксируют как отдельное достижение.

Оценка повседневной деятельности

Раскройте ответ «делаю домашние дела» через одно событие. «Что вы вчера приготовили на обед? Что начали сами? В чем понадобилась помощь?» Так становятся видны разные задачи: приготовление еды, покупка продуктов, планирование расходов и безопасность.

Сравните неделю перед встречей с обычной. Запишите и разовый успех, но спросите, сколько сил и какая помощь потребовались, чтобы повторить дело. Возможность учиться или работать зависит также от транспорта, семейных обязанностей, работодателя и экономических условий. По статусу занятости легко поспешно судить о способностях человека.

Второй случай. Мохира восемь месяцев в симптоматической ремиссии. Мать говорит: «Все еще даже на рынок не выходит». Мохира составляет список покупок и готовит дома. В беседе выясняется, что после последнего обострения мать сама носит и деньги, и ключи. Нынешние возможности Мохиры не проверялись.

Договоренность. Мохира сама выбирает ближайший магазин. В первый раз мать сопровождает, а покупки и расчеты выполняет Мохира. Затем спрашиваем обеих отдельно: какую задачу выполнила легко, где остановилась, какой помощи сама захотела?

Выяснение причины пассивности

«Голоса исчезли, но он целый день лежит». Это сообщение содержит наблюдение. Для выяснения причины нужно узнать, когда начался симптом, как меняется в течение дня и как сам пациент его ощущает.

Третий случай. Сардор утром не может встать. Семья считает, что ослабла воля. А он говорит: «Хочу пойти в мастерскую. Даже за завтраком глаза закрываются». Пассивность началась на неделе изменения режима приема лекарства. Эта последовательность дает основание проверить дневную сонливость и нежелательное действие лекарства. Оценивают также длительность сна, другие лекарства, вещества и физическое состояние.

Если он говорит «ничто не радует, стал обузой семье», прямо спрашиваем о настроении, безнадежности и суицидальных мыслях. Если «когда иду в магазин, за мной следят», исследуем остаточный бред, ограничивающий деятельность. Каждый ответ ведет к другому клиническому решению.

Прежде чем заключать об avolition (снижении внутреннего побуждения начинать и продолжать целенаправленную деятельность), запишите, чего пациент хочет, что может и что ему мешает. Запись «утром засыпает, после обеда сам идет в мастерскую» пригодна для проверки на следующем приеме. [3]

Личностное восстановление и собственный критерий пациента

Personal recovery (личностное восстановление) означает возвращение смысла, выбора и ценных человеку ролей в жизни. Модель CHIME, выделенная Leamy и соавторами, включает пять тем: связь с другими, надежду, осознание идентичности, смысл жизни и участие в решениях о собственной жизни. Они помогают начать беседу. [4]

На вопрос «С кем вы хотели бы снова свободно общаться, чтобы почувствовать изменение в жизни?» пациент может ответить «с младшей сестрой». Не превращайте этот ответ в общую цель «усилить социализацию». Пусть сам выберет: хочет позвонить сестре, погулять с ней или сначала написать письмо.

Четвертый случай. Озода работает в библиотеке два дня в неделю. Иногда голоса прерывают ее разговор с читателем. Соответствующий пункт сейчас умеренной степени. Для Озоды возвращение к работе и восстановление контакта с сестрой — большие изменения. В документе свое место занимают и тяжесть симптомов, и оба результата.

Следующую цель Озода определила сама: «Даже если рабочий день трудный, хочу уметь сказать коллеге, что нужен перерыв». Спросив на следующей беседе именно об этом опыте, мы связываем лечение с ее жизнью.

Когда мнения пациента и семьи различаются

Отец: «Сын даже на свадьбу не пошел. Думаю, опять болен». Сын: «На свадьбе шумно. Но на следующий день я навестил дядю». Читая оба рассказа вместе, видим, что связь с семьей сохранена. Что важно — остаточная тревога, чувствительность к шуму или обычный личный выбор — уточняем у самого пациента.

Сначала верните беседу к конкретному событию. Каким был сон до свадьбы? Высказывал ли новые подозрения о людях? Отменил ли другие встречи? Как общался в выбранной им тихой обстановке? Спросите, какие сведения он согласен обсуждать вместе с семьей.

Пример записи. «Отец сообщил об одном пропущенном семейном мероприятии за последние две недели. Пациент объяснил утомление от шума. На следующий день самостоятельно навестил дядю. На последней неделе сон и распорядок обычные. На следующей встрече совместно рассмотрим динамику другой социальной активности».

Клинический вопрос. Если пациент говорит «на свадьбе меня сфотографируют и передадут следящим за мной», что изменится? Повторно оценим убежденность, обусловленные ею действия, беспокойство и риск. Одно внешнее действие — не пойти на мероприятие — имеет два разных объяснения.

Лист наблюдения, заполняемый на приеме

Дата _____ Дата предыдущей оценки _____

Слова самого пациента. «Какое изменение после последнего приема было для вас наиболее заметным?»

_____

Симптомы. P1 ___ P2 ___ P3 ___ G5 ___ G9 ___ N1 ___ N4 ___ N6 ___ . Неоцененный пункт отметьте как «неизвестно». Запишите промежуточное усиление и источник сведений.

Дата первого подтверждения порога тяжести _____ . Доказательства непрерывной длительности _____ .

Повседневная деятельность. Самостоятельно выполненное дело _____ . Необходимая помощь _____ . Препятствие _____ .

Цель, выбранная пациентом _____ . Первый шаг _____ . Дата проверки результата _____ .

Клиническое решение. Какие сведения об остаточном симптоме, нежелательном эффекте, настроении или риске изменили план? _____

Краткий заполненный пример. «В последние два месяца каждый из восьми пунктов легкой степени или ниже. О предшествующих четырех месяцах данных недостаточно. Готовит самостоятельно. Самостоятельно выбранная цель — полчаса заниматься в университетской библиотеке. На следующем приеме обсудим опыт выхода из дома и удержания внимания».

Проверка клинического решения и источники

1. Семь пунктов — 1–2 балла, один — 4. Пациент вернулся на полный рабочий день. Какой результат подтвержден? Фиксируется восстановление рабочей деятельности. Поскольку один из восьми пунктов выше порога, критерий симптоматической ремиссии не выполнен.

2. Восемь пунктов восемь месяцев в пределах порога. Пациент потерял работу и чувствует себя ненужным. В каком направлении продолжить беседу? Изучают обстоятельства потери работы, настроение, безнадежность, риск и желаемую пациентом помощь. Симптоматическая ремиссия сама по себе эти потребности не решает.

3. На двух последних приемах симптомы легкие. Промежуток не документирован. Что записывают? Отдельно указывают сегодняшнюю тяжесть, точно известный период и сведения, которые нужно дополнить.

Источники и дополнительное чтение

[1] Andreasen NC и др. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. American Journal of Psychiatry, 2005. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441

[2] Opler MGA и др. Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia. BMC Psychiatry, 2007. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17650312/

[3] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

[4] Leamy M и др. Conceptual framework for personal recovery in mental health. British Journal of Psychiatry, 2011. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22130746/

ГЛАВА 36

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В РЕМИССИИ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

«Доктор, голоса исчезли. Но на занятиях я засыпаю. Как мне защищать диплом?» Жавлон, студент 22 лет, положил коробку лекарства на стол. Мать ответила раньше него: «В прошлый раз тоже сказал, что здоров, и перестал принимать». Жавлон замолчал. Кому зададим первый вопрос?

«Жавлон, когда в последний раз вы задремали на занятии? Когда в тот день принимали лекарство?» И вчера утром, и сегодня. «Что вы сами пробовали, чтобы не клонить в сон?» Теперь Жавлон рассказал, что за неделю дважды пропустил лекарство. Мать не знала. Его слова «мне хорошо» были правдой. Слова о мешающей учебе сонливости тоже были правдой.

Случаи в этой главе созданы для обучения. К первому вернемся в конце. Сейчас запишите три вещи: какой симптом облегчило лечение, в чем взамен пациент испытывает трудности и какой результат считает важным. Затем составим план, учитывающий все три ответа.

Поддерживающее лечение (maintenance treatment) направлено на сохранение результата после стихания острого эпизода. Помимо лекарства план включает наблюдение физического здоровья, возвращение к учебе или труду и договоренность о контактах при кризисе. [1, 3]

Как объяснить пользу продолжения лечения

Мать Жавлона спросила: «Если будет принимать лекарство, больше приступов не будет?» Ответить можно цифрами, но нужно назвать, о каких людях и каком сроке идет речь.

В анализе Cochrane за 7–12 месяцев рецидив зарегистрирован приблизительно у 24 из 100 получавших поддерживающий антипсихотик и у 61 из 100 в группе плацебо. Абсолютная разница — примерно на 37 рецидивов меньше на каждые 100 человек. Это групповой результат испытаний со стабилизированными пациентами. Он не определяет личную вероятность Жавлона. [4]

Слова Жавлону. «Лекарство снижает вероятность следующего обострения у многих людей. У вас голоса уменьшились. Теперь возможность полностью пройти занятия в день приема тоже для нас результат лечения. Давайте проверим сонливость». После этого дайте пациенту время высказать собственную оценку лекарства.

Вместо общего «состояние хорошее» пусть останутся три факта: «В последний месяц не выходил с занятий, отвечая голосу. Три дня в неделю засыпал на первой паре. Цель — полностью выдержать утреннее занятие». На следующем приеме по ним можно сравнить пользу и нагрузку лечения.

От какого события считать срок

При первом эпизоде дата начала лекарства, стихания острых симптомов и записи стабильного состояния могут различаться. Например, лечение началось в январе, в марте голоса перестали влиять на повседневные решения, в апреле впервые проведена подробная оценка. Обсуждая срок, запишите, от какой даты и на основании каких фактов считали.

Источник	Какой пациент и какое решение?
ВОЗ mhGAP, 2023 [2]	Предлагать взрослым в ремиссии после первого психотического эпизода не менее 7–12 месяцев поддерживающего антипсихотического лечения. Совместно оценивают пользу, нежелательные эффекты и выбор пациента.
NICE CG178, 1.4.6 [3]	Объяснить пациенту, что отмена лекарства в первые 1–2 года после эпизода связана с высоким риском рецидива. При выборе отмены — постепенное снижение и наблюдение.
WFSBP, часть 2 [1]	При долгосрочном решении учитывать прежние эпизоды, последствия рецидива, индивидуальную эффективность лекарства и нежелательные эффекты.

Вопрос «когда можно отменить?» одинаково звучит от пациента после первого эпизода, которому восемь месяцев хорошо, и пациента с тремя госпитализациями. У второго решение меняют обстоятельства начала каждого обострения, длительность восстановления и потери в жизни. По окончании установленного срока пользу и нагрузку лечения пересматривают. [1–3]

Активно спрашивать о нежелательных эффектах

На вопрос «Есть жалобы?» Жавлон может сказать «нет». На вопрос «Если после завтрака откроете книгу, сможете прочитать десять страниц?» ответ иной. Найдите важную для пациента деятельность и свяжите с ней нежелательный эффект.

Слова пациента	Что нужно выяснить?	Влияние на решение
«Глаза все время закрываются»	Время лекарства и сна, достаточный ночной сон, другие седативные средства, алкоголь, соматические причины.	При возможной дневной седации пересмотреть время приема, дозу или препарат. Учитывают конкретную форму и длительность действия.
«Что-то внутри заставляет вставать»	Может ли сидеть спокойно, облегчает ли ходьба, менялась ли недавно доза?	Оценить возможную акатизию (akathisia — внутреннее беспокойство, вынуждающее двигаться). Выяснить причину до повышения дозы.
«Одежда стала тесной»	Исходная и текущая масса тела, окружность талии, питание, активность, глюкоза и липиды.	Показать динамику массы. Обсудить с пациентом снижение метаболического риска и выбор лекарства.
«Не могу сказать об этом при маме»	Выделить время для разговора наедине. Половая функция, изменения менструаций, выделения из груди и другие жалобы.	По клиническим показаниям проверить временную связь с лекарством, пролактин и другие возможные причины.

Первый шаг выбирайте с пациентом. Если внести одновременно несколько плановых изменений, потом трудно различить, какое принесло пользу или нежелательный эффект. [1, 3]

Как результат мониторинга превращается в решение

Пациент, начавший оланзапин: «Голоса ушли, но рабочая одежда не налезает». Если прежняя масса не записана, измерьте сегодня, отдельно отметив прежнюю массу со слов пациента. Позднее начало наблюдения не должно становиться причиной дальнейшей задержки сбора данных.

Показатель	Точки наблюдения по NICE CG178 [3]
Масса тела	До начала, еженедельно первые 6 недель, на 12-й неделе, через год и далее ежегодно.
Окружность талии	До начала и ежегодно.
Пульс, давление, глюкоза или HbA1c, липиды	До начала, на 12-й неделе, через год и далее ежегодно. По находкам или симптомам оценивают и между этими сроками.
Двигательные нарушения и повседневное влияние лечения	Записать исходное состояние. Во время лечения, особенно при изменении дозы, систематически спрашивать и наблюдать.

Чтобы результат не остался только записью, укажите «кто и когда?». Например: «Масса за три месяца выросла с 74 до 81 кг. Пациент хочет сохранить пользу лечения для голосов. На этом приеме обсуждены метаболические анализы и питание. На следующей встрече рассмотрим результаты и вместе решим, сохранить или сменить препарат». Это числа условного случая, а не общий порог смены лечения.

Некоторые лекарства, например клозапин, имеют особые требования мониторинга. Применяя общую таблицу, нужно также соблюдать инструкцию конкретного препарата и соответствующий план контроля. [1, 3]

При пропуске приема и выборе инъекции

Саида: «Я не забываю лекарство. Только после ночной смены путаюсь, таблетку за какой день приняла». Сначала вместе восстановите последние семь дней. Спросите о рабочем времени, часе возвращения домой, коробке лекарства и получении рецепта. Отметьте, где последнюю дозу надежно установить не удалось.

Спросите и о решении, которое она считает правильным. Саиде может хватить простого напоминания в телефоне. Другой пациент может сказать, что не хочет ежедневно принимать таблетки, но хочет продолжать лечение. Пролонгированная инъекция (long-acting injectable, LAI) дает возможность обсудить этот выбор. NICE рекомендует рассматривать LAI, когда пациент предпочитает эту форму или предупреждение незаметных пропусков доз является приоритетной целью лечения. [3]

Три практических вопроса Саиде. Может ли уйти с работы в день инъекции? Сколько времени занимает дорога в клинику? Куда и когда сообщит, если не сможет прийти на следующую инъекцию? Если инъекция тоже не согласуется с рабочим графиком, обсудите другое решение.

Подтверждают точное название препарата, форму, последнюю дозу и дату. Начало, временное продолжение перорального средства и порядок после опоздания на инъекцию специфичны для препарата. Нельзя переносить схему одной депо-формы на другую. План включает согласованный пациентом выбор и следующую дату. [1, 3]

Беседа о снижении дозы

«Я все равно отменю лекарство». После этих слов еще есть возможность услышать причину. «Что больше всего привело вас к этому решению?» Пациент может сказать «я не болен» или «исчезла близость с супругой». Второй ответ помогает через лечение нежелательного эффекта найти приемлемый пациенту план.

Случай. Бахром вернулся к работе после двух тяжелых эпизодов и три месяца испытывает дневную сонливость. При первом эпизоде три ночи не спал, относил телефонные сообщения к себе. Второй произошел после перерыва в лекарстве. Сказать ему «три месяца вам было хорошо» недостаточно. Вместе обсуждают причину сонливости, историю рецидивов, ранее хорошо переносимое лекарство и нынешнюю цель. [1, 3]

Если выбрано снижение, запишите текущую дозу и фактический прием. До изменения отметьте сон, голоса, подозрительность и работу. Согласуйте дату повторного осмотра до следующего изменения и признаки для досрочной связи. Конкретный шаг зависит от препарата, формы, длительности приема, прежних обострений и ответа на лечение. [1, 3]

При решении об отмене NICE рекомендует постепенное снижение, регулярную оценку в процессе и наблюдение признаков рецидива не менее двух лет после полной отмены. В записи различайте дату снижения дозы и дату полной отмены. [3]

Значение раннего признака раскрывает время

В пятницу позвонила мать: «Сын вчера не спал. Опять приступ?» По одной бессонной ночи решить трудно. Он готовился к экзамену? Хотел спать, но не мог? Сегодня устал или необычно энергичен? Есть ли голоса, подозрительность, вещества или изменения лекарства? Эти вопросы от одной жалобы ведут в разные стороны. [1, 3]

У Бахрома сначала сократился сон, затем он стал связывать сообщения с собой, наконец перестал ходить на работу. Он согласился, чтобы жена сообщала о первых двух изменениях. Вместо «ты снова заболеваешь» она выбрала вопрос: «Две ночи трудно заснуть, сегодня телефонные сообщения тоже беспокоят?»

Наблюдение	Согласованное действие
Одну ночь мало спал. Причина известна, повседневные дела выполняет, новых психотических признаков нет.	Фиксировать сон и дневную деятельность. Наблюдать появление следующих характерных пациенту признаков.
Вернулись несколько признаков личной временной линии. Усилилось придание сообщениям бредового смысла или ушел с работы.	В тот же день связаться со службой кризисного плана, повторно оценить прием лекарства, вещества, настроение, психоз и риск.
Есть текущее намерение причинить вред, вероятность выполнения опасного приказа или спутанность сознания.	Немедленно привлечь экстренную помощь и непосредственное наблюдение по риску. Оценивают также медицинские причины.

Это учебный пример для Бахрома. Самовольное повышение дозы пациентом или родственником при каждом изменении сна в план не входит. [3]

Второй прием Жавлона

Жавлон принес на следующий прием расписание занятий. «На прошлой неделе не уходил с первой пары. Но в четверг перед входом в аудиторию снова показалось, что все на меня смотрят». Мать сразу спросила: «Значит, все сначала?»

Сначала спрашиваем самого Жавлона: сколько длилось чувство, мог ли представить другое объяснение, вошел ли в аудиторию, вернулись ли голоса? Сколько спал той ночью, как принимал лекарство? В условном случае он вошел, дослушал лекцию, в следующие дни чувство не повторялось. А при прежнем эпизоде твердо верил, что за ним следят, и совсем перестал посещать университет.

Запись врача. «Улучшилась способность бодрствовать на утренних занятиях. Однократно была краткая подозрительность. Принимает альтернативное объяснение, поведение не изменилось. Сейчас не сообщил о голосах или намерении причинить вред. Согласована досрочная связь при повторении признака, усилении убежденности или пропуске занятий». Такая запись показывает, какое изменение обоснует следующее решение. [3]

С согласия Жавлона объясняем матери, что наблюдать и почему важно, чтобы сын отвечал сам. В конце спрашиваем его: «Что сделаете, если завтра снова так покажется?» Он ответил: «Запишу, сколько длилось. Если снова из-за этого не войду на занятие или вернется голос, свяжусь, не дожидаясь приема». Теперь у него есть выполнимый личный план.

Завершение приема и использованная литература

Завершите запись пятью предложениями. Результат после предыдущего эпизода ____. Самая трудная сторона лечения ____. Решение пациента и его причина ____. Личный признак для более раннего обращения ____. Дата следующей связи, ответственный и способ связи в кризисе ____.

Клиническое упражнение. Лишь в конце приема Бахром сказал, что три дня назад сам отменил лекарство. Какие сведения соберете повторно? Проверьте препарат и форму, последнюю фактическую дозу, длительность перерыва, текущий сон, психотические симптомы и риск. Порядок возобновления проверяют именно для этого препарата. Нельзя считать, что доза прежнего письменного плана по-прежнему верна. Сохранить в записи то, что помогло пациенту сообщить эти сведения, тоже ценно для следующего общения. [1, 3]

Источники и дополнительное чтение

[1] Hasan A и соавторы. WFSBP guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World Journal of Biological Psychiatry, 2013. Долгосрочное лечение и нежелательные эффекты. Открыть источник ↗

[2] Всемирная организация здравоохранения. mhGAP guideline, 3-е издание, 2023. Обновленная рекомендация о длительности поддерживающего лечения в ремиссии первого психотического эпизода. Открыть источник ↗

[3] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. 1.3.6 — лекарства и мониторинг, 1.4.6 — отмена лекарства, 1.5 — долгосрочная помощь, депо-формы и кризисный план. Открыть источник ↗

[4] Ceraso A и соавторы. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020, CD008016. Рецидивы, госпитализация и нежелательные эффекты лечения. Открыть источник ↗

ГЛАВА 37

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЗА И ПОВСЕДНЕВНЫЕ НАВЫКИ

«Доктор, когда я вошел в аудиторию, двое перестали смеяться. Вы тоже скажете, что мне показалось?» Жавлон сидел, глядя на дверь. Терапевт не спешил отвечать. «Чего вы больше всего испугались в тот момент?» — «Что надо мной смеялись. Как защищать диплом? Сейчас даже мимо двоих пройти не могу».

В прошлой главе обсуждались сонливость Жавлона после лекарства и остаточная подозрительность. Сегодня запрошенная помощь конкретна: он хочет входить в аудиторию и оставаться на лекции. Терапевт не знает, почему смеялись два студента. Но вместе можно изучить, что Жавлон видел, какой вывод сделал и что сделал после этого вывода.

Когнитивно-поведенческая терапия психоза (CBTp — когнитивно-поведенческая терапия, адаптированная к психотическим переживаниям) помогает пациенту понимать переживания, уменьшать беспокойство и возвращаться к ценной для него деятельности. NICE рекомендует проводить ее индивидуально в течение не менее 16 запланированных встреч. Курс, начатый в острой фазе, может продолжаться после выписки. [1]

Беседы и результаты главы созданы для обучения. Читая их, держите в уме один вопрос: какой ответ пациента изменил бы запланированный вами следующий шаг?

Оценка убеждений и риска в первой беседе

Жавлон: «Вы верите, что они говорили обо мне?» Терапевт: «Меня там не было. Я услышал, что, увидев их, вы сильно смутились и не смогли войти на занятие. Вы тогда также почувствовали себя в опасности?» Этот ответ не требует от пациента защищать убеждение, а дает возможность подробно рассказать событие.

Верните вопрос к событию. Что они сказали? Он слышал слова или сделал вывод по взглядам и смеху? Высмеивали ли эти люди его раньше? Сообщение о реальной угрозе или унижении проверяйте серьезно. Оценка фактической опасности меняет план терапии.

Два ответа, два решения. Если он говорит «они смотрели мне в лицо, назвали имя и оскорбили», обсуждают подробности, свидетелей, безопасность и желаемую помощь. Если «не слышал, что говорили, но увидели меня и замолчали», с согласия Жавлона исследуют, как он пришел к выводу. Обе ситуации могут встречаться в жизни одного человека одновременно.

Правильные вопросы о риске. «После события возникли мысли навредить себе или кому-то? Есть ли сейчас такое намерение?» При выявлении текущего опасного намерения, соответствующего плана или неспособности защититься плановое упражнение прекращают и переходят к экстренному плану безопасности. После стабилизации объясните пациенту, почему беседу прервали. [1]

Записать событие вместе с пациентом на одном листе

Клиническая формулировка (formulation) — составленная с пациентом и затем проверяемая гипотеза о том, как в конкретной ситуации возникает и благодаря чему сохраняется переживание. Если терапевт со-

общает «правильный ответ», опыт пациента исчезает с листа. С разрешения Жавлона используем его выражения. [1]

Вопрос	Ответ Жавлона	Следующий вопрос
Что вы увидели или услышали?	«Два студента смеялись. Я вошел — они замолчали».	«Вы слышали сами слова?»
Что это сразу для вас означало?	«Они узнали о моей болезни».	«Когда вы это подумали, что изменилось в теле?»
Что вы почувствовали и сделали?	«Лицо загорелось. Посмотрел в телефон и повернул обратно».	«Когда вышли, стало легче?»
Что произошло потом?	«В коридоре почувствовал облегчение. На следующий день идти на занятия стало труднее».	«Что вы могли бы узнать, если бы тогда остались внутри?»

Первоначальная гипотеза терапевта: ситуация неоднозначна, Жавлон истолковал ее как угрозу опозориться. После ухода тревога снизилась, но исчезла и возможность наблюдать другие объяснения. Прочитайте гипотезу и спросите: «Что вы написали бы иначе?»

Жавлон поправил: «Я стыжусь не того, что смотрят, а того, что не смогу ответить». Теперь цель упражнения меняется: вместо наблюдения за всеми в аудитории можно подготовить одну фразу, чтобы спросить о непонятном.

Планирование безопасного поведенческого эксперимента

Поведенческий эксперимент (behavioural experiment) помогает наблюдать конкретный прогноз в безопасных условиях, выбранных пациентом. Сначала согласуйте способ оценки результата. Предположение «все меня ненавидят» напрямую не измерить. А прогноз «если спрошу о задании, однокурсник станет меня высмеивать» Жавлон может сопоставить с конкретным событием.

Подготовка. Жавлон сначала выбрал хорошо знакомого однокурсника. Вопрос: «Третью задачу тоже решаем до четверга?» Прогноз: «Вместо ответа он засмеется». Уверенность оценил в 75 из 100, ожидаемое беспокойство — в 7 из 10. Это его личные оценки.

Результат. Однокурсник сказал: «Сейчас точно не знаю, напишу в группу». Беспокойство Жавлона снизилось с 7 до 5. «Он не смеялся надо мной. Но не знаю, что подумал про себя». Терапевт: «Да, мы не знаем его мыслей. Какое предсказанное событие на этот раз не наблюдалось?» Жавлон: «Я смог задать вопрос, он ответил». Этот вывод остается в рамках именно того разговора.

А если бы однокурсник засмеялся? Сначала выслушайте, что Жавлон увидел и как это повлияло. Можно спросить: «Что указывало, что смех был направлен именно на ваш вопрос?» При оскорблении возвращаются к безопасности и помощи. Не побуждайте пациента противостоять пугающему человеку, подвергаться опасности или записывать других для оправдания себя. [1]

Работа с пациентом, слышащим голоса

«Голос не уменьшился. Но сначала спросите меня, что он говорит», — сказала Малика. Часто вечером, когда она начинала готовить, голос говорил: «Ты ни на что не способна». Услышав его, Малика выключала плиту, мать заканчивала еду. Ее цель — самой готовить дочери.

Краткое интервью. Когда появляется голос, что говорит, сколько длится? На чей голос похож для Малики? Что, по ее мнению, произойдет, если не согласиться? Когда удавалось продолжать дело? Отдельно запишите беспокойство, придаваемый голосу смысл и влияние голоса на поведение.

Малика вспомнила, как раньше готовила дочери салат и закончила несмотря на голос. Она сосредоточилась на разговоре дочери и последовательности действий. Выбранное упражнение — при матери рядом приготовить простое блюдо без плиты. На следующем приеме наряду с «исчез ли голос?» спрашивают: «Какое дело удалось закончить и насколько это было трудно?»

Другой ответ меняет весь план. Если голос приказывает причинить вред, спрашивают о содержании, намерении подчиниться, доступе к средствам, прежнем выполнении приказов и способности принять помощь сейчас. При близкой опасности приоритетны наблюдение в безопасных условиях и неотложная оценка. Исследование COMMAND посвящено работе с верой во власть голоса и подчинением вредным приказам. Выполнение опасного приказа в качестве эксперимента не может быть терапевтическим упражнением. [1, 3]

Жалоба «он ничего не хочет делать»

Мать: «Баходир весь день сидит. Сколько ни говорю, не встает». Терапевт спросил Баходира: «Что в последний раз хотели сделать, но не смогли начать?» — «Хотел пойти в мастерскую друга. Даже оделся. Не знал, с какими словами войти, и снова сел».

Один внешний признак — оставаться дома — имеет разные причины. Спросите о сонливости, нежелательном эффекте лекарства, депрессии, подозрительности, трудностях планирования, стоимости проезда или стеснении встречи. Заключая об avolition (снижении побуждения начинать и продолжать целенаправленные дела), различайте возможности, силы и интерес пациента. [1]

Баходир дошел до одевания. Трудный момент — начать разговор. Вместе выбрали фразу: «Ассалому алейкум, можно десять минут посидеть рядом?» Сначала терапевт играл друга. Затем Баходир попросил отработать и ответ «сегодня занят». Нашел подходящую реакцию: «Хорошо, в какой день удобнее?»

Как записать результат? Вместо «активизировался»: «Дважды отрепетировал, сам позвонил другу, договорились на пятницу». Если бы Баходир сказал, что нет сил даже одеться, упражнение предлагать рано. Сначала повторно оценили бы энергию, настроение, сон и действие лекарства.

NICE не рекомендует регулярно предлагать всем пациентам тренинг социальных навыков как отдельную стандартную программу. Краткая ролевая репетиция этого случая — часть конкретной задачи, выбранной пациентом. [1]

Адаптация сессии при быстрой утомляемости внимания

В начале сессии Мадина подробно рассказала событие. Через двадцать минут, глядя на лист, спросила: «Что надо было писать в третьем столбце?» Если терапевт повторит прежнюю инструкцию еще длиннее, он не узнает, что осталось непонятным.

Сократите работу до одного шага. «Сегодня запишем только две вещи: что произошло и что вы затем сделали». Мадина: «Пришел автобус. Увидела много людей и вернулась». На том же листе терапевт написал: «Чего вы испугались?» Мадина согласилась взять его домой. Если ей проще голосовая заметка в телефоне, с учетом конфиденциальности она выбирает удобный способ.

В конце сессии вместо «понятно?» спросите: «Покажете, как начнете упражнение дома?» Мадина сначала записала событие, затем свое действие. Стала видна выполненная часть. Для трудной части оставили короткую подсказку.

Если в следующий раз лист пуст, не начинайте с «почему не сделали?». Когда открыла лист? Вспомнила ли инструкцию? Боялась ли, что дома прочитают? Мадина сказала, что не хотела, чтобы мать увидела лист. На следующую неделю договорились вместе разобрать на сессии одно событие по памяти. Форма упражнения изменилась, цель сохранилась.

Планирование курса и измерение результата

Рекомендованные NICE не менее 16 плановых индивидуальных встреч можно организовать вокруг цели пациента. Следующее распределение — учебный пример. Клиническая рекомендация не задает жестких этапов по числу сессий. [1]

Встречи	Основная работа	Результат, проверяемый с пациентом
1–4	Установление отношений, выявление риска и жизненной цели. Совместная запись одного события.	Пациент своими словами может объяснить, над чем работает. Исходное состояние записано.
5–10	Малые эксперименты по совместной гипотезе. Изучение ответа на голос, толкования ситуации или последствий избегания.	Сопоставляет ожидаемый и наблюдаемый результат. Если опыт тяжелее ожидаемого, следующий шаг уменьшают.
11–14	Проба освоенного способа в другой жизненной ситуации. При необходимости ролевая репетиция и короткая письменная памятка.	Применен ли навык вне кабинета? Какая часть помощи еще нужна?
15–16 и далее по необходимости	Совместная оценка курса. Запись раннего признака, повторной связи и продолжаемой помощи.	Пациент рассказывает свой план на трудный день. Следующий ответственный и дата определены.

Три измерения для Жавлона: беспокойство перед входом на занятие (0–10), число выбранных занятий за неделю, на которых остался, и уверенность в прогнозе «будут смеяться надо мной» (0–100). Это личные наблюдения. Если показатели не уменьшаются, до вывода «лечение не работает» проверьте, актуальна ли цель, верно ли выбран эксперимент и не изменилось ли одновременно клиническое состояние.

Объяснение неожиданного результата

На следующем приеме Жавлон протянул лист: «Беспокойство снова семь баллов. Значит, пользы нет?» Терапевт: «Что вы смогли сделать с этими семью баллами?» — «Раньше вернулся бы домой. На этот раз сел на место. Остался, пока преподаватель не сказал задание». Он просидел в аудитории пятнадцать минут. Это продвижение к выбранной им цели. Оставаться все занятие пока трудно.

Теперь вопрос: повторяется ли результат и сколько сил стоит? Если после одного раза весь день пролежал дома, не спешим удлинять следующую задачу. Если Жавлон сам хочет повторить шаг, следующее занятие выбирает он. Учитывают и подготовку к защите диплома, и утомление.

Если во время встреч усиливаются симптомы, нарушается сон, меняются употребление веществ или прием лекарства, терапевтическую гипотезу и план лечения пересматривают с командой. В рамках согла-

сия пациента согласуют, кому и какие сведения передаются. [1]

Как интерпретировать доказательства? В обзоре Cochrane 2024 года изучалось добавление КПТ к стандартной помощи при первом или недавно начавшемся психозе. Отмечено умеренное улучшение некоторых симптомов и функционирования. Уверенность в результатах различается в зависимости от показателя. Эти результаты не дают оснований обещать Жавлону исчезновение голосов или полное предотвращение рецидива. Изменения в его жизни оцениваем по задаче, которую он выбрал сам. [2]

Заключительная беседа курса и использованная литература

«А если перед защитой диплома в коридоре снова кто-нибудь засмеётся?» Терапевт вернул вопрос самому Жавлону: «Что вы делали в такие моменты раньше? Какой выбор у вас есть сейчас?» — «Раньше я уходил, уверенный, что смеются надо мной. Теперь могу отделить то, что услышал, от собственных предположений. Если всё равно буду тревожиться, войду вместе с однокурсником. Если голоса вернутся и я снова начну уходить с занятий, свяжусь со службой, о которой мы договорились».

После беседы Жавлон написал для себя три строки: «Важное для меня дело — защитить диплом. Мой первый шаг в трудный момент — остановиться у двери и точно описать, что произошло. Признак того, что мне нужно обратиться за дополнительной помощью, — если из-за голосов я снова начну пропускать занятия». Он сам выбрал, с кем поделиться этим листом.

Итоговый случай для читателя. На следующем приёме Малика сказала: «Голос есть каждый день». Прежде чем делать вывод только по этой фразе, задайте три вопроса. Что он говорит и есть ли сейчас опасность? Что Малика может делать, когда слышит его? Насколько она приблизилась к цели готовить еду для дочери? Если отдельно записать риск, страдание и жизненный результат, задача следующей сессии станет ясной.

Источники и дополнительная литература

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. 1.3.7.1 — содержание и продолжительность индивидуальной КПТ. 1.4.4 — психологическая помощь, включая тренинг социальных навыков. Открыть источник ↗

[2] Cochrane Database of Systematic Reviews. Cognitive behavioural therapy added to standard care for first-episode and recent-onset psychosis. 2024, CD015331. Результаты в отношении симптомов и функционирования при первом психозе. Открыть источник ↗

[3] Birchwood M и соавторы. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry, 2014. Подчинение опасным приказам и убеждённость во власти голоса. Открыть источник ↗

ГЛАВА 38

СЕМЕЙНОЕ ПСИХООБРАЗОВАНИЕ И ОБЩЕНИЕ

«Доктор, если я не открою дверь и не проверю, боюсь снова пропустить ту ночь». Когда мать Жавлона произнесла это, сын впервые повернулся к ней: «Мама, если ты открываешь дверь каждые полчаса, я просыпаюсь, даже если уже уснул».

Перед предыдущим приступом Жавлон несколько ночей не спал. Мать помнила, как сидела у двери, прислушиваясь, и до сих пор поступала так же, чтобы те дни не повторились. А Жавлон готовится к защите диплома. Он хочет читать по вечерам и чтобы перед входом в его комнату стучали. Оба хотят спокойно спать дома. Но своими действиями они нарушают сон друг друга.

Врач задал каждому по одному вопросу. «Скажите, какую весть от сына вы хотели бы услышать, чтобы меньше хотелось каждый раз вставать и проверять?» Затем обратился к Жавлону: «О чём вы можете сообщать маме сами? Что хотите оставить личным?» Эти ответы стали повесткой первой семейной встречи.

Семейное психообразование (family psychoeducation) учит пациента и близких, привлечённых с его согласия, понимать болезнь, разговаривать в трудных ситуациях и согласовывать план помощи. Случаи в этой главе созданы в учебных целях. После каждой беседы подумайте: какая именно договорённость поможет этой семье сегодня вечером? [1, 2]

Кто говорит на первой встрече

До начала беседы с семьёй спросите пациента, кого он хочет пригласить. В одном доме может жить много людей. Человек, умеющий хранить его тайны и готовый прийти в трудный день, может жить отдельно. Жавлон согласился поговорить с матерью, но не хотел, чтобы о диагнозе сообщили дяде.

Уточняйте согласие по темам. Жавлон согласен обсуждать сон, посещение занятий и то, кому звонить в кризисе. О влиянии лекарства на личную жизнь он попросил поговорить наедине. Врач записывает участников, информацию, на обсуждение которой получено согласие, и срок пересмотра договорённости. Пациенту также предоставляют возможность поговорить отдельно. [1]

Если согласия нет. Мать может спросить: «Разве я не могу даже рассказать вам, что сама видела?» «Я выслушаю ваши наблюдения. Мы также обсудим, какая помощь нужна вам дома. А подробности личной беседы с сыном согласуем с ним». Выслушивать близкого и раскрывать конфиденциальные сведения о пациенте — два разных действия. Семье можно дать общую информацию и объяснить, как обратиться за помощью в кризисе. [1]

Безопасно ли сидеть вместе? Иногда решающим становится вопрос наедине: «Вы боитесь давления или наказания дома за то, что здесь скажете?» Если обнаружатся угрозы или насилие, прекратите совместное упражнение и обсудите с человеком безопасный способ связи и меры защиты. В такой ситуации прежде, чем указывать близкого как главную опору в кризисном плане, повторно оцените риск.

Почему семья говорит именно так

«Если бы у тебя была сила воли, ты бы давно вышел на работу». Услышав это, Баходир вышел из кабинета. Отец посмотрел на терапевта: «Я тоже думаю о его будущем». Терапевт поставил перед обоими две задачи: отец должен суметь сказать, о чём тревожится, а Баходир — объяснить, что ему мешает.

В исследованиях изучалась связь между expressed emotion (понятие, обозначающее критику, враждебное отношение близких или чрезмерное вмешательство в жизнь пациента) и риском рецидива. Это результат на уровне группы. По ссоре в одной семье нельзя определить причину приступа или обвинить родителей. Выслушайте также рассказ о бессонных ночах, денежных заботах и страхе, оставшемся после предыдущего приступа. [3]

Вопрос отцу. «Когда вы увидели, что он не пошёл в мастерскую, чего вы испугались?» — «Что снова перестанет выходить из дома». Теперь он изменил фразу: «Во вторник ты оделся, а потом остался дома. Что было трудно?» Баходир впервые ответил: «Постеснялся войти. Не знал, что сказать другу». Теперь понятно, в чём семья может помочь.

Упражнение на приёме. Выберите одну фразу из вчерашнего спора. Вместо оценки личности опишите одно наблюдавшееся событие. Кратко выразите свою тревогу. Задайте один вопрос и дождитесь ответа. Результат трудно измерить фразой «Мы теперь не ссоримся». А ответ «Я смог услышать, почему сын оделся, но никуда не пошёл» можно обсудить на следующей сессии.

Как говорить дома о бреде и голосах

Вечером Малика сказала матери: «Соседи за стеной говорят обо мне». Мать долго стояла, прижав ухо к стене. Ничего не услышав, она выпалила: «Опять выдумываешь?» Малика ушла в комнату и закрыла дверь. Мать хотела помочь, но теперь даже не знает, насколько дочери страшно.

Ситуация	Фраза, которую может сказать близкий	Как ответ меняет решение?
Малика испугана, может общаться.	«Я сейчас этих слов не слышала. Вижу, что ты испугалась. Посидеть рядом с тобой?»	Если Малика согласна, выбирают спокойное место. Можно спросить у неё самой, что поможет.
Она идёт к двери со словами «Я сейчас их остановлю».	«Что ты собираешься сделать, когда говоришь “остановлю”? Ты сейчас намерена причинить кому-нибудь вред?»	При конкретной угрозе и непосредственной опасности спор прекращают, сохраняют безопасную дистанцию и вызывают экстренную помощь.
Она рассказывает о реальной угрозе, сообщении или свидетеле.	«Можешь своими словами рассказать, что произошло? Где ты сейчас чувствуешь себя в безопасности?»	Нужно серьёзно отнестись к сообщению, безопасным способом выяснить обстоятельства и оценить потребность в защите.

Матери не обязательно подробно расспрашивать о содержании каждого голоса. Практический вопрос — от чего Малика страдает сейчас, требует ли голос что-то сделать и какая помощь нужна, чтобы оставаться в безопасности? Такая беседа позволяет лучше выяснить риск, чем предложение вместе с пациенткой пойти к двери подозреваемого соседа. [1]

Договориться о помощи и вернуть самостоятельность

«Если я сделаю за неё, ей будет легче», — сказала мать Мохиры. Мохира составляет список покупок, но мать сама берёт и деньги, и список и сама идёт на рынок. В итоге обе не понимают, что Мохира сейчас способна делать самостоятельно.

Сначала уменьшим задачу. «Самостоятельно сходить на рынок» означает выбрать дорогу, обратиться к продавцу, посчитать деньги, выдержать толпу и вернуться домой. Мохира знает дорогу и умеет считать

деньги, но ей трудно заговорить в очереди. Для первой пробы она сама выбрала маленький магазин в своём районе.

Договорённость. В понедельник мать сопровождает её по дороге. В магазине Мохира сама обращается к продавцу. Мать помогает только тогда, когда дочь подаст условленный знак. Если в тот день очередь длинная, Мохира сама решает, ждать или прийти в другое время. По возвращении мать вместо «Почему так медленно?» спрашивает: «В какой момент нужна была помощь?»

Результат. Мохира попросила хлеб и сама заплатила. Пока она считала сдачу, мать подсказала ответ. Терапевт спросил у обеих: «Что получилось хорошо? Что хотите изменить в следующий раз?» Мохира сказала: «Подождите немного, пока я посчитаю сдачу». Здесь и возникла следующая задача. При совместном решении семейной проблемы записывают, кто, где и что делает и когда обсуждается результат. [1]

Ранние признаки и домашний кризисный план

Для матери Жавлона любой поздний отход ко сну напоминал о приступе. Для Жавлона заниматься допоздна перед экзаменом было обычным делом. Им обоим помогло совместное составление временной линии предыдущего эпизода: сначала он хотел спать, но не мог, затем стал относить сообщения к себе, потом перестал ходить на занятия. Это история именно Жавлона. [1]

Что наблюдалось?	Согласованное действие дома	Кто отвечает?
Один вечер по плану занимался допоздна. Утром встал, пошёл на занятия, новых признаков нет.	Жавлон утром сам рассказывает, как спал. Мать ночью не входит в комнату для проверки.	Жавлон и мать договорились об одной утренней беседе.
Хочет спать, но несколько ночей подряд не может уснуть. Снова придаёт сообщениям в телефоне особый смысл.	В тот же день связаться с согласованной клинической службой. Повторно оцениваются сон, психоз, приём лекарств и риск.	Звонит Жавлон. Если он хочет, мать сидит рядом. Семья самостоятельно не меняет дозу лекарства.
Есть текущее намерение причинить вред, вероятность выполнения опасного приказа, спутанность сознания или соматическая нестабильность.	Немедленно вызвать экстренную помощь. Перевести людей, находящихся под угрозой, в безопасное место. Член семьи не предпринимает физического удерживания пациента.	Заранее определённый человек вызывает помощь. Другой близкий, если это безопасно, остаётся на связи до её прибытия.

Семья записывает на своём листе дневную службу, службу вне рабочего времени, номера телефонов и запасного контактного человека. Затем проверьте план на практике: «Если в субботу ночью служба не ответит, каким будет следующий шаг?» Если на этот вопрос нет ответа, план ещё не завершён.

Усталость ухаживающего

«Все спрашивают о сне моего ребёнка. А я не помню, когда сама последний раз спала». Мать Жавлона сказала это после того, как сын вышел. Нагрузка по уходу за близким (caregiver burden) может влиять на сон, работу, доход, другие отношения в семье и собственное здоровье. Вместо закрытого вопроса «Вы не устаёте?» спросите мать: «От какого своего дела вам пришлось отказаться на прошлой неделе?» [1, 2]

Ответ матери: «Уже месяц не была у сестры. Боюсь, если уйду, кто-нибудь что-нибудь пропустит». Здесь две задачи. Первая — оценить реальную текущую потребность Жавлона в помощи. Вторая — обсудить с матерью страх, оставшийся после той тяжёлой ночи. Когда Жавлон в безопасности и самостоятелен, ежечасные проверки не восстанавливают сон матери.

Проба на одну неделю. Во вторник мать идёт к сестре. Сначала Жавлона спрашивают, нужна ли ему в это время какая-либо помощь. Он отвечает: «Я на занятиях, вечером сам дам знать». Отдельно сохраняется канал связи на случай непосредственной опасности. На следующем приёме не ограничиваются вопросом «Вы сходили?», а выясняют, что мешало пойти и как мать себя чувствовала.

Если близкий рассказывает о собственной выраженной бессоннице, подавленности или риске, его потребность в помощи оценивают отдельно. Семье можно предложить обучение, практическую поддержку и помощь ухаживающему, не раскрывая всю медицинскую историю пациента. [1]

Адаптация курса к потребностям семьи

NICE рекомендует предлагать семейное вмешательство семьям, которые находятся в тесном контакте с пациентом или живут вместе с ним. По возможности программа включает и пациента. Семья может обсудить индивидуальную работу с одной семьёй или формат участия нескольких семей. По NICE курс продолжается от 3 месяцев до 1 года и включает не менее 10 запланированных встреч. Приведённая ниже последовательность — пример, составленный для этой главы. [1]

Встреча	Работа с семьёй	Результат для последующей проверки
1–2	Согласовать участие, конфиденциальность и цель каждого человека. Составить временную линию предыдущего эпизода.	Пациент и близкий могут каждый отдельно назвать свою цель.
3–4	Обсудить голоса, подозрительность, сонливость и страх рецидива. Повторить вчерашнюю беседу по ролям.	Каждый выражает одно наблюдение и одну просьбу без обвинений.
5–7	Самостоятельно выполнить одну домашнюю задачу, выбранную пациентом. Определить нагрузку по уходу и перераспределить обязанности.	Зафиксированы этап, на котором нужна помощь, работа, выполненная пациентом, и время отдыха, выделенное близкому.
8–10	Записать кризисный план, проверить его для выходного дня, согласовать следующее обращение и наблюдение.	Семья объясняет три разных действия: при повседневной трудности, раннем предупреждающем признаке и непосредственной опасности.

Спрашивайте о результате всех участников. Мать может сказать: «Ссор стало меньше», а Жавлон: «В мою комнату не входят, не спросив меня». Важно и то и другое. Исследования показывают, что семейная помощь может снижать частоту рецидивов и нагрузку по уходу, но результат зависит от срока и программы, а надёжность доказательств неодинакова. Отслеживайте результат конкретной семьи относительно её собственных целей. [2, 4]

Ночь перед защитой диплома

Когда Жавлон вышел на кухню, было уже за полночь. Мать уже подходила к двери, но на этот раз не вошла. «Мама, завтра защита. Сейчас собираюсь ложиться. Честно говоря, немного волнуюсь». Мать сначала хотела спросить: «Лекарство принял?» Потом вспомнила договорённость: «Что мешает уснуть — подготовка или снова что-то беспокоит, как раньше?»

Жавлон: «Боюсь, что, если зададут вопрос, растеряюсь. Мне не кажется, что кто-то говорит обо мне». Мать: «Хочешь попробовать рассказать мне свой первый ответ или сейчас оставить тебя в покое?» Жа-

влон: «Давай один раз попробую». Они потренировались пять минут. Затем мать вернулась в свою комнату.

На следующем приёме просим обоих рассказать об одном событии с двух точек зрения. Мать: «Оказывается, я могу помочь ему, даже не заходя в комнату». Жавлон: «Я сам рассказал, прежде чем мама спросила». Такой результат можно записать фразой «Семейная атмосфера улучшилась», но следующая команда не поймёт, что продолжать. Полезнее конкретная запись: «Мать прекратила повторные ночные проверки. Пациент согласен самостоятельно сообщать утром о сне и при необходимости о ранних признаках. При усилении риска имеется запасной канал связи».

Изменённое условие для читателя. Если бы Жавлон сказал: «Три ночи не могу уснуть, сообщения посылают именно мне», какое решение изменилось бы? Тренировку к защите отложили бы. Семья в тот же день сообщила бы согласованной службе, а команда оценила бы психоз, настроение, употребление веществ, приём лекарств и непосредственный риск. Если бы одновременно обнаружилось опасное намерение, вместо планового контакта понадобилась бы экстренная помощь. [1]

План для семьи и использованная литература

Даже после одной встречи у семьи может остаться план, заполненный своими словами. Попросите пациента и выбранного им близкого отдельно прочитать его вслух. Если какой-то пункт они понимают по-разному, уточните его прямо на приёме.

Строка для заполнения семьёй	Договорённость
Дело, которое я хочу выполнять сам. Помощь, которую оказывают, спросив меня.	_____
Что наблюдается в мой обычный трудный день? Какие ранние признаки характерны для меня?	_____
С кем и какой информацией я согласен делиться? Когда пересмотрим эту договорённость?	_____
Связь днём и ночью. Действие при непосредственной опасности. К кому обратимся, если первый человек не ответит?	_____
Время отдыха для моего близкого. Дата следующей встречи и ответственное лицо.	_____

Источники и дополнительная литература

[1] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. Поддержка близких, обмен информацией, семейное вмешательство и кризисная помощь. Структура курса — в пункте 1.3.7.2. Открыть источник ↗

[2] Chien WT и соавторы. Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024, CD013541. Доказательства в отношении рецидивов и нагрузки на ухаживающих. Открыть источник ↗

[3] Ma CF и соавторы. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine. Связь между критикой, отношением близких и рецидивом. Открыть источник ↗

[4] Rodolico A и соавторы. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2022. Сравнительный анализ видов семейной помощи. От-

крыть источник ↗

ГЛАВА 39

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОГНОЗ И БУДУЩЕЕ

«Диплом получил, доктор. Теперь, если устроюсь на работу, вдруг в первый же день заметят, что я работаю медленно?» Жавлон открыл в телефоне два объявления. В первом зарплата выше, но смена меняется каждую неделю. Второе место близко к дому, работа дневная, обязанности начинаются с внесения данных в таблицу. Мать впервые оставила выбор работы ему самому.

Легко сказать: «Сначала убедимся, что психоз не вернётся». Но одной беседой в кабинете нельзя выяснить, какая работа подходит Жавлону. В тот день мы спросили, что хорошо помогало при подготовке диплома. «Если инструкция записана, я быстро учусь. Если трое одновременно дают задания, теряюсь, с какого начать». Первый критерий выбора работы он нашёл сам.

Социальная реабилитация помогает человеку заниматься выбранным делом, поддерживать отношения и выполнять повседневные обязанности. Для одного цель — оплачиваемая работа, для другого — самостоятельные покупки или возможность провожать ребёнка в школу. Поэтому первый вопрос задайте самому пациенту: «Какое дело в своей жизни вы хотите снова делать самостоятельно в следующем месяце?» [1]

Пациенты и беседы в этой главе созданы в учебных целях. Через первый рабочий день Жавлона, самостоятельное ведение хозяйства Мохирой и возвращение Баходира в мастерскую решаем один вопрос: как врачу связать клиническое наблюдение с реальной жизнью пациента?

Восстановите один день для оценки функционирования

Мохира: «Я могу жить самостоятельно». Мать: «Если меня нет рядом, она даже обед не приготовит». Врач попросил обеих рассказать о вчерашнем обеде от начала до конца. Мохира выбрала блюдо, почистила овощи и приготовила еду. Мать принесла продукты и сама оплатила газ. Этих подробностей достаточно, чтобы изменить прежний вывод «Не умеет готовить».

Какую сферу рассматриваем?	Конкретный вопрос в беседе	Факт для плана
Повседневная жизнь	«Кто что делал при приготовлении вчерашнего обеда?»	Мохира самостоятельна на кухне. Планирование покупок ещё не проверено.
Деньги и транспорт	«Сколько вы в последний раз выделили на проезд и покупки?»	При небольшой покупке сама считает сдачу. Месячные расходы ведёт мать.
Учёба или работа	«На каком этапе последнего задания вы остановились?»	Выполняет короткую инструкцию. Если одновременно даны две задачи, путает последовательность.
Общение и отдых	«С кем вы сами захотели встретиться?»	Любит гулять с младшей сестрой. После большой встречи нуждается в отдыхе.

При описании функционирования можно использовать слова «самостоятельно», «с напоминанием», «с сопровождающим», «ещё не проверено». Если человеку вообще не давали возможности выполнить задачу, это не означает отсутствия способности. И наоборот, если он один раз справился хорошо, необходимо затем проверить, насколько устойчиво он выполняет это дело в обычную неделю. [1]

С чего начинаем поиск работы

Individual Placement and Support (IPS — индивидуальная помощь в поиске и сохранении желаемой оплачиваемой работы) начинается с выбора человека, заинтересованного в работе. В этой модели поиск работы начинается рано. Специалист по трудоустройству сотрудничает с клинической командой, а после трудоустройства поддержка продолжается в зависимости от потребностей и желания человека. [2, 3]

Жавлон выбрал откликнуться на второе объявление. Совет «Соглашайтесь на любую вакансию» ему не помог бы. У выбора дневной работы рядом с домом есть причины: при постоянной смене легче следить за сном, не нужно пересаживаться на другой автобус, задания дают письменно. Для него эти три условия так же важны, как размер первой зарплаты.

Первый шаг. Жавлон выделил в объявлении два требования, выбрал образец работы из дипломного проекта и сам написал работодателю с просьбой о встрече. С терапевтом отрепетировал первую минуту разговора. Запись о том, кто составил резюме и кто отправил письмо, впоследствии покажет, где нужна помощь.

Границы применения доказательств. Обзор Cochrane сравнивал способы поиска и сохранения работы у взрослых с различными тяжёлыми психическими расстройствами. Поддерживаемое трудоустройство показало благоприятные результаты. Из этого не следует, что каждый пациент обязан работать или что его трудоустройство гарантировано. Если наличие полноценной службы IPS в регионе не установлено, открыто согласуйте выбор пациента и то, кто может помогать в практическом поиске работы и последующем наблюдении. [2, 3]

Нужно ли говорить о диагнозе на работе

Жавлон: «Сказать о диагнозе на собеседовании?» Врач сначала выяснил причину вопроса. Жавлон не хотел рассказывать историю болезни. Он боялся, что, услышав три задания одновременно, забудет одно. У него есть конкретная просьба, необходимая для выполнения работы: «Если вы письменно укажете сегодняшнюю приоритетную задачу, я буду сдавать работу по порядку».

Подготовка решения. Обсудите с пациентом, кому, с какой целью и какой объём информации сообщать. Звонок работодателю без согласия пациента или сообщение диагноза от его имени не включают в план. В профессиях, где особенно важна безопасность, например при работе с тяжёлой техникой, пригодность к конкретной работе оценивают отдельно. Из офисной задачи в этом случае нельзя делать вывод о юридическом или медицинском допуске к другой профессии.

На второй неделе руководитель сказал: «Приоритетную задачу запишу, но не смогу записывать всё по пунктам». Жавлон попробовал сам записывать задание и повторять: «Значит, сначала закончу эти три строки, верно?» На следующем приёме был вопрос важнее, чем «Руководитель понял?»: какой способ уменьшил ошибки и удалось ли применять его в течение рабочего дня?

Если первый рабочий день прошёл тяжело, вместе проверьте три причины: новизну задачи, несоответствие среды или графика, изменение клинического состояния. Ошибка за один день сама по себе не подтверждает ни хроническую нетрудоспособность, ни возвращение психоза. [1, 3]

Поддержка внимания в учёбе и работе

Мадина вернулась на курс, но, прочитав инструкцию, забывала второй шаг. Прежде чем записать «Слабая память», провели практическую пробу. Ей дали задание из трёх шагов. В шумном месте она пропустила

первую часть. В тихой комнате, повторяя инструкцию вслух и ставя отметку рядом с каждым шагом, выполнила все три. Это наблюдение не устанавливает диагноз. Оно показывает, при каких условиях задача стала легче.

Cognitive remediation (структурированные занятия, направленные на улучшение когнитивных функций) помогает тренировать стратегии внимания, памяти или планирования и переносить их на реальные задачи. В анализе рандомизированных исследований значимыми оказались активное участие терапевта, обучение стратегиям и связь занятий с реабилитацией. Однократно составленный список или простое напоминание в телефоне не заменяют полноценную программу. [4]

Учебное упражнение. Мадине было тяжело переписывать весь текст после лекции. Она выбрала отмечать только три вещи: сегодняшнюю задачу, срок выполнения и непонятный вопрос. Договорились, что через неделю будут оценивать не «Сколько написала?», а «Сдала ли задание вовремя и сколько понадобилось напоминаний?»

Если дело, которое раньше выполнялось легко, внезапно стало трудным, не спешите «преодолеть» это тренировкой. Уточните сон, настроение, изменения лекарств, употребление веществ и физическое состояние. Если внимание резко колеблется вместе с уровнем бодрствования, на первый план выходят острые медицинские причины. Тогда упражнение откладывают, а направление оценки меняется.

Самостоятельная жизнь и предотвращение социального снижения

Новая цель Мохиры — пригласить младшую сестру домой на обед в субботу. Совместное планирование обеда даёт больше информации, чем общий совет «Будьте самостоятельной». Что она купит? Сколько денег выделит? Что сделает, если магазин закрыт? Кого сама пригласит? Эти вопросы объединяют быт и отношения в одной значимой задаче.

План. Мохира выбирает блюдо и предел расходов. Мать согласна в первый раз только просмотреть список. Если сестра задержится, Мохира может сама сдвинуть время приготовления. В воскресенье обсуждают расходы, неожиданную трудность и решение, принятое самостоятельно. Если для новой задачи пациенту достаточно меньшей помощи, в следующий раз уровень поддержки уменьшают. [1]

При обсуждении социального снижения (social drift) недостаточно перечислять только симптомы. Когда Баходир неделю не ходил в мастерскую, отец сказал: «Снова от всех отдаляется». Из беседы с Баходиром выяснилось, что друг перенёс мастерскую в другое место и теперь нужны две пересадки и дополнительные деньги на проезд. Повышение дозы лекарства не решает такую проблему.

Второй вариант выбирает пациент. Баходир согласился посмотреть мастерскую поблизости, но хотел продолжать общаться с прежним другом по пятницам. В запись отдельно вошли два результата: проверить новую возможность работы и сохранить ценные для него отношения. Даже если работа не найдётся, вторая цель останется для него значимой.

Прежде чем говорить о прогнозе уточните вопрос

Мать: «Доктор, каким будет будущее моего сына?» Врач: «Что сейчас тревожит вас больше всего?» — «С кем он останется, если меня не будет?» Мать не спрашивала о числе приступов. Она хочет знать, кто однажды будет делать то, что сейчас делает она. Если сообщить ей только статистику заболевания, её вопрос останется без ответа.

В беседе о прогнозе (prognosis) разделяйте три временные точки. Что мы знаем сегодня? Что попробуем в ближайший месяц? Какое изменение потребует пересмотра плана? Например: «Жавлон закончил диплом,

работает по письменной инструкции. Мы ещё не знаем, какими будут сон и утомление при новом графике работы. Посмотрим через две недели». В этом ответе наряду с неопределённостью есть практическое решение.

Как читать числовые данные? В анализе Lally и соавторов, посвящённом первому психотическому эпизоду, объединённая оценка для 16 исследований с наиболее строгим определением восстановления составила 25,2%. 95% доверительный интервал — 16,9–35,9%. Это относится к выбранным исследованиям, их определениям и срокам наблюдения. Группа первого психотического эпизода может включать разные диагнозы. По этой цифре нельзя рассчитать вероятность того, что Жавлон удержится на работе. [5]

Вернёмся к матери. «Что вы сейчас делаете для сына в течение недели?» Выберите один из ответов: получение рецепта, коммунальные платежи, транспорт или запись на приём. Одно дело, на которое пациент согласен, в следующем месяце он попробует выполнить сам. Остальные виды поддержки и человека для связи на случай временного отсутствия матери записывают. [1]

Как изменим план через две недели

В первую неделю Жавлон работал четыре дня. В пятницу, когда руководитель одновременно дал ему три новых файла, он сохранил один не в ту папку. Дома сказал: «Оказывается, я не справляюсь». Мать испугалась возвращения болезни. На приёме восстановили последовательность события: перепутал файл, сам нашёл ошибку и исправил, затем вернулся домой привычным путём. Сон сохранён, о новых голосах или убеждённости в преследовании не сообщал.

Если наблюдается следующее	Следующее решение и наблюдение
Однократная ошибка. Задание новое, пациент нашёл и исправил ошибку.	Записать правило именования файлов. В течение недели следить за повторением ошибок и временем выполнения работы.
Ошибок стало больше, до обеда дремлет, режим приёма лекарства недавно изменён.	Клинически оценить сон и побочное действие. Пересмотреть лекарственный план с командой, временно адаптировать рабочую нагрузку вместе с пациентом.
Несколько ночей не мог уснуть, истолковал сообщения коллег как направленные против него и ушёл с работы.	Оперативная повторная оценка согласно индивидуальному кризисному плану. Проверить текущие намерения, голоса, приём лекарств и риск. При непосредственной опасности — экстренная помощь.

Вопрос для дальнейших исследований. Насколько успех в тренировке внимания переносится на реальный рабочий день и как долго сохраняется? Измерение результата с учётом отработанных дней, выполненных задач, потребности в отдыхе и собственной оценки пациента позволяет точнее поставить этот вопрос. Поэтому в исследованиях когнитивной реабилитации важно связывать клиническую пользу с повседневным функционированием. [4]

От жалобы к жизненному результату

В начале книги врач спрашивал: «Что вы услышали и что это велело вам сделать?» Затем изучались временная история, сознание и внимание, влияние веществ, настроение и соматическое состояние. От симптома переходили к синдрому, от дифференциации — к обоснованному диагнозу по МКБ. Условия лечения выбирались по тяжести и риску. Сегодняшний вопрос «Как прошёл ваш рабочий день?» — продолжение того же клинического мышления.

Проследите цепочку в случае Жавлона ещё раз. Голоса и убеждённость в слежке мешали ходить на занятия. После лечения острого состояния влияние голосов уменьшилось, но дневная сонливость мешала учёбе. Затем семья сократила ночные проверки, а Жавлон тренировался оставаться в аудитории, несмотря на тревогу. Теперь задача иная: в конце рабочего дня он отслеживает утомление и то, какие инструкции смог выполнить. Каждое из этих изменений заслуживает отдельной записи.

Заключительное упражнение. Баходир трижды сходил в мастерскую, а в четвёртый раз не пошёл. Прежде чем принимать решение, запишите три вопроса. Например: «Вы хотели идти в тот день? Что изменилось в дороге и условиях работы? Появилось ли что-то новое в сне, тревоге или мыслях о людях?» Если ответ связан с оплатой проезда, работают с практическим препятствием. Если появилась новая убеждённость в преследовании, приоритет получает клиническая оценка. Если он хочет другую профессию, цель выбирают заново.

В последней беседе вместо «Теперь вы выздоровели?» Жавлона спросили о выбранной им работе. «Вчера руководитель назвал три задания. Первое я записал. Потом спросил: “Какое закончить сначала?” Раньше я бы молча ушёл». В клиническую запись вошли эта его фраза, потребность в помощи и дата следующей встречи. Следующую цель Жавлон назвал сам: «С первой зарплаты хочу пригласить маму на обед».

План для совместного заполнения с пациентом и источники

Запишите одну цель словами самого пациента. До окончания встречи вместе договоритесь, когда и по каким признакам будете оценивать результат.

Вопрос	Место для записи
Важная для меня цель. Часть, которую я сейчас могу выполнить сам.	_____
Главное препятствие. Первый шаг. Человек, на помощь которого я согласен.	_____
Как измерим результат? Что я выполнил один раз и в течение обычной недели?	_____
При каком признаке я сообщу раньше? Кому? Запасной канал связи.	_____
Дата пересмотра плана и ответственное лицо.	_____

Источники и дополнительная литература

[1] NICE. Rehabilitation for adults with complex psychosis. NG181, 2020. Разделы об индивидуальном планировании, самостоятельной жизни и участии в жизни сообщества. Открыть источник ↗

[2] Suijkerbuijk YB и соавторы. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, CD011867. Сетевой метаанализ методов профессиональной реабилитации. Открыть источник ↗

[3] The IPS Employment Center. IPS Practice and Principles. Выбор человека, ищущего работу, сотрудничество с клинической службой и помощь после трудоустройства. Открыть источник ↗

[4] Vita A и соавторы. Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia. JAMA Psychiatry, 2021. Метаанализ когнитивных занятий и функциональных результатов. Открыть источник ↗

[5] Lally J и соавторы. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. British Journal of Psychiatry, 2017. Долгосрочные результаты в зависимости от определений ремиссии и восстановления. Открыть источник ↗

Указатель терминов

Нажмите на номер главы. Это указатель выбранных терминов, а не список всех вхождений каждого слова. Для дополнительной проверки можно использовать поиск Word.

Аволиция · глава 9; глава 13; глава 28

Агрессия и риск насилия · глава 33; глава 34

Акатизия · глава 11; глава 30

Антипсихотики · глава 27; глава 30; глава 31

Аутоиммунные и соматические причины · глава 16; глава 34

Клиническая беседа с пациентом · глава 3

Первый психотический эпизод · глава 2; глава 17; глава 34

Бред · глава 7; глава 14

Галлюцинации · глава 5

Гебефреническая шизофрения · глава 19

Деэскалация · глава 33; глава 34

Делирий · глава 2; глава 16; глава 34

Депрессия · глава 14; глава 22; глава 32

Внимание и память · глава 10; глава 29

Приверженность лекарственной терапии · глава 31; глава 36

Указатель терминов продолжение

Нарушения восприятия · глава 5

Исполнительные функции · глава 10; глава 29

Социальная реабилитация · глава 39

Кататония · глава 11; глава 20; глава 34

Клозапин · глава 27; глава 30; глава 31

Когнитивные нарушения · глава 10; глава 13; глава 29

Когнитивно-поведенческая терапия · глава 37

Профилактика рецидивов · глава 36; глава 38

Резидуальная шизофрения · глава 23

Мания · глава 14; глава 34

Метаболический мониторинг · глава 30

Психоз связанный с веществами · глава 16; глава 34

Мотивация · глава 9; глава 28

Негативные симптомы · глава 9; глава 13; глава 28

Злокачественный нейролептический синдром · глава 30; глава 34

Указатель терминов продолжение

Обсессивно-компульсивное расстройство · глава 15

Простая шизофрения · глава 24

Семейное психообразование · глава 38

Параноидная шизофрения · глава 18

Позитивные симптомы · глава 13; глава 27

Психические автоматизмы · глава 8

Психомоторика · глава 11

Резистентность · глава 31

Ремиссия · глава 35; глава 36

Психический статус · глава 4

Суицидальный риск · глава 22; глава 32; глава 34

Мышление и речь · глава 6; глава 7

Быстрая транквилизация · глава 34

Инъекции длительного действия · глава 31; глава 36

Чувство собственного Я · глава 8

Указатель терминов продолжение

Шизоаффективное расстройство · глава 14

Экстренная помощь · глава 2; глава 34

Электросудорожная терапия · глава 20; глава 34

Шкала BARS · глава 34

Шкала CGI SCH · глава 34

Подрубрики F20 · глава 18; глава 19; глава 20; глава 21; глава 22; глава 23; глава 24; глава 25; глава 26

Помощь в трудоустройстве IPS · глава 39

Контрольный список местной клинической рецензии

Статус: ожидается клиническая рецензия. Следующий список должны заполнить ответственные психиатр и клинический фармаколог. Незаполненные поля не означают наличия подтверждения.

1. Глава 34: зарегистрированные в стране формы инъекционного лоразепама, галоперидола и прометазина, их концентрации, показания и пути введения.

2. Глава 34: разовая доза, интервал повторения, суммарная доза за 24 часа, ранее введённое лекарство и ограничения для особых групп.

3. Глава 34: ЭКГ, QTc, контроль дыхания и сатурации, периодичность наблюдения, средства реанимации, ответственный сотрудник и порядок перевода на более высокий уровень помощи.

4. Главы 30–31: контроль крови в соответствии с конкретным препаратом клозапина, возобновление после перерыва, план действий при запоре, признаках миокардита и инфекции.

5. Главы 27 и 34: различия между дозами WFSBP 2012 года для первого эпизода, действующей инструкцией препарата и местным формуляром.

6. Главы 11, 20 и 34: кататония, направление на электросудорожную терапию, злокачественный нейролептический синдром и исключение медицинских причин.

7. Главы 32–34: местный правовой и организационный порядок согласия, недобровольной помощи, ограничительных мер и экстренной транспортировки.

8. Глава 34: страницы представленных атласа и сборника случаев, сведения об авторстве и право повторного использования в издании.

Рецензент и квалификация _____
Учреждение _____
Проверенный местный документ и версия _____
Дата и заключение _____

Источники для редакции по безопасности

[T1] NICE. Violence and aggression. NG10. 1.4.37–1.4.45. Электронный источник

[T2] Kent and Medway NHS. Rapid tranquilisation (i.m.). Электронный источник

[T3] WFSBP. Acute treatment of schizophrenia and management of treatment resistance. 2012. Table IV. Электронный источник

[T4] Clozapine tablets. Current US prescribing information. DailyMed. Электронный источник

[T5] NHS Specialist Pharmacy Service. Clinical considerations for patients prescribed clozapine. Электронный источник

[T6] MHRA. Clozapine: potentially fatal intestinal obstruction, faecal impaction and paralytic ileus. 2017. Электронный источник

[T7] British Association for Psychopharmacology. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia. 2023. Электронный источник

Границы проверки: выбранные пункты, касающиеся доз лекарств и экстренной помощи, сопоставлены с источниками, однако не каждое клиническое утверждение и не каждая библиографическая запись в книге были полностью повторно проверены. Местный перечень препаратов и действующие правовые требования не подтверждены. Эти зарубежные источники не заменяют местный протокол.

Вернуться · Указатель терминов · Контрольный список клинической рецензии