

Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases

Practical Approaches to Patient Care

Edited by

Constantine G. Lyketsos, MD, MHS,
Peter V. Rabins, MD, MPH,
John R. Lipsey, MD, *and*
Phillip R. Slavney, MD

*Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Johns Hopkins University School of Medicine*

Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

Подходы к ведению больных

Под редакцией

Константина Г. Ликетсоса,
Питера В. Рэбинса,
Джона Р. Липси,
Филлипа Р. Слэвни

*Перевод с английского
под ред. акад. РАН **Н.Н.Яхно***

3-е издание

УДК 616.89
ББК 56.14
П86

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с английского: А.В.Алымов.

П86 **Психиатрические аспекты неврологических заболеваний : Подходы к ведению больных** / под ред. К.Г.Ликетсосу, П.В.Рэбинса, Дж.Р.Липси, Ф.Р.Слэвни ; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2022. – 328 с.
ISBN 978-5-907504-24-0

Книга посвящена ведению больных с сочетанными неврологическими и психиатрическими нарушениями. В ней содержится информация об особенностях дифференциальной диагностики различных психиатрических синдромов, характерных для конкретных неврологических заболеваний, описаны методы психиатрической помощи и показаний к ним. При написании каждой главы авторы делали акцент на практических подходах к решению проблем и формулировали рекомендации, исходя из принципов доказательной медицины и богатого личного клинического опыта.

Книга является полезным практическим пособием как для неврологов, так и для психиатров, нейрохирургов, нейропсихологов.

УДК 616.89
ББК 56.14

Первое издание книги **Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care** вышло на английском языке в 2008 г. Перевод опубликован по контракту с издательством Oxford University Press

ISBN 978-0-19-530943-0

© 2008 by Oxford University Press, Inc.
«Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases: Practical Approaches to Patient Care, First Edition» was originally published in English in 2008. This translation is published by arrangement with Oxford University Press

ISBN 978-5-907504-24-0

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2017

СОКРАЩЕНИЯ

DSM	Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual)
FDA	Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration)
MMSE	Краткая оценка психического состояния (Mini-Mental State Examination)
АХЭ	ацетилхолинэстераза
БА	болезнь Альцгеймера
БП	болезнь Паркинсона
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ИЛ	интерлейкин
ИФН	интерферон
КТ	компьютерная томография
КРБС	комплексный регионарный болевой синдром
МРТ	магнитно-резонансная томография
НВТМ	нормально выглядящая ткань мозга
ОКР	обсессивно-компульсивное расстройство
СДВГ	синдром дефицита внимания с гиперактивностью
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СКВ	системная красная волчанка
СТ	синдром Туретта
СЦА	спинocerebellарная атаксия
ТПМ	травматическое поражение мозга
ТЦА	трициклические антидепрессанты
ЦНС	центральная нервная система
ЧМТ	черепно-мозговая травма
ФНО	фактор некроза опухоли
ЭКГ	электрокардиография
ЭЭГ	электроэнцефалография/электроэнцефалограмма
ЭСТ	электросудорожная терапия

ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Предлагаемый читателям перевод книги американских авторов восполняет пробел в русскоязычной медицинской литературе, посвященной ведению больных с различными неврологическими заболеваниями. Как справедливо отмечает в предисловии книги профессор У.Дж.Гриффин, разделение неврологии и психиатрии привело к значительным трудностям для неврологов в диагностике и лечении психических расстройств, формирующихся по разным причинам при органических заболеваниях центральной и периферической нервной системы.

Это разделение, окончательно оформившееся в России и за рубежом в начале прошлого столетия, было естественным результатом развития психиатрии и неврологии. Оно позволило сформировать методологию неврологического и психиатрического диагностического процесса, создать классификации заболеваний, методы научных исследований.

Как известно, научное развитие неврологии происходило на основе «анатомо-клинического метода», предложенного одним из основателей клинической и фундаментальной неврологии Ж.М.Шарко. Попытки поиска морфологических основ психических нарушений, предпринимавшиеся немецкими учеными Т.Мейнертом и К.Вернике, были отвергнуты их современниками и последователями. Сегодня их можно считать одними из основателей нейропсихиатрии – врачебной субспециальности и научного направления, имеющих дело с психическими нарушениями при органических и дисметаболических церебральных расстройствах. Отметим и отношение к этому вопросу А.Я.Кожевникова, который считал, что «в научном отношении психиатрия и неврология составляют одно целое». Российские неврологи первых поколений были в равной мере и психиатрами.

Развитие клинических и фундаментальных исследований патологии головного мозга привело во II половине прошлого столетия к созданию новых нейронаук – нейропсихологии, поведенческой неврологии, нейропсихиатрии. В их формировании важнейшую роль сыграли отечественные врачи и исследователи, в частности А.Р.Лурия, А.С.Шмарьян.

Современные научные данные о структурных основах построения отдельных функций мозга показывают их сетевую организацию, при этом отдельные части сетей могут вовлекаться в обеспечение разных функций. Отсюда нередкая полисимптомность даже при небольших по объему очагах

поражения головного мозга, включающая помимо традиционных неврологических (двигательных, сенсорных, речевых нарушений) и когнитивные, аффективные, поведенческие, психотические расстройства в разной степени выраженности и в разных комбинациях. Их общими патогенетическими факторами могут быть и нейрохимические, воспалительные, генетические и иные компоненты патологического процесса, включая, разумеется, реакцию пациентов на болезнь, социальные, финансовые, профессиональные ограничения.

Однако впечатляющие успехи научных исследований пока в должной мере не внедрены в каждодневную практическую работу. Незнание неврологами, психиатрами, нейропсихологами основ смежных специальностей приводит к существенным ограничениям в индивидуализированной помощи их пациентам, чему, впрочем, не способствуют и формальные ограничения компетенций этих специалистов. Между тем, опытные неврологи не могут не видеть, что практически все формы органической патологии головного мозга сопровождаются теми или иными психическими нарушениями, которые даже могут быть их первыми проявлениями.

Это руководство, подготовленное сотрудниками кафедры психиатрии и поведенческих наук медицинской школы Университета Джонса Хопкинса – одной из ведущих в США по нейропсихиатрии, является полезным практическим пособием как для неврологов, так и для психиатров, нейрохирургов, нейропсихологов.

Читатель сможет увидеть и критически оценить некоторые концептуальные и терминологические особенности, присущие американской психиатрии. Там, где это было необходимо и возможно, перевод был дополнен соответствующими уточнениями или примечаниями, хотя формальные условия перевода чужого авторского труда и желание передать оригинальность изложения материала в ряде случаев диктовали необходимость сохранения даже не принятых в России терминов, понятий.

Несмотря на то, что эта книга издана уже довольно давно – в 2008 г., она не утратила главного – своего практического значения для ведения больных с сочетанными неврологическими и психиатрическими нарушениями. Заинтересованный читатель сможет углубить свои знания в данной области, обратившись к уже немалому числу руководств, монографий, журнальных статей зарубежных и российских авторов по обсуждаемым проблемам.

Академик РАН
профессор *Н.Н.Яхно*

ВВЕДЕНИЕ

Я с радостью ожидаю выхода этой книги в свет. Она необходима для восполнения пробелов в понимании психиатрической патологии, с которой сталкиваются практикующие неврологи, терапевты и врачи общей практики. Я смею утверждать, что большинство неврологов, имея дело с психическими расстройствами у своих пациентов, ощущают дискомфорт и некоторую беспомощность. Несомненно, подобные сложности возникают не у всех врачей, однако некоторые специалисты могут просто не осознавать, что им не хватает знаний по данному вопросу. Тем не менее наиболее вдумчивые и честные специалисты, полагаю, согласятся со мной. Тот факт, что неврологи – опытные исследователи проблем головного мозга – теряются при встрече с широко распространенными поведенческими расстройствами и не знают, как применить на практике современные методы психиатрической помощи, является большим парадоксом медицины XX в.

Практикующие врачи сегодня еще несут наследие прежней системы подготовки специалистов. В частности, обучение специальности «неврология» в последние несколько десятилетий могло не касаться ни одного аспекта психиатрии. Кафедры неврологии и психиатрии были разделены между собой на академическом уровне и формировали у обучающихся весьма различные профессиональные взгляды и подходы. На протяжении второй половины XX в. подготовка неврологов сводилась к изучению клинических синдромов и симптомов определенных заболеваний или патологических состояний пациента, и поэтому вполне логично, что врачи до сих пор экстраполируют такой синдромальный подход на оценку поведения больного. Подобная тактика обучения специалистов нередко вела к недооценке значимости детального сбора анамнеза, понимания жизненной ситуации и семейных обстоятельств пациента. В итоге такой подготовки неврологи овладевали упрощенной психофармакологией. Конечно, здесь кроется и определенное преимущество: мы имеем дело с ограниченным набором хорошо изученных препаратов, что практически исключает проблемы, связанные с недостаточным опытом использования какого-либо средства. И все же, с внедрением практики более детального обследования наши пациенты, несомненно, только выиграют.

Парадокс разделения неврологии и психиатрии становится еще очевиднее с учетом того факта, что большая часть неврологических пациентов

имеет серьезные, но вполне излечимые психиатрические расстройства. Последние работы, например, свидетельствуют о достаточно высокой частоте развития депрессии после перенесенного правополушарного инсульта. Поведенческие и аффективные расстройства являются важными клиническими проявлениями болезни Альцгеймера (БА), а при болезни Паркинсона (БП) отмечается хороший эффект от оказанной неврологом «психиатрической» помощи. Тем не менее «психиатрический» компонент в ведении неврологических больных может оставаться недооцененным.

Неврология и психиатрия рассматривались и продолжают рассматриваться как самостоятельные специальности, и их формирование стало следствием дивергентной эволюции двух направлений некогда единой науки. В середине XIX в. неврология и психиатрия развивались неразрывно друг от друга, объединенные широчайшим пониманием термина «поведение» и убеждением, что поведение обусловлено работой головного мозга. В клинике Шарко в Париже осуществлялось лечение широкого круга пациентов с невротами, психозами и истерией. Первый из великих американских неврологов С. Уэйр Митчелл (Филадельфия), прославившийся исследованиями повреждений периферических нервов, полученных при ранениях в период Гражданской войны в США, посвятил большую часть своей практики лечению неврастения и невротозов. Он оттачивал искусство интерпретации анамнеза жизни пациентов и в своих клинических описаниях часто приводил особенности их домашнего уклада и менталитета. По вполне понятным причинам данный подход имел репутацию «расплывчатой», гуманитарной науки. Митчелл критиковал психиатров в своем обращении к Американской медико-психологической ассоциации в 1894 г.: «Где ваши тщательно составленные научные сообщения? Вы живете вне здорового конфликта и честного соперничества – понятий, которые движут нами [неврологами и другими врачами-исследователями] в стремлении к максимальной компетентности». И это были слова человека, предложившего идею «терапии отдыхом» неврастения (основанную на гендерных особенностях, физических упражнениях и питании), которая тогда не имела ни научных, ни практических доказательств.

Вполне возможно, открытия в невропатологии, в том числе описание таких заболеваний, как спинная сухотка, боковой амиотрофический склероз и болезнь Альцгеймера, сделанные путем выявления специфических структурных изменений, и заложили основу для последующего разделения патологических состояний на неорганические и органические, т.е. имеющие и не имеющие в своей основе структурных нарушений. Конечно же, поиск научного обоснования заболеваний головного мозга не ограничивался исключительно изучением органической патологии. Уильям Джеймс (William James)* был ярым приверженцем «фосфатных» теорий работы головного мозга и механизмов поведения, и, по иронии судьбы, эти тео-

* Уильям Джеймс (1842–1910 гг.) – один из основателей американской психологии. – *Прим. ред.*

рии перекликаются с повышенным интересом современной молекулярной генетики к нуклеиновым кислотам, фосфопротеинам, киназам и фосфатазам в биохимии белка. Однако даже некоторые студенты клиники Шарко (например, Фрейд) не разделяли мнения о необходимости поиска органических или биохимических объяснений сложного поведения пациентов и разрабатывали техники изолированного опроса больных в поисках ключей к расстройствам поведения. На рубеже XIX–XX вв. в психиатрии стали активно появляться новые диагностические подходы и методы лечения, а психиатрические лечебницы отделились от общих больниц и медицинских центров.

Тем не менее некоторые исследователи продолжали следовать принципу неразрывной связи двух дисциплин. Адольф Мейер (Adolf Meyer, Университет Джона Хопкинса) практиковал унитарный подход, включавший анализ поведения, результатов клинического и невропатологического (морфологического) исследований. Работая в университете, в котором его кафедра психиатрии играла одну из главных ролей, Мейер ратовал за необходимость развития неврологии на его кафедре. Несмотря на ряд усилий самого Мейера, его видение устройства и работы кафедры неврологии было воплощено в жизнь только спустя 50 лет.

К счастью, дивергентный вектор развития, имевший место в прошлом веке, в настоящее время изменился: развитие наук о головном мозге создало предпосылки для новой конвергентной эволюции неврологии и психиатрии. Анатомическая и функциональная визуализация, изучение свойств белка, носителей генетической информации и других биологических маркеров, а также достижения генетики взаимно дополняют друг друга в рамках единой науки. Можно с уверенностью ожидать уменьшения разделения неврологических и психиатрических кафедр и объединения их усилий на почве подготовки и обучения специалистов. Прогнозируемое сближение вовсе не означает утрату преемственности поколений школ неврологии и психиатрии и богатого культурного наследия этих специальностей. Однако логично, что при таком ходе событий через несколько десятилетий воспоминание о сегодняшнем положении дел в науке вызовет лишь легкую ностальгию: «Что было, то прошло». Вполне возможно, что когда-нибудь теоретики и практики новой науки о головном мозге, подобно третьему или четвертому поколению эмигрантов из Старого Света, будут с теплотой в душе вспоминать существовавшее некогда разделение неврологии и психиатрии, не имеющее никакого значения для их повседневной профессиональной жизни. Но вернемся в настоящее, в котором эта книга окажется полезна неврологам и, надеюсь, будет оценена ими по достоинству.

John W. Griffin, MD
Professor of Neurology, Neuroscience, and Pathology
Former Chair of Neurology
Johns Hopkins University School of Medicine

ПРЕДИСЛОВИЕ

Многие неврологические заболевания головного мозга сопровождаются расстройствами настроения, мышления и поведения. В ряде случаев эти психические нарушения являются непосредственными симптомами неврологических заболеваний (такими же, как, например, паралич или слепота). Так, при болезни Гентингтона может развиваться мания, а после перенесенного инсульта в левой лобной доле – большая депрессия. В других случаях аффективные, когнитивные или поведенческие расстройства могут быть обусловлены лекарственной терапией неврологических заболеваний. Например, делирий может быть индуцирован применением кортикостероидных препаратов, а патологический игорный азарт – дофаминергическими средствами. И наконец, нарушения настроения, мышления и поведения могут быть вполне понятной реакцией на возникшие физические ограничения, болевой синдром и прочие стрессовые факторы, обусловленные неврологическим заболеванием. В качестве примера подобных реакций можно привести деморализацию* у больных некурабельной эпилепсией и фрустрацию у пациентов с моторной афазией.

Многие неврологи хотели бы уметь лечить психиатрические проявления неврологических заболеваний. Готовя данную книгу, мы ставили перед собой задачу облегчить выбор такой терапии посредством выработки у читателя умения распознавать и дифференцировать различные психиатрические синдромы путем предоставления информации о психопатологических расстройствах, характерных для конкретных неврологических заболеваний, и описания методов психиатрической помощи и показаний к ним. Мы затронули не весь спектр психиатрических расстройств и неврологических заболеваний, а ограничились описанием распространенных проблем повседневной клинической практики (например, ведения взрослых пациентов и детей с синдромом Туретта (СТ)).

При написании каждой главы авторы делали акцент на практических подходах к решению проблем и формулировали рекомендации исходя из принципов доказательной медицины и богатого личного клинического опыта. Работая в команде с опытными неврологами и нейропсихологами,

* Термин, не принятый в русскоязычной медицинской терминологии (см. словарь психиатрических феноменов). – *Прим. ред.*

каждый из нас получил истинное удовольствие и уникальные знания, и мы надеемся, что наша книга послужит делу дальнейшего расширения сотрудничества неврологов и психиатров.

Мы хотели бы высказать слова благодарности сотрудникам неврологического отделения Университета Джонса Хопкинса, внесшим большой вклад в подготовку материалов книги: Marilyn Albert, Eric Aldrich, Argye Hills-Trupe, Douglas Kerr и Richard O'Brien. Выражаем искреннюю признательность Lynn Hutt за тщательное редактирование рукописи. Мы также хотели бы поблагодарить William Lamsback из издательства Оксфордского университета за блестящую организацию процесса выпуска книги.

C.G.L.
P.V.R.
J.R.L.
P.R.S.

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	6
Предисловие научного редактора	7
Введение	9
Предисловие	12
Соавторы	16

Часть I. Психиатрическое обследование, симптомы и синдромы

1. Психиатрическое обследование неврологического пациента	20
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
2. Обзор психопатологических симптомов и синдромов	49
<i>Peter V. Rabins, Phillip R. Slavney</i>	

Часть II. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

3. Инсульт	68
<i>Hochang Ben Lee, John R. Lipsey</i>	
4. Травматическое поражение мозга	79
<i>Vani Rao</i>	
5. Головная боль и хроническая боль	93
<i>Michael R. Clark</i>	
6. Рассеянный склероз	116
<i>Adam I. Kaplin, Katherine A.L. Carroll</i>	
7. Эпилепсия	137
<i>Laura Marsh</i>	
8. Болезнь Паркинсона	159
<i>Laura Marsh</i>	
9. Болезнь Альцгеймера	181
<i>Martin Steinberg</i>	
10. Лобно-височная деменция	195
<i>David M. Blass</i>	

11. Болезнь Гентингтона	207
<i>Adam Rosenblatt</i>	
12. Заболевания мозжечка	219
<i>Russell L. Margolis</i>	
13. Синдром Туретта	229
<i>John T. Walkup, Benjamin N. Schneider</i>	
14. Опухоли головного мозга, системная красная волчанка, ВИЧ/СПИД и болезнь Вильсона	246
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
Часть III. Лечение психиатрических расстройств	
15. Антидепрессанты	261
<i>John R. Lipsev</i>	
16. Психостимуляторы и дофаминергические средства	271
<i>Chiadi U. Onyike</i>	
17. Нейролептики	277
<i>Deirdre Johnston</i>	
18. Стабилизаторы настроения	285
<i>Susan W. Lehmann</i>	
19. Анксиолитики	293
<i>Deirdre Johnston</i>	
20. Ингибиторы холинэстеразы и мемантин	298
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
21. Электросудорожная терапия	303
<i>John R. Lipsev</i>	
22. Психотерапия	309
<i>Susan W. Lehmann</i>	
23. Другие нелекарственные методы	314
<i>Constantine G. Lyketsos</i>	
Словарь использованных психопатологических феноменов и симптомов	320



ЧАСТЬ I

**ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ, СИМПТОМЫ
И СИНДРОМЫ**

1

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Constantine G. Lyketsos

Качественно проведенное психиатрическое обследование – это основа алгоритма ведения неврологических пациентов с психическими расстройствами. Целью обследования является оценка психического состояния пациента в контексте его психиатрического анамнеза и текущего неврологического заболевания. Информация, полученная в ходе психиатрического обследования, используется в дальнейшем при формулировании заключения, постановке диагноза и формировании стратегии лечения. В данной главе детально освещаются аспекты психиатрического обследования неврологического пациента, приводятся описания методик обследования и опроса больного, а также практические рекомендации по оценке психического состояния пациента. Попутно делается акцент на психопатологических симптомах, наиболее распространенных у неврологических пациентов, и даются рекомендации по разграничению этих симптомов с похожими состояниями. В заключительной части главы поднимаются вопросы формулирования диагноза и дифференциальной диагностики.

Сбор анамнеза

Психиатрическое обследование пациента состоит из 3 частей: сбор анамнеза, исследование психического состояния и формулирование заключения, включающего дифференциальную диагностику. Анамнестические сведения, необходимые для определения психопатологического состояния, получают от пациента и одного или нескольких знающих его лиц (информантов). Сбор анамнестических сведений от информантов важен, поскольку на фоне неврологического заболевания пациенты бывают забывчивы, неконкретны, имеют речевые или иные когнитивные расстройства, ограничивающие информативность их рассказа.

Сбор анамнеза начинается с выяснения основных психиатрических жалоб с последующим сбором семейного анамнеза и анамнеза жизни пациента. Подобный алгоритм, в противовес выяснению основных жалоб пациента с последующим сбором истории настоящего заболевания, позво-

ляет легче выявить причины и дополнительные факторы (помимо неврологического заболевания включающие и психические расстройства как таковые), которые могли спровоцировать возникновение психопатологической симптоматики, особенности личности пациента, а также его реакции на жизненные обстоятельства.

В таблице 1.1 представлены наиболее важные составляющие психиатрического анамнеза неврологических пациентов, которые можно использовать в качестве инструкции в повседневной клинической практике. Первоочередной задачей врача является выяснение *основных психиатрических жалоб*. В данном контексте под термином «основные психиатрические жалобы» подразумеваются возникшие когнитивные, аффективные, поведенческие расстройства или нарушения восприятия, на которые обращает внимание пациент, члены его семьи или другие информанты, и которые выявляет врач в ходе обследования. Чаще всего основные жалобы озвучиваются самим пациентом в форме беспокоящих его симптомов расстройства психики, например, ощущения подавленности, слышания «голосов», забывчивости. Однако нередко наличие психопатологических симптомов обнаруживает невролог или другой врач, к которым обращается пациент по поводу неврологического заболевания. После выявления жалоб врач должен тщательно их проанализировать. Некоторые пациенты не могут дать достаточно информативные ответы. В таких случаях нужные сведения следует получить у других информантов. Такая необходимость бывает обусловлена забывчивостью, недостаточной конкретностью пациента или другими причинами непродуктивного общения. Например, пациент с БА, страдающий дефицитом памяти, но не замечающий этого, может сказать врачу, что у него все в порядке. Пациент, перенесший инсульт и страдающий афазией, часто не жалуется на плохое самочувствие, так как не находит нужных слов для описания своего эмоционального состояния, не употребляет таких определений, как «подавленность» или «тоска». После выявления всех составляющих основных жалоб врач должен установить время их возникновения и продолжительность.

После выявления основных жалоб врач осуществляет сбор *семейного психиатрического анамнеза*. Одним из способов перехода к данному этапу обследования может быть фраза: «Теперь я вижу, в чем проблема, но для лучшего понимания ситуации мне бы хотелось узнать историю вопроса». Как минимум стоит получить сведения о бабушках, дедушках, родителях, братьях, сестрах и детях пациента. Лучше всего начертить генеалогическое дерево. Это поможет врачу собрать информацию о каждом из родственников, что повысит точность метода. Данные семейного анамнеза пригодятся на этапе дифференциальной диагностики, для оценки текущего семейного статуса и определения круга людей, способных осуществлять уход за пациентом.

После семейного анамнеза выясняют *анамнез жизни*. В частности, необходимо собрать сведения о когнитивных и поведенческих расстройствах в детском возрасте, полученном образовании, труде, семейном статусе,

Таблица 1.1. Сбор психиатрического анамнеза у пациентов с неврологическими заболеваниями

1. Паспортные данные: возраст, семейное положение, раса, пол, источник информации
2. Основные жалобы: характер и длительность
3. Семейный анамнез: здоровье родителей, бабушек, дедушек, братьев, сестер, детей; для умерших родственников – возраст на момент смерти и причина смерти; указать родственников с психическими или неврологическими заболеваниями
4. Анамнез жизни и социальный анамнез: рождение, образование, трудовой анамнез, семейное положение, формы досуга, религиозная принадлежность
5. Текущая ситуация: условия жизни в настоящее время, ухаживающие лица, финансовое положение, юридические проблемы, использование общественных ресурсов, повседневная активность
6. Употребление психоактивных веществ: курение табака, употребление алкоголя и наркотиков на протяжении жизни и в настоящее время; анамнез зависимости и злоупотребления перечисленными выше веществами, в том числе рецептурными и безрецептурными препаратами
7. Медицинский анамнез: перенесенные и текущие заболевания, их тяжесть, состояние органов и систем; текущая терапия (включая безрецептурные препараты); лечащие врачи-специалисты и другой медицинский персонал
8. Личность пациента до развития неврологического заболевания (преморбидный статус): черты характера, настроение, активность, реакции на стресс и болезнь
9. Психиатрический анамнез до развития неврологического заболевания: психопатологические симптомы или состояния, обследование или лечение у психиатра
10. Анамнез настоящего заболевания: начиная с первых психопатологических симптомов после манифестации неврологического заболевания; дата проявления симптоматики, течение, характеристика, результаты предшествующей терапии

характере взаимоотношений в семье, а также о религиозной принадлежности. Помимо оценки преморбидного статуса сбор анамнеза жизни позволяет лучше понять пациента как личность и узнать особенности его или ее реакции на болезнь. Также данный этап обследования позволяет выявить интересы и предпочтения пациента, что имеет немаловажное значение для планирования терапии.

После анамнеза жизни врач должен оценить *текущее психосоциальное окружение* пациента. Прежде всего выясняется жизненная ситуация больного, характер семейных и общественных взаимоотношений, повседневной активности. При необходимости данная часть анамнеза может содержать информацию о лицах, осуществляющих ежедневный уход за пациентом и контролирующих его лечение, включая сведения о возможностях доступа этих людей к месту нахождения пациента, их эмоциональном состоянии, здоровье и опыте по уходу за больными.

Затем врач приступает к сбору сведений об *употреблении психоактивных веществ*. Данный этап имеет большое значение, так как употребление лекарств и злоупотребление определенными препаратами или наркотиче-

скими веществами помимо зависимости может индуцировать различные психопатологические проявления. Пациенты с неврологическими заболеваниями особенно подвержены воздействию алкоголя, лекарственных препаратов или наркотических веществ. Употребление бензодиазепинов или опиоидов в определенных субпопуляциях больных (например, у пациентов с травматическим поражением головного мозга или у лиц с хроническим болевым синдромом) нередко приводит к злоупотреблению или формированию зависимости. Также в анамнезе должна быть отражена информация об употреблении кофеина, алкоголя, курении табака, приеме анальгетических, седативных и снотворных препаратов, а также наркотических веществ (марихуана, героин, кокаин и др.). Необходимо отразить специфику употребления пациентом каждого препарата, в частности режимы приема на протяжении последнего времени; доказательства избыточного приема препаратов и веществ, вызывающих привыкание (например, превышение стандартных норм для соответствующего возраста и пола); доказательства злоупотребления ими (например, продолжение приема несмотря на причиняемый вред или же прием в количествах, превышающих прописанную врачом дозировку) или развития зависимости (признаки устойчивости к препарату, синдром отмены или озабоченность вопросами получения и использования психоактивных веществ). Пристальное внимание следует уделить изучению потенциального риска злоупотребления и зависимости от препаратов, назначенных с терапевтической целью (бензодиазепины, барбитураты, опиоиды); при простой отмене таких препаратов у пациентов с зависимостью могут возникнуть проявления синдрома отмены.

Одним из ключевых этапов обследования пациента является сбор *общего медицинского анамнеза и оценка состояния органов и систем*. Необходимо располагать актуальной информацией обо всех имеющихся заболеваниях и проводимом лечении, акцентируя внимание на факторах, которые могут влиять на психическое состояние пациента. Особое внимание должно уделяться выявлению принимаемых в настоящее время препаратов (включая безрецептурные), поскольку антихолинергические средства (например, антигистаминные препараты, используемые в качестве снотворных) могут способствовать возникновению делирия. На этом этапе также уточняется информация о развитии основного неврологического заболевания.

Нередко в ходе обследования специалисты пренебрегают характеристикой *преморбидного статуса личности* пациента, хотя данный аспект психиатрического обследования имеет ключевое значение. Личность описывается в контексте черт характера – устойчивых постоянных качеств индивидуума. Для описания черт характера подходят следующие определения: *спокойный, общительный, замкнутый, интеллигентный, подозрительный, жизнерадостный, пунктуальный, аккуратный, энергичный*. Для адекватной характеристики текущего психического состояния принципиально важно охарактеризовать личность пациента до развития неврологических симптомов. Преморбидные черты личности определяют реакцию пациента на болезнь, в особенности если она хроническая. Так, например, аккуратный человек

или пациент-перфекционист при недержании мочи способен испытывать достаточно сильный стресс, а пациент-стоик может не предъявлять жалоб на боль.

Оценка преморбидного статуса личности пациента должна начинаться с вопросов типа «Как бы Вы описали себя до болезни? Какой у Вас был характер? Какой личностью Вы были?». Ответы пациента следует сопоставить с мнением кого-то, кто знал его до манифестации неврологического заболевания. Нередко возникает необходимость задать этому человеку дополнительные вопросы об обычном настроении пациента и устойчивости настроения (например, «Каким был обычно его эмоциональный фон?», «Наблюдалась ли у него внезапные перемены настроения?»); о повседневной деятельности; социальной активности (например, «Нравилось ли ему проводить время в обществе других людей?», «Каково было его поведение в обществе?»); привычек (например, «Отмечались ли в его поведении какие-либо привычки?»); нацеленности на поощрение (например, «Что лучше воздействовало на него: похвала или угрозы?»); взгляде на будущее (например, «Он беспокоился о будущем или скорее не загадывал далеко вперед?»).

После этого проводится оценка *психиатрического анамнеза* до развития неврологического заболевания. Важно обозначить все психопатологические расстройства, имевшие место до возникновения неврологического заболевания, независимо от того, проводилось их лечение или нет. В ходе опроса нужно выяснить, не было ли у пациента таких распространенных симптомов, как ощущение печали и тревоги, а также таких опасных проявлений, как желание смерти, мысли о самоубийстве, убийстве других людей, самоповреждениях, приготовление к суициду, угрозы в адрес окружающих. На данном этапе также необходимо установить, наблюдался ли большой у психиатров, психологов, социальных работников; выписывали ли ему какие-либо врачи «психиатрические» препараты, а также проходил ли пациент психотерапию.

Сбор *анамнеза настоящего заболевания* является одним из наиболее важных этапов психиатрического обследования пациента. По возможности во всех случаях рекомендуется сверять данные, которые сообщает пациент, с соответствующей информацией от информанта (за исключением ситуаций, когда пациент категорически возражает против этого). В контексте неврологического заболевания анамнез настоящего психиатрического расстройства следует вести от момента манифестации неврологической симптоматики или от возникновения текущего психопатологического состояния в зависимости от того, что появилось раньше. В процессе поиска точек отсчета целесообразно выяснить у пациента и у кого-либо из информантов (используя вопросы, применяющиеся на стадии описания основных жалоб), когда в последний раз у больного наблюдалось состояние психического здоровья. Как будет показано ниже, психопатологические симптомы, в особенности изменения аффекта и личности, зачастую являются первыми признаками поражения головного мозга, возникая раньше неврологической

симптоматики. Лечащие врачи зачастую не обращают никакого внимания на эти симптомы, что в итоге приводит к их персистированию даже после излечения неврологического расстройства. Если психопатологические симптомы возникают четко после неврологической симптоматики, то нужно рассмотреть проводимую терапию в качестве одной из возможных причин их появления (например, возникновение забывчивости после назначения диазепама, чувства тревоги – после назначения кортикостероидов).

После установления временной связи между появлением психопатологической симптоматики и манифестацией неврологического заболевания врач должен выявить наиболее ранние проявления психопатологических расстройств и проследить хронологию их эволюции до текущего момента. Рекомендуется вести опрос с использованием законченных прямых вопросов, помогая пациенту или информанту описать возникновение и развитие симптомов собственными словами. Так, врач может поинтересоваться: «Не могли бы Вы описать, что Вы чувствовали, когда появились эти явления?» или «Расскажите, пожалуйста, как изменилась Ваша жизнь после того, как Вы впервые ощутили депрессию?». В дальнейшем рекомендуется дополнить данный опрос результатами *психиатрического обследования на наличие определенных симптомов* (табл. 1.2), заключающегося в выявлении психопатологических проявлений в рамках сбора анамнеза настоящего заболевания. Помимо помощи на этапе дифференциальной диагностики психиатрическое обследование позволяет выявить проблемы, требующие терапии. Врач должен внимательно анализировать динамику психиатрических жалоб, в особенности когнитивных нарушений, с целью установления времени их развития или обострения, что может помочь в диагностике делирия.

Обследование пациента

Центральным звеном психиатрического обследования пациента является тщательная оценка его психического состояния. Спектр целей данного этапа широк: от визуальной оценки психического состояния до описания психических особенностей больных и их психопатологических симптомов. Оценка психического состояния пациента требует от врача большого терпения и опыта с тем, чтобы получить объективную информацию с комфортным состоянием пациента во время обследования. Любой врач способен овладеть методом оценки психического состояния пациента и выявить интересующий его симптом при условии соблюдения определенного алгоритма и наличия некоторого практического опыта. Чувство неловкости, возникающее при расспросе больного в рамках оценки психического состояния (и при физикальном обследовании), можно устранить путем предварительного описания пациенту процесса этой оценки. Например, врач может сказать: «Сейчас я хотел бы задать Вам несколько вопросов о Ваших мыслях, чувствах и переживаниях. Это поможет лучше понять

Таблица 1.2. Психиатрическое обследование с оценкой 7 основных доменов (групп симптомов)

Вид нарушений	Симптомы
Когнитивные нарушения	Забывчивость Нарушения речи Трудности письма Трудности чтения Трудности счета Трудности узнавания людей Дезориентация Трудности зрительно-пространственного восприятия Рассеянность внимания и трудности его концентрации Трудности при планировании и организации жизни
Бытовые функции	Проблемы в следующих сферах: Работа Приготовление пищи Финансовые вопросы Домашнее хозяйство Вождение автомобиля Покупки Одевание Мытье в ванной Опрятность в одежде Подвижность Прием пищи Контроль мочеиспускания, дефекации
Аффективные нарушения	Депрессия Плач, рыдания Суточные колебания настроения Тревога Эйфория Раздражительность Ангедония (равнодушие к радостям жизни) Самоуничижающие мысли Желание смерти Суицидальные мысли
Физические (соматические) симптомы	Быстрая утомляемость Необъяснимые соматические жалобы Снижение энергичности Нарушения сна Нарушения аппетита Другие нарушения
Расстройства мышления/ обманы восприятия	Подозрительность Бред Иллюзии Галлюцинации

Название «нейролептики» для антипсихотических лекарственных средств вошло в употребление в связи с тем, что первые представители данной группы препаратов, ныне именуемые традиционными нейролептиками, вызывали выраженные побочные эффекты со стороны нервной системы в виде экстрапирамидной симптоматики. Тем не менее нейролептики были первой группой препаратов, эффективных в отношении психозов, и на сегодняшний день они остаются основой фармакотерапии психотических симптомов, независимо от того, являются эти симптомы первичными или развиваются на фоне неврологических расстройств.

Несмотря на то что FDA одобрило применение антипсихотических средств исключительно для лечения шизофрении, мании и психоза, специалисты по проблемам деменции единодушны во мнении, что и традиционные нейролептики, и более новые атипичные нейролептики могут применяться для коррекции целого ряда поведенческих нарушений при деменции (Small et al., 1997). На фоне терапии нейролептиками повышается риск инсульта и летального исхода у пожилых больных. Результаты недавно проведенного метаанализа свидетельствуют, что использование как традиционных, так и атипичных нейролептиков при деменции сопровождается небольшим увеличением риска летального исхода по сравнению с плацебо (Schneider, Dagerman, Insel, 2005). При выборе антипсихотического препарата следует принимать во внимание эти и другие факторы риска в контексте нуждаемости конкретного пациента в терапии с учетом сопутствующих заболеваний, а также эффективности и безопасности применения альтернативных средств и методов лечения.

При психиатрических расстройствах, возникших как осложнение неврологических заболеваний, нейролептики применяются для купирования специфических синдромов (мания, депрессия с бредом, шизофрения) и симптомов-мишеней (галлюцинации, бред, тики при СТ, хорея при болезни Гентингтона). Данные препараты назначают также с целью снятия выраженной агитации или других поведенческих расстройств, представляющих угрозу для безопасности пациента и окружающих, если с этими проблемами невозможно справиться другими методами. Показания к применению нейролептиков более подробно рассмотрены в главах, посвященных отдельным неврологическим заболеваниям.

Нейролептики не рекомендуется назначать при малых поведенческих расстройствах, таких как бесцельная ходьба, назойливость или эмоциональная лабильность на фоне фрустрации, наблюдаемых у некоторых пациентов с когнитивным дефицитом. В подобных случаях рекомендуется сначала использовать нелекарственные методы в виде изменения окружающей пациента обстановки. Примерами таких методов являются коррекция поведения больного с помощью замечаний, сделанных в мягкой форме, помощь в решении повседневных задач, устройство ночного освещения в спальне, составление распорядка дня, а также просвещение ухаживающих лиц о пользе перечисленных мероприятий. Более того, нейролептики не рекомендуется использовать в целях общей седации при наличии показаний для проведения другой специфической терапии. Гораздо большей эффективностью при депрессии, мании и тревожных расстройствах обладают антидепрессанты, нормотимики и анксиолитики, их и следует использовать в качестве препаратов первой линии терапии психиатрических расстройств, возникающих на фоне неврологических заболеваний. У пациентов с болями или другими симптомами физического дискомфорта (например, инфекция мочевыводящих путей или каловый завал) нужно в первую очередь проводить лечение основного соматического заболевания, а не корригировать обусловленный им дистресс.

В рамках дифференциальной диагностики с другими психиатрическими расстройствами важно рассмотреть возможность наличия делирия и установить его причину. Антипсихотические средства способны эффективно купировать симптомы делирия, однако главной задачей является диагностика и лечение соматической патологии, послужившей почвой для его развития.

В США в учреждениях, оказывающих долговременную медицинскую помощь, применение всех психотропных препаратов, включая нейролептики, регламентируется законом «Об урегулировании бюджета» («Omnibus Budget Reconciliation Act») от 1987 г. и обозначается в нем как «избыточное назначение препаратов». Согласно данному закону, использование любых психотропных препаратов в домах-интернатах для престарелых или инвалидов с медицинским обслуживанием должно быть обоснованным с медицинской точки зрения, и это обоснование должно быть обязательно документировано. Результаты терапии, изменения доз препаратов должны отслеживаться и фиксироваться в истории болезни, курс приема препарата должен быть ограничен по времени. В случае неуспешных попыток отмены лекарственного средства, подтвержденных документированными ухудшениями состояния пациента, терапия может быть продолжена при условии обеспечения наблюдения за пациентом в динамике. Правила надлежащей клинической практики подразумевают назначение нейролептиков только при наличии соответствующих показаний, описанных выше.

Типы антипсихотиков

К традиционным антипсихотикам относят следующие лекарственные средства: хлорпромазин, тиоридазин, локсапин, перфеназин, трифторперазин, тиотиксен, флуфеназин, галоперидол и пимозид (перечислены в порядке возрастания мощности (потенции)). Более мощные (высокопотентные) препараты (например, галоперидол и тиотиксен) обеспечивают антипсихотический эффект на фоне использования меньших доз, они чаще провоцируют экстрапирамидный синдром, реже – седацию. Менее мощные (низкопотентные) препараты (например, хлорпромазин и тиоридазин) вызывают более выраженную седацию, ортостатическую гипотензию и антихолинергические эффекты, но реже служат причиной экстрапирамидных симптомов. Длительный прием традиционных препаратов может приводить к развитию поздней дискинезии как минимум у 20% пациентов. Тиоридазин по причине его потенциальной кардиотоксичности назначают только при резистентных к терапии формах шизофрении (см. примечание к таблице 17.1).

Атипичные нейролептики, широко используемые с 1990-х годов, практически вытеснили традиционные антипсихотические препараты из списка средств первой линии терапии психотических расстройств. К ним относятся клозапин, рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipрасидон, арипипразол. Все они, за исключением клозапина, характеризуются лучшей переносимостью по сравнению с традиционными нейролептиками. Кроме того, все новые атипичные нейролептики в меньшей степени провоцируют экстрапирамидные нарушения (особенно паркинсонизм и острые мышечные дистонии) и, согласно данным непродолжительных лонгитюдных исследований, вероятно, по сравнению с препаратами предыдущего поколения реже вызывают позднюю дискинезию.

Клозапин в основном применяется в лечении резистентных форм шизофрении. Препарат требует тщательного мониторинга в процессе лечения, в особенности у пожилых пациентов. При отсутствии регулярного контроля уровня лейкоцитов у 1–2% пациентов развивается агранулоцитоз, который, в свою очередь, может приводить к летальному исходу. Когда продолжительность терапии достигает примерно 6 мес., риск развития осложнений снижается. В США все пациенты, получающие клозапин, должны наблюдаться в рамках реестра «Служба мониторинга лечения клозапином» («Clozaril Patient Monitoring Service»). Перед началом терапии у пациентов определяют общее количество лейкоцитов с подсчетом лейкоцитарной формулы и абсолютного количества нейтрофилов, затем еженедельно на протяжении первых 6 месяцев приема препарата, а затем – с периодичностью 1 раз в 2 нед. Через 1 год терапии, в случае соответствия лейкоцитарных показателей и количества нейтрофилов приемлемым значениям, частота анализов может быть снижена до 1 раза в 4 нед. После отмены препарата в течение как минимум еще 1 мес. следует проводить мониторинг упомянутых показателей. Все врачи, назначающие клозапин, должны быть хорошо

Таблица 17.1. Эффективность и побочные эффекты традиционных и атипичных антипсихотиков

Свойство	Традиционные, высокопотентные (галоперидол, трифторперазин, перфеназин, пимозид*)	Традиционные, среднетентные (локсапин)	Традиционные, низкопотентные (хлорпромазин, тиоридазин**)	Зипрасидон	Рисперидон	Кветиапин	Оланзапин	Арипипразол	Клозапин
Эффективность	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	++++
ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ									
Седация	+	++	+++	+	+	++	++	+	+++
Антихолинергическое действие	+	++	+++	0	0	0	+	0	+++
Удлинение интервала QT	0	0	++	+	0	0	0	0	0
Гипотензия	+	++	+++	+	+++	++	++	+	+++
Гиперпролактинемия	++	++	++	+	++	0	+	0	0
Сахарный диабет 2-го типа	+	+	+	+	+	+	++	+	++
Нарушения половой функции	++	++	+++	+	++	+	++	+	++
Увеличение массы тела	+	+	++	+	++	+	+++	+	+++
Экстрапирамидный синдром	++++	+++	++	0	+	++	+++	0	+++
Злокачественный нейролептический синдром	+++	++	+	+	+	+	+	?	+
Дислипидемия	+	+	++	+	+	++	+++	+	++

* Пимозид является исключением среди сильных нейролептиков: он может вызывать удлинение интервала QT на ЭКГ.

** Тиоридазин может вызывать артериальную гипотензию, удлинение интервала QT, изменение морфологии зубца T, появление высоких зубцов U, желудочковую экстрасистолию, желудочковую аритмию с обмороками, судорожными припадками и даже внезапной смертью. Антиаритмические и аритмогенные свойства препарата сопоставимы с соответствующими свойствами хинидина. Тиоридазин и другие хинидиноподобные препараты могут вызывать тахикардию типа «пируэт» (torsade de pointes).

Цит. по: Gardner D.M., Baldessarini R.J., Wairach P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. Canadian Medical Association Journal. 2005; 172: 1703–1711; с изменениями.

знакомы с особенностями данного препарата и требованиями гематомониторинга, сформулированными производителем.

Риск развития агранулоцитоза увеличивается с возрастом, в связи с чем лечение пожилых больных клозапином следует проводить крайне осторожно. Лучше избегать применения клозапина у пациентов с психозом на фоне неврологической патологии, поскольку данный препарат обладает выраженным седативным эффектом, способствует увеличению массы тела, повышает риск ортостатической гипотензии, а также снижает судорожный порог. Однако клозапин обладает высокой эффективностью в отношении психотических симптомов на фоне длительной терапии БП с применением леводопы. В таких случаях целесообразно начинать терапию с низких доз клозапина, такая тактика позволяет избежать обострения экстрапирамидных симптомов.

Другие препараты из класса атипичных нейролептиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин, зипрасидон, арипипразол) обладают практически одинаковой эффективностью. При этом рисперидон чаще, чем другие препараты, вызывает экстрапирамидные симптомы; оланзапин способствует выраженному увеличению массы тела; кветиапин в наименьшей степени провоцирует экстрапирамидную симптоматику, но в самом начале терапии вызывает сильную седацию; зипрасидон оказывает самое выраженное среди препаратов этой группы (но все же умеренное) удлинение интервала QT, а арипипразол обладает наибольшим периодом полувыведения.

Эффективность и побочные эффекты традиционных и атипичных нейролептиков представлены в таблице 17.1.

В таблице 17.2 приведены эквивалентные дозы и диапазоны доз наиболее часто применяемых традиционных и атипичных нейролептиков, а также диапазоны доз для пожилых больных. У пожилых и ослабленных пациентов в начале терапии следует использовать минимальные возможные дозы препаратов.

Мониторинг нежелательных эффектов

Поскольку пролонгированное применение нейролептиков может приводить к поздней дискинезии, необходимо обеспечить мониторинг состояния пациента на предмет появления двигательных расстройств. У больных могут возникать атетоидные гиперкинезы языка, лица, шеи, конечностей и туловища. Реже могут отмечаться нарушения функций диафрагмы и глотания. В целях распознавания этих нарушений может быть полезна стандартизированная Шкала оценки приобретенных непроизвольных движений (AIMS – Acquired Involuntary Movement Scale) (Guy, 1976). Универсального эффективного лечения поздней дискинезии не существует. Риск развития данного осложнения можно свести к минимуму, используя минимально возможные терапевтические дозы нейролептиков, минимизируя продолжительность терапии и выбирая атипичные нейролептики вместо традиционных.

Таблица 17.2. Эквивалентные дозы и диапазон доз антипсихотических препаратов

Препарат	Эквивалентная клиническая доза, мг	Обычный диапазон суточных доз, мг	
		пожилые	взрослые
Оланзапин	5	2,5–15	10–20
Кветиапин	75	12,5–200	50–600
Рisperидон	2	0,25–2,5	2–6
Зипрасидон	60	10–80	80–160
Арипипразол	7,5	10–15	10–15
Хлорпромазин	100	25–200	50–800
Тиоридазин	100	25–200	50–800
Перфеназин	8	2–12	16–48
Трифторперазин	6	2–12	5–20
Галоперидол	2–6	0,5–6	2–64
Локсапин	15	2,5–20	5–100
Клозапин	50	50–100*	100–600*
Флуфеназин	2	6–12	6–20
Тиотиксен	5	15–30	15–50
Пимозид	2	2–6	2–10

* Стартовая доза – 12,5 мг/сут.

Злокачественный нейролептический синдром – редкий, но потенциально угрожающий жизни побочный эффект всех нейролептиков – характеризуется делирием, ригидностью, фебрилитетом и вегетативными расстройствами. Температура тела может превышать 41°C, а мышечная ригидность может приводить к некрозу мышц, миоглобулинурии и почечной недостаточности. Также могут возникать нарушения ритма сердца и судорожные припадки. Как правило, существенно повышается уровень креатинкиназы, могут увеличиваться число лейкоцитов и концентрация печеночных трансаминаз. В основе лечения злокачественного нейролептического синдрома лежат раннее распознавание состояния, отмена нейролептиков, гидратация и обеспечение тщательного ухода и поддержки. Лечение зачастую требует помещения в отделение интенсивной терапии. Факторами риска злокачественного нейролептического синдрома являются обезвоживание, высокие дозы нейролептиков и быстрое увеличение доз (Hales, Yudofsky, 2003).

Метаболические проблемы и клинические рекомендации

Сравнительно недавно было подтверждено, что применение атипичных нейролептиков (особенно клозапина и оланзапина) сопровождается повышенным риском развития метаболического синдрома как в общей популя-

ции взрослых пациентов, так и в подгруппе пожилых больных (Newcomer, 2005). Примерно у четверти пациентов с сахарным диабетом, развившимся на фоне применения атипичных нейролептиков, может не быть других факторов риска, однако развитие метаболического синдрома у большинства из них связано с увеличением массы тела и другими подобными факторами. Американская диабетическая ассоциация (American Diabetes Association, ADA), Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, APA), Американская ассоциация клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) и Североамериканская ассоциация исследований ожирения (North American Association for the Study of Obesity, NAASO) рекомендуют перед началом лечения каждого пациента детально изучить его личный и семейный анамнез ожирения, сахарного диабета, дислипидемии, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний, и далее проводить наблюдение больных, получающих атипичные нейролептики, в рамках протокола, представленного в таблице 17.3.

В данном разделе были описаны проблемы развития метаболического синдрома применительно к атипичным препаратам, однако прием традиционных нейролептиков также может приводить к увеличению массы тела и развитию сахарного диабета.

Таблица 17.3. Согласительные рекомендации специалистов ADA¹, APA², AACE³ и NAASO⁴ (2004)

Измерение	Исходный контроль	4 нед.	8 нед.	12 нед.	Раз в 4 мес.	Раз в 6 мес.	Раз в год	Раз в 5 лет
Масса тела	X	X	X	X	X			
Окружность талии	X						X	
Артериальное давление	X			X	X (при высоком риске)		X	
Глюкоза крови натощак	X			X	X (при высоком риске)		X	
Липидный профиль натощак	X			X	X (при высоком риске)			X

Цит. по: Согласительная конференция по антипсихотическим препаратам, ожирению и сахарному диабету. *Diabetes Care*. 2004; 27: 596–601.

¹ Американская диабетическая ассоциация.

² Американская психиатрическая ассоциация.

³ Американская ассоциация клинических эндокринологов.

⁴ Североамериканская ассоциация исследований ожирения.

ДРУГИЕ НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ

Constantine G. Lyketsos

Помощь пациентам с психическими расстройствами при неврологических заболеваниях может осуществляться также с помощью ряда нефармакологических методов: просветительской работы, составления распорядка повседневной активности, работы с лицами, обеспечивающими уход. В данной главе обсуждается каждый из этих методов.

Просветительская работа

Просвещение пациентов является важным звеном терапии, позволяющим ободрить их, помочь лучше понять ситуацию, уменьшить дистресс, укрепить доверительные взаимоотношения с врачом и улучшить соблюдение предписаний. В процессе лечения психических расстройств у больных с неврологическими заболеваниями очень важно находить время для просветительской работы.

Просвещение пациентов может осуществляться несколькими методами. У больных с ограниченными критическими возможностями к своему психическому состоянию принципиально важно проводить просветительскую работу деликатно и ненавязчиво, разъясняя доступные пути лечения и не вступая в прямую конфронтацию по поводу отсутствия критического отношения к болезни. Например, можно объяснить пациенту, что имеющиеся у него симптомы (например, тревога, раздражительность, нарушения сна) представляют собой «расстройство настроения», для лечения которого существует множество эффективных способов. Акцентируя внимание на помощи пациенту, врач избегает конфликтных ситуаций и сохраняет доверительные отношения с больным, призывая при этом его оставаться открытым к обсуждению диагноза и лечения.

У пациентов с более сохранными критическими возможностями просветительская работа заключается в детальном разъяснении психиатрического диагноза и причин заболевания. Например: «Вы видите вещи, вполне реальные для Вас, но невидимые для окружающих. Я не сомневаюсь, что видимые Вами образы – реальность для Вас, и в том, что это сильно Вас беспокоит. У многих людей с болезнью Паркинсона возникают подобные явления, которые мы, врачи, называем галлюцинациями. Они могут возни-

кать из-за приема некоторых лекарств, назначенных Вам в связи с основным заболеванием, или из-за поражения головного мозга при болезни Паркинсона. Я думаю, мы обязательно поможем Вам».

В некоторых случаях (например, при деменции) состояние больного не позволяет конструктивно обсуждать диагноз. Пациент не способен понять, что именно не так, и вообще не признает существование каких-либо проблем. Иногда само обсуждение диагноза вызывает у больного агитацию. В таких случаях врачу следует общаться с другими лицами, уполномоченными принимать решения по вопросам лечения пациента (обычно из числа родных и близких), и просвещать их.

Другие аспекты просветительской работы касаются прогноза психопатологических расстройств и выбора тех или иных способов лечения. Просвещение пациентов относительно прогноза заболевания или по вопросам лечения может осуществляться с использованием материалов, представленных в данной книге. Во всех случаях в ходе просветительской работы следует отводить время для ответов на вопросы больных, а также уделять пристальное внимание тому, насколько пациенты способны понимать объясняемые им детали. Часто бывает полезно обеспечивать пациента и лиц, уполномоченных принимать за него решения, информационными материалами для самостоятельного изучения. В таких случаях при последующих визитах врач может сразу обсудить возможные вопросы, возникшие при прочтении материалов.

Такого рода материалы находятся на сайте Национальной библиотеки медицины США (www.nlm.nih.gov/medlineplus). Данный интернет-портал содержит просветительские материалы по различным проблемам здоровья. Для удобства использования портала доступен поиск терминов, имеющих отношение к психиатрическим расстройствам при неврологических заболеваниях (например, «depression in Parkinson's disease», «arathy»). Материалы бесплатны, могут быть сохранены в памяти персонального компьютера в удобном для печати формате.

Составление распорядка повседневной активности

Для многих пациентов с сопутствующими психопатологическими нарушениями на фоне неврологического заболевания важным компонентом терапии может быть составление плана повседневной активности в целях контроля проявлений болезни и улучшения качества жизни. У больных с когнитивными нарушениями и деменцией возникают трудности при организации распорядка дня, они могут тратить много времени при очень низкой продуктивности. Подобная пассивная бездеятельность приводит к ухудшению физического состояния, плохому реагированию на внешние раздражители и снижению социальной адаптации. Во избежание изоляции пациентам с апатией, депрессией и другими подобными нарушениями нужны мотивирующие факторы и стимулы. Сопутствующие физические огра-

СЛОВАРЬ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ И СИМПТОМОВ

Агнозия – нарушение восприятия, при котором человек не способен узнавать известных ему людей и знакомые предметы. Например, пациент признает, что видит лицо и называет части лица, но при этом не узнает знакомого человека, лицо которого он рассматривает (*прозоагнозия*). Подобно этому, пациент может осознавать свою неспособность к запоминанию и трудности в общении, однако он не понимает и не признает, что эта его неспособность есть проявление болезни (*анозогнозия*).

Амнезия – нарушение памяти, которое проявляется в виде утраты воспоминаний о пережитых событиях (*ретроградная амнезия*) или неспособности к запоминанию новых фактов (*антероградная амнезия*).

Ангедония – неспособность получать радость от обычно приятных переживаний или действий.

Апатия – состояние с пониженным уровнем интереса и инициативы.

Апраксия – неспособность выполнять привычные сложные двигательные задачи при отсутствии паралича, нарушений чувствительности и нарушений контроля движений (например, при треморе, хорее).

Афазия – группа речевых расстройств с нарушением способности пациента воспринимать или генерировать речь вследствие поражения головного мозга.

Аффект – внешнее проявление эмоционального состояния личности, складывающееся из выражения лица, позы и поведения. Важными элементами аффекта являются его размах и быстрота смены проявлений.

Аффективная лабильность – см. *Эмоциональное недержание*.

Аффективное расстройство – нарушение аффекта, которое проявляется в виде чрезмерно эмоциональных реакций и стойких нарушений настроения. К формам аффективных расстройств относятся большая депрессия и биполярное расстройство.

Биполярное аффективное расстройство (именовавшееся ранее «маниакально-депрессивный психоз») – аффективное расстройство, характеризующееся эпизодами как мании, так и депрессии. Биполярное расстройство I типа характеризуется возникновением как минимум одного эпизода мании или смешанного аффекта, которому нередко предшествует эпизод тяжелой депрессии. Биполярное расстройство II типа характеризуется чередованием состояний гипомании и большой депрессии.

Большая депрессия (синоним – униполярная депрессия) – аффективное расстройство, при котором пациент почти все время находится в подавленном настроении или раздражении и утрачивает интерес практически ко всем проявлениям жизни. Эти ощущения держатся более 2 нед., сопровождаются рядом других симптомов, вызывают тяжелый эмоциональный дистресс и негативно сказываются на возможности выполнения пациентом повседневных функций.

Бред – стойкое ложное и нелепое убеждение. Типичные формы бреда: бред преследования (параноидный), бред величия, нигилистический бред, бред самообвинения и идеи физического воздействия.

Галлюцинация – обман восприятия (в сфере любого из органов чувств), не подкрепленный действительно существующим раздражителем.

Делирий – часто встречающееся когнитивное расстройство, характеризующееся дефицитом внимания, возбуждением, нарушениями сознания, памяти, ориентации, восприятия, языка и речи.

Деменция – когнитивное расстройство, для которого характерно приобретенное глобальное прогрессирующее ухудшение когнитивных функций при отсутствии делирия. Наиболее частой причиной деменции является БА.

Деморализация – естественная реакция человека в виде печали и уныния в ответ на болезнь или постигшее несчастье. С улучшением ситуации состояние деморализации проходит.

Депрессия – состояние угнетенного настроения, печали и тоски, которое также может сопровождаться слезливостью, безучастностью, замедленной речью, горестными размышлениями и позой с опущенными плечами.

Дисмнезия – нарушение памяти, при котором способность к запоминанию сохраняется, но нарушается способность к обработке информации. Например, пациент может запомнить список слов, однако испытывает трудности воспроизведения, проявляющиеся в лучшем узнавании, чем припоминании.

Дисфория – неприятное состояние, характеризующееся подавленным настроением, сопровождающимся тоской, тревогой, дурными предчувствиями, злобой и возбуждением.

Дистимия – хроническое депрессивное расстройство с постоянным чередованием «плохих» дней с подавленным настроением с «хорошими» днями нормального настроения, при котором число первых превышает количество вторых.

Иктальная эмоция – любая внезапно возникающая и быстро проходящая эмоциональная реакция (в особенности депрессия и тревога).

Иллюзия – неверная интерпретация реально существующего раздражителя (в сфере любого органа чувств).

Катастрофическая реакция – внезапная чрезмерно выраженная эмоционально-поведенческая реакция на относительно слабые раздражители, обычно наблюдаемая у пациентов с поражением головного мозга при истощении их возможностей адаптироваться к ситуации. Например, пациент