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 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

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