

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологиче-
ский институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения и социального развития РФ

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В.М.
Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Незванов Н.Г.
«28» ноября 2011 года

**Совершенствование полипрофессиональной модели
оказания лечебно-диагностической помощи при
пограничных психических расстройствах у больных
с органическими заболеваниями головного мозга**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпро-
граммы «Психические расстройства» феде-
ральной целевой программы предупрежде-
ние и борьба с социально значимыми забо-
леваниями (на 2007–2011 годы)» по государ-
ственному контракту № К-32-НИР/118-2 от
7 ноября 2011 г. на выполнение научно-
исследовательских работ по теме: «Разра-
ботка предложений по оптимизации оказа-
ния профессиональной психиатрической по-
мощи с учетом психосоциальных факторов
развития психических расстройств»

Санкт-Петербург

2012

АННОТАЦИЯ

Настоящая работа посвящена особенностям психопатологических нарушений, методам их коррекции и совершенствованию оказания полипрофессиональной помощи у больных с органическими заболеваниями головного мозга.

В работе раскрыта актуальность проблемы пограничной психиатрии в работе врачей-неврологов амбулаторного и стационарного звена учреждений здравоохранения. Дано описание основных видов психопатологических синдромов и их специфичность для больных с органическими заболеваниями головного мозга. Показана зависимость восстановления уровня социальной адаптации и качества жизни больных от своевременности выявления и лечения пограничных психических расстройств. Предложены пути усовершенствования полипрофессиональной модели оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

Пособие предназначено для врачей неврологов, психиатров стационарной и амбулаторной сети, специалистов реабилитационных неврологических отделений, специализированных санаторно-курортных учреждений.

Методические рекомендации составлены сотрудниками отделения реабилитации психоневрологических больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Авторы: ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук О.А. Балун, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук Л.В. Лукина, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук Н.В. Семенова, медицинский психолог Л.И. Ситник.

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени понятие о пограничных видах психических расстройств не является общепринятым и, до определенной, степени условно. Однако термин вошел в лексику практикующих врачей и часто встречается на страницах научных публикаций. Это понятие используется для обозначения нерезко выраженных психических нарушений и отделения их от психотических расстройств.

Все более отчетливо прослеживается тенденция выхода психопатологии непсихотического уровня за рамки психиатрического поля. В этой связи представляются важными взаимодополняющее сотрудничество психиатров и интернистов, сближение позиций специалистов различного профиля, конструктивный обмен научно-практической информацией, повышение уровня грамотности врачей различных специальностей в вопросах психического здоровья, равно как и психиатров в клинике внутренних болезней.

Характерной особенностью заболеваний, приводящих к необратимому поражению головного мозга, таких как инсульты, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, токсические поражения, является как формирование устойчивого неврологического дефицита, так и присоединение психических нарушений непсихотического характера, которые зачастую и определяют клиническую картину заболевания, препятствуя процессу реабилитации. Это обязательно требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению данных нозологических форм. Психопатологические нарушения препятствуют процессу эффективного восстановления как в раннем, так и в резидуальном периодах заболевания, в то время как неврологическая дефицитарная симптоматика чаще является причиной дезадаптации в более отдаленные сроки. Ранняя диагностика, а также адекватная лекарственная терапия выявляемых психических нарушений позволяют обеспечить наибо-

лее благоприятный клинический исход, способствуют успешной приспособляемости и психосоциальной адаптации, и в целом направлены на повышение качества жизни больных.

Фармакотерапия занимает одно из ведущих мест в коррекции постинсультных психических расстройств. Выбор лекарственных препаратов должен осуществляться с учетом клинических характеристик психопатологического синдрома и особенностей неврологической симптоматики.

В настоящей работе рассматриваются современные лечебно-диагностические формы и методы терапии в рамках полипрофессиональной модели наиболее распространенных психических расстройств непсихотического уровня, сопутствующих органическим заболеваниям головного мозга с учетом клинических характеристик, давности заболевания, тяжести неврологических дефектов, возрастных и индивидуальных особенностей больных.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Основные подходы к оказанию помощи больным с пограничными психическими расстройствами в рамках органических заболеваний головного мозга

Основой успешного восстановительного лечения больных с пограничными психическими расстройствами при органическом поражении головного мозга различной этиологии является полипрофессиональная модель оказания лечебно-диагностической помощи этой группе пациентов. Такой подход основывается на четырех основных принципах, разработанных М.М. Кабановым в рамках концепции реабилитации:

1. Принцип апелляции (обращения) к личности больного – принцип партнерства;

2. Принцип одновременного применения биологических, терапевтических и психосоциальных воздействий;

3. Принцип разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизни больного (семья, работа, друзья, хобби и т.п.);

4. Поэтапность усилий

Лечебно-диагностический алгоритм должен включать в себя несколько информационных блоков:

I. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ БЛОК:

1. Клинические данные:

– тщательный сбор данных для выявления отягощенности семейного анамнеза по сердечно-сосудистой и психической патологии, перинатальным особенностям, перенесенным черепно-мозговым травмам, инфекционным заболеваниям, профессиональным вредностям, вредным привычкам и особенностям образа жизни пациента.

– соматический и неврологический осмотр с обязательной оценкой вегетативной нервной системы, нарушения в работе которой могут косвенно говорить о сопутствующих пограничных психических расстройствах.

2. Функциональная диагностика:

– методы нейровизуализации (МРТ, КТ, МРА), позволяющие уточнить характер и локализацию очагового поражения головного мозга, а также степень атрофического процесса.

– лучевые методы диагностики: Рентгенография черепа (выявление косвенных признаков внутричерепной гипертензии), ТКДГ (достаточность гемодинамики), Дуплексное сканирование магистральных артерий (выявление и оценка гемодинамической значимости стенозов артерий).

– ЭЭГ – высокоинформативный метод, позволяющий оценить изменения биоэлектрической активности головного мозга.

– по показаниям: ЭХО-КГ, УЗИ брюшной полости, почек, малого таза.

3. Лабораторная диагностика:

– клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи.
– по показаниям: оценка гормонального фона, исследование на инфекционные агенты.

4. Осмотр специалистов:

– медицинский психолог: экспериментально-психологическое обследование проводится для объективизации актуального состояния больного, получения дополнительных данных психологического, семейного анамнеза, уровня и характера протекания основных психических процессов с подробным исследованием когнитивной и эмоционально-личностной сфер, выявления роли психогенных факторов в развитии болезненного процесса; для решения задач дифференциальной диагностики, в частности, разграничение уровня когнитивного дефицита при деменциях различного генеза с депрессивным состоянием на фоне легкого когнитивного расстройства;

– нейропсихолог: выявление локально-очаговой симптоматики;

– логопед: верификация речевых расстройств;

– психиатр: диагностика характера и степени выраженности психопатологических симптомов и синдромов и определение показаний для назначения психотропных препаратов;

– терапевт: диагностика и коррекция соматического состояния;

– нейроофтальмолог: решение диагностических и лечебных вопросов.

– по показаниям: нейрохирург, эндокринолог, инфекционист, ревматолог, врач проф.патологии, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры.

Следует подчеркнуть, что заключительную оценку всех диагностических данных и выработку алгоритма патогенетически обоснованного лечения осуществляет лечащий врач-невролог.

II. ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ БЛОК:

Лечение пограничных психических расстройств должно быть:

– КОМПЛЕКСНЫМ – включающим медикаментозные и психологические способы лечения наряду с социальными вмешательствами;

– МНОГОУРОВНЕВЫМ (личностный, межличностный, ситуационный):

1. личностный уровень включает в себя

– исследование характерологических особенностей больного, самооценки, уровня притязаний, ценностных ориентаций, копинг-стратегий, внутриличностных конфликтов;

– особенности протекания жизненных этапов, сбор психологического и социального анамнеза;

– исследование внутренней картины болезни – комплекса психологических установок больного, касающихся его отношения к своей болезни и лечению (сознание болезни, отношение к прогнозу, лечению, применению психотерапии и психокоррекции, психотропных препаратов; личностные реакции на болезнь);

2. межличностный уровень в основном направлен на выявление проблем партнерства (семейные взаимоотношения, ближайшее окружение, профессиональные контакты, рабочая атмосфера);

3. ситуационный уровень выявляет особенности актуальной жизненной ситуации больного, ее патогенное влияние на состояние больного;

– МНОГОПРОФИЛЬНЫМ – подключение медицинских психологов, логопедов, врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапевтов), а также специально подготовленного среднего медицинского персонала, социальных работников и специалистов в области терапии занятости.

Лечение нервно-психических расстройств у больных с органическим поражением головного мозга

Основными подходами к лечению непсихотических психических расстройств в неврологии являются:

- медикаментозный;
- психокоррекционный и/или психотерапевтический (индивидуальные, семейные, групповые виды вмешательств);
- терапия средой (возможна в условиях стационара, включая дневные стационары);

Показанием к проведению психофармакотерапии является наличие у пациентов с органическим поражением головного мозга психопатологических нарушений в виде психических расстройств непсихотического характера, описанных в рубрике F0 (МКБ-10) – Органические, включая симптоматические, психические расстройства.

Противопоказаниями к назначению психотропных препаратов являются:

1. Тяжелая, не корригируемая сердечно-сосудистая патология (ИБС, частые и длительные приступы стенокардии или нарушения ритма сердечной деятельности, выраженная сердечная недостаточность), заболевания печени и почек, другая тяжелая соматическая патология.
2. Тяжелые двигательные нарушения в конечностях, сопровождающиеся утратой элементарных навыков самообслуживания и не имеющие тенденции к уменьшению выраженности дефекта.
3. Грубые нарушения речи (тяжелые формы сенсорных афазий), не корригируемые логотерапией.

Несмотря на то, что основным подходом к профилактике аффективных нарушений является назначение лекарственных препаратов, трудно переоценить вклад психокоррекционных форм работы с пациентами и его ближайшим семейным окружением.

Необходимо как можно раньше включать в полипрофессиональную бригаду медицинского психолога на стационарном этапе и особенно – в амбулаторной сети. Проведение пато- и нейропсихологического обследования позволяет проводить раннюю диагностику как аффективных нарушений, так и когнитивного дефицита в их различных соотношениях, что влияет на своевременное распознавание и адекватную медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию этих нарушений. Для этих целей необходимо расширение штатного расписания поликлиник с введением ставок медицинских психологов, психотерапевтов.

Непсихотические психические расстройства у неврологических больных с органическим поражением головного мозга

Понятие о пограничных психических расстройствах используется для объединения психических нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от патологических психических проявлений, сопровождающихся значительным отклонением от нормы. Необходимо понимать, что пограничные психические состояния представляют собой самостоятельную нозологическую группу, имеющую особенности клинической картины, течения и индивидуальные варианты коррекции различных форм этой патологии.

Особенностью пограничных психических расстройств является то, что они нарушают лишь определенные сферы психической деятельности. В их возникновении и течении значительную роль играют социально-психологические факторы, что с определенной долей условности позволяет характеризовать их как срыв психической адаптации. Учитывая, что процесс адаптации осуществляется комплексом взаимодействующих подсистем, следует понимать, что поражение каждой из них может привести к нарушениям деятельности всей функциональной си-

системы, т.е. к состоянию психической дезадаптации, которое может выражаться, в частности, различными непсихотическими нарушениями.

Как правило, болезнь нарушает привычные контакты человека с окружающей средой, снижает возможности трудовой деятельности или вообще делает невозможным ее продолжение, нередко лишает человека прежних реальных перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. Все это подвергает серьезным испытаниям систему адаптационной психической деятельности, наносит дополнительный «удар» по барьеру психической адаптации заболевшего человека. При этом затрагивается не только сенситивный, но и интеллектуальный уровень «внутренней картины болезни», включающий мышления самого больного о болезни, его самооценку и реакцию на возникшее состояние. В зависимости от особенностей личности больного реальный ущерб от болезни может им либо преуменьшаться, либо преувеличиваться. Учет привнесенных заболеванием изменений имеет большое значение как при постановке диагноза, так и при определении наиболее адекватного плана лечебных и социально-компенсирующих мероприятий.

Четкое формулирование диагноза в разных областях медицины предполагает вынесение на первое место основного заболевания и оценку сопутствующих расстройств как второстепенных.

Непсихотические психические нарушения обычно носят подчиненный характер и редуцируются вслед за основными соматоневрологическими расстройствами. Это позволяет связывать их происхождение в первую очередь не с психогенией (в ряде случаев реакция на возникновение заболевания может носить для человека особо значимый характер и переходить в стабильное невротическое, а не неврозоподобное состояние), а с физиогенной астенизацией, вегетативными дисфункци-

ями и другими соматогенно (неврогенно) обусловленными неврозоподобными нарушениями.

К числу наиболее характерных признаков непсихотических психических расстройств относят:

- невротический уровень, функциональный характер и обратимость имеющихся нарушений;
- вегетативное «сопровождение», наличие коморбидных астенических, диссомнических и соматоформных расстройств;
- связь возникновения заболеваний с психотравмирующими обстоятельствами и/или личностно-типологическими характеристиками;
- эгодистонность (неприемлемость для «Я» пациента) болезненных проявлений и сохранение критического отношения к болезни.

При пограничной психопатологии исключаются:

- психотические нарушения (бред, галлюцинации);
- прогрессивно нарастающее слабоумие;
- тяжелые личностные изменения, нарушения мышления и поведения, эгосинтонность (гармоничность, созвучность для «Я» пациента) симптоматики, характерные для эндогенных психических расстройств.

С введением в практику МКБ-10 номенклатура пограничных психических расстройств претерпела существенные изменения. Отсутствие традиционного деления на неврозы и психозы, акцентирование внимания поведенческим расстройствам, представленность большинства расстройств в виде синдромальных рубрик способствовали значительному расширению диагностических возможностей пограничной психиатрии, уточнению и разграничению ее понятий.

Непсихотические расстройства при органическом поражении головного мозга по МКБ-10 (Приложение 1):

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06):

- органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3);
- органическое тревожное расстройство (F06.4);
- органическое диссоциативное расстройство (F06.5);
- органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6);
- легкое когнитивное расстройство (F06.7);
- другие непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8);
- неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.9);

2. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07):

- органическое расстройство личности (F07.0);
- постэнцефалитический синдром (F07.1);
- посткоммоционный синдром (F07.2);
- другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (F07.8);
- неуточненные органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (F07.9).

У неврологических пациентов наиболее частой причиной пограничных психических расстройств являются сосудистые заболевания головного мозга. По мере течения сосудистого процесса все более утрачивается первоначальная зависимость психических нарушений от физического состояния. Объективное улучшение неврологического статуса не уменьшает выраженности психопатологических симптомов, а незначительное

ухудшение самочувствия, легкая головная боль или кратковременное нарушение сна оказывают на этих больных сильное психотравмирующее влияние, вызывая тревогу, раздражительность, беспокойство, страх. Гипертрофированная реакция в ответ на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам делают пациентов трудными для пребывания в стационаре, а также способствуют повышенной восприимчивости их к ятрогенным влияниям.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7)

Легкое когнитивное расстройство в структуре органических поражений головного мозга характеризуется начальными признаками мнестико-интеллектуального снижения и появлением истощаемости. Главным признаком является снижение когнитивной продуктивности. При этом обнаруживается легкая постоянная забывчивость, неполное воспроизведение событий, небольшие затруднения в определении временных взаимоотношений и в мыслительных операциях (например, в определении сходства-различия), нерезкие проявления брадипсихии, тугоподвижности мышления, психической истощаемости.

Отмечается также незначительное ухудшение в социальной и профессиональной деятельности при полной сохранности повседневных видов активности. Иногда появляются личностные изменения по типу акцентуации или нивелировки личностных особенностей, аффективная лабильность, а также некоторое снижение личностной активности.

Общими критериями легкого когнитивного расстройства являются (Приложение 2):

1. Жалобы на повышенную забывчивость или снижение умственной работоспособности, подтверждаемые родственниками, ухаживающими лицами.

2. Сведения от пациента или его родственников о снижении когнитивных функций в сравнении с имевшимися ранее возможностями.

3. Объективные свидетельства мнестических или других когнитивных нарушений по сравнению с возрастной нормой.

4. Когнитивные расстройства не должны приводить к утрате профессиональных способностей или навыков социального взаимодействия, хотя может быть легкое ухудшение в сложных и инструментальных видах повседневной и профессиональной деятельности.

5. Диагноз деменции не может быть поставлен.

Характерной особенностью легкого когнитивного расстройства является астения, ведущим симптомом которой становится истощаемость психических процессов. Оценка выраженности явлений истощаемости в течение заболевания дает основание судить об эффективности терапии, является объективным показателем изменения состояния больного.

Существует определенная корреляция между характером истощаемости и клинической стадией заболевания. Начальной стадии присущ гиперстенический тип истощаемости. В дальнейшем, с прогрессивным нарастанием когнитивных расстройств, истощаемость проявляется по гипостеническому типу. В этих случаях гиперстенический и гипостенический типы астении могут рассматриваться как последовательные стадии клинических проявлений единого патологического процесса.

С явлениями истощаемости непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Одним из наиболее ранних и выраженных признаков легкого когнитивного расстройства являются расстройства памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные часто сами жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово, имя, дату. Лишь через некоторое время, когда больной не думает об этом, нужное слово само всплывает в памяти. Это объясняется расстройствами произвольного запоминания и воспроизведения. Недоста-

точность удержания (ретенции) обнаруживается еще до выявления заметных расстройств запоминания.

Для верификации и определения степени выраженности когнитивных нарушений и дифференциальной диагностики легкого когнитивного расстройства и легкой (мягкой) деменции, а также для исключения преходящих когнитивных нарушений, развившихся на фоне депрессии или связанными с нарушениями адаптации функционального геноза, обязательным является проведение патопсихологического и нейропсихологического обследований. Объем и выбор методик обусловлен степенью выраженности когнитивных расстройств, характером имеющих нарушения, целями, стоящими перед исследователями.

Рутинные тесты для диагностики этой патологии указаны в Приложениях 3, 4 и 5.

Органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3)

В эту рубрику в клинике органических заболеваний головного мозга относят расстройства, характеризующиеся изменением настроения, обычно сопровождающимся изменением уровня общей активности. Критерием для включения таких расстройств в этот раздел является их предположительно прямая обусловленность органическим поражением головного мозга, наличие которого должно быть продемонстрировано независимым методом (например, путем адекватных соматических и лабораторных исследований) или на основании адекватных анамнестических сведений. Аффективные расстройства должны появиться вслед за развитием повреждения головного мозга. Такие изменения настроения не должны расцениваться как эмоциональный ответ больного на известие о болезни или как симптомы сопутствующего аффективным расстройствам заболевания мозга.

В дополнение к общим критериям, предполагающим органическую этиологию и изложенным во введении к рубрике F06 (Приложение 6), состояние должно отвечать требованиям диагноза, указанным в F30-F33.

В клинике органических аффективных расстройств выделяются:

- F06.34 Гипоманиакальное расстройство органической природы;
- F06.35 Непсихотическое биполярное расстройство органической природы;
- F06.36 Непсихотическое депрессивное расстройство органической природы;
- F06.37 Непсихотическое смешанное расстройство органической природы.

Исключаются:

- Расстройства настроения (аффективные), неорганической природы или неуточненные (F30 — F39);
- Правополушарные аффективные расстройства (F07.8х).

Наиболее часто в практике врача-невролога встречаются аффективные расстройства на фоне цереброваскулярной патологии. В последнее время принято выделять 2 вида депрессии: возникшую на фоне хронических нарушений мозгового кровообращения и постинсультную депрессию.

Развитие депрессии у больных с хроническими формами нарушения мозгового кровообращения связывают с наличием диффузного билатерального поражения белого вещества, возникающего чаще при патологии мелких сосудов на фоне значимых сосудистых факторов риска. Частота развития депрессии у больных с дисциркуляторной энцефалопатией по данным разных авторов составляет 38-60%.

Наличие депрессии затрудняет оценку неврологического статуса больного, оказывает отрицательное влияние на течение основного забо-

ления, снижая эффективность лечения и функционального восстановления. Депрессия приводит к значительным нарушениям активности в повседневной жизни на бытовом, семейном и социальном уровнях, к существенному снижению коммуникаций. Наличие симптомов депрессии у лиц старше 65 лет приводит к увеличению частоты развития инсульта в 2-3 раза, риска смертельного исхода.

Постинсультная депрессия. Депрессия является достаточно серьезным осложнением ишемического инсульта, связанным с эмоционально-волевой сферой. В настоящее время данная проблема вызывает все больший интерес, который обусловлен, прежде всего, высокой частотой развития данного осложнения после инсульта и сложностью в диагностике. По данным разных авторов, частота развития постинсультной депрессии колеблется от 25 до 79%, причем важно отметить, что ее развитие возможно как в ранние, так и в поздние сроки после инсульта, хотя максимальная частота депрессивных эпизодов регистрируется в сроки 6 месяцев – 1 год после инсульта (□ 70%).

Факторами риска постинсультной депрессии являются, прежде всего, генетическая предрасположенность, депрессивные эпизоды в анамнезе, преморбидный функциональный фон, наличие артериальной гипертонии, ранее перенесенный инсульт.

Несомненно, фактором, имеющим огромное значение, является психиатрический анамнез. Больные, имеющие в анамнезе указание на депрессивные эпизоды, в 6 раз чаще имели депрессию в первые 2 года после перенесенного инсульта. Кроме того, психические расстройства могут явиться следствием соматического заболевания в силу психологически понятной реакции на болезнь и связанных с ней ограничений деятельности, а также в силу возможных метаболических изменений или интоксикации в результате лекарственной терапии, показанной при тяжелой соматической патологии.

Одной из проблем является достаточно редкая диагностика постинсультной депрессии ввиду сложности диагностики. Депрессия у пожилых больных может быть замаскирована соматическими заболеваниями, медикаментозными средствами или алкоголем, когнитивными расстройствами, когда больные не могут правильно интерпретировать имеющиеся симптомы и рассказать о них врачу. Больные могут рассматривать депрессию как нормальное проявление процесса старения или нормальной реакции на возникшие неврологические нарушения. Это требует особого внимания врача при осмотре и выявлении постинсультной депрессии.

К дополнительным проявлениям депрессии относятся: снижение способности к концентрации внимания; заниженная самооценка и отсутствие уверенности в себе; идеи вины и самоуничтожения; мрачное пессимистическое видение будущего; суицидальные мысли или действия; нарушения сна, аппетита.

Важным диагностическим критерием является обязательное присутствие основных депрессивных проявлений практически ежедневно, большую часть дня и не менее двух недель.

В неврологической практике часто наблюдаются атипично протекающие, соматизированные (синонимы: маскированная, ларвированная, латентная, скрытая, вегетативная, «улыбающаяся», депрессия без депрессии) депрессии. При такой депрессии больной может не предъявлять собственно депрессивные жалобы, а постоянно испытывать стойкие соматические симптомы, чаще других – постоянное чувство усталости и хроническую боль или многочисленные вегетативные ощущения. Следует подчеркнуть частую встречаемость при маскированной депрессии ипохондрических, астенических и тревожных расстройств, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрес-

сивные симптомы. Особенно специфично сочетание тревоги и депрессии при хронических болевых синдромах и при панических атаках.

На сегодняшний день необходимость проведения специфической терапии депрессивных расстройств является доказанной. Однако в последнее время произошел ряд изменений в стратегии терапии депрессий. Если ранее основное внимание уделялось собственно купированию депрессивной симптоматики, безопасности проводимой терапии и ряду фармакоэкономических аспектов, то сейчас основной задачей является восстановление исходного уровня социального функционирования, при этом особое внимание уделяется восстановлению и сохранению когнитивных функций.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)

В настоящее время под астеническим синдромом подразумевается психопатологическое состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью, эмоциональными колебаниями, преимущественно в сторону понижения настроения, тензионными головными болями, нарушениями сна, разнообразными вегетативно-соматическими проявлениями.

Первой жалобой, с которой больные чаще всего обращаются к врачам, является повышенная утомляемость, иногда с самого утра, и раздражительность, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха («усталость, не ищущая покоя»). Для этого состояния также характерны неоправданный оптимизм и необоснованный пессимизм. Кроме того, отмечаются эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают,

огорчаются из-за любого пустяка. При отдыхе силы восстанавливаются медленно. Для астенического состояния характерна гиперестезия в виде непереносимости яркого света, громких звуков, резких запахов.

Астенические расстройства, как правило, развиваются исподволь, нарастая по интенсивности. В тяжелых случаях они могут сопровождаться аспонтанностью, пассивностью, апатией. Помимо астении в чистом виде довольно часто встречается ее сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими нарушениями.

Органическая астенция, доля которой во всех астенических состояниях оценивается в 45%, развивается на фоне хронических, часто прогрессирующих органических (неврологических), психических и соматических заболеваний. Сюда относятся: инфекционные, эндокринные, гематологические, неопластические, гепатологические, неврологические, психические (прежде всего шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами) и другие болезни.

Функциональная (реактивная) астенция, составляющая 55% в общей выборке астений, характеризуется прежде всего принципиальной обратимостью, так как возникает вслед или в структуре ограниченных во времени или курабельных патологических состояний.

В литературе нередко встречаются понятия облигатной и факультативной астении. Первое обозначает состояния, при которых астенические проявления играют ведущую роль и определяют по существу клиническую картину основного расстройства (неврастения, астеническое развитие личности). Ко второму относятся так называемые сложные симптомокомплексы, интегрирующие в себе астенические проявления с другими психопатологическими образованиями (астенодепрессивные, астеноневротические и др.).

Многофакторные механизмы формирования астенических состояний и крайнее разнообразие их клинических вариантов предопределяют

множественность терапевтического воздействия с использованием практически всего спектра известных психотропных препаратов. Сохраняют свою актуальность и такие общие рекомендации, как оптимизация режима труда и отдыха, сбалансированная физическая нагрузка и полноценное питание.

Органическое тревожное расстройство (F06.4)

Тревожное расстройство у неврологических больных имеет тяжелые клинические и медико-социальные последствия, так как является фактором суицидального риска, имеет тенденцию к прогрессирующему течению, способствует хронизации заболевания и увеличению числа случаев инвалидизации.

Известно, что соматизированное тревожное расстройство у больных с ИБС и гипертонической болезнью является дополнительным фактором риска возникновения ишемического инсульта. Так, риск ИБС и инфаркта миокарда почти в 2 раза выше у лиц с коморбидным тревожным расстройством. Вероятность ишемического инсульта у пожилых людей с артериальной гипертензией и выраженными тревожными симптомами в 2,7 раза выше, чем у больных без соматизированной тревоги.

Как правило, развитие тревожного расстройства происходит мультифакторно. Механизмы, приводящие к его развитию до настоящего времени полностью не исследованы. Известно, что основным анатомическим субстратом, лежащим в основе эмоциональных расстройств, являются структуры, входящие в лимбическую систему головного мозга.

К психическим симптомам органического тревожного расстройства относят собственно тревогу, беспокойство по мелочам, ощущение напряженности, скованности, неспособность расслабиться, раздражительность и нетерпеливость, ощущение взвинченности, боль в груди,

невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна, быструю утомляемость, страхи.

К соматическим (вегетативным) симптомам причисляют учащенное сердцебиение, приливы жара или холода, потливость, холодные и влажные ладони, ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, тошноту, диарею, боль в животе, сухость во рту, головокружение и предобморочные состояния, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, напряжение и боль в мышцах, учащенное мочеиспускание, снижение либидо и импотенцию.

Лечение тревожных расстройств нередко бывает затруднительным, требует времени, упорства и творческого подхода. Основными подходами к терапии тревожных расстройств являются фармако- и психотерапия.

Органическое диссоциативное (конверсионное) расстройство (F06.5)

Общие признаки, описанные в МКБ-10, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контроле движений тела, с другой. Обычно в норме существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно трудно оценить.

Конверсионные симптомы не являются по сути умышленными и преднамеренными, тем не менее, они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться физическое заболевание. Больные конверсионным расстройством нередко сознательно и преднамеренно преувеличивают свои симптомы, однако в основе всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы. Больные не осознают, какая психологическая основа обуславливает нарушения, поэтому они не могут управлять ими произвольно. Кроме того, совершенно очевидно, что конверсионные симптомы развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно.

Наличие в настоящем или прошлом истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на ЦНС, отмечают у 40% больных диссоциативным (конверсионным) расстройством. Диссоциативные и конверсионные симптомы иногда трудно отличить от соматического или неврологического заболевания, что особенно характерно для пациентов, хорошо информированных о клинической картине и течении этих заболеваний. Но при медицинском осмотре и обследовании пациента специалисты не выявляют каких-либо явных соматических или неврологических нарушений. Конверсионные проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности: гемиянестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза. Следует помнить, что диагноз органического конверсионного расстройства устанавливают только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи с этими нарушениями.

Первичная «выгода» предъявляемых симптомов заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больному подсознательно удаётся избежать внутренних психологических конфликтов; например при диссоциативной амнезии из памяти пациента выпадают наиболее неприятные события. Вторичная (социальная) «выгода» заключается в том, что больные получают существенные преимущества в результате своей болезни. Больным удаётся избежать обязательных и трудных житейских ситуаций, потому что им всё прощается; со стороны окружающих они получают помощь, поддержку и внимание, которые они без этого не получили бы; пациенты, используя своё состояние, могут манипулировать чувствами других людей. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды. Несмотря на характерность вторичной выгоды для диссоциативных и конверсионных расстройств, она не может быть использована при постановке диагноза.

Для лечения диссоциативных расстройств применяют более короткие и директивные курсы психоаналитической психотерапии. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важное условие — изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

Лекарственная терапия играет незначительную роль в лечении диссоциативных расстройств, кроме тех случаев, когда конверсионные симптомы возникают вторично и обусловлены депрессивными расстройствами.

***Другие уточненные психические расстройства
вследствие повреждения и дисфункции головного мозга
и физической болезни (F06.8)***

Значительную часть психопатологических синдромов непсихотического уровня составляют неврозоподобные нарушения. Особенно-

стью неврозоподобных расстройств, в отличие от невротических, является их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами, чаще всего пароксизмального характера. Среди неврозоподобных нарушений наиболее распространены неврастеноподобные нарушения.

Неврастеноподобный синдром является разновидностью астенического при отсутствии стойких и выраженных депрессивных или ипохондрических компонентов. Типично поведение по типу «раздражительной слабости» со вспышками раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Больные отличаются нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения. Раздражительность выражена более отчетливо, чем при неврастении, отмечаются эпизодические состояния немотивированной тревоги. Не прослеживается тесной связи между ситуацией и заболеванием, как это часто бывает при неврастеническом неврозе, где имеется соответствие субъективных симптомов объективным данным.

Достаточно часто пациенты высказывают выраженные и стойкие ипохондрические жалобы. В таком случае можно говорить об ипохондрическом расстройстве. Основным признаком ипохондрического расстройства является фиксация на болезненных проявлениях, озабоченность возможностью ухудшения состояния, прогрессированием заболевания, преувеличение побочного действия лекарств. На фоне сниженного настроения больные предъявляют жалобы на разнообразные болевые и неприятные ощущения в голове, в различных частях тела и в парализованных конечностях. Они требуют к себе повышенного внимания как со стороны медперсонала, так и от родных и близких, предъявляют претензии к работе медицинского персонала, к окружению в палате, капризны. Характерно сочетание желания лечиться и неверие в успех, требование тщательного обследования и боязнь вреда, болезненности процедур.

Для тревожно-ипохондрических состояний больных характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения. Больные находятся в постоянном поиске новых вариантов лечения, ищут дополнительную информацию о болезни, расспрашивают врачей и медсестер, других больных, консультируются у различных специалистов. При тревожно-ипохондрических расстройствах в большей степени выражен интерес к результатам анализов, заключениям специалистов, чем фиксация на субъективных ощущениях.

Таким образом, совершенствование оказания полипрофессиональной помощи у больных с пограничными психическими расстройствами в рамках органической патологии головного мозга заключается в повышении уровня знаний об особенностях механизмов возникновения, течения, возможностях медикаментозной и психотерапевтической коррекции непсихотических психических состояний. Активное привлечение специалистов смежных областей медицины позволит составить индивидуальную программу реабилитации для каждого больного, интенсифицировать терапевтический процесс, сокращая сроки лечения, что способствует наиболее полному физическому и психосоциальному восстановлению больных. Использование предлагаемого нами лечебно-диагностического алгоритма позволит оптимизировать оказание медицинской помощи больным с заболеваниями головного мозга различного генеза в условиях амбулаторного и стационарного звена здравоохранения.

Перечень сокращений и условных обозначений

МРТ – магнитно-резонансная томография
КТ – компьютерная томография
МРА – магнитно-резонансная ангиография
ТКДГ – транскраниальная доплерография
ЭЭГ – электроэнцефалография

ЭХО-КГ – эхокардиография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ИБС – ишемическая болезнь сердца

МКБ-10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ЦНС – центральная нервная система

**Классификация непсихотических расстройств
при органическом поражении головного мозга по МКБ-10**

1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06):

- органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3);
- органическое тревожное расстройство (F06.4);
- органическое диссоциативное расстройство (F06.5);
- органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6);
- легкое когнитивное расстройство (F06.7);
- другие непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8);

-неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.9);

2. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07):

- органическое расстройство личности (F07.0);
- постэнцефалитический синдром (F07.1);
- посткоммоционный синдром (F07.2);
- другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (F07.8);

- неуточненные органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (F07.9).

Критерии диагностики легкого когнитивного расстройства

В настоящее время общими критериями легкого когнитивного расстройства являются критерии, предложенные R. Petersen в 1999 году и модифицированные в 2004 году (J. Touchon, R. Petersen, 2004):

1. Жалобы на повышенную забывчивость или снижение умственной работоспособности, подтверждаемые родственниками, ухаживающими лицами;
2. Сведения от пациента или его родственников о снижении когнитивных функций в сравнении с имевшимися ранее возможностями пациента;
3. Объективные свидетельства мнестических или других когнитивных нарушений по сравнению с возрастной нормой;
4. Когнитивные расстройства не должны приводить к утрате профессиональных способностей или навыков социального взаимодействия, хотя может быть легкое ухудшение в сложных и инструментальных видах повседневной и профессиональной деятельности;
5. Диагноз деменции не может быть поставлен.

Краткая шкала оценки психического статуса
(Mini-Mental State Examination, agant. Folstein et al., 1975)

Эта шкала является наиболее широко распространенной, простой и эффективной методикой для оценки состояния когнитивных функций испытуемого (кратковременной и оперативной памяти, способности к концентрации внимания, понимания обращенной речи, восприятия речи на слух и в письменной виде, праксиса) в целях выявления синдрома деменции на ранних стадиях его формирования. Шкала состоит из шести субтестов: «ориентировка во времени», «ориентировка в месте», «восприятие», «концентрация внимания», «память» и «речевые функции».

В первом субтесте «ориентировка во времени» испытуемый должен полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц. Во втором субтесте «ориентировка в месте» задается вопрос: «Где мы находимся». Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж.

В третьем субтесте «восприятие» больному необходимо повторить и запомнить 3 слова. Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. В четвертом субтесте «концентрация внимания» испытуемого просят произвести последовательное вычитание от 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»). Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Результат, полученный в этом субтесте, дает общее представление о функции внимания и состоянии оперативной памяти респондента.

В пятом субтесте «память» испытуемого просят вспомнить слова, которые заучивались в третьем субтесте. Результат по этому субтесту оценивает способность испытуемого к отставленному воспроизведению стимульного материала, дает представление о том, насколько у респондента сохранна функция перевода информации из краткосрочного сохранения в долгосрочную память.

В шестом субтесте («речь») оценивается способность испытуемого понимать обращенную речь, функция активной речи, восприятие речи на слух и в письменном виде, узнавание предметов и способность к их правильному наименованию, праксис.

Выполнение теста оценивается по сумме результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит.

Бланк шкалы MMSE

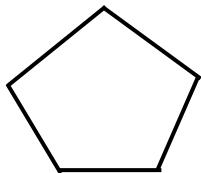
Ф.И.О. _____ Дата: « ____ » _____ 20....г.

Результат _____

Оценка (баллы)

1. Ориентировка во времени
Назовите дату (число, месяц, год, день недели)..... 0-5 ____
2. Ориентировка в месте
Где мы находимся?
(страна, область, город, клиника, комната).....0-5 ____
3. Восприятие
Повторите три слова: карандаш, дом, копейка.....0-3 ____
4. Концентрация внимания
Серийный счёт (“от 100 отнять по 7”) – 5 раз либо:
Произнести слово “земля” наоборот.....0-5 ____
5. Память
Припомните 3 слова, которые назывались ранее (п. 3)0-3 ____
6. Речевые функции
Называние (ручка и часы).....0-2 ____
7. Повторите предложение: “Никаких если и или но”.....0-1 ____
8. 3-этапная команда:0-3 ____
“Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое
и положите на стол”
9. Чтение: Прочтите и выполните.....0-1 ____
10. Напишите предложение.....0-1 ____

-
-
11. Скопируйте рисунок.....0-1 ____



12. Общий балл..... 0-30

Интерпретация:

28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24-27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения;

19-23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11-18 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0-10 баллов – тяжелая деменция.

Батарея лобной дисфункции
FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (B. Dubois et al., 1999.)

Методика используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

1. Концептуализация. Пациента спрашивают: «Что общего между яблоком и грушей?» Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение («Это фрукты»). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: «Что общего между пальто и курткой?» ... «Что общего между столом и стулом?». Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте - 3, минимальный - 0.

2. Беглость речи. Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «с». При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, менее 4 - 0 баллов.

3. Динамический праксис. Больному предлагается повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первом предъявлении серии больной только следит за врачом, при втором предъявлении - повторяет движения врача, наконец, последующие две серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы. Результат: правильное выполнение трех серий движений - 3 балла, двух серий - 2 балла, одной серии (совместно с врачом) - 1 балл.

4. Простая реакция выбора. Дается инструкция: «Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз,

Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более 2 ошибок - 2 балла, много ошибок - 1 балл, полное копирование ритма врача - 0 баллов.

5. Усложненная реакция выбора. Дается инструкция: «Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п.4.

6. Исследование хватательных рефлексов. Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует – ставится 1, в противном случае - 0 баллов.

Таким образом, результат теста может варьировать от 0 до 18; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям.

Тест рисования часов

Простота и высокая информативность данного теста, в том числе и при легкой деменции, делает его одним из наиболее общеупотребительных инструментов для диагностики данного клинического синдрома.

Тест проводится следующим образом. Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач говорит: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два».

Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме это задание никогда не вызывает затруднений.

Если возникают ошибки, они оцениваются по 10 бальной шкале:

- 10 баллов - норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов - незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов - более заметные ошибки в расположении стрелок;
- 7 баллов - стрелки показывают совершенно неправильное время;
- 6 баллов - стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);
- 5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;
- 4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствуют или расположена вне круга;
- 3 балла - числа и циферблат более не связаны друг с другом;
- 2 балла - деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;
- 1 балл - больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур. Для дифференциального диагноза данных состояний, при неправильном самостоятельном рисунке, больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами. При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется. При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.

Диагностические критерии по МКБ-10***F06 – Другие психические расстройства,
обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга
или соматической болезнью***

Эта категория включает различные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного церебрального заболевания, системного заболевания, вторично поражающего мозг, эндокринных расстройств, таких как синдром Кушинга или других соматических заболеваний в связи с некоторыми экзогенными токсическими веществами (исключая алкоголь и препараты, классифицированные в F10 - F19) или гормонами. Общим при этих состояниях является то, что клинические черты сами по себе не позволяют установить предположительный диагноз органического психического расстройства, такого как деменция или делирий. Их клиническое проявление скорее напоминает или идентично тем расстройствам, которые не считаются "органическими" в специфическом понятии данного раздела этой классификации. Их включение сюда основано на гипотезе, что они непосредственно вызваны церебральной болезнью или дисфункцией, а не сочетаются случайно с таким заболеванием или дисфункцией и не являются психологической реакцией на эти симптомы, как например, шизофреноподобные расстройства, связанные с длительно протекающей эпилепсией.

Решение классифицировать клинические синдромы в этой категории поддерживается следующими факторами:

1. Наличие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из упомянутых синдромов;

2. Взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом развития психического синдрома;
3. Выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания;
4. Отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой как выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс);

Условия 1) и 2) оправдывают предположительный диагноз; если присутствуют все 4 фактора, достоверность диагностики возрастает.

Нижеследующие состояния увеличивают относительный риск появления синдрома, классифицируемого в этом разделе: эпилепсия; лимбический энцефалит; болезнь Гентингтона; травма головного мозга; новообразование мозга; экстракраниальная неоплазма с отдаленными последствиями для ЦНС (в особенности это касается карциномы поджелудочной железы); церебрально-сосудистые болезни, поражения или врожденные пороки развития; системная красная волчанка и другие коллагеновые заболевания; эндокринные заболевания (особенно гипо- и гипертиреозидизм, болезнь Кушинга); обменные заболевания (например, гипогликемия, порфирия, гипоксия); тропические инфекционные и паразитарные болезни (трипаносомоз); токсический эффект непсихотропных препаратов (пропранолол, л-допа, метилдопа, стероидные препараты, антигипертензивные, антималярийные препараты).

Исключаются:

- психические расстройства с делирием (F05);
- психические расстройства с деменцией (F00-F03);
- психические расстройства вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ (F10 - F19).

Психиатрическая шкала оценки депрессии Гамильтона

Шкала содержит 21 пункт, в каждом пункте нужно обвести кружком количество баллов (от «0» до «4»), наиболее точно характеризующее состояние больного. Итоговая оценка формируется суммированием баллов по каждому пункту. В норме число баллов не должно превышать 3-5 баллов. При наличии у больного более 20-25 баллов по шкале Гамильтона необходима консультация психиатра для исключения психотической депрессии.

<i>1. Подавленное настроение (грусть, безнадежность, беспомощность, никчемность)</i>	Балл
0 – отсутствует	0
1 – подтверждает такие чувства только в ответ на прямой вопрос	1
2 – говорит об этих чувствах по собственной инициативе	2
3 – сообщает об этих чувствах невербально, например, выражением лица, позой, голосом, желанием заплакать	3
4 – по собственной инициативе словами и невербально больной говорит только об этих чувствах	4
<i>2. Чувство вины</i>	
0 – отсутствует	0
1 – самоуничижение; упрекает себя, считает, что приносит людям одни неприятности; чувствует, что разочаровал, подвел людей	1
2 – чувство собственной вины, мучительные размышления о прошлых ошибках, грехах, неблагоприятных делах	2
3 – настоящее заболевание расценивается как наказание, расплата. Бредовые идеи, мания вины	3
4 – слышит обвиняющие или осуждающие голоса и /или бы- вают зрительные галлюцинации угрожающего содержания	4
<i>3. Суицидальные намерения</i>	
0 – отсутствуют	0
1 – ощущение, что жить дальше не стоит	1
2 – желание смерти – хотел бы уже быть мертвым или любые мысли о возможности собственной смерти	2
3 – суицидальные идеи, высказывания или жесты	3
4 – попытки самоубийства (любая серьезная попытка оценивается в 4 балла)	4

4. Бессонница – ранняя	
0 – отсутствие затруднений при засыпании	0
1 – жалуется, что иногда трудно засыпает (более получаса)	1
2 – жалуется, что плохо засыпает каждую ночь	2
5. Бессонница в середине ночи	
0 – отсутствует	0
1 – жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи	1
2 – просыпается по ночам - каждое вставание с постели оценивается в 2 балла, исключая физиологические потребности (вставание с целью помочиться или опорожнить кишечник)	2
6. Бессонница – поздняя	
0 – отсутствует	0
1 – раннее пробуждение утром с последующим засыпанием	1
2 – раннее утреннее пробуждение с невозможностью вновь заснуть	2
7. Работа и деятельность	
0 – отсутствие трудностей	0
1 – мысли и ощущение неспособности, несостоятельности, чувство усталости или слабости, связанных с деятельностью – работой или увлечением, хобби	1
2 – утрата интереса к деятельности (работе или хобби), о чем прямо говорит больной или косвенно свидетельствуют равнодушие, апатичность, нерешительность (чувствует, что заставляет себя работать или проявлять активность)	2
3 – сокращение продолжительности активности или снижение продуктивности. В стационаре 3-мя баллами оценивают тех больных, которые менее трех часов заняты активной деятельностью (больничные работы, хобби, не считая уборки палаты)	3
4 – отказ от работы из-за настоящей болезни. В клинике 4 баллами оценивают больных, если они вообще не проявляют активности, ничего не делают, кроме уборки палаты, или даже не могут без помощи убрать палату	4
8. Заторможенность (замедленное мышление и речь, неспособность сконцентрироваться), сниженная двигательная активность	
0 – нормальная речь и мышление	0
1 – некоторая заторможенность во время беседы	1
2 – явная заторможенность во время беседы	2
3 – выраженные затруднения при проведении опроса (беседовать трудно)	3
4 – полный ступор	4

9. Ажитация (тревожное возбуждение)	
0 – отсутствует	0
1 – беспокойство, суетливость	1
2 – больной суетлив, делает беспокойные движения руками, тербит волосы («играет с волосами») и т.п.	2
3 – подвижность, неусидчивость – больной все время ходит, не может сидеть спокойно	3
4 – больной постоянно сжимает и разжимает руки (заламывает), обкусывает ногти, дергает волосы, кусает губы	4
10. Психический страх, тревога	
0 – отсутствует	0
1 – субъективная напряженность и раздражительность	1
2 – беспокойство по незначительным поводам (волнуется из-за мелочей)	2
3 – явная тревога в выражении лица и речи	3
4 – выражает страх по собственной инициативе	4
11. Соматический страх	
<u>Физиологические проявления страха (тревоги):</u>	
желудочно-кишечные – сухость во рту, вздутие, метеоризм, несварение, диарея, спазмы, схваткообразные боли, отрыжка; сердечно-сосудистые – учащенное сердцебиение, головные боли; дыхательные – гипервентиляция, вздохи, одышка; частое мочеиспускание; потоотделение	
0 – отсутствует	0
1 – легкий	1
2 – умеренный	
3 – выраженный	3
4 – значительно выраженный (невыносимый)	4
12. Соматические желудочно-кишечные симптомы	
0 – отсутствуют	0
1 – потеря аппетита, но ест без напоминаний; ощущение тяжести в животе	1
2 – не ест без настойчивого убеждения со стороны персонала; просит или требует слабительные или кишечные средства, лекарства для снятия желудочно-кишечных симптомов	2
13. Общие соматические симптомы	
0 – отсутствуют	0
1 – тяжесть в конечностях, спине или голове; головные боли, боли в спине и в мышцах; чувство утраты энергии, упадка сил и утомляемость	1
2 – каждый четко очерченный симптом оценивается в 2 балла	2

14. Половые расстройства (утрата полового влечения, нарушение менструации)		
0 – отсутствуют		0
1 – легкие		1
2 – выраженные		2
15. Ипохондрия		
0 – отсутствует		0
1 – поглощенность собой (телесно, физически)		1
2 – озабоченность здоровьем		2
3 – частые жалобы, обращения за помощью т.п.		3
4 – ипохондрический бред		4
16. Похудание		
А. Оценка на основании анамнеза	Б. На основании еженедельного взвешивания, когда регистрируются истинные потери	
0 - отсутствует	0 – потеря в весе менее 500 г. в неделю	0
1 – возможное похудание, связанное с настоящей болезнью	1 – более 500 г. в неделю	1
2 – явная (со слов пациента) потеря в весе	2 – более 1 кг в неделю	2
17. Самооценка (критичность отношения к болезни)		
0 – сознает, что находится в депрессии и болен		0
1 – сознает, что болен, но связывает болезнь с плохой пищей, климатом, переутомлением, вирусной инфекцией, необходимостью в отдыхе и т.д.		1
2 – полное отрицание того, что болен		2
18. Суточные колебания (если симптомы более выражены утром или вечером, укажите, когда именно, и оцените степень колебаний)		
0 – отсутствуют		0
1 – незначительные		1
2 – выраженные		2
19. Деперсонализация и дереализация (например, чувство нереальности окружающего, нигилистические идеи)		
0 – отсутствует		0
1 – легкая		1
2 – умеренная		2
3 – выраженная		3
4 – значительно выраженная (до неправдоподобности)		4

20. Параноидные симптомы	
0 – отсутствуют	0
1 – подозрительность	1
2 – идеи отношения	2
3 – бред отношения или преследования	3
21. Obsessивно-компульсивные симптомы (одержимость, навязчивые идеи)	
0 – отсутствуют	0
1 – легкие	1
2 – выраженные	2
Общее количество баллов (□)	