

Psychiatric Aspects of Neurologic Diseases

Practical Approaches to Patient Care

Edited by

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

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

Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

Подходы к ведению больных

Под редакцией

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

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

2-е издание

УДК 616.89

ББК 56.14

П86

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

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

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

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с английского: А.В.Альмов.

П86 Психиатрические аспекты неврологических заболеваний : Подходы к ведению больных / под ред. К.Г.Ликетсоса, П.В.Рэбинса, Дж.Р.Липси, Ф.Р.Слэвни ; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 328 с.
ISBN 978-5-00030-603-1

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

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

УДК 616.89

ББК 56.14

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

ISBN 978-0-19-530943-0

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

ISBN 978-5-00030-603-1

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

ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Академик РАН
профессор *Н.Н.Яхно*



ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

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

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

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

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



СОДЕРЖАНИЕ

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

Часть I. Психиатрическое обследование, симптомы и синдромы

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

Часть II. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний

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

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



ЧАСТЬ I

**ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ, СИМПТОМЫ
И СИНДРОМЫ**

1

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Constantine G. Lyketsos

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

Сбор анамнеза

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

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

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

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

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

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

Таблица 1.1. Сбор психиатрического анамнеза у пациентов с неврологическими заболеваниями

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

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

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

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

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

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

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

По прошествии примерно 200 лет ученые пришли к выводу, что мозжечок ответственен не только за регуляцию движений. Согласно результатам нейроанатомических, нейровизуализационных, нейрофизиологических и психиатрических исследований, проведенных в течение последних 20 лет, мозжечок играет важную роль в когнитивно-эмоциональной регуляции, а его заболевания могут приводить к когнитивным нарушениям и развитию психиатрических синдромов*.

Заболевания мозжечка

Поражение мозжечка может быть обусловлено различными заболеваниями, аномалиями и состояниями (табл. 12.1). Истинная распространенность данной патологии неизвестна. Пожалуй, наиболее частой причиной поражения мозжечка является злоупотребление алкоголем. Второй по частоте причиной, вероятно, служит его инсульт – мозжечок страдает в 1,5–8% случаев инсульта (Raso et al., 2003). У детей одной из относительно частых причин являются первичные опухоли головного мозга. Распространенность опухолей головного мозга у детей – примерно 2,8 случая на 100 000 ежегодно, причем 40% этих случаев приходится на опухоли задней черепной ямки (Kuttesch, Ater, 2004). У взрослых первичные опухоли мозжечка встречаются реже, чем у детей, однако они чаще метастазируют. Распространенность рецессивных, доминантных и спорадических нейродегенеративных заболеваний, первично поражающих мозжечок, составляет в среднем примерно 6 случаев на 100 000 населения (Durr, 2002; Margolis, 2003). Другие причиныocerebellarной патологии встречаются редко. Также следует обратить внимание на тот факт, что многие из вышеперечисленных патологических процессов не затрагивают исключительно мозжечок, поэтому при выявлении заболевания мозжечка принципиально важно исключить поражение других отделов головного мозга. Другими значимыми факторами являются возраст пациента и длительность существующего дегенеративного заболе-

* Не общепринятая точка зрения. – *Прим. ред.*

Таблица 12.1. Заболевания с поражением мозжечка

Тип поражения	Примеры
Аутосомно-доминантное, дегенеративное	Спиноцеребеллярная атаксия, 1–26-й типы
Аутосомно-рецессивное, дегенеративное	Атаксия Фридрейха
Аутосомно-рецессивное, с дефектом репарации ДНК	Атаксия-телеангиэктазия
X-сцепленное	Синдром Ретта
Связанное с митохондриальной дисфункцией	Нейропатия, атаксия и пигментный ретинит
Алиментарное	Авитаминозы: витамин E, тиамин
Обусловленное токсическими факторами	Отравление этанолом, фенитоином, литием, органическими растворителями
Онкологическое	Медуллобластома
Инфекционное/обусловленное предшествующей инфекцией	Абсцесс, болезнь Уиппла
Сосудистое	Инфаркты в вертебробазиллярном бассейне
Идиопатическое	Спорадическая поздняя мозжечковая дегенерация
Ятрогенное	Поражения при лучевой терапии

вания или время, прошедшее с момента развития инсульта или удаления опухоли.

Психические расстройства при заболеваниях мозжечка

За последние 25 лет были получены нейроанатомические данные, подтверждающие важную роль мозжечка в когнитивно-эмоциональной регуляции (Middleton, Strick, 2000; Schmahmann, 2001). Проводящий путь из коры больших полушарий головного мозга в мозжечок начинается с аксонов кортикального слоя 5b поля моторных, соматосенсорных, ассоциативных и паралимбических и префронтальных областей головного мозга, которые играют ключевую роль в реализации таких когнитивных функций, как внимание, рабочая память, планирование, мотивация, принятие решений и речь. После синапса в мосту мозга проводящий путь достигает коры мозжечка. Обратный проводящий путь из коры мозжечка в кору большого мозга начинается с аксонов, отходящих от мозжечковых клеток Пуркинье к глубоким ядрам мозжечка. Волокна этих ядер идут к «двигательным» и «неспецифическим» ядрам таламуса. Затем проекционные волокна от обоих типов ядер таламуса направляются в задние теменные, верхние височные и префронтальные ассоциативные области коры большого мозга. Сюда же (в лимбические (поясные, парагиппокампальные) отделы) приходят волок-

на от интраламинарных ядер таламуса. Этот кортикоцереbellарный контур образован отдельными относительно замкнутыми петлями, подобными тем, что наблюдаются в сети связей между базальными ганглиями и корой большого мозга. Другими мозжечковыми трактами, потенциально имеющими отношение к эмоциям и когнитивным функциям, являются реципрокные проводящие пути между мозжечком и катехоламинергическими (голубое пятно) и серотонинергическими (дорзальное ядро шва) ядрами, мозжечком и гипоталамусом, а также мозжечком и ретикулярной формацией ствола мозга. Эти пути могут быть ответственны за регуляцию бодрствования и активности.

Когнитивные нарушения

Доказательства того, что мозжечок принимает участие в когнитивных функциях и формировании эмоций у человека, получены в исследованиях здоровых лиц с использованием функциональной нейровизуализации, которым предлагались различные когнитивные задачи, и при нейропсихологическом тестировании пациентов с поражениями мозжечка. Мозжечок причастен к таким аспектам речи, как подбор глаголов, восприятие временных различий между фонемами, словообразование и беглость речи, а также вербальная рабочая память. Область влияния мозжечка также распространяется на обучение, в особенности на обучение сложным двигательным актам, сенсорное различение, управляющие функции. Модулируемые мозжечком исполнительные функции включают в себя переключение установок, одновременное выполнение множественных задач и внимание. Степень вовлечения мозжечка в исполнительные функции может зависеть от моторных запросов, автоматизма и скорости, требуемой для выполнения поставленной задачи.

Частота когнитивных нарушений при заболеваниях с поражением мозжечка (у взрослых это чаще всего инфаркты и кровоизлияния, у детей — опухоли) в целом высока. По самым скромным оценкам одного хорошо систематизированного исследования, когнитивный дефицит после мозжечковых инсультов развивается у 35–100% пациентов (Hoffman, Schmitt, 2004). Сам дефицит, вызванный этими поражениями, имеет разнородный характер и может включать в себя нарушения управляющих функций, речи, праксиса, памяти и визуально-пространственной координации. Во многих случаях нарушения бывают достаточно умеренными, и со временем состояние пациента улучшается. Более обширные поражения сопровождаются более выраженным когнитивным дефицитом, причем дефицит при инфаркте в бассейне задней нижней мозжечковой артерии, как правило, легче когнитивной дисфункции, обусловленной инфарктом в бассейне верхней или передней нижней мозжечковой артерии.

Иссечение опухолей по срединной линии задней черепной ямки у детей в 13% случаев дает синдром задней черепной ямки. Согласно имеющимся

данным, этот синдром характеризуется мутизмом, ротоглоточной диспраксией, нарушением инициации произвольных движений, глазо двигательной апраксией, невоздержанностью, эмоциональной лабильностью, а также изменениями личности ребенка с манифестацией аутизмоподобного синдрома (Pollak, 2001). Несмотря на то что состояние большинства детей существенно улучшается, результаты долгосрочного наблюдательного исследования показали, что у некоторых из них дефицит разрешается не полностью. Иссечение опухолей правого полушария мозжечка может привести к нарушению речи и слуховой последовательной памяти, а удаление опухолей левого полушария мозжечка – к нарушению визуальной последовательной памяти.

Большинство данных (за некоторым исключением) свидетельствуют о развитии у пациентов с умеренным дегенеративным поражением мозжечка легкой субкортикальной деменции с нарушением управляющих функций и легким дефицитом памяти (White, Lalonde, Botez-Marquard, 2000; Zawacki et al., 2002). В целом, в отличие от болезни Гентингтона, дефект управляющих функций при поражениях мозжечка выражен сильнее, чем дефицит памяти (Brandt et al., 2004). Наиболее глобальный и тяжелый когнитивный дефицит встречается при спиноцеребеллярной атаксии (СЦА) 1-го типа (СЦА-1) (Burk et al., 2003). При СЦА-6 поражение в основном ограничивается клетками Пуркинье, и когнитивный дефицит проявляется в легкой форме. Степень когнитивной недостаточности при атаксии Фридрейха варьирует от минимальной до тяжелой с множеством различных качественных характеристик. Важно отметить, что исполнительная дисфункция при дегенеративных поражениях мозжечка может присутствовать даже у пациентов с нормальными результатами общей оценки интеллекта и исследования когнитивных функций у постели больного.

Некогнитивные нарушения

Исследования на приматах показали, что червь мозжечка модулирует эмоциональное возбуждение и чувство страха. Аналогичным образом у людей внешние раздражители с отрицательной или положительной эмоциональной окраской активируют специфические отделы мозжечка, и нарушения в данной цепи связей могут сопровождаться патологическим смехом и плачем. Взаимосвязь между топографией мозжечка и немоторными функциями не до конца изучена. Задняя доля мозжечка может быть связана с формированием аффекта и когнитивной деятельностью. Поражения по срединной линии сопровождаются изменениями аффекта, возможно, за счет вовлечения в патологический процесс проводящих путей, соединяющих червь через ядро намета мозжечка с лимбической корой (Schmahmann, 2004).

Инсульты с поражением мозжечка или ствола мозга приводят к нетяжелой и относительно кратковременной депрессии, в отличие от более выраженной и более длительной депрессии при инсультах с поражением

Для врачей непсихиатрического профиля термин «психотерапия» зачастую звучит как нечто расплывчатое и даже мистическое. Однако искусство лечения путем выстраивания взаимодействия врача и пациента практикуется в медицине с самых давних времен. Психотерапия представляет собой форму лечения, использующую психологические методы в контексте доверительного взаимодействия врача и пациента с целью влияния на психические функции и снятия эмоционального дистресса. Психотерапия может стать ключевым звеном в устранении симптомов, беспокоящих пациента, или служить дополнением фармакотерапии.

Взаимодействие врача и пациента, лежащее в основе психотерапии, отличается от других доверительных отношений, выстраиваемых с пациентом, членами его семьи, друзьями, наставниками и людьми, к которым больные обращаются за советом. В психотерапии существуют четко определенные границы между врачом, оказывающим медицинские услуги, и пациентом, получающим данные услуги. Подготовка специалистов выстроена таким образом, чтобы оказывать психотерапевтические услуги профессионально и сообразно обстоятельствам, используя определенные психологические методы. И врач, и пациент фокусируют свое внимание на специфических проблемах и совместно работают над преодолением психологического дистресса с целью уменьшения или купирования симптомов.

Цели психотерапии

Цели психотерапии могут существенно различаться в зависимости от конкретной ситуации, сложившейся у пациента. В некоторых случаях основной задачей психотерапии является уменьшение выраженности симптомов (например, уменьшение тревоги, улучшение настроения или уменьшение напряженности в межличностных отношениях пациента с окружающими). Психотерапия может использоваться, чтобы помочь пациенту заменить нездоровый, непродуктивный стиль мышления или поведения на более гибкие. С другой стороны, психотерапия может выполнять образовательную или инструктивную задачу и включать в себя работу по повышению способности пациента к адаптации и укреплению его коммуникативных

навыков. Все формы психотерапии призваны повысить у пациента уровень самосознания и самооценки. Терапевтическая концепция в процессе общения врача и пациента предусматривает рассмотрение всех симптомов, беспокоящих пациента, как заслуживающих внимания. Больному внушают надежду, что положение дел может быть улучшено. С раскрытием новых возможностей для контроля обстоятельств и с обсуждением алгоритмов действия в стрессовых условиях у пациентов появляется чувство владения ситуацией и снижается общая угнетенность.

Формы психотерапии

Принято выделять 3 основные формы психотерапии: 1) индивидуальная; 2) парная или семейная; 3) групповая. Во время индивидуальной психотерапии врач работает с пациентом в индивидуальном порядке, фокусируясь на уникальном отношении пациента к происходящему, на его переживаниях, а также на поведении, обусловленном текущим дистрессом. В ходе парной или семейной психотерапии члены семьи, столкнувшиеся с общей проблемой, получают консультативную помощь психотерапевта и работают над повышением эффективности общения и преодолением реальных социальных проблем. В процессе групповой психотерапии пациенты, не имеющие непосредственного отношения друг к другу, получают групповую консультацию и могут испытать положительные эмоции от чувства товарищества и поддержки в группе, а также приобрести положительный опыт путем общения с другими людьми, оказавшимися в такой же ситуации.

В зависимости от используемых специфических методик все вышеуказанные формы психотерапии, в свою очередь, могут подразделяться на поддерживающую, рациональную и когнитивно-поведенческую. Эти методики могут применяться в рамках каждой из форм психотерапии. В поддерживающей психотерапии акцент делается на практической формуле «здесь и сейчас» с целью мобилизации остающихся у пациента психологических резервов и обращения их на выздоровление. При рациональной психотерапии, направленной на мобилизацию критических способностей самосознания, цель лечения заключается в разъяснении пациенту его возможностей и в помощи в самостоятельном поиске решения в сложившейся ситуации. В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии у пациента вырабатываются навыки противодействия негативным побуждениям и вытеснения дезадаптивных форм поведения и реагирования.

Показания к психотерапии

Психотерапия может быть эффективной при ряде состояний, а также при различных жалобах психологического характера. Данный метод является основополагающим при лечении пациентов с выраженными нарушениями

аффекта, особенно при депрессии. В ряде хорошо спланированных исследований было показано, что психотерапия в сочетании с терапией антидепрессантами у пациентов с тяжелыми депрессивными расстройствами приводила к большим успехам, чем изолированная фармакотерапия (Thase et al., 1997; Reynolds et al., 1999; Pampallona et al., 2004). Особенно важно проводить психотерапию в течение первых недель фармакологического лечения большой депрессии. Несмотря на наличие множества эффективных антидепрессантов, для достижения полного фармакотерапевтического эффекта требуется по меньшей мере 4–6 нед. их приема. В данный период у пациентов наблюдается высокий уровень психологического дистресса на фоне отсутствия терапевтического эффекта от антидепрессантов. Психотерапия в подобных случаях помогает уменьшить психологические страдания и обеспечивает больным необходимое чувство надежды и эмоциональную поддержку. Более того, в процессе психотерапии создаются условия для тщательного наблюдения за состоянием пациента, что позволяет выявить возможное прогрессирование депрессивной симптоматики (в том числе появление суицидальных мыслей) и при необходимости своевременно госпитализировать больного.

Также психотерапия является ценным и эффективным методом лечения пациентов, страдающих от менее выраженных депрессивных симптомов. Как было описано в главе 2, психическое состояние многих больных с неврологическими заболеваниями может характеризоваться деморализацией. Деморализованные пациенты чувствуют подавленность и уныние из-за своего состояния и жизненных обстоятельств. Такие чувства могут сопровождаться изменениями настроения: раздражительностью, нетерпеливостью, унынием и отчаянием. Обычно эмоциональный дистресс сказывается на повседневных функциях, в связи с чем у больного могут возникать трудности при принятии решений и в общении с другими людьми (членами семьи, друзьями, коллегами). Деморализованные пациенты менее привержены к соблюдению предписаний, касающихся терапии основного неврологического заболевания. Психотерапия может обеспечить поддержку данных больных, являясь источником положительных эмоций и механизмов более эффективной адаптации.

При разнообразных неврологических нарушениях помимо депрессии нередко встречается тревога. Состояние тревоги может возникнуть при осознании пациентом физических ограничений, вызванных имеющимся неврологическим заболеванием (например, тремор, дискинезия, парез, нарушения координации, неустойчивость походки или изменения речи). У больных может отмечаться тревога ожидания в связи со страхом недержания мочи, кала или боязнь падения; в отдельных ситуациях – дискретные панические атаки. Подобные опасения и другие переживания, сопровождающиеся состоянием тревоги, могут затруднять взаимодействие пациента с окружающими и приводить к социальной изоляции. Кроме того, у больного могут возникать страхи и тревога по поводу прогноза заболевания, возможного развития зависимости от помощи окружающих,

финансовых трудностей. Во всех указанных ситуациях психотерапия может помочь уменьшить тревогу и не допустить развития более выраженных ограничений.

Также психотерапия может быть показана пациентам с нарушениями адаптации и социальных взаимоотношений вследствие имеющихся неврологических расстройств, например, больным, частично или полностью зависимым от помощи окружающих (как первично, так и при утяжелении состояния). Это становится особенно важным при необходимости отказа пациента от работы по специальности или вождения автомобиля либо при значительном изменении его роли в семье в связи с неврологическим расстройством.

Наконец, неврологи не должны упускать из виду потребность в психологической помощи лиц, ухаживающих за пациентами с неврологическими расстройствами. Среди людей, задействованных в уходе, достаточно высока распространенность депрессии, тревоги и эмоционального дистресса (Pinquart, Sorensen, 2003). Эти люди не могут полноценно ухаживать за больными, если сами испытывают чувство потрясения и подавленности в связи с возрастающими потребностями их подопечного. Таким образом, у них самих имеется повышенный риск расстройств здоровья (Sculz, Beach, 1999). Более эффективно адаптироваться в условиях психологического дистресса в подобных ситуациях можно с помощью групповой и индивидуальной психотерапии.

Направление на психотерапию

Несмотря на то что практически все врачи выстраивают доверительные отношения со своими пациентами, лишь немногие проводят официальные психотерапевтические процедуры, ведь эффективная психотерапия требует много времени. Пациенту как минимум необходимы еженедельные сеансы продолжительностью 30–60 мин. У большинства врачей не бывает достаточно времени для оказания подобной помощи в рабочие часы. В связи с этим неврологам рекомендуется направлять пациентов к специалистам

Таблица 22.1. Показания к психотерапии

Психотерапевтическое лечение может быть назначено пациентам или членам их семей при наличии у них следующих ситуаций или жалоб:

- чувство потрясения, сильный стресс, сложность адаптации;
- депрессия, ощущение безнадежности, колебания настроения, раздражительность;
- выраженная тревога, панические атаки;
- трудности в выполнении терапевтических предписаний, неявка к врачу;
- социальная изоляция, социальная отчужденность;
- более выраженные, чем ожидаемые, соматические жалобы и меньшая функциональная сохранность.