

ШИЗОФРЕНИЯ И ДРУГИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С РАННИМ НАЧАЛОМ

Jean Starling,
Isabelle Feijo

Психотические расстройства связаны с нарушением эмоционального, когнитивного и социального функционирования, потенциально приводящего к длительной инвалидности. Существует также повышенный риск суицида и причинения вреда другим людям, особенно при обострении болезни. Важное значение имеет раннее и специализированное лечение, при этом оптимальные результаты в острой фазе заболевания достигаются при своевременном направлении в психиатрическое учреждение и интенсивном лечении под наблюдением бригады психиатрической помощи, включающей психиатров. Более того, в большинстве культур эти расстройства относятся к категории чрезвычайно стигматизирующих, что существенно затрудняет лечение и интеграцию в сообщество.

Психотические симптомы у детей

Шизофрения крайне редко встречается среди детей препубертатного возраста; психотические симптомы в этой возрастной категории нуждаются в осторожной оценке и могут быть вызваны целым рядом других расстройств. В данной главе мы рассмотрим и обсудим проявления этих симптомов у детей.

Дебютирующая в детском возрасте шизофрения, когда симптомы у детей отвечают диагностическим критериям этого расстройства и появляются в возрасте до 13 лет – очень редкое заболевание с распространенностью 1/10 000 (Asarnow et al, 2004). Наиболее современные данные о шизофрении, начавшейся в детском возрасте, были получены в исследованиях больших когорт, таких как Исследование начавшейся в детстве шизофрении Национального института психиатрии (англ. – Childhood-onset Schizophrenia Study at the NIMH (Rapoport & Inoff-Germain, 2000)). Эти исследования были проведены в широких географических зонах и характеризуются строгими критериями включения. Данные, полученные в этих когортах, позволяют предположить, что шизофрения начинающаяся в детском возрасте является тяжелой формой расстройства подросткового/юношеского возраста. Результаты исследований в этих когортах указывают на более частые преморбидные нарушения по сравнению с когортами с поздним началом, при этом отмечается более высокая распространенность цитогенетических аномалий (Addington & Rapoport, 2009) и отклонений развития, включая общие расстройства психологического развития и умственную отсталость (Rapoport et al, 2009). Более часто, по сравнению с кон-

трольными группами, отмечались преморбидные социальные нарушения, моторные отклонения и шизофрения в семейном анамнезе. Заболевания часто развивались постепенно и вначале проявлялось нарушением когнитивных функций (Bedwell et al, 1999) и нейроанатомическими изменениями (Arango et al, 2008). Однако небольшое число детей с психотическими симптомами соответствовало диагностическим критериям детской шизофрении, и к тому времени, когда они отвечали этим критериям, они уже были хроническими больными с выраженной инвалидностью.

Термины, использованные в этой главе

- Психотические (симптомы) – слово, используемое для описания ситуаций, когда восприятие, мышление и эмоции нарушаются настолько глубоко, что теряется контакт с объективной реальностью. Два наиболее распространенных психических заболевания, при которых психотические симптомы являются доминирующими признаками – это шизофрения и биполярное расстройство. К психотическим симптомам относятся:
 - Галлюцинации (ложные сенсорные восприятия при отсутствии внешних стимулов). Слуховые галлюцинации («голоса») встречаются чаще всего, однако зрительные галлюцинации также наблюдаются у детей и подростков с психозом.
 - Бредовые идеи (непоколебимые убеждения, не разделяемые другими членами сообщества, возникающие вследствие искаженной интерпретации объективной реальности, противоречащие социальному происхождению или религиозному воспитанию индивида).
- Позитивные симптомы характеризуют чрезмерность или искажение нормальных функций (такие как галлюцинации или бредовые идеи).
- Негативные симптомы используются для описания снижения или потери нормального функционирования (например, потеря нормальной эмоциональной реактивности или нарушение когнитивного функционирования).
- Продром – период, предшествующий появлению психотических симптомов, когда нарушено функционирование.
- Острый психоз – это период времени, когда доминируют галлюцинации/бредовые идеи и часто нарушено поведение.

Еще одно психотическое расстройство, встречающееся в детском возрасте – биполярное расстройство (описано в главе Е.2). Однако большинство детей, у которых отмечаются психотические симптомы, не страдают шизофренией или биполярным расстройством. Чаще всего у них имеются преходящие слуховые галлюцинации, а также эмоциональные симптомы или проявления тревоги, связанные с дистрессом. При первичном осмотре такие дети часто соответствуют диагностическим критериям депрессии, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но ни одному из психотических расстройств. У многих в анамнезе связанные с развитием поведенческие или эмоциональные проблемы, которые могут присутствовать вводящее в заблуждение сочетание симптомов. Проведено немного исследований, в которых проводилось катамнестическое наблюдение за такими детьми, с целью установить, развивается ли у них в дальнейшем шизофрения, тем не менее ниже представлен обзор опубликованных результатов.

Слуховые галлюцинации – нередкое явление у детей, поступающих на лечение в психиатрические учреждения, но не страдающих психотическими расстройствами (Dhossche et al, 2002). При том, что большинство из них, по всей видимости,

выздоровливают, в подгруппе с галлюцинациями развиваются психотические заболевания. В клинической выборке из 90 детей было установлено, что у половины из 15%, сообщавших в начале о галлюцинациях, через 12 месяцев эти симптомы исчезли, тогда как у одной трети они не прекращались, и такие дети в большей степени приблизились к соответствию критериям диагностики шизофрении или биполярного расстройства (Askenazy et al, 2007). У 60% из выборки 80 детей со слуховыми галлюцинациями сообщали, что через три года галлюцинации прекращались, но у 16% появились бредовые идеи (Escher et al, 2002). Галлюцинации были более стойкими у детей с диагнозами тревоги, депрессии или диссоциативного расстройства. Другими факторам риска были поведенческие проблемы, негативные симптомы и более частые слуховые галлюцинации или галлюцинации негативного содержания. Дети и подростки с ПТСР также с высокой достоверностью сообщают о слуховых галлюцинациях (Scott et al, 2007). Дети в выборках по месту жительства относительно часто жалуются на наличие слуховых галлюцинаций, так в двух исследованиях сообщается о том, что количество таких детей достигает 8% (McGee et al, 2000; Scott et al, 2006). Галлюцинации с большей вероятностью наблюдались среди детей с тревогой, депрессией, невнимательностью или гиперактивностью, а также в дисфункциональных семьях. Когда группа пациентов, описанная McGee и коллегами, была обследована через 15 лет, т.е. в возрасте 26 лет, четвертая часть из тех пациентов, у которых в 11-летнем возрасте наблюдались психотические симптомы, соответствовали критериям шизофреноформного расстройства (Poulton et al, 2000).

Подводя итог выше сказанному, можно утверждать, что диагностика психотических симптомов в детском возрасте может быть сложной, кроме того важное значение имеет отдаленная перспектива. Возможно, более эффективным будет формулирование «диагностических гипотез», а не установление специфических диагнозов, особенно при оценке первоначальных проявлений (Lee et al, 2003). При том, что у большинства детей с изолированными психотическими симптомами они не приведут к возникновению шизофрении, это заболевание или биполярное расстройство возникнет у значительного меньшинства либо в течении года или двух после первого появления галлюцинаций, либо они будут чувствовать себя относительно нормально в подростковом возрасте, а шизофрения проявит себя, когда они станут взрослыми.

Психотические симптомы у подростков

В подростковом возрасте повышается распространенность психотических расстройств всех типов, достигая показателя один на 500 в возрасте 18 лет. Ретроспективно, около трети взрослых, страдающих психотическими расстройствами, сообщают о том, что их заболевание началось до двадцатилетнего возраста, и распространенность всех психотических расстройств в течение жизни во взрослой популяции составляет 2% – 3% (Kendler et al, 1996). Несмотря на то, что некоторые подростки, страдающие психозом, относятся к сходным группам риска с началом шизофрении в детском возрасте, у большинства прежнее функционирование было нормальным. В этой группе заболевание обычно начинается с продромального периода, для которого характерны неспецифические симптомы, включая подавленное настроение, тревогу, когнитивные и функциональные нарушения.

Таблица Н.5.1 Диагностические критерии шизофрении

1. Два или больше из перечисленных ниже симптомов, присутствующих, по крайней мере, один месяц:
 - Галлюцинации
 - Бредовые идеи
 - Нарушения мышления и речи (речь может быть непоследовательной или крайне ограниченной)
 - Значительно дезорганизованное поведение (включая кататонию или выраженную двигательную медлительность)
 - Негативные симптомы
2. Ухудшение функционирования в социальной, образовательной или профессиональной сферах
3. Длительность заболевания, по меньшей мере, шесть месяцев, включая продром, если имеется (если длительность меньше шести месяцев, считается, что это шизофреноподобный психоз)
4. Симптомы не связаны с каким-либо другим психическим заболеванием, таким как аффективное расстройство или другим болезненным состоянием.

Факторы риска шизофрении у подростков и юношей хорошо описаны. К ним относятся: шизотипическая личность, подпороговые психотические симптомы (такие как кратковременные, нечеткие слуховые галлюцинации), функциональное снижение и шизофрения в семейном анамнезе (Owens & Johnstone, 2006; Yung et al, 2004). Сочетания этих симптомов описаны как психическое состояние «сверхвысокого риска». Считалось, что вероятность перехода в психоз при наличии этих факторов риска – очень высокая, однако недавние исследования показали, что у обратившихся за помощью молодых людей этот риск снижается от 40% до 16% (Yung et al, 2008). Вероятность перехода в психоз повышается при плохом функционировании, слабо выраженных психотических симптомах, депрессии и продолжительных продромальных симптомах.

В настоящее время продолжают дискуссии относительно того, на какой стадии следует проводить лечение психотических симптомов при шизофрении, начинающейся в подростковом возрасте. Клинические исследования антипсихотических лекарственных препаратов продемонстрировали ослабление перехода от состояния «сверхвысокого риска» до психотического расстройства. Однако, так как риск перехода в психоз снижается в клинических когортах, риск применения антипсихотических медикаментов у подростков, у которых маловероятно возникновение в дальнейшем психоза, становится менее приемлемым (Yung et al, 2007).

ЭТИОЛОГИЯ

Патофизиология шизофрении или любого другого психотического расстройства все еще остается невыясненной. Всем психотическим расстройствам свойственна генетическая восприимчивость, однако отсутствует какой-либо отдельный ген, ответственный за этиологию. В современных исследованиях сообщается о многих генах, ассоциированных с развитием шизофрении, но большинство из них оказывает небольшой эффект. Большинство из этих генов неспецифичны и

некоторые из них, связанные с шизофренией, связаны также с аутизмом и биполярным расстройством. Существует также множество других органических и психологических факторов риска. Обзор факторов риска и их ассоциированных отношений можно увидеть в Таблице Н.5.1. К дополнительным факторам риска относится мужской пол и принадлежность к иммигрантам. Дети, и в меньшей степени подростки, с психозом имеют больше факторов риска, чем лица с более поздним началом заболевания.

Что касается молодых людей и их семей, наиболее понятной моделью этиологии шизофрении является модель стресса/уязвимости. К факторам риска (или уязвимости) возникновения шизофрении относятся:

- Психоз в семейном анамнезе, особенно среди родственников первой линии родства
- Личность шизотипического, шизоидного или параноидного спектра
- Поздний подростковый или ранний взрослый возраст.

К факторам, которые могут способствовать возникновению психотического эпизода, относятся органические факторы, такие как незаконное или медицинское употребление психоактивных веществ, тяжелое соматическое заболевание, травма или психологические стрессы, такие как начало более сложного курса обучения.

Рисунок Н.5.1 Сравнение хорошо установленных факторов риска возникновения шизофрении, относящихся, главным образом, к пре- и антенатальным факторам



ЦНС: центральная нервная система. Источник: Sullivan PF. The genetics of schizophrenia.

СИМПТОМЫ ПСИХОЗА

Позитивные симптомы

- Галлюцинации, наиболее часто слуховые галлюцинации или «голоса». Зрительные галлюцинации встречаются чаще у детей, чем у взрослых (в некоторых когортах до 50%)
- Бредовые идеи, главным образом, персекуторный бред или/и бред величия

Негативные симптомы

- Снижение мотивации
- Уплощенный или притупленный аффект
- Социальная изоляция
- Нарушение когнитивного функционирования в таких сферах, как внимание, концентрация, память и планирование.

Эти негативные симптомы лучше всего прогнозируют отдаленные последствия и могут на несколько месяцев предшествовать появлению галлюцинаций и бреда. Кроме того, часто отмечаются колебания настроения, тревога и разного уровня ажитация.

Шизофрения и биполярное расстройство являются двумя наиболее частыми психотическими расстройствами. В Таблице Н.5.1. представлены критерии диагностики шизофрении. Ведущие симптомы – галлюцинации и/или бредовые идеи. У людей с установленным диагнозом шизофреноформного расстройства наблюдаются те же симптомы, что и при шизофрении, но длятся они меньше шести месяцев. При обоих состояниях отмечается нарушение поведения и снижение функционирования, включая успеваемость в школе и социальное функционирование. При биполярном расстройстве главным признаком является отчетливый период эмоциональных симптомов, при этом мания (по меньшей мере, один эпизод чрезмерно повышенного настроения, влияющего на все сферы функционирования, включая сон и когнитивные способности, длящийся не меньше семи дней) наиболее явственный из них. Бредовые идеи и галлюцинации при психотическом биполярном расстройстве характеризуются грандиозностью, если у пациента мания, и имеют депрессивный оттенок (например, вины, краха, разорения, никчемности) при психотической депрессии. Биполярное расстройство нередко начинается депрессивным эпизодом, поэтому диагноз часто неясен до тех пор, пока у молодого человека не разовьется маниакальный эпизод (см. Главу Е.2). Диагноз шизофрении и психотического расстройства настроения имеет низкую надежность на первоначальном этапе, с невысоким уровнем согласия между клиницистами и диагностической нестабильностью с течением времени.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД

Благоприятный исход при психозе с ранним началом подразумевает не только исчезновение острых психотических симптомов, таких как галлюцинации и бред, но также исчезновение негативных симптомов, и возвращение к учебе в школе и в круг друзей. Быстрое выздоровление наиболее вероятно при раннем лечении, более остром начале и в том случае если заболевание проявляется незначительным количеством негативных симптомов. Раннее начало ассоциируется с неблагоприятным исходом, особенно, если заболевание начинается в детском возрасте (Hollis, 2000). Заболевание, начавшееся до 18-летнего возраста, проявляет тенденцию к худшему исходу по сравнению с расстройством, впервые проявившемся в зрелом возрасте (Schimmelmann et al, 2007). С неблагоприятным исходом также связаны: мужской пол, длительное употребление психоактивных веществ, общее расстройство психологического развития, плохое преморбидное функционирование и постепенно развивающееся начало.

Раннее лечение не только смягчает тяжесть первого эпизода, но также помогает предупредить обострение. Несмотря на то, что выздоровление возможно уже после первого эпизода (около 20% молодых людей с шизофренией имеют только один эпизод), рецидив не только оказывает чрезмерно разрушительное влияние на образовательное, профессиональное и персональное развитие, но может также хуже реагировать на лечение. Активное катамнестическое наблюдение после первого эпизода, включая четкий план выявления ранних предупреждающих сигналов (едва различимые признаки изменения психического состояния), равно как и непрерывное антипсихотическое медикаментозное лечение на протяжении двенадцати месяцев после наступления ремиссии существенно снижает риск рецидива.

ПСИХОЗ В СПЕЦИФИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Лица с инвалидностью вследствие порока развития

Молодые люди с инвалидностью вследствие порока развития, в частности вследствие общих расстройств психологического развития, относятся к группе высокого риска развития психоза, но в этой группе также с большой вероятностью неправильно диагностируется психотическое расстройство. Общие расстройства психологического развития, называемые также расстройствами аутистического спектра, обсуждаются в главе С.2. Эти расстройства манифестируют дефицитом социальных взаимоотношений, нарушениями вербальной и невербальной коммуникации, ограниченными и своеобразными интересами, а также стереотипным поведением. Из-за того, что центральные дефициты при общих расстройствах развития приводят к проблемам с социальными взаимодействиями, повторяющимся и другим необычным действиям, странной увлеченности, дифференциальная диагностика этих расстройств и других психотических заболеваний может оказаться затруднительной. Поведение или когниции, свойственные для расстройства общего психологического развития, могут быть похожими на те, что наблюдаются при таких расстройствах как тревога,

обсессивно-компульсивное расстройство и даже шизофрения. Широкие фенотипы, наблюдаемые наиболее часто у родителей детей с аутизмом, такие как задержка речевого развития, низкое социальное функционирование и дефициты исполнительного контроля также являются факторами риска возникновения шизофрении (Losh et al, 2008), что указывает на некоторые общие этиологические факторы.

Взаимное наложение симптомов общего расстройства развития и психоза настолько выражено, что до 70-х годов для обозначения как детской шизофрении, так и аутизма широко использовался термин детский психоз. Позже значительная часть усилий в этой области (как, например, оригинальное исследование, проведенное Kolvin (Kolvin, 1971)) была направлена на выявление отличий между шизофренией и аутизмом, включая такие особенности как возраст начала и разный исход. В последние два десятилетия четко очерчены ключевые синдромы общего расстройства развития и детской шизофрении, а исследования сосредоточены на идентификации коморбидного психоза и других психических заболеваний при общем расстройстве развития.

В клинической практике сложнее всего проводить дифференциальную диагностику у молодых людей с общим расстройством развития и слишком странным поведением или снижением функционирования (Starling & Dossetor, 2009). Важно рассматривать убеждения и поведение в контексте развития, особенно у молодых людей с интеллектуальной недостаточностью. В этой популяции тревога и депрессия также может манифестировать необычным поведением. Не следует диагностировать психоз у индивидов с общим расстройством развития при отсутствии галлюцинаций или бреда, так как самого по себе беспокойного поведения недостаточно для обоснования диагноза.

Молодые люди с травмой в анамнезе

Частота психотических расстройств среди взрослых, которые перенесли в детстве сексуальное насилие, существенно выше (Cutajar et al, 2010). Психологическая травма в анамнезе или плохое обращение повышают также риск перехода от продромальных симптомов к психотическому расстройству в раннем взрослом возрасте (Bechdolf et al, 2010). Меньше приведено доказательств наличия связи между травмой и психозом у детей и подростков, однако перенесшие травму молодые люди, часто сообщают о галлюцинациях, иногда как о симптоме посттравматического стрессового расстройства (Shevlin et al, 2007). Продолжаются некоторые дискуссии относительно того, отличаются ли галлюцинации, о которых сообщают молодые люди с перенесенной в детстве травмой, от галлюцинаций у подростков без насилия в анамнезе. В одних исследованиях было обнаружено, что чаще встречаются галлюцинации, напрямую связанные с травматическим опытом, тогда как другие не обнаружили отличий в симптоматике (Scott et al, 2007).

Травма детского возраста в анамнезе повышает также риск агрессии, самоповреждений, суицидальных попыток и злоупотребления психоактивными веществами у пациентов с психозом (Hainsworth et al, 2011). С клинической точки зрения это означает, что молодых людей с психозом и травматическим опытом, по всей вероятности, будет сложно лечить, и что такие пациенты потенциально более опасны для себя и окружающих. Они чаще проживают не в своих семьях и имеют

более слабую поддержку со стороны семьи. Важно отдавать себе отчет о причинах нарушенного поведения и проводить также лечение симптомов травмы наряду с лечением симптомов психотического расстройства.

Употребление психоактивных веществ

Взаимодействие между употреблением наркотиков и ранним началом психоза сложное. Имеются достоверные данные, что раннее употребление каннабиса повышает риск возникновения психоза в дальнейшей жизни, при этом одни молодые люди более уязвимы, чем другие. Исследование популяции в Новой Зеландии указывает на то, что у лиц с функциональным полиморфизмом гена катехол-О-метилтрансферазы (КОМТ) (ассоциированного с продукцией дофамина в мозге) отмечается десятикратное повышение риска возникновения психоза, что позволяет предположить наличие взаимодействия ген-окружающая среда (Caspi et al, 2005). Употребление наркотиков, особенно каннабиса, психостимуляторов и галлюциногенов может провоцировать психотический эпизод, ослаблять реакцию на лечение и повышать риск рецидива после выздоровления. Каннабис может усугублять когнитивные нарушения. Острая наркотическая интоксикация может симулировать психоз, хотя в данном случае симптомы, как правило, длятся несколько часов или дней. Если симптомы сохраняются несколько дней или недель, то это указывает либо на тяжелое длительное употребление психоактивных веществ, либо на психотическое заболевание (Volkow, 2009).

Запрещенные наркотики могут также употребляться с целью самолечения и снятия стресса в продромальной стадии шизофрении, таким образом, психотическое заболевание предшествует злоупотреблению психоактивными веществами, однако длительное употребление приводит к тому, что галлюцинации и бредовые идеи хуже реагируют на медикаменты. Стратегии оказания помощи подросткам с психозом и злоупотреблением наркотиками детально изложены на вебсайте ЕРРПС.

ОЦЕНКА

Цель первоначальной оценки молодых людей с психотическим расстройством заключается не только в постановке диагноза, но также и в том, чтобы установить раппорт, а также определить этап непрерывного лечения нередко хронического заболевания. Несмотря на то, что медленное и осторожное продвижение на этой стадии может показаться пустой тратой времени, ускоренное принуждение к лечению без необходимого обсуждения, обучения и достижения понимания со стороны пациента и его родственников может в дальнейшем привести к избеганию контактов с медицинской службой и обострению или рецидиву заболевания.

Индивидуальная оценка

Сбор анамнестических данных о психотических симптомах может оказаться сложной задачей. Молодые люди часто избегают обсуждения таких симптомов, поскольку боятся, что к ним будут относиться как к «сумасшедшим». Им необходимо предоставить возможность выбрать: предпочитают ли они, чтобы их осмотрели

наедине, или хотят, чтобы осмотр прошел в присутствии кого-либо из взрослых, кому они доверяют – часто это родители, хотя всегда необходим кратковременный осмотр молодых людей без присутствия посторонних, например, для оценки суицидальности. Обсуждение в начале интервью более нейтральных тем, таких как семья, школа, увлечения и дружба помогает установить раппорт и составить картину их общего функционирования. Затем интервью может перейти к вопросам о более специфических затруднениях или проблемах и исследовать их более детально.

Очень важно задать вопросы о таких симптомах, как тревога и депрессивное или приподнятое настроение, равно как и обсудить мысли о причинении себе вреда и суициде. И наконец, необходимо задать специфические вопросы о психотических симптомах, при этом важно быть нейтральным, но, вместе с тем, прямолинейным. Можно, например, сказать так: «Я собираюсь задать тебе несколько вопросов, которые могут показаться странными, но они очень важные, так как помогут мне понять, что происходит с твоими мыслями». Для окончательного выявления всех симптомов может понадобиться несколько интервью; сбитым с толку молодым людям может быть очень сложно выразить словами хаос в мыслях. Примеры вопросов, которые необходимо использовать для всесторонней оценки психотических симптомов, представлены в Таблице Н.5.2.

Таблица Н.5.2. Оценка психического состояния на наличие психотических симптомов

	Вопросы, задаваемые во время интервью	Обоснование вопросов
Внешний вид и поведение	Наблюдение при проведении интервью	Необычное поведение или манера одеваться должны быть описаны и, по возможности, поняты во время интервью
Способность осознать свое психическое состояние	– Можешь ли ты сказать, что тебя привело ко мне? – Считаешь ли ты, что тебе нужна помощь в решении этой проблемы?	Если они понимают, что больны и что нуждаются в лечении, сотрудничество более вероятно
Настроение: подавленное	– Чувствовал ли ты себя расстроенным или подавленным в последнее время? – Потерял ли ты интерес к тем вещам, которые раньше доставляли тебе радость? – Были ли у тебя проблемы со сном? – Возникали ли у тебя мысли о том, чтобы причинить себе боль (нанести повреждения)? Если на какой-либо из вышеперечисленных вопросов испытуемый отвечает «да», расспросите о приеме пищи, ажитации, концентрации, чувстве вины и мыслях о безысходности, а также суицидальных мыслях и планах	Проверка на наличие в настоящее время или в анамнезе депрессии и риска самоповреждений или суицида

	Вопросы, задаваемые во время интервью	Обоснование вопросов
Настроение: приподнятое	<ul style="list-style-type: none"> – Бывали ли у тебя периоды, когда ты чувствовал себя настолько хорошо, возбужденным или энергичным, что появлялось ощущение потери контроля над собой, либо ты совершал необдуманные поступки? – Если ответ положительный, расспросите более детально. 	Период приподнятого настроения может быть проявлением биполярного расстройства
Особенности мышления	Наблюдение за последовательностью речи и мышления во время интервью	Расстройства мышления часто наблюдаются при психозе, и характер нарушения помогает в диагностике. При нарушении мышления мысли не связаны между собой. Речь также может быть ускоренной при биполярном расстройстве или замедленной при депрессии.
Нарушения восприятия: галлюцинации	<ul style="list-style-type: none"> – Слышал ли ты когда-либо то, что другие люди не могли услышать, например, шумы или человеческие голоса? – Если да, то что это было, и как часто? – Если это были голоса, комментировали ли они то, что ты думал или делал? – Как много голосов ты слышал? Разговаривали ли они между собой? – Были ли у тебя какие-либо видения, видел ли ты вещи, которые не видели другие люди? (расспросите о деталях) – Спросите также о тактильных, обонятельных или вкусовых отклонениях. 	Эти вопросы направлены на то, чтобы выявить ключевые психогические симптомы. Чем сложнее становятся галлюцинации (более частые, говорят о большем количестве вещей, больше чем один голос) тем выше вероятность психотического расстройства.
Содержание мыслей: бредовые идеи	<p>Начните с фразы: «Я хотел бы расспросить тебя о необычных переживаниях, какие иногда бывают у людей»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Казалось ли тебе иногда, что другие люди говорят о тебе или обращают особое внимание на тебя? – Получал ли ты когда-либо особые сигналы или сообщения из телевизора, радио, или других окружающих предметов? – А что, если кто-то пытается создать тебе неприятности или причинить вред? – Чувствовал ли ты себя когда-либо особенным или мог делать то, что другие не могли? <p>При положительном ответе на какой-либо из вопросов, расспросите более детально</p>	По мере того, как бредовые идеи становятся более сложными (например, люди не только смотрят на меня, но и строят планы, как навредить мне) тем более вероятно психотическое расстройство. Параноидные идеи более вероятны при расстройствах шизофренического спектра, идеи грандиозности при биполярном расстройстве.

	Вопросы, задаваемые во время интервью	Обоснование вопросов
Когнитивное функционирование	Расспросите о текущем и прошлом функционировании в школе, в том числе и о концентрации, мотивации, способности к обучению и академической успеваемости	Преморбидное когнитивное функционирование влияет на прогноз, хотя ухудшение наблюдается не только при психотических расстройствах, но и при депрессии.

Важное значение также имеет обсуждение правил соблюдения конфиденциальности. Несмотря на то, что необходимо придерживаться конфиденциальности в отношении мыслей и чувств подростков, если они рассказывают о причинении вреда себе или другим, часто возникает обязанность раскрытия этой информации из соображений безопасности. Точно также информация о перенесенном сексуальном или физическом насилии может требовать раскрытия ее соответствующим инстанциям, в зависимости от законодательства страны, в которой проживают подростки.

Важно помнить о том, что изолированное психотическое расстройство – редкое явление. К наиболее частым коморбидным состояниям относятся: злоупотребление психоактивными веществами (расспросите о курении табака, каннабиса или употреблении психостимуляторов), тревога, депрессия, поведенческие расстройства, травма в анамнезе или расстройства развития.

Другие оценки

У родителей можно собрать информацию об истории развития, включая беременность (вирусные инфекции, употребление матерью алкоголя или наркотиков, другие осложнения), родовую травму (такая, как кесарево сечение по неотложным показаниям) или отклонения в развитии. Они также могут описать симптомы, о которых подросток не хочет рассказывать или не осознает их. У сиблингов также можно получить дополнительную информацию, особенно о взаимоотношениях и социальном функционировании. Прошлое или семейный психиатрический анамнез может быть важной направляющей информацией при постановке диагноза.

Подтверждающая информация из школы об академической успеваемости и социальном функционировании, из учреждений здравоохранения и других опекунских организаций также будет необходима, и не только для текущей оценки психического состояния, но также и для сравнения уровней функционирования в прошлом и в настоящем.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В первую очередь необходимо решить действительно ли возникшие симптомы – это проявления психотического заболевания или они вызваны другим расстройством. Например, депрессивный подросток может рассказывать, что он слышит голос, который говорит, что он ни на что не способен, при этом на самом деле

описывать собственные мысли; или тревожный подросток может видеть тень от своей кровати и быть убежденным, что в дом забрались воры.

Симптомы могут также казаться проявлениями психоза, но не полностью соответствовать критериям диагностики. У многих индивидов шизофрения начинается с продромального периода, с нарушений в эмоциональной сфере, мышлении и поведении и некоторым ухудшением функционирования. Тем не менее, эти симптомы не специфичны и могут иметь другие причины, такие как расстройство адаптации или депрессия. В одном из исследований описывается подобный психотическому опыт (англ. *psychotic-like experiences*) – странные убеждения, персекуторные идеи и магическое мышление. Все эти симптомы, за исключением магического мышления, повышают риск развития в дальнейшем психоза (Yung et al, 2006).

Даже если ясно, что пациент соответствует критериям диагностики психотического расстройства, на начальном этапе может быть сложно установить специфический диагноз (например, шизофрении или биполярного расстройства). Многие диагнозы, сформулированные на основании первоначальных проявлений, в дальнейшем могут оказаться некорректными (McGorry et al, 1995). Таким образом, некоторые специалисты предпочитают использовать формулировку *психоз с ранним началом*, поскольку она отражает диагностическую неопределенность и позволяет более гибко подходить к назначению лечения. Если имеет место несомненное психотическое расстройство, важное значение имеет раннее начало лечения, независимо от его природы (например, шизофрения, аффективное расстройство). Чем дольше длится психоз без лечения, тем тяжелее симптомы поддаются лечению и тем выше риск длительной нетрудоспособности (Leeson et al, 2011). Важно также не пропустить депрессию или приподнятое настроение и ошибочно диагностировать шизофрению вместо аффективного расстройства.

Как уже обсуждалось ранее, необходимо также проводить дифференциальную диагностику с другими расстройствами: расстройством общего психологического развития, ПТСР с флэшбэками, делирием, а также наркотической интоксикацией и психозом, вызванным употреблением психоактивных веществ. И наконец, важно с помощью соматического осмотра и физического обследования, как детально описано ниже, исключить возможные органические заболевания, которые можно спутать с психозом, такие как делирий, неврологические расстройства и другие соматические состояния, такие как тиреотоксикоз или недостаточность витамина B12.

Исследования

Исследования подробнее изложены в Таблице Н.5.3. Они проводятся не только для того, чтобы исключить поддающиеся лечению органические причины психоза, но используются также как исходные данные для наблюдения, предупреждения и купирования побочных эффектов лечения. Важное значение имеет также полное физическое обследование, с особым акцентом на неврологических и связанных с развитием отклонениях. С самого начала необходимо зафиксировать и в дальнейшем регулярно проверять вес, рост, объем талии,

артериальное давление и пульс. Существуют острые аутоиммунные или воспалительные заболевания, которые могут имитировать психоз, особенно если имеет место острое начало (в этом случае может быть симптоматика, характерная для делирия). Может потребоваться консультация педиатра или другого медицинского специалиста.

Таблица Н.5.3 Исследования, рекомендованные для исходной оценки при психозе с ранним началом

Исследование	Обоснование
Общий клинический анализ крови	<ul style="list-style-type: none"> Выявление предшествующих гематологических заболеваний, таких как анемия Мониторинг побочных эффектов стабилизаторов настроения
Анализ мочи, электролитов крови, исследование функции печени	<ul style="list-style-type: none"> Исключение предшествующих нарушений (редко при психозе может наблюдаться полидипсия) Мониторинг возможных побочных эффектов медикаментов (некоторые антипсихотики и антидепрессанты могут вызывать гипернатриемию, стабилизаторы настроения могут влиять на функцию печени)
Уровень глюкозы в крови натощак, холестерин и триглицериды	<ul style="list-style-type: none"> Выявление инсулиновой резистентности или нарушений липидного обмена. Мониторинг в начале лечения и в дальнейшем каждые шесть месяцев, так как большинство антипсихотиков могут вызывать прибавление веса и инсулиновую резистентность
Функция щитовидной железы	<ul style="list-style-type: none"> Нарушения функции щитовидной железы могут вызывать колебания настроения или депрессию, и являются побочным эффектом при лечении литием
Уровень кальция в крови	<ul style="list-style-type: none"> Нарушения в редких случаях могут вызывать психоз
Пролактин	<ul style="list-style-type: none"> Исключение гиперпролактинемии до начала лечения (например, вызванной опухолью гипофиза) Для мониторинга возможной гиперпролактинемии, вызванной антипсихотиками
Нейровизуализация (Компьютерная томография, КТ; магнитно-резонансная томография, МРТ)	<ul style="list-style-type: none"> Исключение предшествующих нейроанатомических повреждений (травмы, злокачественные новообразования) Предпочтительнее МРТ, поскольку позволяет получить изображение с более высоким разрешением и из-за более низкой дозы радиации, однако пациенты могут не переносить шум и испытывать клаустрофобию
ЭЭГ	<ul style="list-style-type: none"> Исключение эпилепсии
Исследование мочи на содержание наркотиков	<ul style="list-style-type: none"> Для исключения употребления или идентификации употребляемых наркотиков в последнее время

ЛЕЧЕНИЕ

Менее принудительное лечение

При проведении диагностики необходимо всегда оценивать риск как для пациента, так и для окружающих. В идеале диагностика и лечение должны проводиться пока пациент находится дома со своей семьей, однако может возникнуть необходимость в направлении в стационар, если:

- Имеются опасения относительно высокого риска суицида
- Существует риск агрессивного поведения в отношении других людей (например, из-за бредовых убеждений)
- Имеется высокий риск эксплуатации пациента, пока он находится в болезненном состоянии
- Пациент не имеет постоянного места жительства
- Опекуну обессилены. Например, когда подросток требует круглосуточного непрерывного наблюдения, и семья больше не может с этим справиться
- Имеют место физические симптомы, такие как колеблющиеся уровни сознания, требующие неотложного медицинского обследования.

Принимая во внимание возможный риск, в большинстве случаев, необходимо выбрать вариант менее всего ограничивающий свободу пациента. При высокой степени риска может возникнуть необходимость в принудительной госпитализации, если нельзя получить согласия как от самого пациента, так и от его родственников, или если имеются опасения, что молодой человек не в состоянии принимать рациональные решения относительно лечения. Законы, касающиеся принудительной госпитализации, отличаются в разных странах, но в большинстве случаев лечение против воли пациента разрешается, если он представляет серьезную опасность для самого себя или других людей. Перейдя по этой ссылке <http://www.health.nsw.gov.au/mhdao/pages/default.aspx>, вы можете ознакомиться с примером закона, касающегося принудительной госпитализации.

Несмотря на то, что госпитализация детей, не достигших шестнадцатилетнего возраста, возможна с согласия их родителей (во многих странах граждане в 16 лет имеют право давать согласие на лечение, см. Главу А.1), важно также уважать права ребенка, включая право иметь собственную точку зрения о назначаемом лечении и право на защиту от насилия (защиту от причинения опекунами физического и психического вреда). Это означает, что, если даже молодой человек поступил на лечение против своей воли, должны быть приложены все усилия для того, чтобы обсудить с ним его лечение там, где это возможно, принимать во внимание его предпочтения и сводить к абсолютному минимуму практики принуждения, такие как лишение свободы.

Обзор методов лечения

Биологическое

Антипсихотические препараты занимают важное место в лечении психоза. Большинство методик экстраполированы из результатов, полученных в исследованиях с участием взрослых. Исследования у детей включают одно небольшое

Таблица Н.5.4 Наиболее распространенные побочные эффекты некоторых антипсихотических лекарственных препаратов используемых в лечении психозов с ранним началом

Лекарственный препарат	Доза (мг)	Экстрапирамидальные побочные эффекты	Седативный эффект	Увеличение массы тела	Пролактин	Ортостатическая артериальная гипотензия	Потенциальный вред	Комментарии
Рisperидон	1 – 6 мг	++	++	++	+++	++	<ul style="list-style-type: none"> • Галакторея • Седативный эффект 	Большинство данных получены при использовании у подростков (в том числе и с аутизмом)
Кветиапин	200 – 800 мг	+	++	++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Первоначально седативный эффект, часто преходящий 	Эффективен при психозе с расстройствами настроения или тревогой
Арипипразол	10 – 30 мг	++	+	+		+	<ul style="list-style-type: none"> • Первоначальная агитация 	Седативный эффект, увеличение массы тела и повышение уровня пролактина встречаются редко
Оланзапин	5 – 20 мг	+	+++	+++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Значительное увеличение массы тела • Седативный эффект • Не рекомендуется для длительного применения 	Ослабляет агрессивность и успокаивает при обострении
Хлопромазин	50 – 300 мг	+	+++	++	++	++	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение массы тела, седативный эффект 	Ослабляет агрессивность и успокаивает при обострении
Галоперидол	1 – 10 мг	+++	+	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Тяжелые экстрапирамидальные побочные эффекты, включая ригидность и агитацию 	Менее выраженный седативный, сильный антипсихотический эффект

рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), подтвердившее, что галоперидол эффективнее плацебо (Spencer & Campbell, 1994) и небольшое РКИ (21 случай), свидетельствующее о том, что клозапин эффективнее галоперидола (Kumra et al, 1996). Исследования у подростков подтверждают одинаковую со взрослыми эффективность оланзапина, рисперидона и галоперидола, но с разными профилями побочных эффектов, а также незначительную тенденцию к более высокой эффективности оланзапина и рисперидона (Gothelf et al, 2003; Sikich et al, 2008). Эти результаты сходны с теми, что были получены при лечении взрослых.

Психологические

К психологическим вмешательствам относятся – психообразование и когнитивно-поведенческая терапия. Как и раньше, данные получены при исследовании когорт позднего подросткового возраста и взрослых, при этом многие исследования демонстрируют положительные результаты при использовании этих видов терапии (Bechdolf et al, 2010a).

Социальные

Эти виды терапии включают семейные вмешательства и тренинги социальных навыков и также демонстрируют эффективность во многих испытаниях, проведенных на взрослых (Addington et al, 2005; 2010).

Фармакотерапия

Острая седация

При внезапном нарушении поведения или возможной опасности может понадобиться неотложная седация. Предпочтение отдается пероральным быстро действующим лекарственным препаратам, таким как лоразепам (1–2 мг), рисперидон (0,5–1 мг) или оланзапин (от 2,5 до 5 мг). Пероральные капли быстрее всасываются и растворяются в ротовой полости, кроме того их сложнее выплюнуть. Если пациент отказывается от пероральных средств, рекомендовано внутримышечное введение лоразепама (1–2 мг) или галоперидола (2,5–5 мг). Внутримышечная седация, как правило, требует физического ограничения свободы, что крайне неприятно как для самого ребенка, так и для его родителей. Очень важно использовать наименее ограничительные методы успокоения не только из уважения к правам молодого человека, но еще и потому, что первый опыт лечения в психиатрическом учреждении может быть очень негативным и влиять на то, будет ли пациент в дальнейшем постоянно придерживаться рекомендаций по лечению или избегать его.

Длительное применение медикаментов

Если нет необходимости в неотложном лечении, использование медикаментов при психозе раннего возраста направлено на достижение контроля над психотическими симптомами и лечение сопутствующих нарушений, как представлено на Рисунке Н.5.1 (рекомендации по оказанию помощи при психотической депрессии и маниакальных эпизодах см. Главы Е.1 и Е.2 соответственно). Для лечения галлюцинаций и бредовых идей используется тот или иной антипсихотик. При

психотической депрессии добавляется антидепрессант. Если имеет место мания, может быть более показан стабилизатор настроения. В Таблице Н.5.4 представлен обзор побочных эффектов наиболее широко используемых антипсихотических лекарственных препаратов. Рекомендуется начинать с *невысоких доз* этих препаратов и *медленно их повышать*. Это необходимо, чтобы избежать побочных эффектов и добиться максимальной приверженности лечению. (Для того чтобы более детально ознакомиться с обзором научно обоснованных алгоритмов лечения, с применением специфических лекарственных препаратов и возможных побочных эффектов, см. Taylor, 2012).

Как показали результаты отдельных РКИ и мета-анализов (Davis et al, 2003; Leucht et al, 2009), в качестве лечения первого ряда, при наличии такой возможности, рекомендовано применение антипсихотиков второго поколения (атипичных), так как это позволяет достичь более благоприятные результаты при остром психозе при более низком риске возникновения двигательных расстройств, в частности, поздней дискинезии. Однако следует не забывать о том, что антипсихотики второго поколения стоят дорого, так что может возникнуть необходимость в назначении антипсихотических препаратов первого поколения, таких как галоперидол, который все еще остается высокоэффективным лекарственным средством (Schooler et al, 2005), хотя и обладает более выраженными побочными эффектами, чем, например, рисперидон.

Если реакция на антипсихотический препарат отсутствует после двух недель его применения, необходимо пересмотреть лечение – к этому времени обычно проявляется некоторая реакция позитивных симптомов. Если была достигнута максимально переносимая доза препарата без необходимого эффекта, следует сделать выбор: либо сменить препарат, либо дополнить его лекарственным средством из другого класса (Рисунок Н.5.1). Отсутствие реакции на два или более антипсихотика за необходимый промежуток времени и при адекватных дозах указывает на то, что необходимо направление в специализированное учреждение для рассмотрения возможности назначения клозапина.

Длительный прием антипсихотиков повышает риск ожирения, сахарного диабета второго типа и сердечно-сосудистых заболеваний. Крайне важно измерять рост, вес и объем талии в начале лечения и затем контролировать эти показатели с интервалом в один, три и шесть месяцев (смотри алгоритм мониторинга метаболических изменений в боковой вкладке).

Клозапин в лечении резистентной шизофрении

Клозапин – атипичный антипсихотик, чрезвычайно эффективный при шизофрении; его следует применять при недостаточной реакции на два других антипсихотика, каждый из которых использовался в адекватных дозах, как минимум, в течение четырех недель. Этот препарат не рекомендуется назначать кроме резистентных к лечению случаев, так как при его применении существует риск возникновения опасных для жизни побочных эффектов, и, таким образом, необходимо тщательное наблюдение за пациентом. Минимальная частота мониторинга – еженедельный контроль уровня лейкоцитов в крови в первые 18 недель с осторожным использо-

ванием при снижении количества нейтрофилов меньше $2 \cdot 10^9/\text{л}$. Клозапин следует отменить при снижении количества нейтрофилов ниже $1,5 \cdot 10^9/\text{л}$. Многие службы здравоохранения требуют регистрации пациентов, принимающих клозапин, с тем, чтобы требования мониторинга выполнялись до назначения этого препарата. С примером требований мониторинга можно ознакомиться здесь: http://www.watag.org.au/wapdc/docs/antipsychotic_guidelines_aug06.pdf.

Другие побочные эффекты подробно изложены в Таблице Н.5.5, однако этот список далеко не заверченный. Рекомендуется, чтобы клозапин назначался только специалистами, которые хорошо осведомлены о побочных эффектах и способны надлежащим образом справляться с рисками.

Рисунок Н.5.1 Упрощенная схема лечения острого психотического эпизода

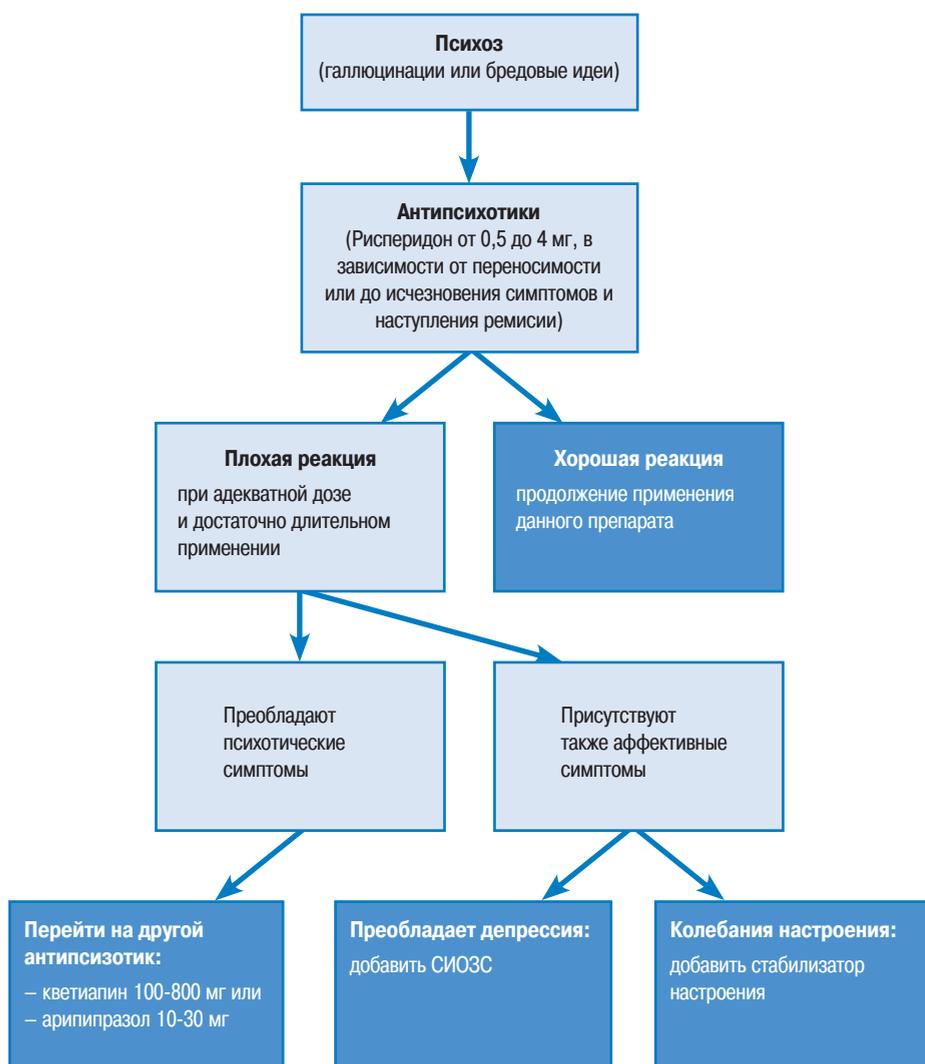


Таблица Н.5.5 Тяжелые и наиболее распространенные побочные эффекты клозапина и помощь при них

	Побочный эффект	Признаки и симптомы	Мониторинг и лечение
Опасные для жизни	Агранулоцитоз или нейтропения	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение количества лейкоцитов • Инфекции 	<ul style="list-style-type: none"> • Еженедельно определение уровня лейкоцитов в крови согласно протоколам применения клозапина, регулярное измерение температуры тела и контроль общего состояния здоровья • Отмена клозапина при снижении уровня нейтрофилов
	Кардиомиопатия	<ul style="list-style-type: none"> • Тахикардия • Лихорадка • Утомляемость • Боль в грудной клетке 	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ до назначения клозапина, мониторинг температуры тела и частоты сокращений сердца, по возможности, определение уровня тропонина • Отмена клозапина в случае кардиомиопатии
Другие распространенные побочные эффекты	Седативный эффект		<ul style="list-style-type: none"> • Назначение большей части дозы на ночь
	Гиперсаливация	<ul style="list-style-type: none"> • Слюнотечение, особенно ночью 	<ul style="list-style-type: none"> • Невысокие дозы глиосцина
	Констипация	<ul style="list-style-type: none"> • Не забывать спрашивать об этом пациента 	<ul style="list-style-type: none"> • Диета с высоким содержанием клетчатки
	Другие сердечно-сосудистые осложнения	<ul style="list-style-type: none"> • Гипотензия • Тахикардия 	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение при незначительно выраженных симптомах, при более тяжелых, направление к кардиологу
	Увеличение массы тела	<ul style="list-style-type: none"> • Может быть значительным (10 и более кг.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг массы тела и измерение объема талии • Диета
	Судороги		<ul style="list-style-type: none"> • Отмена на один день • Снижение дозы • Назначение антиконвульсантов
	Ночное недержание мочи	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдается у 1 из 5, возможно ухудшение в подростковом возрасте 	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение приема жидкости в вечернее время • Изменение дозового режима

Другие вмешательства

Имеются достоверные доказательства эффективности некоторых других видов терапии в лечении ранних психозов. Все они обладают способностью снижать риск рецидива и, что наиболее важно, помогают молодым людям и их родителям почувствовать, что они контролируют свои симптомы и свое лечение.

Психообразование

Психообразование – это структурированный способ предоставления информации о психотических расстройствах и их лечении как молодым людям, так и их родителям. Доступны тщательно проработанные и изложенные в соответствующих руководствах программы, а также имеются данные о том, что психообразование способствует снижению риска рецидива при раннем психозе (Xia et al, 2011).

Эффективное психообразование включает в себя следующие ингредиенты:

- Предоставление информации о заболевании и вариантах лечения
- Предоставление возможности пациентам на форуме свободно обсуждать их заболевание и связанные с ним проблемы
- Вовлечение членов семьи в процесс образования как совместно с их детьми, так и в группах для родителей.

В случае успеха, частота рецидивов сокращается за счет усиления приверженности рекомендациям по медикаментозному лечению, сокращения неадаптивного поведения, такого, как злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также благодаря раннему распознаванию рецидива симптомов или ухудшения состояния. Элементами образовательной программы могут быть также тренинги навыков психологической адаптации и решения проблем (Xia et al, 2011).

Несмотря на то, что программы психообразования «лицом к лицу» эффективны, они могут быть недоступны в отдаленных или сельских регионах, или проводиться в неудобное время. Ресурсы на базе веб-интерфейса – превосходный способ получения информации и присоединения к поддерживающей социальной сети.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Некоторые молодые люди считают, что КПТ помогает им лучше понимать симптомы собственного заболевания и справляться с ними. Цели КПТ варьируют в зависимости от беспокоящих пациента симптомов, однако могут включать в себя стратегии преодоления психотических переживаний и управления пониженным настроением. Прямое воздействие на психотические симптомы более эффективно на этапе восстановления, чем в острой фазе заболевания. Тем не менее, КПТ также полезна в лечении остаточных симптомов, таких как галлюцинации, присутствующие, не смотря на антипсихотическое лечение. К стратегиям относятся:

- Исследование и подвергание сомнению галлюцинаторных убеждений
- Нахождение стратегий минимизации влияния галлюцинаций
- Воздействие на чувство безысходности и подавленное настроение с помощью техник, которые применяются в КПТ при депрессии

Работа с семьями

В дополнение к оказанию поддержки, первоначальная работа с семьями включает в себя психообразование, предоставление информации о заболевании и том, как оно влияет на мысли и поведение пациента. Навыки решения проблем и коммуникационные стратегии помогают родителям справляться со сложными ситуациями и снижать уровень дистресса внутри семьи. Все это способствует снижению риска возникновения рецидива, а также предупреждению отчужденности в семье (Addington et al, 2005).

Поддерживающее медикаментозное лечение и воздействие на побочные эффекты

Для того, чтобы максимально воспрепятствовать рецидиву заболевания, рекомендуется медикаментозное антипсихотическое лечение проводить на протяжении, по меньшей мере, двенадцати месяцев после исчезновения (ремиссии) симптомов. Важное значение также имеет тщательное наблюдение и лечение побочных эффектов. Наиболее часто отмечаются метаболические нарушения и увеличение массы тела, однако седация и когнитивное замедление также могут причинять страдания пациентам. Имеются некоторые доказательства, полученные путем мета-анализа исследований у взрослых, что антипсихотики второго поколения более эффективны в предупреждении рецидивов, чем аналогичные лекарственные препараты первого поколения (Alvarez-Jimenez et al, 2011). Ежемесячно в течение полугодия необходимо проводить мониторинг:

- Непроизвольных движений (рекомендована Шкала оценки аномальных произвольных движений (англ. Abnormal Involuntary Movement Scale -AIMS).
- Массы тела, окружности талии, частоты сокращений сердца и артериального давления
- Уровня глюкозы и липидного состава крови.

Двигательные расстройства, в том числе паркинсонизм и акатизия, наблюдаются значительно реже при использовании антипсихотиков второго поколения. Если такие нарушения имеют место, назначают небольшие дозы антихолинергических средств, например, 0,5 мг бензатропина в день. Часто более эффективным оказывается снижение дозы антипсихотика. Поздняя дискинезия, редкое хроническое двигательное расстройство, часто вначале проявляется небольшими движениями в области лица, языка или пальцев рук. Важное значение имеет ранняя диагностика, так как поздняя дискинезия может сохраняться и после отмены лекарственного средства. Наиболее распространенные стабилизаторы настроения (в частности карбонат лития, вальпроат натрия и карбамазепин) обладают тератогенным эффектом, и это необходимо обсудить с сексуально активными подростками. Применение лития требует соблюдения строгих рекомендаций о необходимости избегания дегидратации и проведения регулярного контроля уровня лития в крови и тестирования функции щитовидной железы, с целью мониторинга возможной токсичности (см. Главу Е.2).

Профилактика рецидива

Первым шагом к профилактике рецидива является составление индивидуального плана выявления предупреждающих сигналов, таких как проблемы со сном, усиление тревоги или первых признаков, указывающих на то, что возобновляются галлюцинации или бредовые идеи. При постепенном снижении дозы лекарственного препарата возобновление любого из симптомов указывает на то, что необходимо вернуться к наиболее эффективной дозе или восстановить прием эффективного медикаментозного средства, если оно было отменено. Большое значение на этом этапе имеет наблюдение специалистов в области психиатрии. Было проведено всего несколько исследований, в которых оценивались показатели рецидивов у детей и подростков, однако в одном исследовании первого эпизода было установлено, что показатель частоты рецидивов составляет 17% при прекращении медикаментозного лечения через 12 месяцев (Gaebel et al, 2011). Что касается первого эпизода, то чем раньше начинается лечение рецидива, тем лучше выздоровление. Рецидивы могут также вызывать дальнейшее ухудшение когнитивного и социального функционирования.

Службы по оказанию помощи при ранних психозах

Несмотря на то, что молодых людей с риском психоза часто выявляют сотрудники школ, врачи общей практики, педиатры и другие специалисты в области здравоохранения, как только это происходит, важно чтобы в процесс дальнейшего оказания помощи, если есть такая возможность, включились психиатрические службы. В Австралии к таким службам относятся детские и подростковые психиатрические учреждения – местные общественные команды, которые занимаются лечением молодых людей до 18-летнего возраста, и психиатрические учреждения для молодежи в возрасте от 12 до 25 лет. Все эти службы используют *модель ведения конкретного случая* (англ. *case management model*), когда пациентом занимается специалист по ведению случая (специалист в области психиатрии) и консультирует при необходимости психиатр. Некоторые службы осуществляют также *активное ведение конкретного случая* (англ. *assertive case management*) – (более интенсивное ведение случая, используемое в отношении пациентов, трудно поддающихся лечению, с активным катанестическим наблюдением, включая визиты на дому), оказывают помощь в решении проблем, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, соматических и сексуальных проблем или помогают в управлении финансами, жилищном обеспечении или трудоустройстве.

Специализированных служб в отдаленных и сельских регионах очень мало, либо они полностью отсутствуют. Основную помощь оказывают местные семейные врачи при поддержке сотрудников в области психиатрии, чаще всего медицинских сестер. Указанные здесь интернет ресурсы могут быть полезны как в плане рекомендаций по лечению, так и в плане предоставления информации и обучения молодых людей и их родителей.

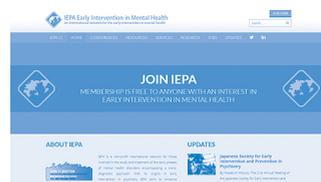
ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ, ВОЗВРАТ К ОБУЧЕНИЮ И ИСХОД

В разговоре с молодыми людьми важно быть одновременно оптимистичным и честным. Им необходимо знать, что, несмотря на то, что исчезновение острых психотических симптомов почти всегда наступает в течение нескольких дней или недель, негативные симптомы, такие как низкая мотивация, ослабленная способность к концентрации и когнитивное замедление могут сохраняться на протяжении нескольких месяцев, особенно в случае шизофрении. Хотя в отношении большинства симптомов улучшение наступает в первые шесть месяцев лечения, дальнейшее улучшение состояния может продолжаться до двух лет. Для расстройства шизофренического спектра характерны более медленная реакция на лечение, более высокие показатели остаточных дефицитов и риск рецидива в течение жизни, достигающий значения в 90%. Благоприятный прогноз более вероятен при быстром развитии психотических симптомов, выраженных аффективных симптомах, хорошем учебном и социальном функционировании до начала заболевания и быстрой реакции на лечение.

Процесс возвращения к учебе может осложняться из-за негативных симптомов, когнитивных дефицитов или потерянного времени. Возможности зависят от того, какие по месту жительства доступны услуги в области здравоохранения и образования. Желательно встретиться с сотрудниками школы, где обучается пациент, и обсудить с ними возможность частичного посещения занятий. Если доступны школьные психологи-консультанты или подобные специалисты, привлечение их имеет ключевое значение. В некоторых странах предлагаются программы с обучением в небольших классах, с участием персонала, подготовленного к работе с психологическими расстройствами. Для тех, кто достиг выпускного возраста, существенную поддержку могут оказать учреждения, предоставляющие профессионально-техническое образование. У медленно выздоравливающих пациентов может возникнуть необходимость в частичной госпитализации (например, дневные программы) или включении их в программу службы занятости – «Подготовка к работе». Могут оказаться эффективными дополнительные научно-обоснованные вмешательства, такие как тренинг социальных навыков или стратегии по восстановлению когнитивных функций (Poletti et al, 2010; Addington et al, 2010).

Неполное выздоровление

Некоторые молодые люди, страдающие шизофренией, не полностью реагируют на лечение и у них длительное время сохраняются позитивные или негативные симптомы. Причиной неполного выздоровления могут быть:



Полезными ресурсами могут быть вебсайты International Early Psychosis Association (IEPA), организации для людей, занимающихся исследованием и лечением ранних психозов и Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC). Австралийский вебсайт содержит широкий диапазон информации о выявлении и лечении раннего психоза. Профессионалы в области психиатрии могут регистрироваться на сайте и входить на форумы и обучающие сессии.

Как и многие из уже упомянутых вебсайтов Schizophrenia Fellowship и Arafini – это две неправительственные организации, которые предоставляют поддержку и информацию членам семьи и другим лицам, осуществляющим уход за людьми с психическими заболеваниями.

- *Факторы, связанные с личностью*, включая приверженность лечению. Комплаенс может быть плохим из-за отсутствия осознания болезни, беспокойства по поводу побочных эффектов, таких как увеличение массы тела или экстрапирамидных симптомов. Лечение психоза могут затруднять коморбидные расстройства, такие как злоупотребление алкоголем и наркотиками, травма или общее расстройство психологического развития в анамнезе
- *Факторы, связанные с заболеванием*. Некоторые молодые люди страдают более тяжелой формой заболевания с продолжительным продромальным периодом и выраженными негативными симптомами, которые замедляют реакцию на лечение, либо могут полностью не реагировать на него
- *Факторы, касающиеся лечения*. Плохая реакция более вероятна, если первый опыт лечения был принудительным или пациент был оставлен без



Французская фармацевтическая компания Rhône-Poulenc, вдохновленная Henri Laborit, французским хирургом и исследователем, в 1950 г. синтезировала хлорпромазин. Результаты первого систематического исследования влияния хлорпромазина на шизофрению, которое включало 38 пациентов, были опубликованы французскими психиатрами Jean Delay и Pierre Deniker в 1952 году. Jean Delay изобрел термин «психофармакология», предложил определение «нейролептики» (буквально – субстанции, которые оказывают воздействие на нервы») и вместе с Deniker составили первую классификацию психотропных лекарственных препаратов. Хлорпромазин до настоящего времени используется в клинической практике. На фотографии: Delay (слева) и Deniker

активного катamnестического наблюдения. Постоянный стресс в школе или в семье (например, крайне напряженная эмоциональная обстановка) может способствовать рецидиву. Психологические методы лечения, такие как КПТ или семейная терапия помогают предупредить обострение путем обучения стратегиям, позволяющим справиться с ранними симптомами и ослабить стресс.

Оказание поддержки родителям и другим лицам, осуществляющим уход

Уход за молодыми людьми с хроническими психическими заболеваниями может быть утомительным для их семей. Кроме того, семейное психообразование, информационные веб-сайты и группы поддержки могут помочь родителям и другим опекунам чувствовать себя менее одинокими.

РЕЗЮМЕ И ВЫВОДЫ

Психотические симптомы у детей и подростков могут вызвать замешательство, и плохо распознаваться на ранних стадиях. Тем не менее, к ранним симптомам, таким как ухудшение функционирования или галлюцинации необходимо относиться серьезно. Несмотря на то, что многие симптомы со временем ослабевают, ранние симптомы связаны с повышенным риском развития расстройств шизофренического спектра во взрослой жизни. Получены также достоверные доказательства, указывающие на то, что раннее лечение снижает заболеваемость и смертность, связанные с этой группой тяжелых психических заболеваний.