

ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ОБОБЩЕНИЕ ДАННЫХ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Schuyler W Henderson,
Andrés Martin

Умение формулировать случай является одним из ключевых навыков, которым должен обладать клиницист, работающий в детской и подростковой психиатрии, тем не менее, овладение этим навыком представляет определенные трудности. Формулировка случая подразумевает переработку информации, сообщаемой пациентом и полученной при проведении обследования, интервью с ним и с учителями, а также из медицинских заключений и школьных отчетов, в последовательное и необязательно длительное изложение, которое поможет разработать план лечения (Глава А.11). Формулировка случая – это процесс дистилляции сложных для понимания, тонких переживаний и опыта, как пациента, так и его родителей, и получение на выходе структурированного, понятного синопсиса (Winters et al, 2007). Однако хорошая формулировка случая – это больше, чем просто резюме, она обеспечивает нас информацией, которая может быть не столь очевидной при изолированном рассмотрении отдельных компонентов, приведших к ней.

СТРУКТУРА ФОРМУЛИРОВКИ

Необходимо, чтобы формулировка отражала соответствующие признаки и симптомы, равно как и относящиеся к данному случаю опровержения (при отсутствии ключевых симптомов); содержала значимые, объяснительные контексты для всех этих признаков и симптомов, включая семейный, социальный, образовательный и культуральный контекст; обоснование диагноза (либо, при необходимости, отсутствие диагноза); а также включала в себя описание вариантов лечения, вытекающих из обоснования диагноза.

Стержневые компоненты диагностической формулировки, как правило, соответствуют стандартной схеме с общими, ориентирующими читателя, указателями: источник информации, идентифицирующие данные, анамнез текущего заболевания, важные данные психиатрического и соматического анамнеза, психологический контекст, психический статус, диагностические соображения и план лечения (Таблица А.10.1). Постоянство архитектуры формулировки позволяет клиницистам следовать известным маршрутом, при этом не упускать из виду важные детали и нюансы.

Неважно, в каких условиях – при изучении конкретных случаев психоанализа или при короткой презентации в больничной палате, независимо от страны или политической системы, общая структура формулировки остается одинаковой. В рамках такой широкой структуры имеются две общепринятые модели, которые могут помочь организовать концептуальную основу формулировки – это биопсихосоциальная формулировка и модель четырех «Р» (от англ. – Predisposing, Precipitating, Perpetuating, Protective).

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

По мере того, как биологические науки в двадцатом столетии становились все более совершенными и доминирующими, росло беспокойство по поводу значимости небологических факторов для этиологии, клинических проявлений и лечения заболеваний и расстройств. Вопреки этим изменениям Meyer (1948) предложил психобиологический подход, а Engel, в последующем, разработал, дал определение и развил биопсихосоциальную модель, описав ее как «образ мышления, который позволяет врачу поступать рационально в сферах, исключенных в настоящее время из числа рациональных подходов» (Engel, 1980). В течение последних трех десятилетий

биопсихосоциальная модель стала наиболее распространенной моделью формулировки случая в психиатрических кругах, и была широко принята в медицине.

Основная цель данной модели – предупреждение редуционизма, особенно биологического редуционизма, следя за тем, чтобы не были исключены психологические и социальные факторы (Таблица А.10.2). Биопсихосоциальная модель может создавать впечатление нейтрального посредника между тремя сферами, однако, в действительности, она не является нейтральной: данная модель препятствует биомедицинскому, психологическому и социальному редуционизму. Невзирая на анатомические изменения, явные психологические или очевидные социальные этиологические факторы, данная модель настаивает на том, что должны приниматься в расчёт все три сферы. Следуя этому принципу, она стала мощной и успешной моделью для врачей всех медицинских специальностей.

Биологическая сфера охватывает нейропсихиатрические, генетические и физиологические проблемы, фокусируясь на функциональных возможностях (но, не ограничиваясь ими) головного мозга, и на том, что может непосредственно влиять

на них. *Психологическое* измерение включает в себя оценку психологического настроения ребенка, в том числе его сильные стороны и уязвимые места, и предоставляет возможность применения психодинамических принципов, таких как структуры защиты, сознательно и бессознательно управляемые паттерны поведения, реакции на травму и конфликт, перенос и контрперенос. *Социальное* измерение помещает ребенка в его сообщество, исследует взаимоотношения с семьей и сверстниками,

РЕДУКЦИОНИЗМ

(от лат. *reductio* – возвращение, приведение обратно) – методологический принцип, согласно которому сложные явления могут быть полностью объяснены с помощью законов, свойственных более простым явлениям (например, социологические явления объясняются биологическими или экономическими законами). (<https://ru.wikipedia.org/wiki/Редуционизм>).

В психологии, под редуционизмом обычно понимают теории или объяснения, которые слишком упрощенно представляют когнитивные или поведенческие процессы, часто, исключая разные перспективы, и, при этом, упуская из виду и не объясняя сложности мышления. Примером редуционизма может быть сведение поведения исключительно к биологическим процессам, игнорируя при этом влияние семьи и социального окружения, и наоборот.

Таблица А.10.1 Основные компоненты,
составляющие диагностическую формулировку

КОМПОНЕНТ	ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ:
Источник информации	Пациент, информация из дополнительных источников, медицинская документация
Основная жалоба пациента	Что привело пациента сюда
Анамнез текущего заболевания	Симптомы, течение, тяжесть, провоцирующие события, имеющие отношение к данному случаю негативные явления
Психиатрический анамнез	Преыдущие обследования, терапии, госпитализации, медикаменты и методы лечения; анамнез агрессивного поведения или причинения вреда себе и другим людям; анамнез употребления психоактивных веществ
Анамнез перенесенных заболеваний	Заболевания, госпитализации, хирургические вмешательства, а также медикаменты, в том числе средства народной и нетрадиционной медицины и т.п.
Семейный психиатрический и медицинский анамнез	Имеющие отношение к данному случаю положительные и отрицательные явления в семейном психиатрическом и медицинском анамнезе, особенно злоупотребление психоактивными веществами, суициды, и кардиологический анамнез (например, внезапная смерть)
Социальный анамнез	Структура семьи, взаимоотношения со сверстниками, с законом и социальными службами, а также ключевые события, такие как иммиграция
Анамнез обучения	Школы, классы, табель успеваемости, специальное или систематическое обучение, смены школы, перерывы в посещении школы
Анамнез развития	Беременность матери, роды, этапы младенческого возраста, стадии двигательного, когнитивного, социального и поведенческого развития.
Психологическое тестирование	IQ, тесты функций адаптации, оценки речи и языка
Оценка психического статуса	
Диагностика	Диагнозы, гипотезы относительно причинной обусловленности
План	Цели и варианты лечения, другие лица и организации, к которым нужно обратиться

равно как и с большими культуральными структурами, такими как школа, религия, социально-экономический класс и этническая принадлежность.

Таблица А.10.2: Компоненты биопсихологической модели

Биологический	Психологический	Социальный
<ul style="list-style-type: none"> • Семейный анамнез • Генетика • Физическое развитие • Телосложение • Интеллект • Темперамент • Сопутствующие соматические заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональное развитие • Структура личности • Самооценка • Защиты • Паттерны поведения • Паттерны мышления • Реакции на стрессоры • Стратегии решения проблем 	<ul style="list-style-type: none"> • Структура семьи • Взаимоотношения со сверстниками • Школа • Район проживания • Этнические влияния • Социально-экономические проблемы • Культура (-ы) • Религия (-ии)

Сторонники биопсихосоциальной модели убедительно заявляют, что она необходима, «для того чтобы избежать преждевременного прекращения наших усилий, направленных на понимание потребностей пациента, узости взгля-

МЕДИЦИНСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ДОГМАТИЗМ

Медицинский материализм – это убеждение в том, что для понимания отклоняющегося от нормы или нетипичного поведения, достаточно психологических или биомедицинских объяснений, и таким образом, представляет собой одну из форм редукционизма. Этот термин использовал William James, который выступал против объяснения многообразного или нетипичного психического опыта психическим заболеванием.

Психологический или социальный догматизм – это убеждение в том, что психология или социальное окружение, соответственно, является единственной причиной аномального, либо нетипичного поведения, как тогда, когда, например, агрессивное поведение детей приписывается исключительно беспорядочному социальному окружению.

дов или слишком широкого подхода в лечении» (Jellinek & McDermott, 2004). Более того, она особенно полезна психиатрам, которые находятся в уникальном положении, по сравнению с другими специалистами в области медицины, поскольку их усилия направлены на биологическое, психологическое и социальное измерение пациента (Gabbard & Kay, 2001), и, таким образом, они ответственны за то, чтобы понимать процессы, происходящие в каждом из этих измерений.

Тем не менее, критики данной модели также убедительно отмечают, что биопсихосоциальная модель «умалчивает о том, как понимать эти аспекты при разных состояниях и в разных условиях» (Ghaemi, 2003, 2009). Наставляя на том, что медицинского материализма или психологического либо социального догматизма может быть недостаточно, данная модель не обеспечивает клиницистов инструментом, который позволил бы им оценить относительный вклад каждого из этих аспектов у каждого конкретного пациента. Если ребенок является объектом издевательств, его тетя страдает депрессией, а он всегда отличался повышенной тревожностью, то биопсихосоциальная модель найдет надлежащее место для

каждого их этих фактов, но не даст рекомендаций относительно того, на что должны быть направлены первоначальные усилия, какой из этих фактов наиболее важен, и какое в результате следует назначить лечение, и т.п..

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Способы преодоления или защитные механизмы – это «механизмы, которые определяют реакции индивида на эмоциональные конфликты и внешние стрессоры» (American Psychiatric Association, 2000 p821). Дисфункциональные защитные механизмы позволяют человеку уйти от реальности или приводят к ухудшению проблемы, тогда как функциональные способы преодоления проблем помогают нам справиться с реальностью.

Защитные механизмы являются частью повседневной жизни. Человек обычно не осознает, что пользуется ими. Защитные реакции:

- Главное средство разрешения конфликта и управления аффектом
- Относительно бессознательны
- Обособлены
- Обратимы
- Адаптивны, равно как и патологичны (Vaillant, 2012).

В DSM-IV TR в Приложении В (American Psychiatric Association, 2000, pp. 811-813) приведен длинный список защитных механизмов. Наиболее распространенные, от незрелых к зрелым, включают:

- **Отрицание**, когда индивиды отказываются принять правду или встретиться с реальностью (услышав о смерти домашнего животного, ребенок заявляет: «нет, мой пес все еще живой»).
- **Вытеснение** представляет собой «забывание» чего-то плохого или неприятного (например, человек забывает о встрече с тем, кто ему неприятен).
- В случае **регрессии** мы возвращаемся к детским формам поведения, обычно реагируя на стресс (например, взрослый человек прижимает к себе старую игрушку, когда плохо себя чувствует, заболев гриппом)
- При **смещении** (замещении) человек перемещает оригинальные чувства (обычно злость) далеко от объекта своей злости на невинную жертву (например, ругаясь с супругом после конфликта на работе; «пинание кота»).
- **Проекция** приводит к тому, что мы приписываем кому-то свои чувства или опасения (например, «почему ты так смотришь, тебе не нравится то, что я надела? когда человек обеспокоен тем, во что одет).
- **Реакция формирования** – когда индивид ведет себя прямо противоположно своим внутренним чувствам (например, приносит своему начальнику кофе, вместо того, чтобы сказать, что на самом деле сердится на него)
- При **рационализации** индивид справляется с конфликтными или неприятными стрессорами, объясняя свое поведение, как обоснованное (например, дорожно-транспортное происшествие из-за превышения скорости объясняется, как статистический факт)
- **Сублимация** происходит тогда, когда эмоциональный конфликт или стрессор разрешается путем перенаправления неадаптивных импульсов в продуктивную деятельность (например, человек, переживший в детстве заброшенность, направляет перенесенные чувства в помощь другим людям).

Более подробно о защитных механизмах у детей можете почитать в статье по адресу: http://www.ckwalsh.com/pdf/COPING_MECHANISMS.pdf

Еще один изъян, в этом отношении, заключается в том, что поскольку данная модель подвергает сомнению роль биологии, психологии и общества, те, кто отдает предпочтение одной отдельной сфере, могут направлять на нее все свое внимание, при этом только на словах признавать роль других (Jellinek & McDermott, 2004). В частности, остаточная «социальная» сфера нередко исследуется меньше всего (Grunebaum, 2003). Немецкий врач Virchow в свое время заявил, что «медицина – это социальная наука», и, несмотря на то, что психиатрию и социологию объединяет многолетнее сотрудничество (Bloom, 2005), академические и клинические аспекты взаимного пересечения сферы охраны психического здоровья и других социальных наук остаются недостаточно изученными. Это особенно относится к детям, многие из которых попадают в поле зрения специалистов в области охраны детского и подросткового психического здоровья, главным образом, в связи с социальными проблемами, такими как импульсивность или гиперактивность в школе, конфликты с родителями, прогулы и отказы от посещения школы или другие экстернализирующие расстройства (Centers for Disease Control and Prevention, 2005), тем не менее, «социальный» компонент у них быстро отодвигается на второстепенные позиции.

Наибольшее беспокойство вызывают критические замечания в адрес биопсихосоциальной модели, в которых речь идет о том, что данная модель не комбинирует или интегрирует эти три измерения, а всего лишь соединяет их вместе благодаря близким формулировкам. Таким образом, пока еще нет ответа на вопрос, как интегрированы биологический, психологический и социальный компоненты (McLaren, 1998).

Биопсихосоциальная модель стала шагом на пути к переосмыслению редукционизма и основой для выдвижения гипотезы о множественной этиологии, который может привести к новым возможностям дальнейшего понимания и синтеза (Freedman, 1995).

МОДЕЛЬ ЧЕТЫРЕХ Р

Модель четырех Р (от английского **P**redisposing, **P**recipitating, **P**erpetuating and **P**rotective factors – что переводится, как предрасполагающие, провоцирующие, поддерживающие и защитные факторы) более совершенная по сравнению с биопсихосоциальной, в том смысле, что предлагает схему, которая вводит хронологию и этиологию в формулировку случая и показывает, где и как могут применяться вмешательства. Эта модель систематизирует информацию о пациенте в *предрасполагающие, провоцирующие, поддерживающие и защитные* факторы (Таблица А.10.3):

- *Предрасполагающие* факторы представляют собой совокупность признаков, таких как семейный анамнез, генетический, общемедицинский и психиатрический анамнез, а также хронические социальные стрессоры, которые делают ребенка чувствительным к проявляемым симптомам
- *Провоцирующие* факторы определяют текущие симптомы, диагностическое значение провоцирующих событий и сопутствующих заболеваний

- *Поддерживающие* факторы – это те, которые приводят к тому, что состояние удерживается на прежнем уровне, такие как тяжесть состояния, проблемы приверженности лечению, а также нерешенные проблемы, связанные с воздействием предрасполагающих и провоцирующих факторов
- Четвертая группа *защитных* факторов описывает сильные стороны пациента, его устойчивость к внешним воздействиям, эластичность, а также наличие поддержки.

Таблица А.10.3 Примеры взаимного пересечения биопсихосоциальной модели и модели четырех Р

Р-ХАРАКТЕРИСТИКА И УТОЧНЯЮЩИЙ ВОПРОС	БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ
Предрасполагающие факторы Почему я?	Генетическая предрасположенность	Незрелая защитная структура	Бедность и неблагоприятная среда
Провоцирующие факторы Почему сейчас?	Ятрогенная реакция	Недавняя тяжелая утрата	Школьные стрессоры
Поддерживающие факторы Почему это продолжается?	Слабая реакция на медикаменты	Отсутствие поддержки в школе	Не может посещать терапевтические сессии из-за графика работы родителей
Защитные факторы На что я могу надеяться?	Положительная реакция на лечение по данным семейного анамнеза	Проницательность	Община и вера, как источники поддержки

Четыре Р может хорошо сочетаться с другими моделями, например, с биопсихосоциальной (Таблица А.10.3). В качестве структуры она может быть использована для психодинамической формулировки, начиная с *предрасполагающей* уязвимости, структуры личности и анамнеза; *провоцирующей* травмы или жизненных событий; *поддерживающего* неадаптивного поведения и до *защитных* аспектов личности.

Четыре Р может применяться вместе с моделью совместного решения проблем (англ. – Collaborative Problem Solving (CPS) (Greene & Ablon, 2005). Модель CPS всесторонне оценивает когнитивные дефициты, касающиеся толерантности к фрустрации, приспособляемости и решения проблем, и является примером подхода в формулировке, основанного на сотрудничестве, при этом участие в этом процессе опекунов позволяет лучше понять ребенка и затем работать с ним над предупреждением опасного или агрессивного поведения. Поскольку ребенок также вовлекается в составлении плана, модель четырех Р предоставляет конкретный способ система-

тизации разнообразных факторов, которые приводят к проблемному поведению, в равной степени понятный как персоналу, так и пациенту.

Метод CPS распространяется на провоцирующие и поддерживающие факторы, особенно на те, которые касаются обучения ребенка (включая его или ее социальное обучение). Кроме того, этот подход позволяет персоналу разработать соответствующие, поддающиеся проверке и специфические для пациента вмешательства, основанные на наблюдаемом поведении и анализе провоцирующих моментов (провоцирующие события), сохраняющихся стрессоров (поддерживающие факторы) и сильных сторон, которые могут быть вовлечены (защитные факторы). Это сочетание формулировки, основанной на модели четырех Р и CPS может быть особенно востребованным в стационарных условиях (Greene et al, 2006).

Havinghurst and Downey (2009) предложили модель *Внимательной формулировки случая* (англ. Mindful Formulation). После сбора информации в модели внимательной формулировки предлагается использовать вопросник по «паттернам», в котором эмоциональные реакции ребенка, его поведение и когниции распределены по четырем сферам:

- Функционирование ребенка
- Функционирование родителей/ опекунов/ сиблингов и других значимых людей
- Взаимоотношения между ребенком и другими значимыми для него людьми
- Взаимоотношения с сообществом и внутри него.

Цель состоит в том, чтобы попытаться распознать паттерны сильных сторон, равно как и паттерны уязвимости и слабых сторон, а затем использовать эти паттерны, для того чтобы конкретизировать четыре Р.

Биологические, психологические и социальные элементы могут подпадать под каждую категорию. К ограничениям модели четырех Р относятся: нестандартный формат (формулировку не начинают с «предрасполагающих факторов»), а также неудобное взаимное наложение категорий. Имеет место незначительная консолидация многих факторов, за исключением того, как они влияют на симптоматику пациента, хотя сильной стороной этой модели является то, что она, тем не менее, четко систематизирует потенциальные этиологические факторы.



Исследовательская группа IASAP, г. Абуджа, Нигерия, 19 – 21 октября 2009 г.

РАЗНООБРАЗИЕ ФОРМУЛИРОВОК

Tauber пишет, что в науке «данные наблюдений приобретают свое значение в определенном контексте, при этом факты являются не только продуктами восприятия или измерения, как утверждают позитивисты, они скорее относятся к концептуальной основе, которая помещает данный факт в доступную для понимания картину мира» (Tauber, 2005). Формулировка – это не ценностно-нейтральная структура, содержащая беспристрастно расположенные в определенном порядке факты. Отбор тех фактов, которые необходимо включить в формулировку, и тех, которые следует исключить, а также их последующая организация и представление, приводит к созданию продукта, основанного на суждении о ценностях. Таким образом, формулировка представляет собой конденсат ценностей, определяемый характером контакта между клиницистом и пациентом; практическими целями; опытом и уровнем квалификации и явными и неявными этическими принципами.

«Формулировка – это не ценностно-нейтральная структура, содержащая беспристрастно расположенные в определенном порядке факты»

Место

Вид формулировки может в меньшей степени зависеть от рассказа пациента и в большей степени от места, в котором происходит клинический осмотр. Для примера, в кризисном центре хороший практикант, много лет интересующийся психоанализом, представлял глубокую и содержательную формулировку случая с ребенком, в которой главное внимание уделялось связанным с развитием конфликтам с семьей и сверстниками. Хотя нельзя утверждать, что эти проблемы не имели отношения к данному случаю, но они не помогли команде специалистов принять решение, какие необходимы на тот день варианты лечения, и какие неотложные вмешательства мы хотим предложить семье. Тем не менее, формулировки практиканта хорошо подходили для его случаев длительной терапии. После обучения тому, как модифицировать формулировки для клинических условий, практикант мог составлять содержательные, психодинамически информированные формулировки вместе с другими наблюдениями и информацией, которые позволили нам составлять планы для семей по принципу «здесь и сейчас».

Формулировка должна соответствовать требованиям системы, в которой проводится осмотр и, таким образом, отражать клинические приоритеты. Формулировка может фокусироваться на тяжести и остроте симптомов пациента; она может развивать рабочую модель в условиях амбулаторного учреждения; она может представлять собой повествование о постепенном созревании взаимоотношений, защит и катексисов (эмоциональная вовлеченность), культивируемых и анализируемых в психодинамическом лечении. То, что клиническая среда ценит больше всего, находит свое отражение в том, как будет сформулирована диагностическая оценка и лечение.

Терапевтические принципы

Одна из целей формулировки состоит в составлении плана лечения (в том числе и не назначения лечения, если есть в этом необходимость), таким образом, структура формулировки будет зависеть от подходов в лечении (Глава А.11). Кли-



Доклад «Один случай: две формулировки: психодинамическая и КПТ перспективы» на <https://www.youtube.com/watch?v=L83LegUbDHg>

ницист будет выбирать вопросы и те сферы, которые подлежат диагностической оценке, в зависимости от типа лечения. Вполне естественно, что на то, как задаются вопросы и что исследуется, будет влиять уровень подготовки клинициста и его убеждения. Одно из преимуществ изучения разных техник и направлений формулировок, состоит в том, что это позволяет клиницистам осознать свои предубеждения, а также четко видеть свое направление и понимать, почему оно приводит к выбору определенных вариантов лечения.

Этиологические ценности

Что является причиной психических заболеваний, нарушений, расстройств, отклонений, проблем? Какие факторы способствуют тому, что ребенок бросает учебу в школе? Биопсихосоциальная и модель четырех Р оставляют очень много места для ответа на такие вопросы и не дают вразумительного объяснения. Они сами по себе не выполняют прогностическую функцию. Было высказано предположение, что мы должны использовать менее необоснованные и неопределенные модели, и что мы пользуемся моделями, которые с уверенностью утверждают, что соответствуют этиологическим требованиям (не с заносчивой надменностью, но основываясь на том, что нам, как клиницистам, известно, и относясь с уважением к тому, что нам удалось изучить с помощью науки, и какие извлечены уроки из истории, и т.п.).

Модель четырех перспектив

Попыткой создать альтернативу биопсихосоциальной модели является следующая модель – *четыре перспективы* (не путать с моделью четырех Р) (Таблица А.10.4). Модель четырех перспектив позволяет разделять психические состояния, основываясь не на разноплановой биопсихосоциальной модели, а на этиологии и подходах в лечении (McHugh & Slavney, 1998). На разработку данной модели сильное влияние оказала концепция плюрализма, который Havens (2005) определили как процесс «уточнения и выделения методов, а не их смешивания».

Каждая из четырех перспектив включает в себя парадигму лечения:

- *Расстройство*, краеугольным камнем биомедицинской перспективы является нозологическая единица, некое патологическое состояние со специфической этиологией и с вероятным прогнозом. Лечение расстройства состоит в предупреждении и лекарственной терапии, с применением вмешательств, которые непосредственно или опосредовано влияют на патологический процесс и/или приводят к облегчению симптомов (к числу которых, конечно, относятся и психологические вмешательства)

- *Измерения (психологические)* основаны на уязвимости, связанной с позицией личности в широком диапазоне психологических сфер (такой, как интеллектуальная недостаточность или темперамент). Эти проблемы решаются с помощью рекомендаций
- *Поведение* – неадаптивные или нежелательные целенаправленные действия и поступки, которые следует исправить, прекратить или прервать, с помощью социальных, психологических и/или медицинских средств
- Четвертой перспективой является *жизнеописание*, основанное на реконструкции картины событий с помощью терапевтических бесед. Лечение обычно обусловлено эмоциональными нарушениями или дистрессом и реализуется путем интерпретации.



Некоторые участники одного из исследовательских семинаров Хельмута Рэмшмидта, проведенного ИАСАРАР в Пекине 21–26 февраля 2010 г.

McHugh (2005) указывает на потенциальные побочные эффекты каждой из интервенций. Как он утверждает, любые лекарственные средства могут быть токсичными, рекомендации могут быть патерналистскими, прекращение стигматизирующим, а интерпретации враждебными. Если оценка и признание потенциальных побочных эффектов становятся краеугольным камнем формулировки, то в таком случае специалисты в области психического здоровья могут максимально полно и прозрачно сотрудничать с пациентом и его родственниками, проявляя должное сочувствие.

В предыдущей публикации (Henderson & Martin, 2007), мы добавили еще одну категорию – *требование*, для включения в формулировку четырех перспектив. Требование – это то, что является необходимым условием для вмешательства. Для биомедицинского подхода в лечении, для того чтобы его можно было отнести к категории эффективного, должна быть проведена оценка уровня приверженности лечению или степени соблюдения всех необходимых требований, относящихся к лечению. Что касается рекомендаций, то должен быть установлен потенциал, связанный с развитием, на который рекомендации могут оказать положительное влияние. Например, при работе с пациентом с интеллектуальной недостаточностью, должны быть оценены его интеллектуальные, профессиональные и связанные с работоспособностью сильные

стороны. Изменение поведения требует наличия стремления меняться, независимо от того, является ли оно не до конца осознанным, как в случае с подростком, который хочет бросить курить марихуану и перешел из стадии предобдумывания в стадию обдумывания, или выработанным посредством применения системы позитивного и негативного подкрепления. Для того, чтобы интерпретация оказалась эффективной, необходимо оценить уровень критик у пациента.

Формулировка, основанная на модели четырех перспектив, будет служить отправной точкой в формировании убеждения о состоянии пациента, которое останется адаптируемым на протяжении всей формулировки, и которое потом приведет к применению специфических вмешательств. Одно из преимуществ четырех перспектив в том, что эта модель «проясняет аспекты размышлений о пациентах, которые часто остаются неясными или неопределенными» (McHugh, Slavney, 1998).

Таблица А.10.4 Четыре перспективы*

ПЕРСПЕКТИВА	ЛЕЧЕНИЕ	ПРОБЛЕМА/КРИТИКА	ТРЕБОВАНИЕ
Заболевание Чем <i>страдает</i> пациент	Лекарство	Медикаменты могут быть токсичными	Соблюдение пациентом рекомендаций врача
Измерение Кем <i>является</i> пациент	Рекомендация	Рекомендации могут быть патерналистскими	Определение сильных сторон
Поведение Что пациент <i>делает</i>	Прекращение	Прекращение поведения может быть стигматизирующим	Стремление к изменению
Жизнеописание Что пациент <i>хочет</i>	Переписывание	Интерпретации могут быть враждебными	Наличие критики

*по материалам McHugh and Slavney (1998)

Плюралистическая формулировка будет осуществляться в нужном направлении в том случае, если специалист в области психического здоровья установит, какая из категорий, перспектив или какое из измерений лучше всего описывает состояние ребенка; таким образом, формулировка позволяет объяснить, каким образом такой специалист занимается соответствующим целенаправленным лечением, оценив требования и признав опасения.

Культура

Формулировка может интегрировать индивида с его или ее культурным контекстом, без которого невозможно полностью понять пациента. Культурная оценка сама по себе содержит некоторые ключевые компоненты:

- Культуральная идентичность индивида (включая определяемую самим индивидом принадлежность к определенной культуре; языки, на которых он общается и степень соблюдения традиций культуры происхождения и основной/доминирующей культуры)
- Объяснения заболевания с точки зрения культуры (такие, как местные значения и объяснения симптомов с позиций локальной культуры, а также идиомы, используемые для описания заболевания)
- Характерные для данной культуры способы адаптации к окружающей среде и стрессы (такие, как специфические для общины стрессы, а также сферы поддержки, в том числе и возможные источники сотрудничества)
- Культурные сферы сближения и расхождения между клиницистом и индивидом (American Psychiatric Association, 1994; Pumariega et al, 2013).

Принятие в расчет этих особенностей, позволяет провести культурально обоснованную оценку со стороны клинициста, но также может иметь большое значение для составления планов, приемлемых для пациента (Lewis-Fernández & Díaz, 2002). Культура проявляет себя повсюду, и дети обычно энергично ее исследуют. Но никакая из культур, к которым принадлежат дети, не имеет такого большого значения, как сама по себе детская культура. Хорошая формулировка будет включать взаимоотношения ребенка с этой богатой культурой, в том числе взаимоотношения ребенка со сверстниками и участие в детских ритуалах, и увлеченность телевизором, видеоиграми, спортом, кино и книгами.

ПУТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОРМУЛИРОВКИ

Формулировка клинического случая – это процесс генерирования гипотез, имеющий циклический характер и со временем может изменяться в зависимости от последующих клинических встреч, получения новой информации и прогресса в понимании клиницистом ребенка. Итак, каким же целям служит формулировка?

До того, как сфокусировать свое внимание на практических аспектах, давайте вспомним о том, что формулировка – это инструмент, с помощью которого клиницист может понять и объяснить состояние ребенка. Предложенное Ясперсом понимание и объяснение могут быть различными путями познания пациента (Jaspers, [1913]1997). Глубина нашего понимания переживаний пациента может не объяснять этиологию симптома в форме, благоприятной для лечения, равно как и модель поведения может не передавать точно, как пациент переживает это

МОДЕЛЬ СТАДИЙ ИЗМЕНЕНИЯ

Разные люди находятся на различных этапах готовности к изменению. Определив, на какой из стадий процесса изменения находится индивид, мы можем более точно подобрать необходимое терапевтическое вмешательство.

Широко используются следующие стадии изменения:

- **Предобдумывания**, когда молодой индивид не видит необходимости меняться
- **Обдумывания**: индивид осознает необходимость измениться, однако остается амбивалентным в отношении совершения необходимых шагов или слишком обеспокоен негативными моментами изменения
- **Подготовки**: когда индивид понимает преимущества изменения и предпринимает небольшие шаги в этом направлении
- **Действия**: молодой индивид действительно совершает шаги для достижения существенного изменения
- **Поддержания**: молодой индивид достиг изменения и способен успешно избегать срыва (обострения)

Первоначально данная модель была разработана для лиц, проходящих лечение по поводу злоупотребления психоактивными веществами, однако в настоящее время широко используется для описания ситуаций, в которых необходимо изменение поведения.

поведение. Тем не менее, формулировка случая позволяет клиницисту добиваться баланса между его пониманием пациента и его объяснениями.

Понимание пациента требует интерсубъективной оценки его переживаний, надежд и опасений, и достичь его можно, слушая, разговаривая и взаимодействуя с пациентом (а также с его или ее семьей или другими людьми, играющими важную роль в его или ее мире). Объяснение симптомов и состояния пациента само по себе имеет два измерения: интерпретативная задача, где применяются психологические, социологические и нейробиологические теории, в идеале – в открытой манере и, используя, основанные на доказательствах подходы, с тем, чтобы систематизировать способствующие факторы; и объясняющая задача, которая связывает эти факторы с переживаниями пациента. Понимание и объяснение действуют согласовано.

Формулировка, прежде всего – это способ коммуникации. Таким образом, вопрос ее полезности зависит от конечной цели: консультативное заключение, выписка из истории болезни; предварительное обоснование лечения для страховой компании; для юридических целей и т.п..

НАПИСАНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Консультативное заключение – это еще одна сфера, в которой формулировка имеет особое значение. Широко распространено мнение о том, что причиной многих проблем является плохое взаимопонимание между специалистами. В одном из внушающих беспокойство исследований авторы изучили 150 диагностических заключений, оформленных врачами-психиатрами клиники в Роттергаме (Великобритания), и установили, что 94% их них не содержали формулировки клинического случая (Abbas et al, 2013).

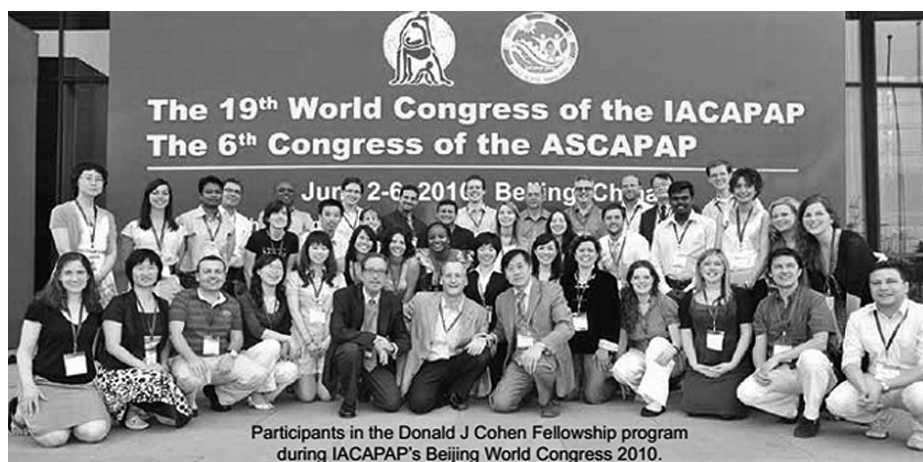
Как же должно выглядеть консультативное заключение? Keely et al (2002) дают полезные рекомендации.

Информация

- Объясните цели консультации в начале
- Объясните роль, которую будет играть заключение (например, что будет включено в заключение: данные анамнеза, диагноз и рекомендации по дальнейшему лечению)
- Включите соответствующую формулировку клинического случая
- Включите обоснование диагноза и четкие планы по дальнейшему наблюдению
- Заключение является также инструментом обучения, поэтому может включать ссылки и разъяснения, для обучения потенциальной аудитории.

Практические аспекты

- Знайте свою аудиторию: пишите заключение, осознавая, кто его будет читать (теоретически это могут быть представители разных профессий, а также родители, юристы, страховые компании, всевозможные учреждения)
- Помните, что в число вашей аудитории может входить ваш пациент и его/ее родственники
- Следите за тем, чтобы заключение было понятно любой аудитории и при этом содержало необходимую ей информацию
- Стремитесь к тому, чтобы заключение было четким и организованным
- Позаботьтесь о читабельности (и, в эру компьютеров, о возможности для сканирования): четкие разделы, ключевые моменты



Участники программы Donald J Cohen Fellowship
во время Всемирного конгресса IACAPAP в Пекине в 2010 г.

- Способствуйте тому, чтобы практиканты могли извлечь опыт из ваших заключений и получить обратную связь.

Чего не должно быть в консультативном заключении?

Способность осмотрительно писать о сексе, наркотиках, конфликтах с семьей и других проблемах – это важный навык, который необходимо развивать. Он затрагивает более широкую проблему, касающуюся того, что формулировка требует навыков коммуникации, чувствительных к этическим и клиническим взаимоотношениям. Формулировка включает эти ценности, равно как и такие ценности, как точность и достоверность; она должна выражать клинический материал, не нарушая права пациента на конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни; она не должна содержать информации, не имеющей отношения к текущим проблемам.

В современную эру Твиттера и текстовых сообщений, заключения должны быть краткими и содержательными. Профессионалы не любят читать заключения, превышающие одну или две страницы. Например, врачи общей практики/семейные врачи будут ожидать в заключении формулировку психиатра, включающую:

предварительный диагноз; объяснение состояния пациента, в том числе и те разъяснения, которые были даны пациенту и его родителям; при необходимости, оценку суицидального риска; рекомендации по лечению или назначению; мероприятия по амбулаторному наблюдению, если таковые рекомендованы; и, по возможности, прогноз. (Wright, 1997)

ДЕТИ И ФОРМУЛИРОВКИ

Модели формулировок, как правило, разработаны на основе взрослой психиатрии. Несмотря на то, что взрослая психиатрия очень многим обязана детской и подростковой, и наоборот, нигде так не актуален лозунг, что дети – это не просто «маленькие взрослые», как в области психического здоровья детей и подростков.

Как мы конкретно адаптируем формулировки для детей?

Жаргон

Необходимо, чтобы язык формулировок был точным, и соответствовал жизни ребенка. Это означает, что следует воздерживаться от жаргонных выражений, с осторожным использованием терминологии, которая возможно разрабатывалась для взрослой популяции и может быть эпидемиологически оправданной в ней. Дети нередко направляются на психиатрическое обследование, в том числе и другими специалистами в области психического здоровья, в связи со «слуховыми галлюцинациями». И не обязательно из-за того, что они действительно страдают такими галлюцинациями, а потому что отвечают «да» на вопросы, которые могут им показаться неопределенными или странными, которые выходят за пределы их опыта или требуют однозначного и конкретного ответа («ты слышишь голоса?»). Несмотря на то, что направление может требовать осмотра специалиста, в последующей формулировке следует воздерживаться от использования термина слуховые галлюцинации, до тех пор, пока он не будет клинически обоснованным. Не следует использовать его в ситуации, когда ребенок, например, лежит в кровати, пытается заснуть, и напуган яркими воспоминаниями о просмотренном накануне пугающем фильме.

Основная жалоба

Обычно это одна жалоба или симптом, но что касается детей, которые приходят на осмотр вместе со взрослыми, следовало бы оценить две основные жалобы: основную жалобу взрослых и основную жалобу ребенка (которая, следует признать, часто будет звучать: «я не знаю»)

Обязательное включение и четкое разграничение категорий семья и школа

Хотя это может быть полезно и в отношении взрослых пациентов (с акцентом на занятости и трудоспособности, а не на школе), у детей эти сферы необходимо оценить тщательно и подробно, кроме того, они заслуживают, чтобы им были

посвящены отдельные разделы формулировки, а не подраздел «социальная сфера». Стрессоры в семье и школе могут отражать возникшие у ребенка симптомы, усугублять их, или, на самом деле, быть основными этиологическими факторами. В действительности, не существует ситуаций, в которых обращение ребенка за помощью не отражало бы проблемы с его поведением в обеих этих областях, при этом симптомы усугубляются тем, что дети переживают дома или в школе.

Развитие

Дети нуждаются в оценке их развития, которая не должна быть поверхностной. В большинстве случаев планирование диагностики и лечения, проводимое детскими психиатрами, обусловлено тем, что типично или нетипично для возраста ребенка, а также тем, как возникшие симптомы будут влиять на его дальнейшее развитие.

Развитие часто описывается в отдельном разделе формулировки, но это может таить в себе риск допущения краткого обзора обширных стадий развития без более точного и внимательного интегрирования развития во все аспекты формулировки. Это может представлять определенные трудности, поскольку, например, нередко имеет место неопределённое ощущение, является ли гиперактивность или резкая смена настроения чрезмерной, и потому что иногда, для того чтобы образовать группу симптомов, объединяются довольно «типичные» действия, что может иметь пагубные последствия.

Модели развития

Формулировка не книжного формата не может проходить поэтапно, например, от Фрейда до Эриксона и Пиаже; формулировка требует сделать выбор. В этой связи, дети, как впрочем, и остальные возрастные группы, страдают от трений и разногласий между специалистами в области психиатрии различных теоретических направлений. Использование разных парадигм и следование им не обязательно предполагает преданность и догматизм. Нельзя сказать, что все модели развития одинаково верны, но способность применять или одобрять разные модели не должна основываться на профессиональной компетентности. Хотя все люди со временем меняются, дети охвачены бурей роста и созревания, аккумулируя язык и навыки, экспериментируя с окружающим их миром, овладевая мастерством через решение задач, при этом ежедневно сталкиваясь с все более и более сложными из них. Этот процесс протекает не прямолинейно. Его следует рассматривать скорее как перемежающуюся эволюцию, а не как плавный и равномерный прогресс. Курс, начерченный развивающимся ребенком, зависит от биологических факторов, структуры семьи и социального окружения. Тем не менее, базисное понимание ожидаемых норм позволяет отнести ребенка к определенной категории и может настораживать клиницистов в плане задержек развития и тех или иных расстройств. В свете вышеизложенного, полезным инструментом формулировки может быть оценка задач ребенка в плане двигательного, когнитивного и социального развития, на основе моделей, включая такие, как стадии когнитивного развития Пиаже и задачи развития Эриксона.

Индивидуальный аспект формулировок случая

Дети могут быть поводом для беспокойства. Глубокие семейные стрессоры могут проявлять себя в поведении ребенка, и понимание того, что с этим необходимо что-то делать (и как включить это в план лечения), не только уберезет ребенка от ненужного лечения (и в таком случае более подходящие вмешательства помогут взять ситуацию под контроль). Такое понимание позволит также избежать общей тенденции неумения справляться с предрасполагающими и провоцирующими симптомами.

ВЫВОДЫ

Формулировка – это захватывающее слияние идей, в ней знания детских и подростковых психиатров объединяются с переживаниями пациента для того, чтобы составить рассказ о нем, который в результате приводит к назначению лечения. При соблюдении итеративного и адаптивного формата формулировка может согласовывать разные теории и перспективы с тем, чтобы объяснить, что происходит с нашими пациентами, пока мы пытаемся лучше их понять. Несмотря на все эти переменные, формулировка не должна быть пугающей или громоздкой. Искусство формулировки заключается в ее генерирующем гипотезы формате, поддающемся изменениям при появлении новой информации, в целях причинного объяснения. Мастерство формулировки – это не мгновенное установление правильного диагноза, а скорее составление содержательного, благожелательного портрета ребенка в окружающем его мире.

Приложение А.10.1

УПРАЖНЕНИЯ

Прочитайте краткое описание случая и напишите:

1. Формулировку в соответствии с биопсихосоциальной моделью, акцентируя внимание на риске клинически значимого депрессивного расстройства
2. Формулировку в соответствии с моделью четырех Р
3. Письмо специалисту, направившему на осмотр пациента, с описанием результатов вашей оценки и рекомендациями.

Примеры смотрите на следующих страницах.

ИЗЛОЖЕНИЕ СЛУЧАЯ

Представлен смешанный случай, после чего следует биопсихосоциальная формулировка, фокусирующаяся на факторах риска возникновения депрессии, и формулировка в соответствии с моделью четырех Р, сосредоточенная на суицидальности.

Четырнадцатилетняя девочка Сара поступила в клинику после попытки проглотить пригоршню таблеток лития во время ссоры с отцом. Отец не дал ей сделать этого, после чего она выбросила все таблетки на пол.

Ее основные жалобы при встрече с вами – подавленное настроение и злость. Она сообщает, что разозлилась из-за того, что отец хочет отправить ее обратно в родной город, чтобы она жила там со своей матерью. Отец все больше и больше огорчался из-за того, что Сара курит слишком много марихуаны и прогуливает занятия в школе. Сара рассказывает, что ее депрессивное настроение предшествовало переезду к отцу. Она говорит, что на протяжении нескольких месяцев с большим трудом засыпает, поскольку переживает из-за неудач в течение дня, затем с большим трудом просыпается утром, после длительной ночи метаний и терзаний. Она сообщает о том, что в новой школе не может сосредоточиться на занятиях и именно поэтому каждый день уходит с уроков, чтобы покурить марихуану. Сара говорит, что это помогает ей сосредоточиться и расслабиться, и это единственный момент, когда она получает удовольствие от общения со своими новыми друзьями. Она скучает по своим старым друзьям. Сара говорит, что у нее нет желания умереть прямо сейчас, но когда по настоящему расстраивается, у нее появляются мысли о том, чтобы уйти навсегда, в основном для того, чтобы ее родители пожалели об этом и скучали бы по ней.

Отец Сары добавляет, что она была раздражительной на протяжении двух месяцев с того момента, как переехала к нему в его город, и что не была такой в детстве. Он также рассказал о том, что все это усугубилось по мере того, как у

дочери стала ухудшаться успеваемость в школе. Он говорит, что во время ссор Сара с нарастающей энергией заявляет, что не хотела бы жить. Он отвел ее к врачу, который назначил литий из-за колебаний настроения, раздражительности и симптомов депрессии. Ни сама Сара, ни ее отец не сообщают, что она когда-либо испытывала психотические или маниакальные симптомы, хотя временами была тревожной, точно также как ее мать. Со слов отца, он не имел каких-либо психических проблем в прошлом, но его жена была подвержена быстрым сменам настроения и пыталась покончить с собой, когда он впервые сказал ей, что уезжает от нее в другой город.

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ
ФОРМУЛИРОВКА,
С АКЦЕНТОМ НА РИСКЕ
КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО
ДЕПРЕССИВНОГО
РАССТРОЙСТВА**

Сара – четырнадцатилетняя девочка с симптомами депрессии, включая депрессивное настроение и раздражительность, проблемы со сном, ослабленную концентрацию внимания, негативные размышления и недавнюю прерванную суицидальную попытку. К биологическим факторам риска депрессивного расстройства относятся: колебания настроения в семейном анамнезе; злоупотребление психоактивными веществами, которое может усугублять ее депрессию или отставание в школе; а также токсичность лития. К психологическим факторам относятся: продолжающийся дистресс, связанный с разводом ее родителей, и ощущением, что она является заложником ситуации, а также школьные неудачи. Социальные факторы включают: ослабленный контроль и наблюдение, связанные с ее недавним переездом к отцу; отдаление от старых друзей и родственников; и конфликты с новыми друзьями в школе.

**ФОРМУЛИРОВКА,
ОСНОВАННАЯ
НА МОДЕЛИ ЧЕТЫРЕХ Р,
ДЛЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ**

Сара – четырнадцатилетняя девочка с симптомами депрессии и недавней суицидальной попыткой. К предрасполагающим факторам относятся: суицидальные попытки у матери в анамнезе; суицидальные мысли Сары, выражаемые ею в виде угроз, во время ссор с отцом; ослабление контроля и наблюдения за ней и пребывание в новой, изолирующей среде. Провоцирующие факторы включают в себя: стресс, связанный с переездом в новый город; необходимость посещать новую школу; и конфликт с отцом. К поддерживающим факторам относятся: несоответствующее лечение и ухудшение депрессивной симптоматики. Защитные факторы включают в себя: крепкие социальные взаимоотношения до переезда, которые можно развивать, а также готовность начать новое лечение.

Письмо детского психиатра семейному врачу, направившему ребенка на консультацию

20 января 2014 г.

Уважаемый доктор N,

Спасибо Вам за то, что направили к нам для оценки суицидальности четырнадцатилетнюю девочку Сару, проживающую со своим отцом. Я дважды осмотрел ее, сначала отдельно, затем в присутствии отца. Я также поговорил с одним из ее учителей.

Сара говорит о том, что в течение нескольких месяцев была подавленной и раздражительной, ежедневно курила марихуану и плохо успевала в школе. Отец подтверждает такое поведение своей дочери и заявляет о том, что они все чаще и чаще ссорились, из-за того, что у него росло беспокойство по поводу употребления ею марихуаны, и желанием с его стороны, чтобы она прекратила это. После одной из таких ссор Сара в присутствии отца пыталась отравиться таблетками лития (выписанными другим врачом). Она отрицала, что планировала причинить себе вред. По описанию учителя Саре было трудно адаптироваться в новой школе, у нее мало друзей и общается она в основном с нарушителями дисциплины.

Сара единственный ребенок в семье. Родители развелись несколько лет назад из-за выраженной семейной дисгармонии и после того, как отец принял решение переехать в другой город. Сара часто проводила со своим отцом каникулы и два месяца назад попросила переехать к нему на постоянное проживание. На протяжении некоторого времени взаимоотношения между Сарой и ее матерью были напряженными. Отец рассказал, что никогда не обращался за психиатрической помощью, а у матери отмечались колебания настроения, и однажды она пыталась покончить с собой, когда он впервые сказал ей, что хочет уехать в город.

Сара родилась без осложнений после нормальной беременности. Основные этапы развития протекали средне, и ее описывают как смышленного, веселого и

ЦЕЛЬ КОНСУЛЬТАЦИИ

КРАТКИЙ АНАМНЕЗ

**КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ
СИТУАЦИИ В СЕМЬЕ**

**КРАТКИЙ АНАМНЕЗ
РАЗВИТИЯ**

**КРАТКАЯ ОЦЕНКА
ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА****ПРИСУТСТВУЮЩИЕ
СИМПТОМЫ****ОТСУТСТВУЮЩИЕ КЛЮЧЕВЫЕ
СИМПТОМЫ****ОСОЗНАНИЕ****ИССЛЕДОВАНИЯ****ФОРМУЛИРОВКА**

послушного ребенка. Она отличалась средней успеваемостью в школе и имела нескольких друзей. Первая менструация была в двенадцать лет. По всей видимости, с этого момента начало меняться ее поведение: появились колебания настроения, стали частыми ссоры с матерью, и она начала бросать вызов ограничениям.

Сара выглядит опрятной, следящей за своей внешностью и одеждой, молодой девушкой, смотрится старше своего возраста. Она умеет хорошо выражать свои мысли, и способна последовательно рассказывать о себе. Тем не менее, наблюдается явное напряжение между нею и ее отцом. При отдельном осмотре Сара четко и последовательно излагала свои мысли и данные анамнеза. Она сообщила, что на протяжении некоторого времени ежедневно чувствовала себя несчастной; потеряла интерес к повседневной деятельности и развлечениям и периодически, главным образом после ссоры с отцом, у нее появлялись мысли, что лучше было бы умереть. У нее также ухудшилась успеваемость в школе, заметно ослабла концентрация внимания и снизилась мотивация. Она спала и ела больше обычного (связывала это с употреблением марихуаны). Сара отрицала (и отсутствовали какие-либо объективные признаки) наличие галлюцинаций, бредовых идей, навязчивостей и компульсивных побуждений. Она соответствует среднему уровню интеллекта (хотя формальная оценка не проводилась). Сара, по всей видимости, способна осознавать свое поведение и готова пройти лечение, однако у нее отсутствует мотивация к прекращению употребления марихуаны («... Это единственное, что действительно доставляет мне удовольствие..»). По данным оценочной шкалы, у Сары слабовыраженные симптомы депрессии.

Я считаю, что Сара – четырнадцатилетняя девочка с симптомами депрессии и недавней суицидальной попыткой. Я оцениваю ее текущий суицидальный риск как легкий – средний. К предрасполагающим факторам относятся: суицидальные попытки у матери в анамнезе; суицидальные мысли Сары, выражаемые ею в виде угроз, во время ссор с отцом; ослабление контроля и наблюдения за ней и пребывание в новой,

изолирующей среде. Провоцирующие факторы включают в себя: стресс, связанный с переездом в новый город; необходимость посещать новую школу; и конфликт с отцом. К поддерживающим факторам относятся: несоответствующее лечение и ухудшение депрессивной симптоматики. Защитные факторы включают в себя: крепкие социальные взаимоотношения до переезда, которые можно развивать и готовность начать новое лечение.

Возникшие у Сары симптомы указывают на наличие большой депрессии легкой – средней степени тяжести, сочетающейся с психическим и поведенческим расстройством, вызванным употреблением марихуаны. Лечение лития карбонатом оказалось неэффективным.

В плане лечения я считаю, что разумным было бы провести Саре межличностную или когнитивно-поведенческую терапию, первоначально направленную на ее депрессивную симптоматику и злоупотребление наркотиком. Ее отец также может быть вовлечен в лечение. На данной стадии медикаментозное лечение не показано.

С уважением...

ДИАГНОЗ

КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ