

ДИАГНОЗ И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Barry Nurcombe

Термин диагноз происходит от греческого слова *διάγνωσις*, означающего *нахождение отличий, распознавание или принятие решения*. Словом «диагноз» пользовался Гиппократ для обозначения процесса медицинского рассуждения. Сегодня этот термин применяется как в отношении процесса, так и в отношении продукта принятия решения.

Диагноз выполняет целый ряд функций, он:

- Позволяет описывать случаи в общей перспективе
- Дает возможность собирать данные для административных целей
- Может использоваться для специфических целей, таких как подборка случаев одинаковой природы и применение в отношении них противоположно направленных методов лечения
- Является ключом к планированию лечения

КАТЕГОРИИ ПРОТИВ ИЗМЕРЕНИЙ

Категориальный диагноз предполагает четкое качественное различие между наличием или отсутствием расстройства (например, рак молочной железы), тогда как дименсиональный диагноз подразумевает количественное различие (например, гипертензия).

Достоинства и ограничения этих подходов являются предметом постоянных дискуссий. На практике категориальный подход к диагностике в клиническом плане более удобный (например, указывая на необходимость лечения). Тем не менее, новые классификации (такие как DSM-5), пытаются объединить оба подхода, например, включая в диагноз оценку степени тяжести, или определение «спектра» (например, расстройства аутистического спектра). Более подробное описание в главе А.3.

В данной главе формулировка диагноза рассматривается в плане облегчения индивидуализированного планирования лечения.

Психическое расстройство представляет собой клинически значимый паттерн психо-поведенческих симптомов и признаков, ассоциированный либо с текущим дистрессом или нарушением, переживаемым пациентом или людьми из его окружения, либо с риском возникновения в будущем дистресса или нарушения. Понятие *расстройства* не соответствует научной достоверности *заболевания*. Заболевание и расстройство выражают биологический ущерб (Scadding, 1967). Некоторые из расстройств, описанных в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) или МКБ-10 (World Health Organization, 1992) могут быть характерными и категориальными; тем не менее, большинство из них, по всей видимости, дименсиональны, с диагностическими критериями исключения, определенными произвольно или с помощью статистических формул. Это приобретает особое значение в тех случаях, когда несколько поведенческих

нарушений присутствуют одновременно, и тогда возникают споры по поводу того, какое из понятий применить – «дименсиональный полиморфизм» или «категориальная коморбидность». В том случае если это дименсиональное расстройство, оно должно определяться разнообразным смешением генетических и временных факторов с приобретёнными реакциями адаптации (например, расстройство поведения), тогда как истинное категориальное расстройство, по всей вероятности, имеет биологическую основу (например, синдром Ретта). Не все расстройства или синдромы окажутся преимущественно категориально отличимыми; а некоторые из тех, что на сегодня кажутся категориально отличимыми, со временем могут оказаться гетерогенными.

Клиницист определяет отличительные особенности категориальных прототипов, и одновременно выявляет динамические факторы, задействованные в возникновении и сохранении состояния пациента. В данной главе рассмотрены способы формулировки диагноза, составленной с целью помочь в планировании лечения.

ИЗМЕРЕНИЯ ДИАГНОЗА

Полезно концептуализировать диагностические формулировки по трем осям или измерениям (см. также Главу А.10):

- Биопсихосоциальное
- Связанное с развитием
- Временное

Биопсихосоциальное измерение

В любой момент времени пациент функционирует одновременно на биологическом (нижний), психологическом и социальном (высокий) уровнях (например, молекулярное, клеточное, органное и системное функционирование; бессознательное и сознательное психологическое функционирование; семейно-социальная адаптация). Каждый последующий уровень появляется из более низкого. Ни один из уровней не может быть редуцирован до более низкого, хотя наука может заниматься поисками связей между ними (например, между синаптической дисфункцией на молекулярном уровне и психозом).

При формулировке диагноза врач анализирует следующие уровни:

1. Физический уровень

- Симптомы периферических органов
- Иммунная система
- Вегетативная нервная система
- Сенсорно-двигательные системы

2. Психологический уровень

- Обработка информации
(ориентация, внимание, память, понимание, суждения)
- Обучаемость

- Способность к общению
 - Отношение к себе и другим
 - Социальная компетентность
 - Психологические симптомы
 - Бессознательные конфликты и защиты эго
3. *Социальный уровень*
- Структура и динамика семьи
 - Социальные взаимоотношения
 - Школьная и профессиональная адаптация

Измерение, связанное с развитием

Клиницист оценивает разные системы биопсихосоциальной оси и определяет, не имеют ли они признаков задержки, чрезмерного развития или девиации относительно того, что ожидается для данного возраста пациента. Так, например, аутизм ассоциируется с задержкой и девиацией развития (например, в способности к коммуникации, социальным взаимоотношениям и словесно-логическом мышлении). Связанное с развитием измерение особенно важно при оценке детей и подростков.

Временное измерение

Жизнь человека подобна кинофильму: она откуда-то начинается, ее можно рассмотреть, как стоп-кадр, и затем она устремляется в будущее. Временное измерение требует понимания следующего:

Предрасположенность

Какие физические, психологические или социальные воздействия (генетические, внутриутробные, перинатальные, периода раннего развития) – предрасположили пациента к возникновению психологического нарушения, наблюдаемого на момент обследования. Что было источником стресса, травмы или депривации в годы формирования?

Провоцирующие факторы

Имеются ли данные о физическом или психологическом стрессоре, который совпадает по времени с началом психологического расстройства, и который мог привести к нарушению равновесия у индивида. К наиболее распространенным стрессорам относятся: соматическое заболевание (напр., гепатит, вызывающий депрессию), подверженность воздействию психологической травмы или потери; разногласия между супругами или разлука. Некоторые из недавних психологических стрессоров могут представлять собой повторение нерешенных травм детского возраста. Не все текущие проблемы провоцируются стрессорами, некоторые (например, аутизм) возникают постепенно из ранней предшествующей девиации или задержки развития.

Проявление

Полезно спросить: почему сейчас? Если проблема была очевидной на протяжении какого-то времени, почему индивид или его родственники именно в данный момент обратились за помощью. Привел ли какой-либо дополнительный стресс к нарушению в прежде компенсированной физической или психологической системе?

Паттерн

Паттерн биопсихосоциальных симптомов и признаков составляет текущее нарушение (феномен, представляющий расстройство или расстройства, определенные в соответствии с DSM или МКБ). Представляют ли симптомы и признаки декомпенсацию или предстоящую декомпенсацию вследствие недостаточной адаптации (с тревогой, соматизацией или разрядкой напряжения), возникновение более примитивных механизмов психологической адаптации (например, отрицание, вытеснение, диссоциация), фрагментацию психического функционирования (как при психозе), или остаточные проявления недавней декомпенсации (как при конверсионном расстройстве)? Выполняют ли симптомы подсознательную коммуникативную или подражательную (имитационную) функцию (как при некоторых формах конверсии)? Если да, то какое передается сообщение и кому? Симптомы основаны на действительном или воображаемом соматическом заболевании? Если да, то не пытается ли пациент получить вторичную выгоду от болезни?

Поддержание

Многие психологические проблемы скоротечны; провоцирующий стресс исчезает или индивид справляется с ним, иногда с улучшением функционирования. Но как быть с проблемами, которые не проходят? Что способствует их сохранению? Не является ли провоцирующий стрессор тем фактором, который содействует поддержанию нарушения равновесия? Вызывают ли патологические механизмы психологической адаптации последующий стресс, не позволяя проблеме исчезнуть? Понимание провоцирующих и поддерживающих факторов имеет ключевое значение для планирования лечения.

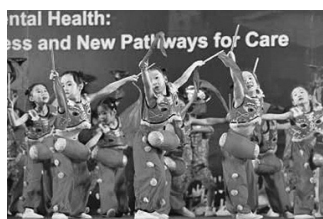
Прогноз

Как вы считаете, каким будет исход, при назначенном лечении и без него? Нуждается ли состояние в лечении, или вполне вероятно, что оно пройдет спонтанно?

Потенциальные возможности

Не фокусируйтесь исключительно на проблемах и дефектах. Какими активами обладает пациент? Например, такие особенности, как: физическая привлекательность, физическая сила, художественные способности, спортивный талант, социальные навыки, технические способности могут быть использованы для компенсации дефектов и проблем во всестороннем плане лечения.

Диагностическая формулировка может разрабатываться на основе сочетания биопсихосоциальной, временной и связанной с развитием осей в виде матрицы, как представлено на рис. А.11.1.



Дети, выступающие на церемонии открытия Международного конгресса IASAPAR в Пекине в 2010 г.

Биопсихосоциальный диагноз (Nurcombe & Gallagher, 1986) помогает клиницисту сориентироваться, на чем необходимо сфокусировать внимание при составлении плана лечения, что является главными опорными пунктами лечения. Были предложены другие диагностические системы (например, Amchin 1991; Faulkner et al. 1985; Leigh & Reiser 1993; Perry et al, 1987; Shapiro 1989; Sperry 1992; Sperry et al, 1992), однако, только Shapiro (1989) придает адекватное значение психодинамическим, связанным с развитием, образовательным и семейным факторам.

Рисунок А.11.1 Интегрирование данных, как диагностическая формулировка: диагностическая матрица

	Предрасположенность	Провоцирующий фактор	Паттерн	Поддерживающий фактор	Потенциал
Физический					
Психологический					
Семейный/ социальный					

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Дженет 17 лет, она первый ребенок в семье разведенных родителей. У нее есть родной брат (10 лет), и сводный брат (2-х лет) от брака отца со второй женой. Дженет направлена семейным врачом, который беспокоится по поводу ее депрессии, суицидальных мыслей и нанесения самопорезов 18 месяцев назад после изнасилования. Дженет только сейчас призналась доктору об изнасиловании. Она не хочет рассказывать об этом матери и сообщать в полицию. Ее доктор предполагает, что у Дженет посттравматическое стрессовое расстройство.

Дженет выглядит привлекательной, модно одетой, девушкой. Она хорошо относится к врачу, проводящему обследование, выглядит зрелой для своего возраста. Дженет плачет, когда объясняет, что с ней произошло 18 месяцев назад. Дома никого не было, потому что ее мать и брат уехали навестить родственников. Дженет привела в дом школьного приятеля, который силой подавил ее сопротивление и совершил половой акт. После этого Дженет испытывала гнев, вину и ощущение потери контакта с внешним миром и собственным телом.

Она не рассказала матери и не обратилась в полицию, поскольку понимала, как глупо себя вела. В действительности, она имела половые отношения со многими мальчиками, но не из-за любви («Я слишком молодая, чтобы любить»), а потому что хотела чувствовать близость к кому-нибудь. После просьбы объяснить, почему она хочет чувствовать близость к кому-нибудь, Дженет рассказала следующую историю.

Около трех лет назад ее отец, по профессии учитель, был далеко от дома, проходя образовательный курс в другом городе. Однажды он позвонил своей жене и сказал, что влюбился в другую женщину, и хочет развестись. Он не вернулся домой. Мать тяжело пережила это событие, долгое время была депрессивной. Дженет всячески пыталась ее поддержать, окружив материнской заботой младшего брата.

После того, как два года назад ее родители развелись, Дженет начала посещать своего отца, мачеху и брата. Однако ее отец, которого она раньше обожала («Я была папиной дочкой»), критиковал ее за то, что она немного поправилась (на пять фунтов) после того как бросила заниматься танцами из-за травмы колена. По этому поводу они с отцом часто ссорились. Он называл её неблагодарной и неучливой. Мачеха поддерживала его в этом. Дженет перестала посещать отца около года назад, и с этого времени ни разу не разговаривала с ним.

Дженет жаловалась на депрессивное настроение без бессоницы и нарушения аппетита. У нее были неопределенные мысли о суициде. Временами она чувствовала, что теряет связь с собственным телом и окружающим миром. Время от времени она наносит себе порезы бритвенным лезвием, чтобы облегчить чувство эмоционального «онемения».

Мать Дженет ничего не знала об изнасиловании на свидании, и врач не говорил с ней об этом. Со слов матери дочь с момента развода стала подавленной и раздражительной. Мать сама прошла курс лечения по поводу депрессии после расставания с мужем, однако выздоровела и сейчас работает в режиме полной занятости. Она живет отдельно с бывшим супругом и не общается с ним.

В семейном анамнезе отсутствуют данные о психических заболеваниях, проблемах с обучением и об антисоциальном поведении. Мать рассказала, что беременность и роды у нее протекали нормально. Дженет была желанным ребенком и прошла все этапы развития с некоторым опережением. Она была близка по отношению к обоим родителям, но особенно к отцу, которого боготворила. Дженет всегда была «второй мамой» для своего младшего брата. Она не болела никакими серьезными заболеваниями, не имела травм или хирургических вмешательств. Яркий ребенок, она всегда была хорошим учеником.

Формулировка диагноза

Дженет 17-летняя белокожая девочка подросток из среднего класса, старшая из трех детей. Ее раннее детство протекало без особых происшествий, и она росла ярким, коммуникабельным ребенком, очень близким к своему обожаемому отцу. Ее тесная эмоциональная связь с отцом послужила почвой для депрессивного расстройства, спровоцированного неожиданным уходом ее отца из семьи. После его ухода Дженет поддерживала свою депрессивную мать и заботилась о младшем брате. Однако она перестала быть дружелюбной по отношению к отцу, который, по всей видимости, из-за собственного чувства вины стал критиковать ее. Дженет отдалилась от своего отца, когда почувствовала, что ее место в его симпатиях занял двухлетний брат. Пытаясь найти эмоциональное облегчение, она стала неразборчивой в сексуальных связях. Изнасилование произошло в этом контексте. Депрессивная симптоматика Дженет в последующем осложнилась чувством вины, ненавистью к себе, деперсонализацией, неопределенными суицидальными мыслями и самоповреждениями (для облегчения эмоциональной невосприимчивости). Ее текущее психическое состояние поддерживается потерей отца и ее неспособностью обсудить с родителями свое затруднительное положение. При соответствующем лечении прогноз благоприятный. Без лечения существует высокая вероятность, что ее депрессия приобретет хронический характер, а ее эмоциональные взаимоотношения во взрослой жизни станут пустыми, не приносящими удовлетворения и конфликтными. Тем не менее, Дженет обладает многими сильными сторонами, в частности: интеллект, социальные навыки и художественные способности (балет).

Подводя итог вышеизложенному, можно утверждать, что у Дженет легкое депрессивное расстройство. У нее нет посттравматического стрессового расстройства (отсутствуют флешбеки, ночные кошмары или симптомы перевозбуждения вегетативной нервной системы), однако она страдает острым стрессовым расстройством (на данный момент затухающим) в результате изнасилования на свидании, с деперсонализацией и суицидальными мыслями. Целенаправленный план лечения будет разработан в следующем разделе.

МОДЕЛИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Клиницисты используют такие четыре модели планирования лечения, первая из которых интуитивная, а остальные взвешенные:

1. Подбор терапии
2. Ориентировка на проблему
3. Фокусное планирование лечения в стационаре
4. Целенаправленное планирование

Подбор терапии

Используемая большинством клиницистов техника подбора терапии соответственно клиническому паттерну – вполне естественный метод. С учетом клинической картины (например, семилетний ребенок; гиперактивный, непоседливый, невнимательный и импульсивный; проблемы с обучением; принуждающие и пунитивные родители; по всей видимости, низкий или средний интеллект) клиницист подбирает план диагностики и лечения (например, тестирование интеллекта и достижений в учебе; обучение родителей и педагогов; возможно дополнительное обучение; назначение стимуляторов; возможно бихевиоральная программа, направленная на улучшение способности к концентрации). Прогресс в лечении данного ребенка оценивается в общем до тех пор, пока родители удовлетворены тем, что его состояние улучшилось, или не удовлетворены и прекращают лечение.

Несмотря на то, что подбор терапии – быстрый, эффективный и естественный метод, он обладает определенными недостатками. Отсутствие специфических фокусов и оценок времени, необходимого для достижения изменений в этих фокусах приводит к неопределенности и потенциальному «дрейфу»: терапевт не считается ответственным за принятие решения относительно того, действует ли план лечения, и за внесение изменений в лечение, если план не работает. Если в процесс лечения вовлечена клиническая команда, как в условиях стационара, то это может привести к несогласованности действий, так как такой команде недостает четкой логики при назначении ролей и принятии коллегиальных решений.

Ориентировка на проблему

Weed (1969) предложил ввести в медицинскую практику проблемно-ориентированную запись с тем, чтобы избежать недоразумений между высокоспециализированными стационарными программами. В предложенной Weed системе диагностические и терапевтические проблемы извлекаются из базы данных. Проблема становится либо несущественной, либо определяется как категориальный диагноз, для которого назначается специфическое лечение. Впоследствии терапевтические проблемы остаются активными, становятся неактивными или решенными. Четкая логика системы способствует коммуникации и сотрудничеству, а также позволяет пациенту не потеряться между специалистами узкого профиля.

К сожалению, проблемная ориентация оказалась неэффективной в психиатрии. Grant & Maletzky (1972) предложили психиатрические проблемы определять как

девиантное поведение, нуждающееся в погашении, или как дефицитарное поведение, требующее усиления. Тем не менее, отсутствуют какие-либо руководства по извлечению проблем из базы данных или принятию решения, как их следует интегрировать. Нередко, проблемно-ориентированная запись превращается во фрагментированный перечень вариантов поведения, который не отражает сути динамически взаимодействующих паттернов. Таким образом, существует риск, что терапевтическая команда будет воспринимать ее как «бумажную работу», выполняемую для удовлетворения требований внешней проверки.

Сфокусированное планирование лечения в стационарных условиях

Nauger (1989) предложил для облегчения лечения в стационарных условиях использовать сфокусированное планирование. Клиницист идентифицирует одну сфокусированную проблему, формулирует ее в функциональных терминах и привязывает лечение к диагнозу путем постановки конкретных задач. Благодаря тому, что при составлении плана используется ясный, свободный от жаргонных выражений, язык, такой план понятен как клинической команде, так и пациенту, и его родственникам. Сфокусированное планирование тесно связано с целенаправленностью.

Целенаправленное планирование

Целенаправленное планирование впервые представлено Nurcombe & Gallagher (1986) и Nurcombe (1989). Основные терапевтические фокусы извлекаются из диагностической формулировки. Основные фокусы представляют собой те аспекты диагноза, которые, с одной стороны, поддаются изменению, с другой – способны произвести наиболее выраженный общий эффект при изменении. Определяя цели и подходы в лечении, клиницист должен принимать во внимание время, доступные средства и ресурсы. В отличие от сфокусированного планирования стационарного лечения, целенаправленное планирование применимо в любых терапевтических условиях: например, при стационарном лечении, направленном на быструю стабилизацию опасного поведения до начала расширенного лечения. Корректирующее лечение или реабилитация включает в себя отдельное или комбинированное применение разрешения сознательного или подсознательного конфликта, коррекцию дефекта, переобучение, реабилитацию, изменение конфигурации семьи, а также укрепление сильных сторон и активов для компенсации дефекта.

РАЗРАБОТКА ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Целенаправленное планирование предполагает следующие шаги (рисунок А.11.2):

1. Определите основные проблемы и потенциальные сильные стороны
2. Переобозначте проблемы/потенциальные сильные свойства личности, как задачи
3. Оцените время, необходимое для решения каждой из задач
4. Для каждой задачи определите, как минимум, две цели

5. Для каждой задачи подберите необходимое лечение (или несколько методов лечения), отвечающее принципам доказательной медицины с учетом социально-культурных особенностей и доступных ресурсов.
6. Для того, чтобы иметь возможность оценить прогресс в лечении, или убедиться, что цели достигаются, для каждой цели/задачи определите способ мониторинга.

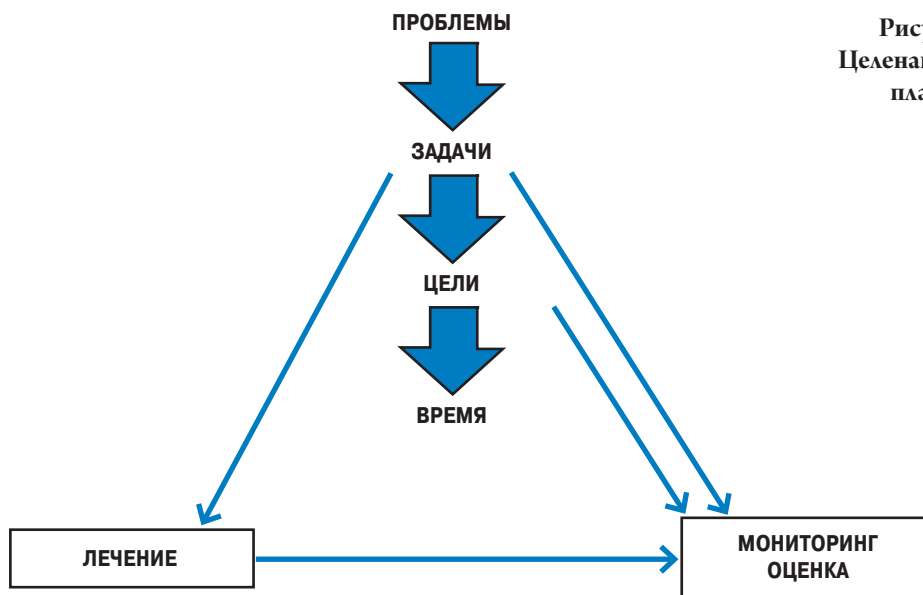


Рисунок А.11.2
Целенаправленное
планирование

Определение проблем и потенциальных возможностей

Клиницист самостоятельно (или клиническая команда при встрече) извлекает из биопсихосоциальной психологической формулировки те основные проблемы или потенциальные возможности, которые, если их изменить, удалить или усилить, вероятно, принесут наибольшую пользу индивиду. Например, это может быть:

- Физический или психологический стресс, который предрасполагает пациента к возникновению у него расстройства в будущем
- Физические или психологические стрессоры, которые способствуют устойчивости текущего нарушения
- Физические, психологические или организационные факторы, приведшие к направлению пациента к специалисту
- Факторы из текущего биопсихосоциального статуса, позволяющие изменить: физическую и нейропсихологическую дисфункцию; симптомы, которые рассматривают как способ преодоления.

Для того, чтобы извлечь из формулировки стабилизационные, коррекционные или компенсаторные задачи, необходимо поставить следующие вопросы:

- *Какие следует изменить симптомы, признаки, нарушения, действия и поступки, эмоции, особенности характера или дисфункции, при условии, что пациент должен быть пролечен с использованием наименее ограничительных методов оказания помощи?*
- *Какие предрасполагающие или поддерживающие факторы можно изменить или исключить?*
- *Какие личностные потенциальные способности можно поддержать и развивать с целью компенсации дисфункции или дефекта?*

Как правило, для разработки всеобъемлющего плана, необходимо определить от четырех до шести проблем и одной потенциальной способности. В общем, это проблемы: *поведенческие* (например, самопорезы), *психологические* (например, нерешенный конфликт, касающийся сексуального насилия в детстве), *семейные* (например, отчужденность между ребенком и родителями, или разногласия между самими родителями), *социальные* (например, плохие взаимоотношения со сверстниками), *связанные с учебой* (например, трудности с обучением), или *медицинские* (например, сахарный диабет). Каждая проблема или потенциальная способность указывает на то, с чем намерен клиницист или команда специалистов помочь справиться пациенту и его семье.

Переобозначение проблем/потенциальных возможностей, в качестве задач

Главная задача лечения состоит в изменении проблем/потенциалов. Например:

- Ослабить интенсивность депрессивного настроения
- Снизить частоту компульсивного поведения
- Разрешить конфликт, касающийся насилия в прошлом
- Помочь в установлении более эмпатичных взаимоотношений «родители-ребенок»
- Содействовать последовательной, вспомогательной родительской дисциплине (например, при противоречивом принудительном воспитании)
- Стимулировать (совершенствовать) художественные способности.

Выбор метода терапии

Для каждой основной проблемы или потенциала терапевт подбирает метод терапии или набор методов, соответствующих потребностям пациента и его семьи, руководствуясь нижеизложенными критериями. В каждом из случаев необходимо определиться, какой из методов терапии:

- Имеет наибольшее эмпирическое обоснование (т.е. научно обоснованную клиническую практику)
- Характеризуется наименьшим риском (например, обладает наименее выраженными побочными эффектами)
- Лучше всего соответствует доступным клиническим ресурсам
- Наиболее экономичен в плане денежных затрат и времени
- Лучше всего отвечает социально-культурным характеристикам семьи.

Намеченный срок

Клиницист оценивает, как долго должна длиться терапия или комплекс методов терапии, чтобы привести к ожидаемому эффекту (т.е. достижению цели). Срок окончания терапии является эталоном, позволяющим оценить прогресс.

Определение целей

Цель – это те изменения, которые наблюдаются у пациента или его семьи при решении поставленных задач, в отличие от задач, представляющих собой действия, которые намерен предпринять клиницист или клиническая команда специалистов для того, чтобы помочь пациенту. Сформулированные цели – это примеры поведения, отражающие решение задач. Цель также указывает на степень, до которой задача может быть решена. Задача без цели рискует стать пустой абстракцией. Цели без задач создают риск потери сути дела. Здесь мы приводим пример стационарного лечения:

Задача: Снизить интенсивность депрессивного настроения/суицидальных мыслей

Цели:

- При ежедневной оценке психического состояния у пациента не будет депрессивного аффекта и суицидальных мыслей непрерывно в течение двух недель
- Медицинские сестры, наблюдая за поведением пациента, будут отмечать, что он постоянно находится в группе сверстников
- Учитель будет сообщать, что пациент прилагает активные усилия при выполнении школьных домашних заданий
- Родители будут сообщать о том, что они больше не наблюдают у пациента подавленного настроения, и что он строит конструктивные планы.

Оценка

В некоторых случаях могут быть использованы: физические показатели (например, масса тела при расстройствах питания); количественная оценка симптомов (например, попытки нанести себе самоповреждения при аутистическом расстройстве) или результаты тестов (например, изменения показателей оценочных шкал). Тем не менее, во многих случаях, наиболее подходящим методом будет эмпатическая оценка психического состояния.

Процесс целенаправленного планирования лечения проиллюстрирован рисунком А.11.2. По существу, клиницист спрашивает:

- Что является намеченным пунктом (*поставленная задача*)?
- Каким путем пациент достигнет намеченного пункта (*лечение*)?
- Как мы узнаем, что пациент в пути или уже прибыл в намеченный пункт (*цели*)?

Коллективная работа

Целенаправленное планирование лечения позволяет клинической команде специалистов планировать, сотрудничать и осуществлять лечение, опираясь на прочную интеллектуальную основу. Каждый член команды четко себе представляет, что он или она должны делать для осуществления терапии и мониторинга достижения целей. Контакты с внешними наблюдателями становятся более ясными и лаконичными.

Обсуждение плана лечения с родителями

Диагностическая формулировка и план лечения подробно обсуждаются с родителями. Излагаются задачи, методы лечения и затраты (времени и денежных средств). Родители имеют возможность соглашаться, либо не соглашаться с планом, а также вносить поправки или делать выбор в пределах самого плана. Родственники и клиницист или команда специалистов договариваются о сотрудничестве, подписывая план, копия которого предоставляется родственникам. Таким образом, получается полное информированное согласие.

Пересмотр

Внимательное отношение к целям предупредит клинициста о том, что лечение не идет по плану, ухудшается состояние пациента или появляются недопустимые осложнения. Может возникнуть необходимость в пересмотре первоначального плана. Действительно ли задачи адекватно отражают суть расстройства пациента? Являются ли задачи и цели достижимыми? Подходит ли пациенту назначенное лечение, правильно ли выполняются все процедуры? Может быть, следует пересмотреть задачи и цели?

НЕДОСТАТКИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Овладение навыками целенаправленного планирования лечения требует времени. Лучше всего данная методика усваивается с помощью моделирования



На <https://www.youtube.com/watch?v=mBTxN72Mv4E> вы можете посмотреть видеозапись выступления Dr Nurcombe с кратким изложением принципов целенаправленного планирования лечения (2:44)

на совещаниях и конференциях по разбору случаев. Одни клиницисты неохотно определяют конкретные сроки и цели. Другие возмущаются по поводу того, что необходимо тратить дополнительное время на «бумажную» работу, предпочитая работать с использованием интуитивного метода подбора терапии. По общему признанию значительно сложнее ставить психодинамические задачи, в отличие от медицинских, образовательных или поведенческих целей. Однако, как только план составлен, то образовательные, коммуникативные, регуляторные и медико-юридические преимущества становятся очевидными. И наконец, целенаправленные планы могут облегчать исследование относительной эффективности разных методов лечения.

ВЫВОДЫ

Надежность психиатрических диагнозов значительно возросла с момента введения DSM. Однако валидность диагностических категорий DSM остается неопределенной. Insel (2013) указывает на то, что диагностическая система DSM основана на консенсусе комитетов относительно кластеров симптомов, а не на объективных показателях. Сами по себе симптомы редко указывают на наилучшее лечение. Insel считает, что для психиатрии необходимо разработать классификационную систему, связанную с когнитивными, нейронными и генетическими биомаркерами. Такая система, по его утверждению, позволит разработать более точные руководства по лечению.

Однако психологические расстройства варьируют по специфичности от категорий (например, биполярное расстройство) до измерений (например, пограничное расстройство личности). Некоторые расстройства связаны главным образом с психологической предрасположенностью, провоцирующими и поддерживающими факторами, и лечение должно быть направлено на индивидуальную и семейную психопатологию, равно как и, например, на биологию тревоги и депрессии.

Биопсихосоциальная диагностическая формулировка и целенаправленный план лечения направлены как на биологические, так и на психологические факторы, лежащие в основе психопатологии, в отличие от редукционистских подходов, при которых усилия нацелены отдельно либо на биологические, либо на психологические факторы.

ПРИМЕР ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

Возвращаясь к Дженет – семнадцатилетней девочке с депрессией, суицидальными мыслями и самоповреждениями после перенесенного изнасилования во время свидания, на фоне неразрешенной реакции горя, вызванной потерей отца, можно выделить следующие основные проблемы и потенциальные сильные стороны:

- Депрессия/суицидальные мысли
- Неразрешенное горе после потери отца
- Неразрешенная реакция на стресс, как следствие изнасилования на свидании с ненавистью к себе и самоповреждениями (самопорезами)
- Плохая семейная коммуникация; отчужденность по направлениям родитель-родитель и отец-пациентка
- Художественные способности

Эти проблемы могут быть переопределены как задачи:

1. Снять депрессивное настроение и устранить суицидальные мысли
2. Разрешить реакцию горя, последовавшую за потерей отца
3. Разрешить реакцию на стресс, связанную с изнасилованием на свидании
4. Улучшение коммуникаций родитель-родитель и родитель-ребенок
5. Стимулирование художественных способностей

Для решения каждой из задач могут быть использованы следующие методы терапии:

1. Снятие депрессивного настроения:
 - Индивидуальная психотерапия (динамическая и межличностная), еженедельно на протяжении 12 недель, постепенно завершающаяся к шестому месяцу
 - Антидепрессанты (если психотерапия окажется неэффективной после четырех недель)
2. Разрешение реакции горя
 - В ходе индивидуальной терапии, пациентка осознает и поймет связь между потерей, депрессией, потребностью в любви, и беспорядочностью сексуальных связей.
3. Разрешение реакции на стресс
 - Во время индивидуальной терапии пациентка поймет связь между травмой изнасилования, потерей самооценки и самопорезами
 - Отсутствие самоповреждений на протяжении месяца
4. Улучшение семейной коммуникации
 - Родители смогут вместе планировать будущее Дженет с максимальным учетом ее интересов
 - Дженет сможет рассказать своим родителям, как на нее повлиял их развод
 - Дженет возобновит визиты к своему отцу к взаимной выгоде
5. Стимулирование художественных способностей
 - Дженет возобновит занятия балетом

**УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ
ВЫ МОЖЕТЕ НАЙТИ В ПРИЛОЖЕНИИ А.11.1**

Приложение А.11.1

Ниже представлено краткое описание гипотетического случая (собираемый образ нескольких реальных пациентов), любезно предоставленное доцентом кафедры психиатрии медицинского факультета Susan МК Тап; Медицинский центр Малазийского национального университета Кебангсаан (Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Center (УКММС)), Куала-Лумпур, Малайзия. Прочитайте, пожалуйста, описание случая, поставьте предварительный диагноз и составьте проблемно-ориентированный план лечения, как описано в данной главе. Затем вы можете сравнить свой план с образцом ответа.

Даниал – восьмилетний малазийский мальчик, старший из двух детей. Направлен в детскую психиатрическую клинику школьным консультантом, который заметил на руках у мальчика старые шрамы и свежие порезы. Под его длинными брюками скрывались множественные следы от ударов длинной гибкой ротанговой тростью.

Мать Даниала китаянка, в прошлом приверженка даосизма, отец – мусульманин, малаец по этнической принадлежности. Родители полюбили друг друга, когда работали вместе в супермаркете. Их брак был принят неохотно родителями со стороны матери, «Ты что, не могла найти кого-нибудь подобного себе? Теперь тебе, чтобы выйти замуж за этого мужчину, придется поменять религию». Дедушка и бабушка Даниала со стороны отца более лояльны. После женитьбы родители начали зарабатывать на жизнь, торгуя на ночных рынках, продавая брелки и сувениры. Они каждый день ездят от одного рынка до другого на своем разбитом автофургоне, едва сводя концы с концами. Они забирают с собой на работу детей, так как за ними некому присмотреть.

Пока родители работают, Даниал с сестрой вынуждены сидеть за прилавком, где они делают уроки, играют или рисуют. Сара, семилетняя сестра Даниала, сама делает все домашние задания, а потом помогает родителям за прилавком. Она уже может правильно посчитать сдачу для покупателей. У Даниала проблемы с чтением и письмом.

Он путает буквы „р” и „q”, с трудом может написать свое имя и испытывает трудности с арифметикой. У него лучше получается работать руками, и его сестра, а также другие дети часто просят Даниала починить их игрушки. Когда родители работают, он предпочитает бродить по рынку от прилавка к прилавку. Он легко заводит новых друзей, но почти всегда среди детей моложе его или среди подростков, у которых он обычно на побегушках. Отец, когда увидел однажды, что Даниал курит, избил его ротанговой тростью. Родители постоянно сравнивают Даниала с его сестрой, выставляя его при этом в негативном свете.

Дедушка и бабушка со стороны матери обвиняют ее в том, что она пренебрегла их советом в тот период, когда ожидала рождения сына, не ходить в зоопарк (где ее напугала обезьяна). Они убеждены, что этот инцидент, а также то, что

мать Даниала вышла замуж за человека не их расы, разгневало предков, которые наложили проклятие на мальчика, поэтому он ведет себя как обезьяна и никогда не сидит на месте.

В школе Даниала считают шкодником и непоседой. Он невнимателен и занимает последнее место по успеваемости в классе. Учитель физкультуры сообщает, что Даниал отлично играет в футбол и выиграл золотую медаль в беге на 100 метров. Однако Даниал ни с кем не делится своими проблемами, даже с ним.

У Даниала много друзей моложе его по возрасту, и совсем мало среди сверстников. Он часто получает замечания от учителей за нарушение дисциплины, за то, что перебивает других учеников, когда они говорят, и не дожидается своей очереди в играх. Даниал может побить кого-то из детей, когда расстроен, однако иногда он раздает им сворованные с прилавка родителей вещицы.

Даниал пришел в клинику в сопровождении родителей. Мальчик выглядит маленьким и щуплым для своего возраста, ниже пятидесятой процентиля по росту и весу. Он носит старую и грязную школьную форму и дырявые ботинки. У него нормальный цвет кожи и отсутствуют какие-либо дисморфологические признаки. Общее соматическое состояние в норме. Поначалу отмечается плохой зрительный контакт. Даниал ерзает на стуле и не хочет говорить что-либо плохое о родителях, заявляя, что это против правил его семьи. Тем не менее, когда он понял, что терапевт хочет помочь ему, он не выдержал и начал плакать. Он говорит, что длительное время расстроен, чувствует злость и ревность, но старается подавить в себе эти чувства. Он признается, что имеет проблемы со сном. Иногда, когда ему снятся кошмары, в которых отец избивает его, он с криком просыпается среди ночи. На протяжении последнего года он стал раздражительным, особенно часто это проявляется тогда, когда над ним насмеются из-за того, что он не может читать и писать. Он думал о том, чтобы покончить с собой, но не знает как это сделать. Ему доставляют удовольствие занятия спортом, и он считает примером для себя учителя физкультуры, единственного из учителей, который хвалит его.

Даниал признается, что отец и мать часто бьют его, когда он теряет или ломает вещи, или убегает из торговой палатки, когда они работают. Они никогда не объясняют, за что его бьют. Он сколько себя помнит, чувствует себя несчастным и думает, что его никто не любит. Дедушка и бабушка со стороны мамы называют его обезьяной. Он считает, что его родители не любят его, поскольку постоянно сравнивают его с сестрой, и спрашивают: «Ну почему ты не можешь быть таким как она?». Его родители редко делают что-нибудь приятное, доставляющее ему удовольствие. Они подарили ему футбольный мяч на последний день рождения, но отец конфисковал его, после того, как Даниал разбил окно. На праздники, такие как Ид мубарак, который он праздновал вместе с родителями отца, или Китайский Новый год, празднуемый совместно с родителями матери, он получил только один комплект новой одежды, тогда как сестра получила много разных подарков от родственников. Даниал также часто думает о том, чтобы убежать из дома, но не знает куда.

При расспросе родители Даниала признались, что как минимум раз в неделю бьют его. Они считают это азиатским способом воспитания детей. Они оба воспитывались строгими родителями. Отец Даниала сообщил, что у него самого были

проблемы с усидчивостью и концентрацией внимания над школьными заданиями. Он до сих пор плохо читает и пишет. Это была одна из причин, почему он влюбился в свою будущую жену: она принимает его таким, каким он есть и выполняет всю бухгалтерскую и бумажную работу, необходимую для ведения бизнеса. Даниал был «случайным» ребенком. Его родители вынуждены были быстро жениться, чтобы скрыть факт, что он был зачат вне брака (что было бы серьезной проблемой для их родителей с обеих сторон). Они утверждают, что любят Даниала, но его заложенные держат их в постоянном напряжении, кроме того, что они и так пытаются свести концы с концами.

ОБРАЗЕЦ ОТВЕТА

Сравните свой план лечения с рекомендуемым здесь. Помните о том, что образец ответа не является единственно правильным путем решения проблем Даниала. Могут быть другие пути их решения, в зависимости, например, от доступности тех или иных служб, медикаментов, культурных особенностей или обстоятельств, связанных с местом проживания. Образец ответа представляет собой руководство к обсуждению проблем, в решении которых может возникнуть необходимость.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ФОРМУЛИРОВКА

Предварительные категориальные диагнозы (в соответствии с DSM-5):

- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)
- Возможно специфическое расстройство обучения (с нарушением письма и арифметических операций)
- Возможно пограничное или легкое нарушение интеллектуального функционирования
- Депрессивное расстройство: дистимия.

Для того чтобы подтвердить или исключить специфическое расстройство обучения и интеллектуальную недостаточность необходимо провести тестирование уровня интеллекта и способностей к обучению. У пациента может наблюдаться: только СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ОБУЧЕНИЯ, только интеллектуальная недостаточность, либо сочетание обеих расстройств.

Невнимательность, гиперактивность, импульсивность и проблемы с обучением Даниала, по всей видимости, свойства врожденные. Сочетание невнимательности, гиперактивности и расстройства обучения обусловили академическую неуспеваемость и низкую самооценку. Его самооценка подверглась дальнейшему разрушению в результате склонности к насилию, чрезмерной пунитивности и подавлению его родителей, находящихся в состоянии избыточного стресса, а также связанной с традициями персонификацией его родителями матери, как обезьяны, и их убеждением, что на него наложено проклятье.

Без лечения – прогноз неблагоприятный. Существует риск совершения суицида или подростковой преступности при дальнейшем отдалении от семьи. Много зависит от того, сможет ли школа мобилизоваться и обеспечить оценку способностей к обучению и обучение с коррективкой. Ключевое значение имеет способность клинициста вовлечь в терапию и поддержать родителей. Не следует критиковать их установки в отношении дисциплины. Скорее стоит осторожно поощрять альтернативные подходы к воспитанию детей, основываясь на том, что только лишь наказание не дало ожидаемого эффекта. Родители с большей вероятностью будут сотрудничать, если стимулирующие препараты дадут быстрый результат. Развитие практических навыков Даниала и его спортивных способностей помогут компенсировать его низкую самооценку.

Исследования

- Педиатрическое обследование его маленького роста
- Тестирование уровня интеллекта
- Тестирование способностей к обучению (для того чтобы определить наличие и степень выраженности специфического расстройства обучения).

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Даниал – восьмилетний мальчик, старший из двух детей, родившийся в смешанной малайско-китайской семье. До замужества его мать отказалась от даосизма и приняла ислам.

Клинические особенности

Даниал демонстрирует следующие симптомы и признаки:

- Маленький рост, недовес
- Неряшливый
- Плохой зрительный контакт
- Беспокойный
- Не может усидеть на месте на стуле
- Невнимательный
- Возможно перцептивная незрелость
- Ломает вещи, нарушает порядок, вмешивается без приглашения, в разговоре не дожидается своей очереди
- Не находит общий язык со сверстниками
- Не делится ни с кем своими проблемами
- Думает, что его родители не любят его за то, что он плохой
- Чувствует, что не пользуется благосклонностью
- Избивает приятелей или дарит им подарки
- Ворует у родителей
- Бессонница и кошмары, в которых его избивают
- Подавленность, злость, ревность.

Предрасполагающие проблемы

- Внебрачная беременность, ускорившая ранний брак
- Смешанный брак против воли родителей матери
- Невнимательность и гиперактивность в школе у отца с проблемами грамотности и математическими способностями (возможно СДВГ и расстройство обучения, указывающие на вероятную генетическую предрасположенность).

Провоцирующие/поддерживающие проблемы

- Бедность
- Ситуация хронического стресса, связанного с работой родителей
- Чрезмерная физическая дисциплина со стороны обоих родителей, особенно отца (принимаемая родителями за культурную норму)
- Принуждающий и подавляющий уход за ребенком
- Отрицательное сравнение с младшей сестрой
- Фольклорные объяснения со стороны родителей матери (идентификация с обезьяной и наказание за смешанный брак)
- Низкая успеваемость в школе
- Отсутствие друзей.

Потенциалы

- Ремонтитрует игрушки
- Способности к спорту
- Хорошие взаимоотношения с учителем физкультуры.

Целевые проблемы/потенциалы

1. Невнимательность/гиперактивность/импульсивность
2. Проблемы с обучением
3. Помощь в учебе
4. Принуждающее воспитание ребенка
5. Дистимия
6. Спортивные и практические способности.

ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ

1. Улучшение внимания, уровня активности и контроля над побуждениями

- Обучение учителей (школьная конференция)
- Обучение родителей (консультирование родителей)
- Лекарственные препараты из группы стимуляторов, предпочтительно длительного действия (медикаменты должны дать положительный результат через две недели – месяц).

2. Исправление проблем с обучением

- Дополнительное обучение с учетом специфического расстройства обучения (это займет от шести месяцев до двух лет).

3. Предоставления помощи в обучении

- Обучения персонала школы (учителей, школьного консультанта, учителя физкультуры, директора) во время школьных конференций на тему природы СДВГ и СПЕЦИФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ОБУЧЕНИЯ, а также необходимости развития потенциальных способностей. Необходимо будет организовать ежемесячные конференции на протяжении от шести до двенадцати месяцев.

4. Улучшение качества воспитания ребенка родителями и дисциплины

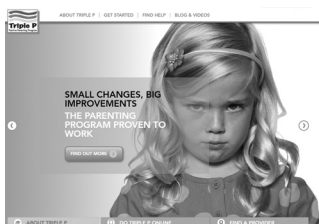
- Консультирование родителей
- Программа тройного Р (от англ.: Triple-P* – Positive Parenting Program, что дословно переводится как Позитивная программа воспитания) или другие формы обучения родителей с целью улучшения их стиля воспитания и отказа от практики принуждения и подавления
- Возможное обучение подобным позитивным методам родителей матери
- Эти вмешательства вероятно потребуют от шести месяцев до года.

5. Ослабление дистимии

- Обучение и консультирование родителей на тему СДВГ, специфического расстройства обучения, техник воспитания детей
- Поддержка со стороны школьного консультанта
- Содействие развитию потенциалов
- Реализация этих вмешательств, по всей вероятности, потребуют от шести месяцев до года.

6. Содействие развитию потенциалов

- Заручиться поддержкой учителя физкультуры и школы в развитии спортивных способностей
- Заручиться поддержкой отца в развитии практических навыков
- Эти вмешательства, по всей вероятности, потребуют до 12 месяцев.



*Triple P – Positive Parenting Program® – одна из многих доступных программ по оказанию поддержки родителям и обучению их воспитанию детей, направленных как на предупреждение, так и на лечение проблем с эмоциями и поведением у детей и подростков, и разработанных на основе теорий социального обучения и развития, а также принципов когнитивно-бихевиоральной терапии.

МОНИТОРИНГ ЛЕЧЕНИЯ

Задачи 1,2,3 (внимание, импульсивность, проблемы с обучением)

- Раз в месяц контакт со школой по телефону или конференция
- Регулярные опросы родителей (раз в неделю первые 3-6 месяцев, затем реже).

Задача 4 (воспитание ребенка и дисциплина)

- Отчет родителей (еженедельно в течение 3-6 месяцев).

Задача 5 (дистимия)

- Оценка психического статуса (еженедельно в течение 3-6 месяцев)
- Отчет родителей (еженедельно в течение 3-6 месяцев)
- Оценка состояния с помощью *The Strength & Difficulties Questionnaire (SDQ, Malay Version)* (Опросник «Сильные стороны и трудности» малазийская версия) ежемесячно в течение 3-6 месяцев.

Задача 6 (потенциалы)

- Отчет родителей (еженедельно первые 6 месяцев, затем реже).

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Если недоступно тестирование уровня интеллекта/способностей к обучению, а также дополнительное обучение, клиницист должен исходить из того, что Даниал страдает СДВГ и специфическим расстройством обучения.
- Если это возможно, следует привлечь бабушек и дедушек со стороны обоих родителей к тому, чтобы они учили Даниала читать и считать, однако их необходимо поощрять проявлять терпение. Надо надеяться, что родители будут менее строгими, если стимуляторы произведут быстрый эффект. Тем не менее, их следует предупредить, что для подбора правильной дозы и препарата может понадобиться определенное время.
- Если недоступна *Triple-P* или другие подобные программы, клиницист должен применять их принципы при регулярном консультировании родителей.
- Консультирование и обучение персонала школы имеет ключевое значение. Клиницист должен приложить усилия, чтобы заручиться поддержкой учителя физкультуры. Если это возможно, необходимо заручиться поддержкой отца в обучении Даниала практическим навыкам.
- Регулярная оценка состояния с помощью *DSQ* поможет осуществлять мониторинг прогресса.