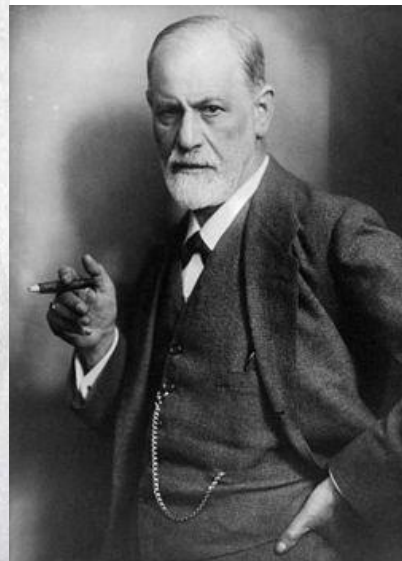


Психоневрология – модель междисциплинарного подхода к психическим расстройствам

ГНЦ ССП им. В.П.
Сербского
НПЦ психоневрологии

Аведисова А.С.



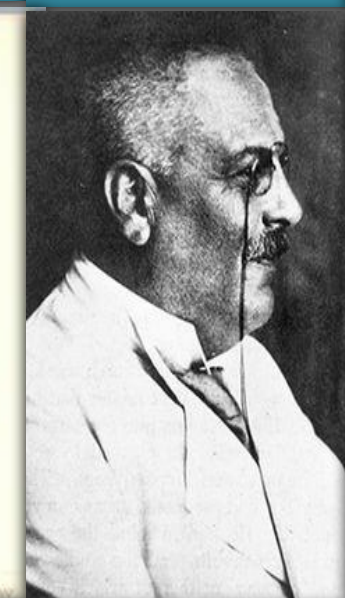
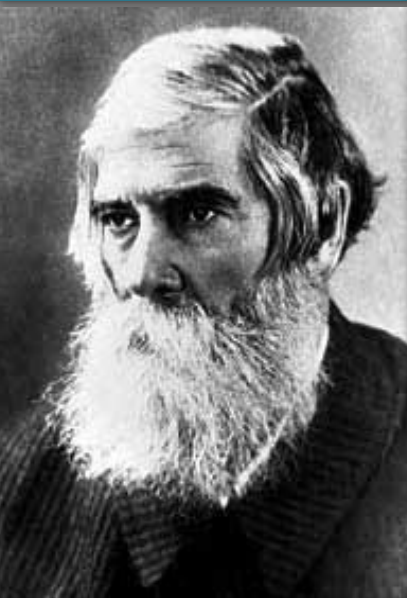
Жан-Мартен Шарко

Зигмунд Фрейд

Эйген Блейлер

**Герман
Оппенгейм**

С.С. Корсаков



В.М. Бехтерев

**Карл
Бонхёффер**

**Эмиль
Крепелин**

**Алоис
Альцгеймер**

**Жозеф
Бабинский**

В двадцатом веке «раскол» нейропсихиатрии – «смерть» диалога между психиатрами и неврологами

- Неврологи сосредоточились на органических нарушениях, которые сопровождались когнитивными и поведенческими расстройствами– инсульт, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и т.д.**
- Психиатры сконцентрировались на расстройствах психической деятельности, связанных с отсутствием или слабой выраженностью органических признаков - шизофрении, депрессии, тревожных расстройствах и пр.**
- «Психиатрия это неврология без органической основы» Miller, H. (1967)**

Растущая дихотомия: «функциональное против органического»

- Психоаналитический подход
- Сворачивание биологической психиатрии
- Подготовка психиатров, финансирование, организация помощи, методы ее оказания все более отдалялись от остальных областей здравоохранения.
- Мультикаузальный биопсихосоциальный подход к психическим расстройствам, отличный от одностороннего биологического акцента в неврологии
- Взаимоотношения психиатрами и неврологами определялось следующей фразой: «Мы поладим, если не будем вмешиваться в дело друг друга» (Howard Ring)

Идентификация различных болезней

Большинство
инфекций

Через вызванного
микробактерии

Митральный
стеноз

Через анатомические
признаки

Опухоли

Через гистологию

Талассемии

Через патологию
молекулярных структур
крови

Порфирия

Через биохимию

Синдром Дауна

Через хромосомные
абберации

Психические
расстройства

Через клинические
признаки

Болезнь
Паркинсона

Через биохимию

Четкой демаркационной линии между неврологическими и психиатрическими расстройствами нет

Проблема «двойной бухгалтерии»

- Эпилепсия (G40) или органическое заболевание г.м. в связи с эпилепсией (F0x.xx2)
- Синдром де ля Туретта (F95.2) или тики органического происхождения (G 25.6)
- Болезнь Альцгеймера, Пика, Гентингтона (G30) или деменция при болезни Альцгеймера, Пика, Гентингтона (F00.2)
- Головная боль напряжения (G 44.2) или устойчивое соматоформное расстройство (F45.4)

Параллельный дискурс в отношении расстройств мозга



Dementia Praecox
(grimacing mannerism)



Post-encephalitic
Parkinsonism with a mandibular tic

FIG. 2. Conflicting views of the same disorder—illustrations from contemporary text books (Norman, 1928; Wilson, 1940).

From: *Motor Disorder in Psychiatry. Towards a Neurological Perspective.* Rogers.D. Wiley Press

Нейропсихиатрия вновь появилась в последние 3-4 десятилетия как субдисциплина, являющаяся «мостом» двух традиционных дисциплин – неврологии и психиатрии.

- 1. Революционные достижения в области нейронаук, давшие общий «язык» для обеих дисциплин – методов нейровизуализации мозга, выявляющих видимые структурные и функциональные аномалии при заболеваниях, ранее рассматривающиеся как функциональные.**
- 2. Признание растущей роли психической патологии в этиопатогенезе и прогнозе неврологических заболеваний.**

Интеграция психиатрии и неврологии



Нейропсихиатрия

- **Широкий подход - применение принципов нейронаук к установлению и терапии эмоциональных, поведенческих и когнитивных расстройств.**
- **Узкий (практический) подход - как ответвление психиатрии, имеющую дело с диагностикой и терапией эмоциональных, поведенческих и когнитивных нарушений, связанных с явными или предполагаемыми органическими дисфункциями мозга или манифестирующих в детстве (известные как расстройства нейроразвития, напр. аутизм)**
- **Нейропсихиатрия требует навыков и знаний, области которых частично перекрываются традиционной психиатрией и неврологией - мультидисциплинарного подхода к изучению мозга в норме и патологии**

Специфические нейропсихиатрические модули

- **Когнитивные расстройства:**
 - Деменции и предементные синдромы
 - Не дементирующие когнитивные расстройства
- Судорожные расстройства
- Моторные расстройства
- Травмы головного мозга
- Вторичные психиатрические расстройства, т.е.: психозы, депрессия, мания, тревожные расстройства
- Психиатрические расстройства, вызванные ПАВ
- Расстройство дефицита внимания
- Нейропсихиатрическая реанимация
- Нейропсихиатрия развития
- Расстройства сна
- Нейропсихиатрическая реабилитация
- Судебная нейропсихиатрия

Зарождение междисциплинарного конфликта

- Мозг является единственным органом с двумя таксонами
- Это не отражает научный подход и ведет к параллельным областям изучения, ухудшая помощь пациентам
- Двойная классификация поддерживается двумя информационными поводами
 - “двойной бухгалтерией”
 - аргументами относительно отсутствия биомаркеров в психиатрии
- Унификация классификации может привести к ее улучшению
 - Снижению стигмы и социальной изоляции
 - улучшению помощи для пациентов
 - Улучшению профессиональной подготовки и «удержанию» психиатров в специальности
 - Меньшей фрагментированностью услуг
- Психиатрия может сохранить свою уникальную культуру в пределах медицины как «врачи высшей психической функции»

The psychiatric protection order for the “battered mental patient”

■ Drugs: musculoskeletal and joint diseases ■ Drugs: psychiatry ■ Physiotherapy

More topics ▾

Article

Related content

Read responses (193)

Rapid Response

Article r

psychiatry should be formally merged into Neurology

Richard Fiddian wrote: "If then psychiatry is abolished who will take care of this

- Неврология должна взять на себя диагностику и лечение тяжелых психических заболеваний – шизофрении, БР и тяжелых форм депрессии, так как они признаются как имеющие биологическую основу
- «Легкие» психические расстройства - легкая или умеренная депрессия и большинство тревожных расстройств, могли бы отойти в сферу врачей общего профиля и семейных врачей.
- В таком случае необходимости в психиатрии нет вообще

Thomas Szasz, 2002

Time to end the distinction between mental and neurological illnesses

■ Anxiety disorders (including OCD and PTSD) ■ Mood disorders (including depression)
■ Drugs: CNS (not psychiatric) [More topics ▼](#)

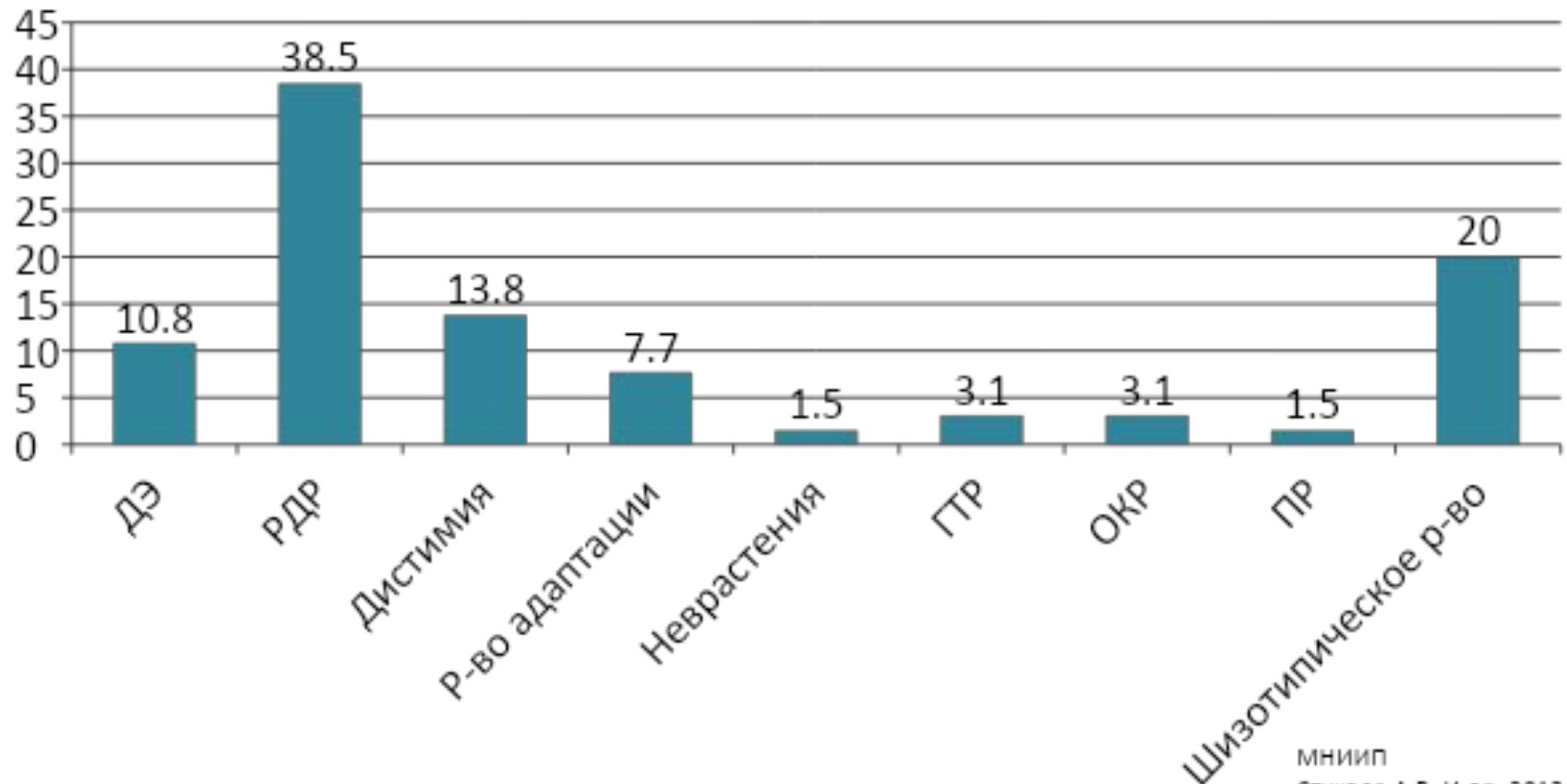
- Мы утверждаем, что психические расстройства должны классифицироваться вместе с неврологическими
- Классификация состояния в первую очередь определяется пострадавшим органом или системой, а не этиологией.
- Психологические и социальные проблемы имеют жизненно важное значение во всей медицине, а не только в психиатрии
- Это привело бы к снижению стигматизации и дискриминации по профессиональному признаку, а также к увеличению обращаемости пациентов с психическими расстройствами за помощью

Ответы противников слияния психиатрии и неврологии

- Слияние неврологии и психиатрии «преждевременно»
- Существующая система имеет клиническую значимость, поэтому не требует изменений
- Понятие психического здоровья намного шире, нежели отсутствие биологического субстрата
- Нельзя отвергать высокую значимость психологического и психосоциального воздействия в терапии психически больных
- Пациенты не раскрывают свои психологические проблемы неврологам
- Пациенты больше заинтересованы в получении адекватной помощи, чем в вопросах нозологии

Московский НПЦ оториноларингологии Департамента здравоохранения г. Москвы

65 пациентов с функциональными голосовыми расстройствами (афония, дисфония, ларингоспазм, навязчивый кашель, ощущение «кома» в горле



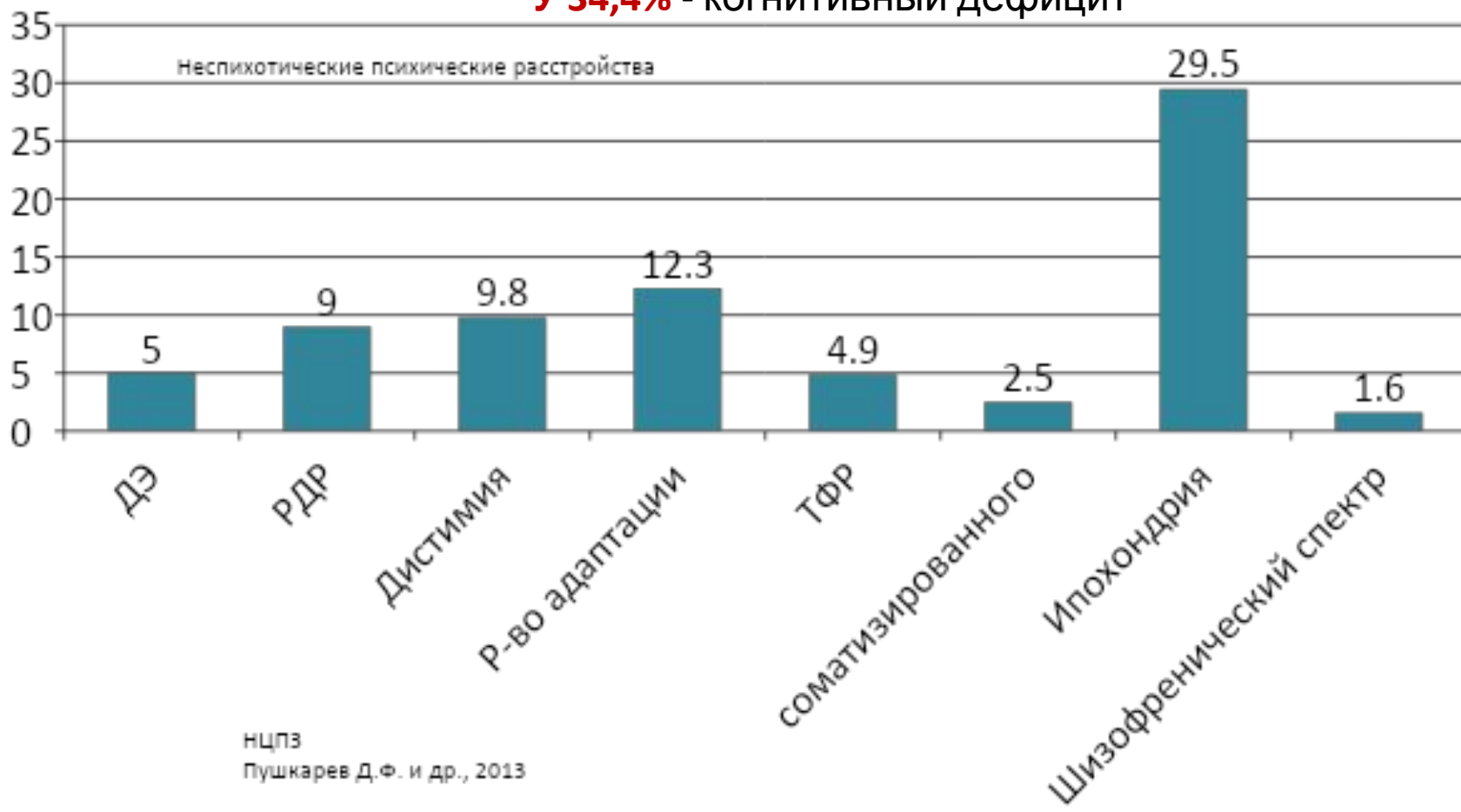
Стационары пульмонологического отделения ГKB 57, ГKB 11, ГKB 19, пол-ка 7

122 пациента с ХОБЛ

У 45,1% - непсихотические психические р-ва

У 47,5% - хронические соматогенные и психоорганические р-ва

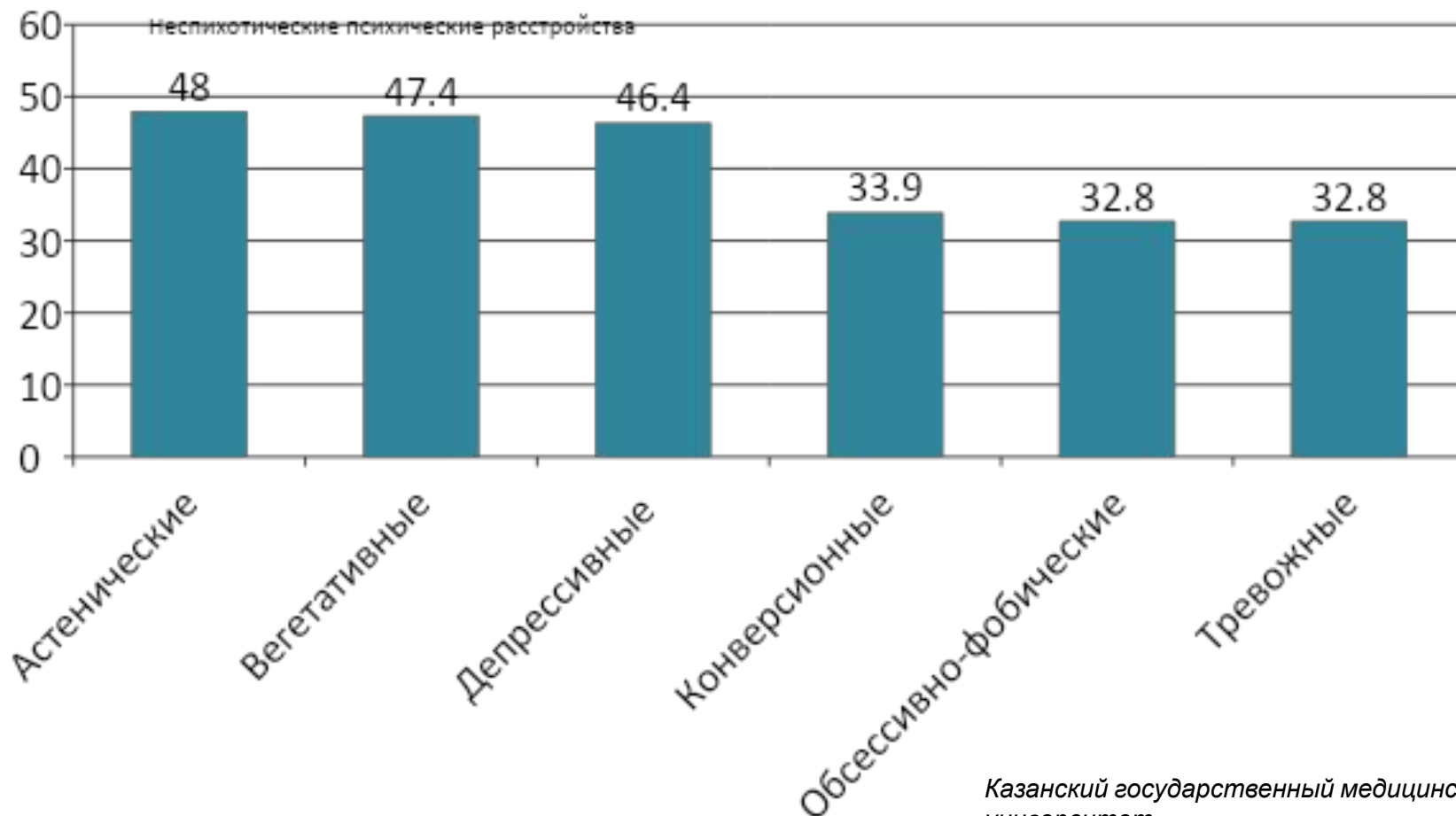
У 34,4% - когнитивный дефицит



Отделение ревматологии ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ г. Казани

192 пациента с ревматоидным артритом

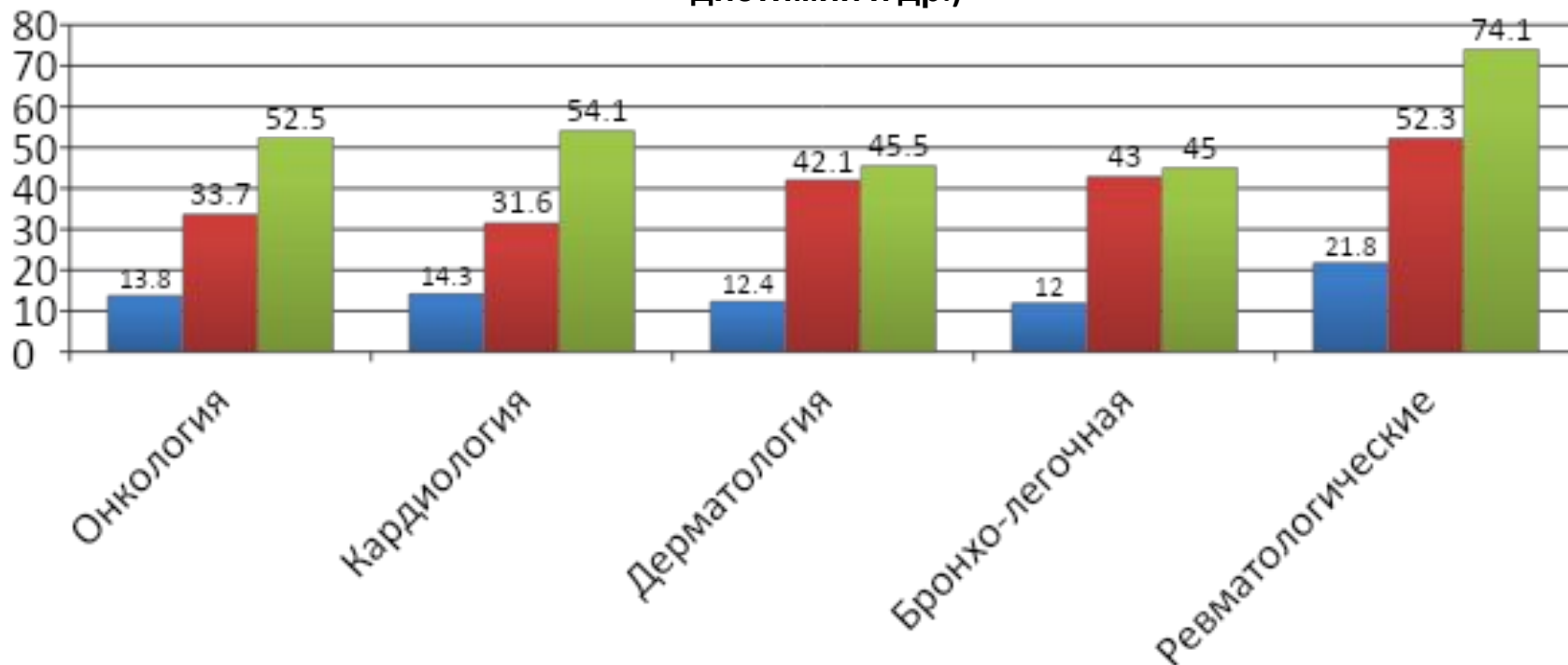
У 64,1% - ППР



ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ и МУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани

Онкология – 516
Кардиология – 496
Дерматология -534
Пульмонология – 100
Ревматология -193

**Субсиндромальные расстройства - кратковременные реакции,
субсиндромальные аффективные состояния, (сезонные депрессии,
дистимии и др.)**



Простые расчеты

- **Общая заболеваемость всего населения в России за 2011 г. – 229 155 404 чел.**
- **Из них психических и поведенческих расстройств – 7 071 668 чел.**
- **Число пациентов за исключением психической патологии – 222 083 736**
- **Нуждающихся в психиатрической помощи (из расчета 30%) – 66 625 121**
- **Сколько же нужно еще психиатров?**

Фокус-группа

Существует ли конфликт интересов неврологов и психиатров?

2 группы врачей, работающих в ведомственных, коммерческих и государственных поликлиниках г. Москвы

1. неврологи
2. психиатры

При организационной поддержке
ФК «Валента»

№	Для врачей-неврологов	Для врачей-психиатров
1	Сколько процентов больных с тревогой и депрессией приходят к Вам на прием в течение месяца, примерно?	Какой примерно процент пациентов с тревогой и депрессией лечатся у Вас на протяжении месяца?
2	Считаете ли вы этих пациентов с депрессией и тревогой трудными больными для себя, и в чем для Вас эти трудности? Какой процент таких трудных больных?	Считаете ли Вы пациентов с тревогой и депрессией «трудными» больными? В чем для Вас эти трудности? Какой процент таких больных?
3	Как вы относитесь к тому, что пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами лечатся у Вас, а не у психиатров? Это неправильно, почему? Это возможно, при каких условиях? Это реальность, чем обусловлена? Какова, с Вашей точки зрения, дальнейшая судьба таких пациентов?	Как вы относитесь к тому, что пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами лечатся у неврологов, а не у психиатров? Это неправильно? Почему? Это возможно, при каких условиях? Это реальность, чем обусловлена?
4	Каков, примерно, процент пациентов с тревогой и депрессией вы направляете к психиатру, в месяц?	Какой процент, примерно, пациентов с тревогой, депрессией Вы консультируете у невролога? В каких случаях, и влияют ли результаты консультаций невролога на Ваш план ведения пациента?
5	С ведением пациента с органической, например, сосудистой патологией и коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами, Вы справляетесь самостоятельно?	Считаете ли Вы возможным самостоятельное ведение пациентов с органической, например, сосудистой патологией. И коморбидными депрессивными расстройствами? Возможно самостоятельное ведение или нет?
6	К Вам обращается первичная пациентка 76 лет, например, с анамнезом гипертонической болезни и инсультом, с жалобами на постоянную тревогу и беспокойство, нарушения сна, утомляемость, раздражительность, снижение памяти. Лекарств не принимает. Ваши рекомендации в плане обследования обязательного и дополнительного?	К Вам обращается больная 76 лет, с анамнезом гипертонической болезни и инсультом, с жалобами на постоянную тревогу и беспокойство, нарушения сна, утомляемость, раздражительность, снижение памяти. Лекарств не принимает. Ваши рекомендации в плане обследования обязательного и дополнительного? И терапии?
7	К вам обращается еще один пациент, например, первичный пациент 35 лет, с приступами в виде нехватки воздуха, сердцебиением, головной боли, слабости, повышением артериального давления, холодного пота, чувством озноба, тошноты. Сопровождающиеся страхом удушья. Ваши рекомендации?	К вам обращается первичный пациент 35 лет, с приступами в виде нехватки воздуха, сердцебиением, головной боли, слабости, повышением артериального давления, холодного пота, чувством озноба, тошноты. Сопровождающиеся страхом удушья. Ваши рекомендации в плане обследования (обязательного и дополнительного) и терапии?
8	Каких знаний в области психиатрии Вам недостаточно с учетом того, что Вы ведете много таких пациентов?	Какие знания в области неврологии вы считаете являются полезными для Вас при диагностике и лечении тревоги и депрессии? И нужны ли эти знания для диагностики и лечения Ваших больных?
9	Есть какие-то проблемы во взаимоотношениях с психиатрами?	Есть ли действительно конфликт интересов и непонимание, недостаток понимания между неврологами и Вами?

Два взгляда на одного пациента



Пересечение профессиональных интересов составляет основу конфликта между двумя специальностями

- **Одинаковая доля больных с тревожно-депрессивными расстройствами на приеме у неврологов и психиатров (30-40%)**
- **Определение неврологами психического статуса характеризуется высокой степенью обобщения в рамках всего диагностического раздела без учета отдельных диагностических рубрик**
- **Врачи обеих специальностей субъективны в определении трудностей с такими пациентами: каждый видит ее в том, что лично для него вызывает опасения (суицидальные мысли, трудности в общении, отсутствие комплайенса, органика и т.д.)**
- **Процент направления на консультации по смежной специальности очень низок (3-7%), особенно в тех учреждениях, где неврологи и психиатры работают раздельно.**

Пересечение профессиональных интересов составляет основу конфликта между двумя специальностями

- **Совершенно разный подход к диагностике и терапии коморбидной патологии с упором на выделение «своих» симптомов и коррекцию по своему усмотрению терапии другого специалиста**
- **Разные запросы в получении знаний в смежной сфере: психиатры интересуются вопросами исключения тяжелой патологии (опухоли), неврологи - особенности назначения психотропных препаратов.**
- **Негативное отношение тех психиатров, которые «оторваны» от неврологов и вообще от общей медицины, к расширению сферы практики неврологов. Там, где неврологи и психиатры работают совместно, существует взаимодействие.**

Пересечение профессиональных интересов составляет основу конфликта между двумя специальностями

- **Понятие конфликта интересов двояко: он возникает и в случае самостоятельной курации пациента с заболеванием из смежной отрасли, и в случае его перенаправления другому специалисту. Последствиями этого для врача являются изменение врачебной нагрузки, уровня ответственности (моральной и юридической), показателей эффективности работы, для пациента – степень стигматизации, качество оказываемой помощи, уровень ипохондризации, сроков лечения. Происходит смещение статистики медицинских диагнозов в соответствии с изменением потока пациентов.**

Учитывая экономический кризис, необходимо создание новых моделей обслуживания пациентов с психическими болезнями.

Эти модели должны сопровождать новые профессиональные отношения и подходы для того, чтобы избежать увековечения существующей институциональной практики, которая обслуживает задачи организации, а не терапии

Оптимальный подход - интердисциплинарный комплайенс, которому мешает сама структура оказания помощи