

РОЗДІЛ 2

Розпізнавання випадку психічного розладу в практиці лікаря загальної практики — сімейної медицини

2.1. Комунікативна компетентність лікаря як складова діагностичного процесу

Комунікативна компетентність лікаря забезпечує:

- взаєморозуміння,
- довіру в стосунках,
- ефективність у вирішенні поставлених завдань діагностики, диференційної діагностики, дотримання хворим порад та призначень лікаря (комплаєнс).

Найбільш суттєвими якостями лікаря хворі визнають:

- шанобливість;
- увагу до пацієнтів;
- любов до професії;
- доброту;
- ввічливість;
- душевність.

Комунікативна компетентність лікаря складається з таких якостей, як:

- комунікативна толерантність (терплячість, поблажливість);
- афіліація — потреба людини бути в товаристві інших людей, прагнення до приєднання. Внутрішньо (психологічно) афіліація виступає у вигляді почуття прихильності й вірності, а зовні — у товариськості, бажанні співпрацювати з іншими людьми, постійно знаходитися разом з ними, в особливостях невербальної поведінки;

- емоційна стабільність (урівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, зі збереженням контролю над емоційними реакціями й поведінкою в цілому);

— емпатія — здатність до співчуття, співпереживання, своєрідна психологічна залученість у світ переживань хворого;

— сенситивність до відкидання.

Якостями, що знижують комунікативну компетентність лікаря, є тривожність, депресивність, глибока інтроверсія.

Професійний імідж лікаря складається:

— із упевненої, адекватної ситуації поведінки, яка створює «терапевтичну» ілюзію абсолютної компетентності, здатності контролювати ситуацію й визначати прогноз;

— невербальної комунікації через застосування відкритих поз, які полегшують спілкування; комунікативних і експресивних жестів, розрахованих на певне враження; мімічних реакцій (добррозичливість, спокійна упевненість); збереження міжособистісної дистанції як міри емоційної близькості в кожен момент спілкування, залежно від поставлених тактичних завдань;

— довірчої, владної або спокійної, упевненої інтонації, плавного, добре побудованого мовлення.

Спілкування з пацієнтом складається з трьох фаз.

Перша фаза — *контактна*, триває до 18 секунд. Лікар упродовж цієї фази повинен створити певне враження на пацієнта, а саме: він хоче (емпатійні здібності) та може (впевнена поведінка) допомогти. При цьому вкрай важливою є невербальна поведінка, яка включає контакт очима, манеру поведінку, зовнішній вигляд.

Поведінка лікаря:

1. Природна, асиметрична, відкрита поза, контроль жестів і мімічних реакцій, інтонації голосу, гучності, темпу й ритму мовлення.

2. Ураховує невербальні особливості поведінки пацієнта, оцінюючи його позу, міміку, жести.

3. Кінцевим у I фазі спілкування є питання: «На що скаржитесь?»

Важливим аспектом визначення стану психічного здоров'я конкретного хворого постають його скарги та поведінка при огляді. У скаргах хворого нерідко відбиваються суб'єктивна оцінка самопочуття, що змінилося, вітального тону, побоювання втрати здоров'я, працездатності, благополуччя й навіть життя. У них, як правило, знаходиться відображення емоційне напруження, усунення якої є першим і необхідним завданням лікаря ЗП-СМ.

Суб'єктивні скарги — це ознаки хвороби, симптоми, у яких виявляється патологічний процес, часом ще недоступний клінічним і параклінічним методам дослідження.

Порівняно нерідко прояви захворювання й особливості особистісного реагування хворого на нього виступають у суб'єктивних скаргах не менше, ніж в об'єктивних симптомах. Недооцінка значущості суб'єктивних скарг неправомірна і є, крім того, ігноруванням специфіки людини з його членороздільною промовою, здатністю до рефлексії, самоаналізу, міжперсональних контактів.

Урахування характеру скарг хворого, манери їх подання й опису можуть допомогти вибору евристичної спрямованості бесіди при отриманні анамнестичних відомостей і дослідженні психічного стану хворого.

Протягом інтерв'ю слід бути готовим отримати неясні або уникливі відповіді. Найчастіше це обумовлене опором пацієнтів унаслідок різноманітних причин. Щоб запобігти йому або знизити, слід:

- ставити відкриті питання;
- розуміти та приймати відповіді пацієнта;
- бути чутливими до емоцій хворого;
- звертати увагу на мову тіла хворого та тон голосу пацієнта;
- дозволяти хворому говорити вільно та виражати власні емоції;
- гарантувати та забезпечувати конфіденційність;
- тримати свій розум відкритим;
- заохочувати хворого щодо підтримки від родини та друзів.

Другим етапом є *фаза орієнтації*, з активним слуханням лікарем хворого щонайменше 2–3 хвилини.

Цілями другого етапу є:

- надати можливість хворому емоційно відреагувати на власні симптоми;
- провести корекцію емоціонального реагування хворого за допомогою слухання (наприклад, активне слухання, невербальна підтримка або ігнорування).

Фаза аргументації. Її метою є отримання додаткової інформації, як вербальної (уточнення) — відкриті та закриті питання, так і невербальної — огляд.

Завершальним є IV етап, *фаза корегування*, впродовж якої лікар повинен сформулювати ефект «краю» — частки професійного іміджу.

Поведінка лікаря: спокійний і упевнений голос, доброзичливий погляд, жест, що проводить й одночасно запрошує пацієнта на наступну зустріч.

2.2. Алгоритм первинної діагностики та скринінг психічних і поведінкових розладів

Біопсихосоціальний підхід у психіатрії передбачає таке визначення поняття психічного здоров'я.

Психічне здоров'я — стан психічного та емоційного благополуччя, у якому індивід може використовувати власні когнітивні й емоційні здібності, функціонувати в соціумі й реалізовувати свої потреби.

Свідченням психічного здоров'я є відчуття здібності/здатності:

- витримувати навантаження;
- бути компетентним;
- підтримувати стосунки;
- бути незалежним у житті;
- відновлюватися після тяжких ситуацій.

Психічним захворюванням (розладом) називається таке порушення функцій, яке призводить до дезадаптації людини.

На початку співбесіди для систематизації скарг доцільно використовувати *скринер розпізнавання психіатричного випадку*.

Крок 1. Встановлення причин звернення з приводу емоційних, психологічних, психічних проблем. При цьому слід послідовно зафіксувати:

- психологічні скарги хворого;
- соматичні скарги, що не підтвержені обстеженням;
- поведінку, що відхиляється від культурально прийнятих норм;
- інші причини.

Якщо немає нічого, оцініть наявність:

- порушень соціального функціонування або порушень зайнятості (зокрема, трудової);
- супутніх соматичних розладів або станів;
- порушень психосоціального стресу.

Крок 2. Установлення синдрому, у межах якого знаходяться психічні проблеми хворого, через виявлення симптоматики.

Якщо що-небудь є, психічна патологія відноситься до *модуля F0/F1 МКХ-10 Психоорганічний синдром і синдром зловживання психоактивними речовинами:*

- прийом психоактивних речовин,
- зниження пам'яті або інших інтелектуальних здібностей,
- змінена свідомість.

Якщо що-небудь є, психічна патологія відноситься до *модуля F2/F3 МКХ-10 Психотичні й афективні синдроми:*

- кататонічна поведінка,
- марення й галюцинації,
- підведений, дратівливий або підозрілий настрій,
- знижений або пригнічений настрій,
- соціальна ізоляція або зниження соціального функціонування.

Якщо що-небудь є, психічна патологія відноситься до *модуля F4/F5 МКХ-10 Невротичні й поведінкові синдроми:*

- фобія або тривога (панічна),
- нав'язливі думки або дії,
- дисоціативні (конверсійні) стани,
- анорексія або булімія,
- диссомнії або парасомнії (безсоння),
- статеві дисфункції.

Психічна патологія відноситься до *модуля F6 МКХ-10 Особистісні розлади*, якщо тривало існують дев'ять особистісних рис або поведінкових стереотипів.

Нижче наведена схема напрямків співбесіди, яка дозволяє дійти припущення щодо наявності відповідного психічного розладу.

Цю схему слід застосовувати при суб'єктивних скаргах хворого на психічний, емоційний або вегетативний стан.

Треба відмітити, що зазначена схема запропонована ВООЗ на основі даних статистики, фактичних даних, узагальнення клінічного досвіду стосовно поширеності психічної патології та частоти психічних і поведінкових розладів у практиці лікаря ЗП-СМ у світі.

Як впливає з рис. 1, першим кроком сімейного лікаря при оцінці стану психічного здоров'я пацієнта є встановлення рівня вживання ним психоактивних речовин. При суттєвому рівні вживання ПАР існує висока ймовірність того, що зміни в психічному стані пацієнта пов'язані саме з дією ПАР. За умов відсутності ризикованого вживання ПАР слід звернути увагу на незвичайну поведінку хворого й наявність у нього порушень пам'яті. При цьому хронічна втрата пам'яті часто свідчить про деменцію, а коротко-

часна, що призводить до звернення по медичну допомогу, наприклад, у зв'язку з травмою, — про порушення свідомості (делірій). Недавній приступ, що супроводжувався дивною поведінкою, замішанням, ажитацією (психомоторне збудження в поєднанні з тривогою або страхом, неусвідомленою потребою у русі, руховим і мовним неспокоєм) при збереженій пам'яті, вказує на гострий психотичний розлад. У свою чергу, наявність тривалого періоду незвичайної поведінки дозволяє запідозрити хронічний психотичний розлад. Поєднання скарг на психічний стан із виявленим короткочасним стресовим впливом в анамнезі (за умов відсутності небезпечного вживання ПАР, порушень пам'яті, свідомості, психотичних розладів) дозволяє припустити адаптаційний розлад.

Нижче наведені перелік скарг та валідні скринінгові методи діагностики зазначених розладів психіки та поведінки, які надають змогу швидко та з високим ступенем вірогідності встановлювати їх наявність у хворого.

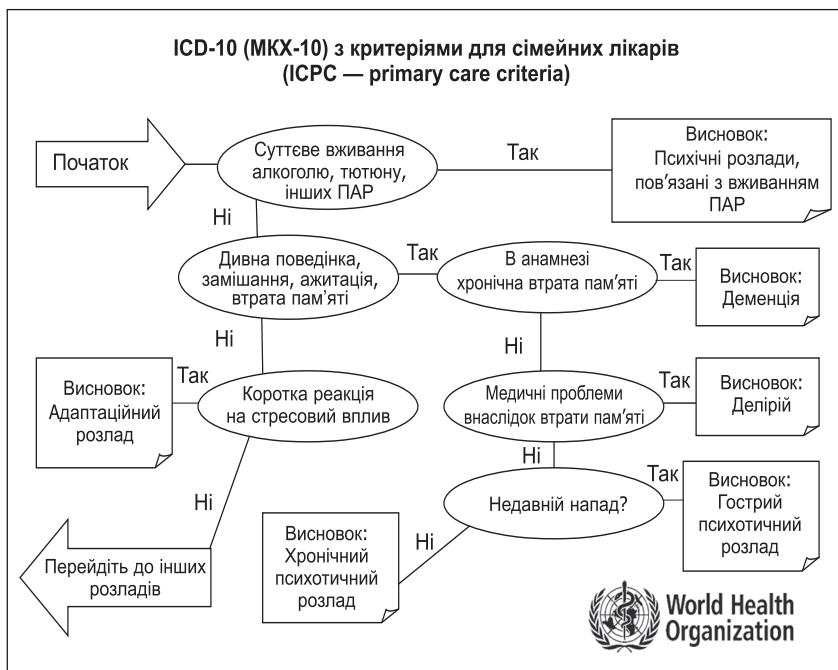


Рисунок 1. Схема побудови клінічного рішення лікарем загальної практики — сімейної медицини

2.3. Скарги та причини звернення хворих до лікаря загальної практики — сімейної медицини. Раннє виявлення та скринінг найбільш поширеної психічної патології

Вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (F10)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— пригнічений настрій, нервозність, безсоння, погана пам'ять або концентрація;

— резистентна до терапії депресія;

— ознаки синдрому відміни алкоголю (наприклад, пітливість, тремор, нудота, галюцинації (зазвичай візуальні), припадки);

— соматичні наслідки вживання алкоголю (наприклад, виразка шлунка, гастрит, захворювання печінки, гіпертензія);

— нещасні випадки або травми в результаті вживання алкоголю в анамнезі або як причина звернення;

— зниження навичок догляду за собою (наприклад, погана гігієна);

— правові й соціальні проблеми внаслідок вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (наприклад, проблеми в шлюбі, насильство в сім'ї, жорстоке поводження з дітьми або нехтування, прогули);

— звернення членів сім'ї по допомогу раніше, ніж пацієнт (наприклад, через дратівливість хворого вдома або його зникнення безвісти, з роботи).

Пацієнти іноді можуть заперечувати або не знати про проблеми з алкоголем. Наявність алкогольних проблем може бути виявлена під час профілактичного огляду.

Виявлення суттєвого вживання алкоголю, тютюну та інших психоактивних речовин

Рівень відносно безпечного вживання алкоголю визначається такими параметрами:

а) загальний обсяг вживаного алкоголю не більше ніж 20 г етанолу, тобто 3–4 СДА чоловіками та 2–3 СДА жінками;

б) моделлю вживання — 2–3 вільних від алкоголю дні на тиждень.

СДА — це стандартна доза алкоголю — кількість алкоголю, що утилізується організмом людини протягом години. Вона дорів-

нює: 13 г етанолу або ~40 мл 40% горілки, або ~70 мл 25% лікеру, або ~90 мл 18% вина, або ~140 мл 12% вина, або ~330 мл 5% пива.

Рівень ризикованого вживання спиртних напоїв:

— для чоловіків — 7 і більше СДА за один прийом та більше ніж 21 СДА на тиждень;

— для жінок — 5 і більше СДА на один прийом та більше ніж 14 СДА на тиждень.

Скринінг I виявлення суттєвого вживання алкоголю

I. Яку кількість алкоголю ви зазвичай вживаєте, коли п'єте? _____

II. Скільки днів на тиждень ви зазвичай вживаєте спиртні напої? _____

1. Чи є для вас неможливим кинути пити або зменшити кількість алкоголю, що ви вживаєте?

2. Чи відчували ви таке велике бажання чи внутрішні спонукання випити спиртне, що не мали змоги протистояти йому?

3. Чи викликало у вас припинення або зменшення кількості алкоголю такі симптоми (підкреслити наявні у хворого): тремор, безсоння, потіння, серцебиття, головний біль, приступ або напад?

4. Чи продовжували ви вживати спиртне, незважаючи на наявність проблем, що погіршаються внаслідок цього?

5. Хто-небудь з родичів, друзів, лікар або інший медичний працівник виражали стурбованість щодо вашого пияцтва і пропонували вам зменшити кількість алкоголю?

Інтерпретація результатів. Якщо множення I та II ($I \times II =$) дорівнює 21 СДА для чоловіків або 14 СДА для жінок, є імовірність алкогольних проблем.

Позитивна відповідь на I та будь-яке питання 1–5 — наявність алкогольних проблем.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F10–F19) включають: Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (F10), опіоїдів (F11), канабіноїдів (F12), седативних або снодійних засобів (F13), кокаїну (F14), інших стимуляторів, включаючи кофеїн (F15), галюциногенів (F16), легких розчинників (F18), сполучене вживання ПАР і використання інших ПАР (F19).

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— пригнічений настрій, нервозність або безсоння;

— ознаки відміни ПАР: опіатів (нудота, пітливість, неспокій, мурашки по шкірі, діарея, галюцинації); седативних та снодійних засобів (неспокій, тремор, безсоння, галюцинації (рідко)); стимуляторів (кокаїн, крек, амфетамін, екстазі) (депресія, нервозність, дратівливість);

— самостійне звернення хворого з метою отримати: допомогу для припинення або стабілізації вживання ПАР (наприклад, зменшення кількості ПАР, що вживається); лікування стану сп'яніння або відміни, або фізичних ускладнень внаслідок вживання ПАР (наприклад, абсцес або тромбози); допомогу при соціальних чи юридичних наслідках вживання ПАР (наприклад, кримінальне переслідування);

— звернення членів сім'ї раніше, ніж сам пацієнт (наприклад, через дратівливість хворого вдома або його зникнення безвісти, з роботи);

— приховане застосування препарату може проявлятися у вигляді дивної, незрозумілої поведінки.

Незалежно від мотивації звернення мета лікування полягає в наданні невідкладної, терапевтичної, психологічної допомоги хворому, а також налаштуванні його на відмову від ПАР.

Скринінг II виявлення суттєвого вживання алкоголю та інших ПАР (CAGE)

1. Чи намагалися ви коли-небудь кинути вживати алкоголь (наркотики, ліки не за призначенням лікаря)?

2. Чи дратує вас, коли люди питають, як ви п'єте (вживаєте наркотики, ліки не за призначенням лікаря)?

3. Чи відчували ви почуття провини за те, що п'єте (вживаєте наркотики, ліки не за призначенням лікаря)?

4. Чи вживали ви алкоголь (наркотики, ліки не за призначенням лікаря) для підвищення тону зранку?

Інтерпретація результатів. Ризик алкоголізму — позитивна відповідь на 1-ше питання; імовірність алкоголізму — на 2-ге — 3-тє; висока ймовірність залежності — на 4-те питання.

Дві позитивні відповіді — імовірність зловживання наркотичними речовинами (ПАР) становить 80–90 %.

Додатковими свідченнями ризикованого вживання ПАР є ознаки малої печінкової недостатності: гепатомегалія, змінена консистенція печінки, печінкові долоні, печінкові зірочки,

печінковий язик, гусяча шкіра шиї, зміна пальців за типом барабанних паличок, а нігтів — годинних стекол, ксантелазми, кон'юнктивальна ін'єкція, тремор рук та язика.

Тест Фагерстрома для визначення рівня залежності від нікотину.

1. Скільки часу минає після пробудження до паління першої сигарети? (5 хв — 3 бали; 6–30 хв — 2 бали; від 31 до 60 хв — 1 бал; більше ніж 60 хв — 0 балів) _____

2. Чи важко вам не палити в місцях, де паління заборонене? (Так — 1 бал; ні — 0 балів) _____

3. Від якої сигарети більш важко відмовитись? (Ранкової — 1 бал; наступної — 0 балів) _____

4. Скільки сигарет ви палите на день? (10 та менше — 0 балів; 11–20 — 2 бали; 21 та більше — 3 бали) _____

5. Ви більше палите зранку чи протягом доби? (Зранку — 1 бал; протягом доби — 2 бали) _____

6. Чи палите ви, коли хворієте та знаходитесь на постільному режимі? (Так — 1 бал; ні — 0 балів) _____

Інтерпретація результатів. Якщо сума дорівнює 0–3 бали, рівень залежності низький; 4–5 балів — середній; 6–10 балів — високий.

Делірій (F05, F06) включає: Делірій, не обумовлений алкоголем та іншими ПАР (F05), Інші психічні розлади внаслідок пошкодження або дисфункції головного мозку або внаслідок фізичної хвороби (F06).

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— звернення членів сім'ї внаслідок: виникнення раптового стану сплутаності у хворого; хворий став набагато тихішим; схвильованості, стривоженості хворого;

— самостійне звернення пацієнта, але відмовляється від співпраці, виявляє страх або плаче;

— марення літнього пацієнта, госпіталізованого з фізичних причин.

Деменція (F00–F03)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— причини самостійного звернення пацієнта: забудькуватість; зниження розумової діяльності (наприклад, плутаність при телефонних дзвінках, вирішенні, на який автобус сісти, забування решти або неправильні розрахунки в касі); труднощі в пошуку

слів (особливо імен та іменників); відчуття депресії. Хворі можуть не знати про втрату пам'яті;

— звернення членів сім'ї: на ранніх стадіях деменції через погану пам'ять пацієнта, його дезорієнтацію та зміни особистості й поведінки; на більш пізніх стадіях деменції внаслідок занепокоєння небезпечною поведінкою хворого (наприклад, агресія, блукання, нетримання сечі або залишення газу відкритим). Родичі не відрізняють раннє слабоумство та природне старіння;

— деменція може бути діагностованою при консультації, пов'язаній із соматичним здоров'ям, іншими проблемами;

— зміни в поведінці й функціонуванні (наприклад, погана особиста гігієна або погіршення соціальної взаємодії) у хворого похилого віку також дозволяють запідозрити деменції та можуть свідчити на її користь.

Виявлення деменції. Вік понад 40 років.

1. Явні факти порушення коротко-, довгочасної пам'яті (нездатність засвоювати нову інформацію) на основі неможливості згадати 3 предмети через 5 хвилин.

2. Один з наступних:

а) порушення абстрактного мислення (неможливість знайти схожість або відмінності між словами, наявність труднощів у пошуку потрібного слова або поняття);

б) порушення критики (нездатність будувати реальні плани щодо себе, оточуючих, родичів, роботи тощо);

в) порушення вищих нервових функцій (афазія, апраксія, агнозія (при збереженні здатності до розуміння, рухових, сенсорних функцій), конструктивні порушення — нездатність копіювати фігури, що мають три виміри, будувати блоки, розташовувати палички в певному порядку);

г) зміни особистості — руйнування або акцентуація преморбідних рис характеру.

3. Порушення а) і б) значно впливають на роботу, звичну соціальну діяльність, стосунки з оточуючими.

4. Відсутність явищ делірію.

Гострі психотичні розлади (F23) включають: Гострі і транзиторні психічні розлади (перший психотичний епізод, гостра шизофренія (з психозом), гострі маревні психози та інші гострі й транзиторні психотичні розлади).

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— наявність у хворого: галюцинацій (наприклад, чують голося, коли нікого немає навколо, бачать небачене); дивних переконань або страхів; тривоги, сплутаності свідомості; розладів сприйняття;

— звернення членів родини, представників інших установ (наприклад, школи, соціальних працівників, співробітників, сусідів) через зміни поведінки хворого, які не можуть бути пояснені, у тому числі дивна поведінка або така, що лякає (наприклад, підозрілість, бездоглядність, погрози);

— перший епізод психозу в молодих людей призводить до стійких змін у функціонуванні, поведінці або особистості (наприклад, кілька фізичних скарг, відчислення або звільнення та/або погіршення соціальної, академічної або професійної продуктивності), але без відповідних психотичних симптомів.

Хронічний (постійний) психотичний розлад (F29), Шизофренія (F2) включає: шизофренію, шизотиповий розлад, хронічні маячні розлади, індукований маячний розлад, шизоафективні розлади, інші неорганічні психотичні розлади.

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— анамнестичні дані: психоз, зокрема за відсутності надання психіатричної спеціалізованої допомоги;

— наявність у хворого: патології мислення або концентрації (наприклад, вважає, що телевізор говорить з ним, або що його думки хтось читає); голосів або видінь; дивних переконань (наприклад, у надприродних здібностях або переслідуванні); незвичайних фізичних скарг (наприклад, дивних відчуттів або наявність незвичайних об'єктів у середині свого тіла); проблем або питань, пов'язаних з антипсихотичними препаратами; проблем із роботою, навчанням або стосунками; проблем фізичного здоров'я (наприклад, з вагою, дихальна чи серцева патологія); недоліку енергії або мотивації й нездатності відчувати емоції; депресії або суїцидальних думок;

— звернення членів сім'ї внаслідок наявності у хворого таких симптомів: апатія, відчуженість, погана гігієна або дивна поведінка.

Встановлення психотичного та невротичного рівнів психічних розладів

Психотичний рівень психічних розладів (психози) — це виражені форми психічних порушень, при яких психічна діяльність хворого:

1) відрізняється різкою невідповідністю оточуючій дійсності;
 2) відображення реального світу грубо спотворюється, що проявляється:

а) у порушеннях поведінки,

б) появи не властивих нормі симптомів та синдромів: продуктивних розладів — розладів сприйняття (галюцинації), мислення (марення), емоцій (виражені депресивний і маніакальний синдроми, дисфорії), свідомості (затмарення), рухової сфери (стани збудження або ступору, кататонія), пам'яті та ін.

Психотичні стани частіше за все потребують невідкладної (!) госпіталізації у психіатричний стаціонар.

Скринінгові питання щодо виявлення психотичного рівня психічної патології

1. Чи були у вас відчуття, що останнім часом люди говорять про вас, або мають змову проти вас, або намагаються завдати вам шкоду, біль?

2. Чи є щось особливе, що хтось хоче зробити?

3. Чи були останнім часом випадки, коли ви чули шуми або голоси або бачили дивні речі, коли нікого не було і не було нічого, щоб пояснити це?

Непсихотичний (невротичний) рівень психічних розладів характеризується різними функціональними розладами (вегетативними, легкими афективними, сенсорними), які не порушують правильну оцінку реальних подій, власного стану (як хворобливого) і поведінки.

Пацієнти з непсихотичними психічними розладами частіше перебувають на амбулаторному спостереженні, а також спрямовуються лікарями різних спеціальностей до психіатра, психотерапевта для консультації в плановому порядку.

Непсихотичний рівень психічних розладів характерний для неврозів, розладів адаптації, розладів особистості, легких форм психоорганічного синдрому, деяких форм ендогенних психічних розладів (циклотимія, дистимія, шизотиповий розлад).

Тяжка втрата і втрата (Z63) (реакція горя)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ

Гостра реакція горя є нормальною, зрозумілою реакцією на втрату. Вона може бути різноманітною, але зазвичай пацієнти:

- відчувають себе пригніченими втратою,
- стурбовані втратою,
- мають соматичні симптоми після втрати.

Індивідуальний досвід горя є надзвичайно мінливим та залежить від типу втрати (наприклад, коханої людини, здоров'я, соціального статусу й способу життя у зв'язку з втратою роботи або розпадом стосунків); характеру втрати (несподівана, травматична втрата, одночасно кілька стресових подій, кілька втрат) та особистісних особливостей людини, яка понесла тяжку втрату (наприклад, вік, духовне здоров'я, попередній досвід втрати), і її соціального стану (наприклад, наявність сім'ї, доступу до підтримки, культуральних традицій).

Горе може спровокувати чи погіршити інші психічні розлади. Воно може трансформуватися в його патологічні варіанти, а саме: відсутність горя, затримане (реакція горя виникає через деякий час після втрати) або хронічне (інтрузивні й фіксовані емоції) горе. Узагалі труднощі виникають, коли реакції стають надзвичайно дисфункціональними для людини й оточуючих її людей.

Розлад адаптації (F43.2), включаючи гостру реакція на стрес

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— пригніченість або неможливість упоратися з ситуацією;
— наявність пов'язаних зі стресом фізичних симптомів, таких як безсоння, головний біль, біль у животі, біль у грудях і серцебиття;

— наявність симптомів гострого занепокоєння або депресії;

— збільшення вживання алкоголю або інших ПАР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— фізичні симптоми (наприклад, різноманітні болі, поганий сон і втома) і різні тривожні й депресивні симптоми, пов'язані з конкретною травмою, тривалістю понад місяць.

Генералізований тривожний розлад (F41.1)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— напруженість та пов'язані з нею симптоми, наприклад головний біль, серцебиття, безсоння, скарги на стрес. Опитування вказує на виражену тривогу.

Панічний розлад (F41.0)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— один або більше незрозумілих раптових фізичних симптомів (наприклад, біль у грудях, запаморочення, задишка) або сильний страх насунання колапсу, інфаркту або інсульту.

Депресія (F32)***Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:***

— спочатку хворий може скаржитися на один або більше соматичних симптомів, таких як біль або втома весь час. Подальше розпитування дозволяє виявити поганий настрій, втрату інтересу або дратівливість;

— широкий діапазон скарг супроводжує або приховує депресію. Вони включають: неспокій або безсоння; турботу про соціальні проблеми, наприклад фінансові або сімейні труднощі; збільшення вживання алкоголю або інших речовин, ПАР; постійну турботу молодих матерів про свою дитину або заподіяння шкоди дитині.

Виявлення депресії***Скринінгові питання щодо виявлення депресії***

1. Протягом найближчого місяця ви були часто стурбовані тим, що засмучені, депресивні, нещасні?

2. Протягом найближчого місяця ви були часто стурбовані зниженням інтересів або відсутністю задоволення при виконанні повсякденних дій?

Інтерпретація результатів. Негативна відповідь на будь-яке з цих питань робить діагноз депресії малоімовірним. Відповідь «Так» на обидва запитання свідчить про наявність депресії з імовірністю $p < 0,05$ (95,5 %).

Розлади особистості та поведінки дорослих (F60)

Деякі люди неадекватно сприймають термін «розлади особистості», тому при співбесіді слід говорити про особистісні труднощі.

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

— самостійне звернення пацієнта: через постійне піклування чи надмірну залежність від лікаря загальної практики; для повторних консультацій, у тому числі через нез'ясовні фізичні симптоми; через загрозу заподіяння собі шкоди або агресивну поведінку; інтенсивні й поверхневі стосунки; скарги на інший психічний розлад, депресію, тривожність, розлади харчової поведінки і звичок, які все більш посилюються; імпульсивну або загрозову поведінку (наприклад, повторне заподіяння собі шкоди).

Пацієнтам, як правило, важко впоратися з декількома соціальними проблемами, і вони можуть мати в анамнезі проблеми медичного характеру. Вони звертаються, наприклад, у зв'язку з кризою, але потім не можуть повторно відвідувати лікаря для подальших призначень;

— звернення членів сім'ї та опікунів із приводу занепокоєння поведінкою пацієнта (наприклад, загрозлива поведінка, самоушкодження);

— звернення співробітників правоохоронної системи через антигромадську поведінку хворого.

Умисне самоушкодження (X60–X84)

Скарги та причини для звернення до лікаря ЗП-СМ:

Більшість людей доставляють машиною швидкої допомоги, або вони звертаються до первинної ланки медико-санітарної допомоги після нефатального самоушкодження, внаслідок:

- передозування;
- епізоду самопорізів;
- інших, більш насильницьких форм навмисного самоушкодження, таких як, наприклад, задушення або самоотруєння в автомобілі з використанням вихлопних газів (ці дані свідчать про високий ступінь суїцидальних намірів).

Практика показує, що сімейні лікарі повинні спробувати зв'язатися з такими пацієнтами та оцінити їхній стан за умов подібних повідомлень, незважаючи на те, що ці дані прямо не вказують на суїцидальну спробу. Подібна тактика значно знижує частоту повторення таких випадків.

Виявлення суїцидальної поведінки

Скринінгове питання щодо виявлення суїцидальної поведінки.

1. Чи маєте ви погані думки?

Питання для самоконтролю

1. Надайте визначення поняттю «психічне здоров'я».
2. Надайте визначення поняттю «психічний розлад».
3. Наведіть правила та фази співбесіди з хворим із психічним розладом, способи зниження опору пацієнта при збиранні скарг.
4. Як застосовують скринер розпізнавання психічного випадку та для чого?
5. Які кроки схеми прийняття клінічного рішення ви знаєте, визначте їх послідовність та наведіть симптоми, що враховуються при її застосуванні.

6. На що скаржаться хворі на гострі та хронічні психотичні розлади?
7. На що скаржаться хворі на психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин?
8. На що скаржаться хворі на невротичні розлади, пов'язані зі стресом?
9. На що скаржаться хворі на афективні розлади?
10. На що скаржаться хворі на розлади особистості?
11. Як проводити виявлення суїцидальної поведінки?

Література

1. Петровская Л.А. Компетентность в общении. — М., 1989.
2. Почепцов Г.Г. Теория коммуникаций. — К.: Вид-во Ун-ту ім. Т. Шевченка, 1999. — 307 с.
3. Настанова ВООЗ для психічних і неврологічних розладів в первинній медичній допомозі//http://www.mentalneurologicalprimarycare.org/content_show.asp?c=16&fid=1278&fc=021
4. Оціночний перелік симптомів та глосарій для психічних розладів / А. Janga, Т.В. Ustin, J. Van Drimmelen, V. Dittmann, М. Isaac / Відділ психічного здоров'я ВООЗ. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 48 с.
5. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и рекомендации по диагностике. — СПб.: Адис, 1994.
6. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М.: ГЭОТАР, 1998.
7. Наркология. Национальное руководство. — М.: Гэотар-Медиа, 2008.
8. Жмуров В.А. Общая психопатология. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. — 280 с.
9. Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 297 с.
10. Гельер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. — К.: Сфера. — Т. 2. — 436 с.
11. Сарторіус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10. — Львів: ВЦ «Фенікс», 1999. ■