

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Р.А. ЕВСЕГНЕЕВ

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК: 616.89 (0745.9)

ББК 56.14я73

Е 25

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 3 от 22.04. 2016

Автор:

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, профессор д.м.н. *Евсегнеев Р.А.*

Рецензенты:

кафедра психиатрии и медицинской психологии БГМУ

зам. главного врача по медицинской части (по психиатрии) УЗ «Минской
областной клинический центр «Психиатрия-наркология» к.м.н. доцент
А.А. Александров

Евсегнеев Р.А.

Е 25

Психические расстройства в общемедицинской практике:
уч.-метод. пособие /Евсегнеев Р.А.-Минск: БелМАПО, 2016. – 41с.
ISBN 978-985-584-023-8

Учебно-методическое пособие посвящено одному из наиболее актуальных аспектов реформирования системы охраны психического здоровья – раннему выявлению и лечению психических и поведенческих расстройств на этапе первичной медицинской помощи и общего здоровья.

УДК: 616.89 (0745.9)
ББК 56.14я73

ISBN 978-985-584-023-8

© Евсегнеев Р.А., 2016

© Оформление БелМАПО, 2016

1. Введение. Что делает проблему выявления и лечения психических расстройств в общемедицинской практике высоко актуальной

Выявление и лечение распространенных форм психической патологии в общем здравоохранении относится сегодня в мире в число наиболее актуальных проблем как психиатрической помощи, так и всего здравоохранения в целом - уже хотя бы потому, что по мнению Всемирной организации здравоохранения, а также ряда исследований, проведенных в разных странах, *среди пациентов, наблюдаемых в учреждениях первичного звена медицинской помощи теми или иными психическими заболеваниями страдает 20-25%, то есть каждый пятый или каждый четвертый потребитель медицинской помощи* [1,8,9].

В последние десятилетия психические расстройства поражают в мире большее количество людей, чем, в частности, злокачественные опухоли или сахарный диабет – по результатам эпидемиологических исследований ими страдают в любой момент времени 12-15% населения. Так, по данным ВОЗ к началу 21 в. психическими болезнями в целом на нашей планете страдали 459 млн. человек, в том числе депрессией – 121 млн., алкогольной зависимостью – 70 млн., шизофренией – 24 млн. [1]. Применительно к нашей стране речь идет о более, чем о полумиллионе жителей - вполне очевидно, что оказать помощь такому количеству пациентов усилиями только врачей-психиатров и психиатрической службы не представляется возможным.

Столь же существенно затрагивает эта проблема интересы не только отдельного человека, но и государства в целом. По своим социально-экономическим последствиям психические расстройства к началу 21 в. вошли в тройку лидеров среди всех форм заболеваний человека, уступая, по существу, лишь сердечно-сосудистой патологии. Сегодня 5 из 10 основных причин нетрудоспособности в большинстве стран мира относятся к психическим и поведенческим расстройствам [1]. В экономически развитых странах психические расстройства сегодня ответственны за 22% затрат общества в связи с болезнями [11].

По прогнозу ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства обусловят в сумме 15% общего груза заболеваний человека, при этом монополярная депрессия выйдет на 2-е место среди всех форм заболеваний (5,7%), оставив далеко позади сосудистую мозговую патологию (4,4%), туберкулез (3,0%) и ВИЧ-инфекцию (2,6% соответственно) [1].

Поэтому проблема раннего выявления и лечения психических расстройств в общемедицинской помощи актуальна сегодня для многих стран – так, для государств ЕС именно она является одной из основных целей реформирования служб охраны психического здоровья сегодня [10]. В то же время для нашей страны и частей бывшего СССР она приобретает и дополнительную остроту, поскольку на протяжении многих предшествующих десятилетий в СССР и постсоветских государствах психиатрическая служба никак не относилась к приоритетам

здравоохранения, а степень ее представленности в общем здравоохранении и его первичном звене была, и до сегодняшнего дня остается минимальной. Это же касается объема знаний и навыков по выявлению и лечению психических и поведенческих расстройств у врачей самых разных лечебных специальностей. Поэтому исследовательская и практическая работа в этом направлении ведется в последние годы в РФ, Украине и других соседних странах [3].

Важно и то, что в отечественной системе медицинской помощи врач-интернист не настроен и не мотивирован на целенаправленный поиск у своего пациента какой-либо психической патологии, поскольку ее диагностика и лечение традиционно относится к компетенции только лишь психиатрической (психотерапевтической) службы.

Значительное большинство (около 80%) встречающихся сегодня в населении психических расстройств относится к числу неглубоких, относительно легких, непсихотических; при этом поведение человека грубо не изменено, а внешние проявления болезни видны только опытному глазу. Кроме того, специфика многих психических расстройств - прежде всего депрессий, тревожных и соматоформных нарушений состоит в том, что они проявляются разнообразными телесными жалобами и симптомами, на которые и нацелен врач-интернист. Поэтому в значительном большинстве случаев такой пациент либо вовсе не обращается за помощью (при этом сказывается также страх психиатра и клейма психически больного), либо обращается в учреждения общего здравоохранения, предъявляя при этом разнообразные соматические жалобы и получая при этом различные соматические диагнозы (яркий пример – «вегето-сосудистая дистония») [3-5]. Еще один распространенный в наших условиях путь – использование всевозможных «нетрадиционных», «народных», «магических» и т.д. средств, от псевдомедицинских до явно шарлатанских, с тем же результатом.

Можно с уверенностью утверждать, что участковый терапевт, как и врач любой иной лечебной специальности, в условиях как амбулаторной, так и стационарной помощи каждый день встречает среди своих пациентов хотя бы 1-2 человек с психическими расстройствами, причем *именно он чаще всего является тем первым специалистом, к которому эти пациенты обратились*. [3,6,9]. От того, насколько рано вещи будут названы своими именами – то есть расстройства эти будут распознаны и квалифицированы – зависит судьба пациента, успех работы врача, как и системы медицинской помощи в целом. Важно и то, что наличие у пациента того или иного психического расстройства оказывает огромное (часто решающее) влияние на течение и исход имеющегося у него соматического заболевания – так, например, наличие сопутствующей депрессии у больного с инфарктом миокарда повышает вероятность смерти в 2-3 раза.

Следует также подчеркнуть, что именно на эту категорию пациентов падают непропорционально большие затраты рабочего времени и сил врача и медперсонала, именно на них приходится большинство врачебных ошибок, жалоб и конфликтов. Ввиду отсутствия у этих пациентов каких-либо

объективных данных в пользу той или иной соматической патологии, их диагностической неясности, а также трудностей общения эта категория больных попадает в разряд «трудных», «неудобных», «склочных» и т.д., посылается по замкнутому кругу все новых обследований и консультаций, что психологически выматывает врача, ведет к ненужным экономическим затратам и резко снижает удовлетворенность населения работой медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом. [2,4,5].

В силу огромной медицинской и социально-экономической остроты описываемой проблемы в современную Международную классификацию психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел F) введена версия, адаптированная для ее использования врачами первичного здравоохранения и общей медицинской практики [7].

Цель этих методических рекомендаций – дать врачу общей практики, как и врачам других терапевтических специальностей простые и понятные сведения в области распознавания и оказания помощи пациентам с несколькими наиболее распространенными формами психической патологии, которых врач часто встречает в своей повседневной работе. Вполне очевидна и наша практическая цель – сделать так, чтобы психические расстройства стали чаще распознаваться в общей медицинской практике, а страдающие ими пациенты раньше получали помощь и поддержку.

2. Распространенность основных форм психических расстройств в населении, общей медицинской практике и первичном здравоохранении

По мнению экспертов ВОЗ, в определенный момент времени те или иные психические и поведенческие расстройства присутствуют у примерно 10% взрослого населения в целом и у примерно 20% пациентов первичного звена медицинской помощи. Психическими расстройствами в мире страдают сегодня почти 459 млн. человек, в том числе депрессией – 121 млн., алкогольной зависимостью – 70 млн., шизофренией – 24 млн. [1]. Применительно к населению нашей страны речь идет более, чем о полумиллионе жителей. Вполне очевидно, что имеющиеся резервы психиатрической и психотерапевтической служб ни в Республике Беларусь (около 900 должностей врачей-психиатров и примерно 260 должностей психотерапевтов), ни в любой другой стране мира не в состоянии обеспечить потребность населения в этой помощи. Если же дополнительно принять во внимание хотя бы ближайших членов семьи пациента, то даже по данным официальной статистики проблема эта затрагивает как минимум каждого седьмого жителя нашей страны. Нет сомнений, что действительное число людей с психическими расстройствами в любой стране существенно выше того, которое обратилось за помощью или было выявлено.

По результатам опубликованного в 2006 г. исследования, названного «Стоимость болезней головного мозга в Европе», общая стоимость этой патологии в 28 странах (государства ЕС плюс Исландия, Норвегия и Швейцария) в 2004 г. составила 386 млрд. евро или 829 евро в год на одного

жителя – величину, равную стоимости 25 тоннелей под Ла-Маншем [11]. Из 466 млн. жителей болезнями головного мозга страдали 127 млн. или 27%. Количество больных и экономические расходы при этом распределились следующим образом:

- расстройства настроения, включая большую депрессию и биполярное расстройство – 21 млн. человек, 106 млрд. евро;
- тревожные и невротические расстройства – 41 млн. человек, 41 млрд. евро;
- зависимости от психоактивных веществ и злоупотребление ими (включая алкоголь и нелегальные вещества) – 9 млн. жителей, 57 млрд. евро;
- деменции – 5 млн. человек и 55 млрд. евро.

Для сравнения: на долю наиболее дорогостоящей неврологической патологии – инсультов – приходится 1 млн. жителей и 22 млрд. евро, то есть в 5 раз меньше, чем на расстройства настроения [11].

Вполне понятно, что частота психических расстройств среди лиц, обращающихся за любыми формами медицинской помощи оказывается выше, чем в среднем в населении. Удельный вес таких лиц среди пациентов врача общей практики составляет от 20 до 30%; почти такая же пропорция обнаруживается и среди пациентов соматических стационаров [1,6,8,9]

При этом как распространенность, так и выявляемость психической патологии в населении и в общемедицинской практике в последние десятилетия явно возрастают – это, в первую очередь, касается депрессивных и тревожных расстройств. Объясняется это многими причинами – прежде всего урбанизацией, повышением плотности населения, возрастающим уровнем стресса в современном обществе, а также увеличением средней продолжительности жизни людей с хроническими соматическими заболеваниями, которые часто сопровождаются психическими нарушениями. Сказывается и постепенное улучшение качества диагностики этой патологии в первичном здравоохранении и общемедицинской сети [5,6].

В связи с высокой актуальностью обсуждаемой проблемы группой исследователей из Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2000-2007 гг. было проведено изучение распространенности и удельного веса основных форм психических расстройств в популяции больных, обращающихся в учреждения первичной медицинской сети в пяти регионах РФ – городах Москве и Санкт-Петербурге, а также Тверской, Тульской и Ярославской области [6]. Результаты этого исследования по вполне понятным причинам можно считать наиболее близкими к сегодняшней ситуации в отечественной системе медицинской помощи.

Всего было обследовано 1386 пациентов первичной сети в возрасте от 18 до 65 лет, 69,3% женщин и 30,7% мужчин. При обследовании участковым терапевтом предварительное заключение о наличии психического расстройства было дано 627 пациентам – то есть 45,2% от общего числа.

На основании критериев МКБ-10 пациенты распределились на следующие основные диагностические категории:

- депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F32) – 15,1%;
- хронические расстройства настроения (F33) – 3,6%;
- тревожные расстройства – (F40, F41) -10,9%;
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 9,8%;
- диссоциативные расстройства (F44) – 3,8%;
- соматоформные расстройства (F45) – 16,8%;
- неврастения (F48) – 4,7% .

Как видно из этого перечня, речь идет о преимущественно неглубоких, обратимых, вполне доступных для распознавания и лечения формах психической патологии.

Более подробные сведения о распространенности психических расстройств будут приведены далее при описании их отдельных форм.

3. Требования к врачу

- Наличие минимального объема знаний и навыков в области психиатрии (в объеме программы обучения в медицинском ВУЗе)
- Наличие набора простых скрининговых инструментов (приведены в Приложении)
- Наличие у врача базовых коммуникационных навыков
- Наличие мотивации по выявлению и оказанию помощи пациенту с психическими расстройствами

4. Распознавание и лечение наиболее распространенных в общей медицинской практике и первичном здравоохранении форм психической патологии

4.1 Депрессия, депрессивный эпизод (F32)

4.1.1 Распространенность

Как уже отмечалось выше, депрессия относится к числу самых распространенных форм психической патологии – в любой момент времени ею страдает более 5-6% взрослого населения [1,10]. Распространенность ее среди пациентов первичного здравоохранения находится на уровне 10% и более, уступая распространенности только артериальной гипертензии; по данным проведенного в РФ исследования она составила 15,1% [6].

Женщины страдают депрессией примерно в два раза чаще. Характерный возраст начала - 20-30 лет. Риск развития депрессивного эпизода на протяжении жизни составляет для мужчин 7-12%, для женщин – 20-25%. При наличии этой патологии у близких кровных родственников риск значительно возрастает. Средняя продолжительность депрессивного эпизода составляет 3-4 месяца, однако в небольшой части случаев он может затягиваться на 6 месяцев и более.

Депрессия часто возникает у пациентов с распространенными соматическими заболеваниями, а именно:

- среди общего числа госпитализированных в соматические стационары – у 33%;
- среди больных с сахарным диабетом – у 27%;
- среди больных ИБС – у 15-20%;
- среди перенесших инфаркт миокарда – в целом у примерно 40-45%;
- среди пациентов с опухолями различной локализации – у 33-42% [5].

Высокий риск развития депрессии имеют также больные с паркинсонизмом, рассеянным склерозом, гепатитом, перенесшие инсульт; несколько повышен риск депрессии у женщин в послеродовом периоде.

Ввиду ее высокой распространенности, высокой частоты суицидальных попыток и суицидов, значительных потерь для производства депрессия является не только психиатрической, но общемедицинской и социально-экономической проблемой современного общества. Смертность пациентов с депрессией примерно в 4 раза выше, чем в общей популяции. Несмотря на все это, реальная выявляемость депрессии в общемедицинской сети даже в экономически развитых странах и сегодня остается довольно низкой: из общего числа страдающих ею 50% вообще не обращаются за медицинской помощью, заболевание распознается лишь у 15-20% и лишь 0,3-0,5% больных доходят до врача-психиатра; лечение антидепрессантами в странах Европы получает лишь примерно 8% нуждающихся в этом пациентов.

4.1.2 Жалобы и симптомы

В силу того, что проявления депрессии бывают нередко похожи на обычные, непатологические колебания настроения, а также сопровождаются большим количеством соматовегетативных нарушений (слабость, боли в сердце, потеря аппетита, утомляемость и т.д.) ни сам пациент, ни врач-интернист часто не осознают происходящее как депрессию и дают этому психологические или соматические объяснения – «просто устал», «расстроился», «общее недомогание», «обычные житейские неприятности», «просто нуждается в отдыхе» и т.д.

При обращении за помощью к терапевту пациенты чаще всего предъявляют жалобы на соматические нарушения – боли в сердце или тяжесть в груди, слабость, плохой аппетит и снижение веса, запоры, неприятные ощущения в разных частях тела и т.д., вопрос же о сниженном настроении не обсуждается, так как это расценивается как нормальная реакция на изменение общего состояния. Поэтому значительному большинству этих пациентов выставляются различные соматические диагнозы – «вегето-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония» и т.д.

В то же время целенаправленный расспрос позволяет без труда выявить наличие у пациента типичных для депрессии психических и поведенческих изменений, к числу которых относятся следующие основные:

- сниженное, подавленное настроение (синонимы – грусть, тоска, печаль, уныние и т.д.); важно отметить, что чувство это часто не зависит от внешних обстоятельств и житейской успешности пациента («вроде бы в жизни ничего не менялось, а настроения нет»);

- утрата способности получать удовольствие от того, что раньше его вызывало (так называемая **ангедония**);

- снижение активности, энергичности, двигательная и мыслительная заторможенность.

К числу дополнительных симптомов депрессии относятся также:

- заниженная самооценка, идеи собственной виновности, снижение уверенности в себе, трудность в принятии решений, что раньше человеку было несвойственно;

- пессимизм, обращенный в будущее – «ничего хорошего меня не ждет»;

- мысли о смерти и нежелании жить, вплоть до планов суицида;

- снижение аппетита и потеря массы тела;

- расстройство сна в виде ранних утренних пробуждений;

- снижение полового влечения;

- боли в сердце, тахикардия, колебания артериального давления, запоры, сухость кожи и слизистых вследствие симпатикотонии.

Количество и выраженность перечисленных симптомов варьируют у разных пациентов и зависят от степени тяжести депрессии.

4.1.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза

Для оценки психического состояния врачу необходимо целенаправленно задать вопросы, направленные на выявление симптомов депрессии. (Отметим, что при этом у врача-терапевта при первых попытках нередко возникает психологический барьер, так как ему куда привычней задавать вопросы, направленные на изучение соматической сферы, чем на выявление душевных переживаний пациента).

Обнаруживаете ли Вы у себя в последнее время:

- *снижение настроения? Если да – то с чем Вы это связываете?*

- *потерю интереса к жизни и удовольствия от нее?*

- *потерю уверенности в себе, необъяснимое чувство вины?*

- *трудность в принятии решений?*

- *двигательную и мыслительную заторможенность?*

- *мрачные мысли о будущем?*

- *мысли о бесцельности жизни?*

- *плохой сон с ранними утренними пробуждениями?*

- *сниженный аппетит?*

- *неприятные ощущения, тяжесть в груди?*

Получение 4 и более положительных ответов при условии, что такое состояние у пациента длится на протяжении 2 недель и более позволяет с высокой уверенностью говорить о наличии депрессии.

Следует также выяснить, не отмечалось ли у пациента подобного состояния ранее – если да, то речь идет о повторном эпизоде депрессии в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (монополярной депрессии).

Необходимо обратить внимание на особенности вербального и особенно невербального поведения пациента – грустное лицо, потухший взгляд, малословие, тихий без модуляций голос, замедленность движений, безразличие к своему внешнему виду, стремление занимать как можно меньше места в пространстве, опущенная голова и взгляд в пол, мрачный юмор и т.д.

Врачу же во время беседы нужно находиться в открытой позе, убрать физические барьеры между собой и пациентом, стараться установить и поддерживать контакт глазами. Начинать нужно с открытых вопросов, постоянно следить за невербальным поведением пациента, демонстрировать активное слушание. К жалобам пациента следует относиться серьезно, но шутить и не иронизировать по этому поводу, не давать советов «взять себя в руки», «выбросить все эти глупости из головы» и т.п.

Таким образом, врач-терапевт может предположить наличие у пациента депрессии (депрессивного эпизода) и поставить предварительный диагноз, уточнив при этом степень тяжести состояния, поскольку от этого зависят дальнейшие действия и рекомендации:

- при легком депрессивном эпизоде пациент еще в состоянии справляться с повседневными и несложными профессиональными обязанностями;
- при умеренном депрессивном эпизоде – только с простыми повседневными делами;
- при тяжелом депрессивном эпизоде – не способен даже к самообслуживанию.

Примеры формулировки предварительного диагноза врачом-терапевтом:

- Депрессивный эпизод (?)
- Депрессивный эпизод, легкий (?)
- Депрессивный эпизод умеренной тяжести с суицидальными тенденциями (?)
- Тяжелый депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство (?)

4.1.4. Дифференциальный диагноз

Неглубокую депрессию необходимо прежде всего отличать от ситуационно обусловленных непатологических колебаний настроения (грусть, печаль и т.д.) психически здорового человека. Сделать это нетрудно - в отличие от депрессии непатологическое снижение настроения возникает по вполне конкретной причине (жизненные потери, конфликты и т.д.), психологически понятно, при этом не страдает самооценка человека, не возникает чувства вины, пессимистическая оценка ситуации не

распространяется на будущее. Соматические симптомы выражены гораздо слабее, не угнетены инстинкты (пищевой, половой, самосохранения). Продолжительность таких колебаний обычно невелика и не достигает необходимых для диагноза депрессии 2 недель.

В случаях, где состояние сниженного настроения хотя и возникло в начале по психологически понятному поводу, однако, несмотря на разрешение психотравмирующей ситуации затягивается и усложняется, необходима консультация психиатра.

Депрессия может быть также вызвана приемом некоторых лекарств (фармакогенная депрессия) – стероидных гормонов, раунатина, нейролептиков, метилдопы, противораковых препаратов, бета-блокаторов и даже (редко) пероральных контрацептивов.

Дифференциальный диагноз депрессии с другими формами психической патологии – компетенция психиатра.

4.1.5 Скрининговые инструменты

Для выявления и приблизительной оценки тяжести депрессии в условиях общемедицинской помощи могут быть использованы Опросник депрессии А.Бека (Beck A., 1961) Короткая шкала для определения тревоги и депрессии для врачей общей практики (Goldberg D. E.a., 1987), приведенные в Приложении 1 и 2.

4.1.6 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра /психотерапевта

После установления предварительного диагноза депрессии (депрессивного эпизода) следует объяснить пациенту и его близким, что это состояние является проявлением болезни (то есть это не лень, не «слабость характера», «излишняя впечатлительность» или «безволие»), в то же время – курабельным и чаще всего полностью обратимым. Близким ни в коем случае нельзя давать пациенту советов «взять себя в руки», «встряхнуться», «выбросить эти глупости из головы», «переключиться», «думать только о хорошем» и т.п.

Необходимо предложить пациенту проделать следующее:

- Составить список занятий, которые ранее доставляли или теперь доставляют пациенту удовольствие (независимо от их практической полезности) и ежедневно их совершать.
- Составить список дел, при совершении которых пациент чувствует себя наиболее уверенно и ежедневно выполнять их.
- Запретить пациенту действовать на основании его пессимистических представлений и чувства вины – например, оставить работу, учебу, расторгнуть брак, раздать или раздарить свое имущество, каяться в церкви и т.д.
- Объяснить, что депрессия в значительном большинстве случаев хорошо лечится антидепрессантами (а эпизоды легкой тяжести – и психотерапией), для чего следует обратиться к психиатру либо

психотерапевту, что может быть сделано в том числе и анонимно. Лучше всего направить пациента к конкретному врачу-специалисту в конкретное лечебное учреждение. Для наступления эффекта антидепрессанта необходимо, как правило, 2-4 недели приема. Препарат следует принимать ежедневно, без пропусков. Антидепрессанты не вызывают привыкания, пристрастия или зависимости.

Самолечение с помощью алкоголя, либо психостимуляторов (кофе, крепкий чай, массивное курение) и тем более барбитуратов (корвалол, валокордин и т.д.) неэффективно и опасно.

Риск суицида у больных депрессией составляет 10-15%, то есть приблизительно в 20-25 раз превышает этот показатель для населения в целом. Поэтому всегда, даже при депрессиях небольшой тяжести, необходимо в указанной последовательности (от более «легких» к более «тяжелым») задать пациенту вопросы, направленные на оценку **риска суицида**:

- *Что плохого приносит Вам жизнь?*
- *Приходят ли мысли о бесцельности жизни вообще?*
- *Не возникало ли у Вас чувства, что жить не стоит?*

Если ответы отрицательные, на этом можно остановиться. Если получен положительный ответ, следует продолжить:

- *Не было ли у Вас мыслей покончить с собой?*
- *Если да, то обдумывали ли Вы, как это сделать?*
- *Что сейчас удерживает Вас от самоубийства?*
- *Знает ли кто-нибудь о Ваших чувствах и планах?*
- *Не пробовали ли Вы прорепетировать свой план?*

Положительные ответы на последние вопросы говорят о том, что риск суицида довольно высок, и пациент безусловно нуждается в консультации психиатра. Об этом следует проинформировать членов семьи пациента. Необходимо иметь в виду, что к факторам, увеличивающим опасность суицида, относятся мужской пол, наличие злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости, тяжелые соматические заболевания, а также суицидальные попытки в прошлом.

Наличие у пациента высокой суицидальной опасности может служить основанием для его принудительного освидетельствования психиатром и принудительной госпитализации в психиатрический стационар, что относится к компетенции врачей-психиатров. Порядок действий при этом описан в Законе Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 7 января 2012 г. №349-З, статье 29 (принудительное психиатрическое освидетельствование) и статьях 36-39 (принудительная госпитализация и лечение).

4.2 Паническое расстройство (синоним – эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0)

4.2.1 Распространенность

Распространенность панического расстройства (ПР) в населении в целом составляет 1,5-2%, а среди пациентов первичного здравоохранения – 5-8%. Риск заболеть на протяжении жизни – от 3 до 5%. У женщин встречается в 2-3 раза чаще. Типичный возраст начала – 20-30 лет, редко начинается до 15 и после 40 лет. Таким образом, пациенты – это в чаще всего молодые и соматически здоровые женщины, проделавшие, тем не менее, длинный путь по системе медицинской помощи [3]. Расстройство широко распространено в самых разных профессиональных и социальных группах. По своим негативным социально-экономическим последствиям ПР входит в первые 20 заболеваний современного человека [1].

С такими пациентами часто встречаются врачи бригад скорой помощи, приемных покоев соматических больниц, а также кардиологи, участковые терапевты, неврологи, эндокринологи.

4.2.2 Жалобы и симптомы

Наиболее яркое проявление ПР – *приступы острой тревоги (паники)*, внешне напоминающие состояния, которые возникают у каждого здорового человека в ситуациях угрозы его жизни или благополучию. При ПР приступы эти возникают чаще всего спонтанно, без ясного внешнего повода и сопровождающиеся обильными сомато-вегетативными проявлениями, включающими:

- сердцебиение, тахикардию, чувство трепетания в груди – «сердце колотится, дрожит, выскакивает из груди»;
- затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, удушье;
- ощущение озноба или прилив жара;
- тремор конечностей или всего тела;
- парестезии, чувство покалывания в руках и ногах;
- подташнивание, дискомфорт в области желудка;
- учащенное мочеиспускание;
- потливость.

Все это сопровождается двигательным беспокойством, ощущением нереальности окружающего (дереализацией), страхом смерти, страхом сойти с ума или потерять контроль над своим поведением, призывами и требованиями к окружающим о помощи. В состоянии приступа пациенты и их близкие нередко вызывают скорую помощь, обращаются в приемные покои соматических стационаров, иногда даже госпитализируются с подозрением на тяжелую соматическую патологию (инфаркт, инсульт, гипертонический криз, гипогликемия при сахарном диабете и т.д.), что в последующем никак не подтверждается. Продолжительность таких приступов – от 5 до 20-30 минут, частота – от ежедневных до нескольких в месяц или еще реже.

По мере того, как приступы повторяются, возникает следующее проявление болезни – так называемая **агорафобия** (агора – рыночная площадь в древних Афинах): страх пребывания в тех местах и ситуациях, где в случае возникновения очередного приступа будет невозможно получить помощь – например, в переполненном городском транспорте, своем автомобиле, в толпе, большом магазине, на рынке, в зале кинотеатра, на стадионе, в лесу и т.д.

Далее у пациента формируются последующие симптомы - тревожное ожидание очередного приступа (т. наз. **опережающая тревога**) и **избегающее поведение**, что ломает все его жизненный стереотип и лишает возможности выполнять профессиональные, социальные и семейные функции. Пациент старается не выходить из дома, избегает ездить в транспорте, ходить по магазинам, оставляет работу или учебу. Радиус его перемещений все более сужается, он нуждается в постоянном сопровождении членов семьи, носит с собой пакет с лекарствами (валокордин, нитроглицерин, гипотензивные, валидол, нашатырный спирт и т.д.) – то есть, по существу становится инвалидом, несмотря на то, что соматически вполне здоров.

Путь пациента с ПР по отечественной системе медицинской помощи довольно типичен. При появлении первых приступов пациент обращается в приемные покои больниц, к врачам поликлиник, часто вызывает скорую помощь и иногда даже госпитализируются. Однако в ходе обследования по окончании приступа у них не обнаруживается никакой соматической и неврологической патологии, которой можно было бы объяснить приступы. Диагноз ПР при этом не устанавливается и такие пациенты получают традиционные диагнозы вегето-сосудистой дистонии, пароксизмальной тахикардии, диэнцефального криза, нейроциркуляторной дистонии, иногда – гипоталамического синдрома, гипогликемии и др., в зависимости от специальности врача, оказывающего помощь. Это влечет за собой ненужные обследования и лечение, способствует нарастанию тревоги пациента и прогрессированию симптомов ПР.

В условиях отечественной системы помощи врачи поликлиник и приемных покоев постепенно «привыкают» к такому пациенту, понимая, что несмотря на обилие и драматический характер жалоб какой-либо серьезной соматической патологии у него нет и за его жизнь можно не опасаться. Иногда пациенту рекомендуют обратиться к психиатру или психотерапевту, однако он делает это далеко не всегда, так как считает свое заболевание телесным, а не психическим.

В последующем возможны два сценария течения болезни – благоприятный и неблагоприятный. По первому из них (он происходит примерно в половине случаев) со временем приступы паники сами по себе прекращаются, затем уходит остальная симптоматика и пациент возвращается в обычную жизнь. При втором варианте пациент проходит неоднократные обследования по поводу соматической патологии, вначале амбулаторно, а затем и стационарно с тем же отрицательным результатом.

Поскольку приступы повторяются, продолжается и обследование с включением все новых методов и все новых специалистов. Через несколько лет у пациента формируется убеждение, что он болен какой-то редкой, но опасной болезнью, от которой в любой момент может наступить смерть. За это время у пациента формируются агорафобия, избегающее поведение, ломается весь жизненный стереотип, в результате самолечения формируется зависимость от барбитуратов (валокордин и т.д.), либо алкоголя, возникает стойкая инвалидизация. Лишь на этом этапе пациент попадает в поле зрения психиатра в связи с грубыми нарушениями поведения и адаптации.

Необходимо подчеркнуть, что болезнь и связанное с ней поведение окружающих нередко дает пациенту так называемые **вторичные выгоды** (заботу и гиперопеку, освобождение от ответственности и многих профессиональных, социальных и семейных обязанностей и т.д.), которые он, часто не осознавая этого, постоянно использует.

Решающим условием того, по какому сценарию сложится судьба пациента, является то, насколько рано будет установлен действительный диагноз – поскольку уже одно это в корне меняет действия врача и план лечебных мероприятий.

4.2.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза

При общении с пациентом необходимо обратить внимание на внешние проявления тревоги – неусидчивость, беспокойные руки и ноги, стремление увеличить дистанцию с собеседником или спрятаться за физическим барьером (закрытая поза, скрещенные руки, сумка или портфель на коленях), избегание взгляда, отрывистая речь, учащенное дыхание, вздрагивание при посторонних звуках и др.

Вопросы врача в начале беседы должны быть только открытыми, при этом важно не сбиваться на разбор соматических симптомов (как это традиционно делает врач-интернист), а побудить пациента к обсуждению его психологических, поведенческих и межличностных затруднений. Первые 2-3 минуты беседы пациента нельзя перебивать, останавливать и задавать закрытые вопросы – иначе все сведется к разбору вегетативных проявлений тревоги и, в итоге, к соматическому диагнозу.

Примеры вопросов, которые следует задать пациенту.

- *Не возникало ли в последние месяцы в Вашей жизни каких-либо тяжелых, опасных для жизни ситуаций?*

- *Часто ли Вы испытываете беспокойство, взвинченность, напряженность или боязливость?*

- *Не испытываете ли Вы в последнее время следующие недомогания: сердцебиение, затрудненное дыхание, комок в горле, дрожь в теле, озноб, учащенное мочеиспускание? Возникают ли эти ощущения эпизодически или присутствуют постоянно?*

- *Не было ли у Вас в последнее время приступов страха? Если да – опишите их.*

- Не было ли ощущение страха настолько сильным, что Вы боялись, что можете умереть?

- Испытываете ли Вы страх при езде в переполненном транспорте?

- Не боитесь ли Вы находиться в большой толпе, магазине, зале кинотеатра?

- когда Вы в последний раз вызывали «скорую помощь» и по какому поводу?

Если это первая встреча с врачом, то необходимо провести короткое соматическое обследование – даже если врач убежден, что перед ним пациент с патологической тревогой. Это необходимо как для исключения явной соматической патологии, так и для того, чтобы убедить пациента в профессионализме и добросовестности врача. При последующих встречах, когда диагноз ПР уже установлен и разъяснен пациенту, соматического обследования проводить не следует, так как это будет усиливать тревогу.

Критериями для постановки предварительного диагноза ПР являются:

- повторяющиеся приступы паники в ситуациях, объективно не несущих опасности для пациента;

- наличие в приступе хотя бы 3-4 перечисленных выше сомато-вегетативных симптомов;

- отсутствие явной соматической и неврологической патологии, которой можно объяснить повторяющиеся приступы.

Если врач встречается пациента, перенесшего первый приступ паники, либо если выяснить, наблюдались ли такие состояния ранее, не представляется возможным, выставляется диагноз единичного панического приступа.

Примеры формулировки предварительного диагноза врачом-терапевтом:

- Панический приступ (?)
- Паническое расстройство (?)
- Паническое расстройство с частыми приступами и агорафобией (?)
- Паническое расстройство с агорафобией, резко выраженным избегающим поведением, семейной и социальной дезадаптацией (?). Злоупотребление барбитуратами (?).

4.2.4. Дифференциальный диагноз

Состояния острой тревоги, напоминающие панический приступ могут возникать при ряде серьезных соматических заболеваний – стенокардии и инфаркте миокарда, бронхиальной астме, гипогликемии при сахарном диабете, легочной эмболии, а также феохромоцитоме. Отличия от ПР вполне очевидны - перечисленные состояния сопровождаются типичными для каждого из них соматическими и неврологическими симптомами, а также подтверждаются результатами лабораторных и инструментальных обследований, тогда как при ПР ни тех, ни других не обнаруживается.

Состояния, напоминающие приступ паники могут быть следствием интоксикации психоактивными веществами, чаще всего психостимуляторами

(никотин, кофеин, амфетамины, иные психоактивные вещества). В подозрительных случаях необходимы сбор анамнеза и лабораторное исследование мочи на содержание психоактивных веществ.

4.2.5 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта

Как мы уже отмечали, главным условием успешного лечения ПР, и предупреждения его негативных последствий для судьбы пациента является возможно более ранняя постановка диагноза, а также информирование об этом пациента и его близких, что означает прекращение ненужных соматических обследований и радикальное изменение лечебного плана.

Пациента необходимо проинформировать о следующем:

1. Никаким серьезным соматическим заболеванием он не страдает. Приступы являются проявлением нервно-психического расстройства. Они не представляют угрозы его жизни и вполне поддаются лечению.

2. В процессе лечения значительную часть работы необходимо будет сделать самому пациенту, а также его близким.

3. В случае возникновения очередного приступа необходимо научиться следующему:

- оставаться на месте, пока приступ не закончится, и не бросаться искать у окружающих;

- при появлении симптомов тревоги нужно уединиться, попытаться расслабиться и отрегулировать дыхание – дышать медленно, на счет, с задержкой дыхания на вдохе, либо в течение 1-1,5 минут глубоко и медленно подышать в бумажный пакет (10-15 глубоких вдохов и выдохов); цель – повысить содержание углекислоты в крови;

- при появлении признаков паники переключить внимание – например, посчитать, сколько окон светится в многоэтажном доме напротив, сколько автомобилей стоит на стоянке, сколько рядов и мест в зрительном зале, сколько книг стоит на полке книжного шкафа и т.д.; при любом из этих действий задача состоит в том, чтобы переключить внимание на что-либо, не вызывающее тревоги и добиться прекращения паники там, где она возникла;

- близким пациента не следует по первому его зову оказывать ему помощь – напротив, следует оставить его в одиночестве, пока приступ не закончится;

- необходимо всемерно подкреплять стремление пациента научиться справляться с приступами самостоятельно.

4. Приступы, как и другая симптоматика ПР, не должны давать пациенту так называемых вторичных выгод – то есть освобождения от повседневных обязанностей, усиленного внимания и гиперопеки близких и т.д.

5. Необходимо прекратить прием любых видов психостимуляторов, поскольку они усиливают тревогу и провоцируют приступы – бросить курить, резко сократить потребление кофеина с кофе, чаем, шоколадом, кока-колой и т.д.

Самолечение с использованием безрецептурных барбитуратов (валокордин, корвалол и т.д.) бесперспективно и опасно, поскольку во многих случаях ведет к формированию злоупотребления и зависимости, а также ухудшает когнитивные функции.

6. Необходимо увеличить физическую нагрузку – ходьба, плавание, фитнес, физический труд и т.д.

7. Следует избегать ненужных соматических обследований, даже если на этом настаивает пациент(что бывает нередко).

Фармакотерапия ПР относится преимущественно к компетенции психиатра и включает антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, эсциталопрам и др.), иногда – бензодиазепины (альпразолам или клоназепам) и другие противотревожные препараты. Из числа методов психотерапии чаще всего используются когнитивные и поведенческие подходы.

Основаниями для направления к психиатру/ психотерапевту являются:

- первичная постановка диагноза ПР и проведение дифференциального диагноза;
- сохранение приступов с прежней частотой, несмотря на перечисленные выше мероприятия;
- значительная выраженность агорафобии и избегающего поведения, которые нарушают повседневную жизнь пациента.

4.3 Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

4.3.1 Распространенность

Генерализованным тревожным расстройством (ГТР) страдает в целом от 2 до 5% населения, женщины примерно в 2 раза чаще. Риск заболеть им в течение жизни колеблется от 5 до 10%. Частота его растет с возрастом, значительно увеличиваясь у женщин после 35, у мужчин – после 45 лет. ГТР – самая распространенная и в то же время самая плохо выявляемая форма тревожных расстройств в первичном здравоохранении – даже в странах с развитой психиатрической помощью длительность заболевания к моменту постановки диагноза достигает 5-10 лет.

В качестве самостоятельной формы психической патологии ГТР было выделено относительно недавно - в 1980 г.

4.3.2 Жалобы и симптомы

Основное проявление заболевания – стойкая, монотонная и диффузная тревога по поводу неблагоприятных жизненных событий, вероятность наступления которых в действительности очень мала. Так, например, мать здорового ребенка каждый день испытывает тревогу о том, что он может заболеть каким-то тяжелым заболеванием, хорошо успевающий студент постоянно боится быть отчисленным за неуспеваемость, человек живет со страхом возникновения стихийного бедствия, которого в этой местности ранее никогда не наблюдалось и т.д. При этом тревога и ее вегетативные

проявления (тахикардия, потливость, учащенное мочеиспускание, боли в мышцах из-за постоянного напряжения, чувство комка в горле и т.д.) столь значительны, что нарушают социальное, семейное и профессиональное функционирование пациентов.

Болезнь имеет многолетнее волнообразное течение, с периодами улучшения и обострения, часто после стрессов и конфликтов. Пациенты часто обращаются за медицинской помощью – к врачам общей практики, неврологам, урологам, гастроэнтерологам, кардиологам и т.д. (но почти никогда к психиатрам и психотерапевтам), и предъявляют при этом многочисленные соматические жалобы, представляющие собой вегетативные проявления тревоги. Если при этом не задавать им целенаправленных жалоб для выявления патологической тревоги, то она остается нераспознанной и выставляется тот или иной соматический или неврологический диагноз – в зависимости от характера телесных жалоб. Такие пациенты имеют обычно длительный опыт амбулаторных и стационарных обследований и шлейф соматических диагнозов. В условиях отечественной системы медицинской помощи диагноз ГТР врачами-интернистами до настоящего времени ставится очень редко.

Течение болезни хроническое, многолетнее, с периодами улучшений и обострений. Через 5 лет от его начала спонтанные стойкие ремиссии возникают примерно у трети больных. У 20-25% генерализованная тревога в последующем сочетается с паническими приступами. У пациентов с ГТР часто наблюдается злоупотребление транквилизаторами, безрецептурными барбитуратами и зависимость от них.

4.2.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза

При общении с пациентом необходимо, как и при ПР, обратить внимание на внешние проявления тревоги, которые здесь всегда присутствуют – неусидчивость, пугливость, беспокойные руки и ноги, стремление увеличить дистанцию с собеседником или спрятаться за барьером, избегание взгляда собеседника, отрывистая речь, мышечное напряжение, вздрагивание при посторонних звуках и др.

Вопросы врача в начале беседы должны быть только открытыми, при этом важно не застревать на разборе соматических симптомов, а побудить пациента к обсуждению его психологических, поведенческих и межличностных затруднений.

Примеры вопросов, которые следует задать пациенту.

- *Часто ли Вы испытываете беспокойство, напряженность или боязливость?*
- *Трудно ли Вам расслабиться?*
- *Назовите мне жизненные обстоятельства, людей и ситуации, о которых Вы чаще всего думаете?*
- *Обеспокоены ли Вы состоянием своего здоровья?*
- *Трудно ли Вам уснуть?*

- *Не испытываете ли Вы постоянного страха по поводу Вашей работы (учебы), благополучия и безопасности Ваших близких?*
- *Способны ли Вы самостоятельно отвлекаться, переключаться контролировать проявления тревоги?*

Для постановки предположительного диагноза ГТР врачом-терапевтом необходимо наличие на протяжении хотя бы нескольких месяцев:

- постоянной тревоги по поводу возможных жизненных неприятностей;
- характерных изменений в двигательной сфере – мышечной скованности, неусидчивости, суетливости, болей в мышцах, неспособностью расслабиться, головных болей напряжения;
- симптомов вегетативной гиперактивности – тахикардии, озноба, потливости, учащенного мочеиспускания, ощущения комка в горле и т.д.

Примеры формулировки предварительного диагноза врачом-терапевтом:

- Генерализованное тревожное расстройство (?)
- Генерализованное тревожное расстройство, головная боль напряжения (?)
- Генерализованное тревожное расстройство с полиморфными сомато-вегетативными проявлениями. Злоупотребление барбитуратами (?)

4.3.4. Дифференциальный диагноз

Симптоматика ГТР может внешне напоминать целый ряд самых разных соматических и неврологических заболеваний – гипертоническую болезнь, ИБС, невриты, патологию желудочно-кишечного тракта и т.д. Отличием является полиморфизм жалоб, а также отсутствие при ГТР объективных инструментальных и лабораторных данных, подтверждающих предполагаемую патологию внутренних органов.

Генерализованную тревогу могут иногда вызывать тиреотоксикоз, прием некоторых лекарств (агонистов бета-рецепторов), а также злоупотребление психостимуляторами (массивное курение, крепкий чай, кофе).

Проведение дифференциального диагноза генерализованной тревоги с другими формами психических расстройств – депрессией, ПР, соматоформными нарушениями, посттравматическим стрессом, смешанным тревожным и депрессивным расстройством и др. относится к компетенции психиатра.

4.3.5 Скрининговые инструменты

Для выявления и приблизительной оценки тяжести тревоги может быть использована Короткая шкала для определения тревоги и депрессии для врачей общей практики (Goldberg D. E.a., 1987), приведенная в Приложении 2.

4.3.6 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта

Как и для ПР, главным условием успешного лечения ГТР является возможно более ранняя постановка диагноза, информирование об этом пациента и его близких, что означает радикальное изменение лечебных мероприятий. Чем раньше пациент обратиться за помощью к психиатру или психотерапевту – тем лучше.

Пациента и его близких необходимо проинформировать о следующем:

1. Наблюдаемые у него нарушения являются симптомами нервно-психического расстройства в виде патологической тревоги, которая проявляет себя как психическими, так и телесными симптомами.

2. В процессе лечения значительную часть работы необходимо будет сделать самому пациенту.

3. Необходимо прекратить курение, резко ограничить потребление напитков, содержащих кофеин, а также алкоголя. Запрещается использование с целью снятия тревоги барбитуратов (корвалол, валокордин и т.д.)

4. Следует увеличить физическую нагрузку.

5. Необходимо научиться релаксационным упражнениям, аутотренингу и регулярно ими заниматься.

6. Следует выделить и записать события и обстоятельства, которые вызывают тревогу. Затем для каждого из них перечислить факты и доказательства, свидетельствующие как за, так и против возможности того, что они случиться и нести опасность. Если для каких-либо событий такая вероятность действительно существует – наметить план действий при появлении опасности.

Фармакотерапия ГТР включает антидепрессанты – (амитриптилин, миансерин, тианептин, пароксетин, сертралин, флувоксамин и др.), иногда – бензодиазепины и небензодиазепиновые противотревожные препараты, а также бета-блокаторы, которые существенно уменьшают вегетативные проявления тревоги.

Основаниями для направления к психиатру/ психотерапевту являются:

- первичная постановка диагноза ГТР и проведение дифференциального диагноза;
- обильная сомато-вегетативная симптоматика, существенно затрудняющая жизнь пациента;
- недостаточный эффект от перечисленных выше мероприятий.

4.4 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)

4.4.1 Распространенность

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) – форма психической патологии, введенная в классификацию психических расстройств относительно недавно, в начале 1990-х гг. именно для того, чтобы облегчить и расширить выявление этой группы нарушений в

общемедицинской практике и первичной помощи. В отечественной общемедицинской практике пока по существу не используется.

Распространенность ее в населении – около 5%, соотношение мужчин и женщин – 2:1. Значительное большинство пациентов за медицинской помощью вообще не обращаются, а те, кто обращается, получают чаще всего различные соматические диагнозы.

4.4.2 Жалобы и симптомы. Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза

Диагноз СТДР используется в случаях, когда в состоянии пациента в примерно одинаковой степени представлены симптомы как тревоги, так и депрессии: то есть когда наряду с тревогой и ее вегетативными проявлениями (затрудненным дыханием, потливостью, ознобом, тахикардией, мышечным напряжением, учащенным мочеиспусканием и т.д.) наблюдаются и симптомы депрессии – сниженное настроение, утрата способности получать удовольствие, потеря уверенности в себе, суицидальные мысли и т.д. При этом симптомы тревоги и депрессии выражены примерно в одинаковой степени, а изменения в состоянии не удается связать с какими-либо психотравмирующими обстоятельствами и жизненными стрессами.

Сведения по оценке психического состояния см. выше в разделах 4.1.3 и 4.2.3.

Пример формулировки предварительного диагноза:

- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство с вегетативными нарушениями (?)

4.4.3 Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз СТДР с депрессией, ГТР и расстройствами адаптации является функцией психиатра

4.4.4 Скрининговые инструменты

Для выявления и приблизительной оценки тяжести симптомов в условиях общей медицинской помощи могут быть использованы Опросник депрессии А.Бека (Beck A., 1961) и Короткая шкала для определения тревоги и депрессии для врачей общей практики (Goldberg D. E.a., 1987), приведенные в Приложении.

4.4.5 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта – см. разделы 4.1.6 и 4.3.6.

4.5 Соматоформные расстройства, необъяснимые соматические жалобы (F45)

4.5.1 Распространенность

Группа расстройств, главным признаком которых являются постоянные телесные жалобы, а также настойчивые требования пациента о все новых

обследованиях, несмотря на то, что при этом не обнаруживается какой-либо объективной соматической патологии, которая могла бы объяснить предъявляемые жалобы и симптомы.

Несмотря на то, что распространенность в населении соматоформных расстройств (СР) относительно невелика (1- 2%), по затратам времени и ресурсов учреждений здравоохранения они входят в число лидирующих; пациенты с данной патологией относятся к числу самых активных потребителей медицинской помощи и по приблизительным подсчетам «съедают» до 15-20% бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение. СР обнаруживаются у 10-25% пациентов общесоматической сети. В исследовании, проведенном в пяти регионах РФ, их распространенность среди пациентов, обращавшихся к участковым врачам первичного звена медицинской помощи составила 16,8%. [6]

Женщины болеют в 6-8 раз чаще. В большей степени распространено среди лиц с невысоким образовательным, имущественным и социальным статусом. Для таких пациентов характерны в то же время наличие честолюбивых желаний и устремлений, недостаточное умение планировать дела и распределять нагрузки, неудовлетворенность своими жизненными обстоятельствами и достижениями.

Характерный возраст начала – 25-35 лет. Течение как правило хроническое, с периодами улучшений и обострений.

4.5.2 Жалобы и симптомы

Пациенты упорно жалуются на самые разные телесные нарушения и симптомы, которые не подтверждаются неоднократными соматическими обследованиями и не могут быть объяснены с позиции медицинской науки и практики. Нарушения эти касаются самых разных органов и систем организма и включают в себя жалобы:

- желудочно-кишечные: боли в животе, тошнота, рвота, понос, метеоризм, затрудненное глотание и др.;

- сердечно-сосудистые и дыхательные: сердцебиение, боли в груди (но не такие, как при стенокардии), поверхностное дыхание и ощущение удушья и т.д.;

- кожные: зуд, жжение, потливость;

- связанные с сексуальной сферой и менструальной функцией: ощущение жжения и боли в половых органах или прямой кишке, нерегулярные или болезненные менструации, боли во время половых сношений и др.;

- связанные с мочевыделительной системой: задержки мочи, болезненность или неприятные ощущения при мочеиспускании;

- неврологического характера: потеря голоса, нечеткость зрения или слепота, шатание при ходьбе, обмороки, судороги в разных частях тела и др.

Перечисленные симптомы выражены столь значительно, что нарушают способность пациента исполнять свои профессиональные, социальные и

семейные обязанности и служат причиной постоянных обращений за помощью к врачам разных специальностей.

Одним из вариантов этой патологии является **соматоформное болевое расстройство**, при котором пациент жалуется на упорную мучительную боль – часто в области лица, нижней челюсти, либо таза и спины и др. Боль эта не соответствует анатомическим особенностям иннервации, но в то же время обнаруживает отчетливую связь с жизненными событиями и конфликтами – например, усиливается, когда члены семьи не выполняют его желаний и требований. В результате такой пациент становится центром внимания всей семьи а боль – средством, с помощью которого он получает возможность манипулировать другими, включая не только семью, но и врачей, социальные службы и др.

Общим у всех этих жалоб и симптомов является то, что несмотря на многочисленные обследования не удается обнаружить какой-либо соматической патологии, которая могла бы эти жалобы объяснить. Вместе с тем пациент упорно сопротивляется попыткам врача объяснить происходящее психогенными причинами – неразрешенными житейскими конфликтами, неудовлетворенностью своей жизнью, стремлением получить помощь и поддержку окружающих, обратить внимание на свои страдания и т.д.

4.5.3 Оценка психического состояния и соматическое обследование. Диагностические критерии. Формулировка диагноза

Пациенты с этой патологией всегда являются крайне «неудобными», трудными как для врача, так и для своих близких. Для них характерно непоколебимая уверенность в наличии у себя той или иной нераспознанной телесной патологии, как и упорное неверие врачам, которые пытаются убедить пациента в обратном. Многочисленные соматические обследования с отрицательным результатом ничего в убеждениях пациента изменить не могут, что для врача-интерниста психологически непонятно и необъяснимо.

При этом несмотря на наличие в жизни такого пациента многих психических травм, неразрешенных проблем и запущенных конфликтов, деформированных отношений с окружающими, неудовлетворенности своим положением и т.д. он упорно настаивает на телесной причине жалоб и симптомов и сопротивляется попыткам обсуждения психологической обусловленности происходящего – как это и есть в действительности. К типичным видам психических травм, ведущих к СР, относятся финансовые и карьерные затруднения, перенапряжение в семье и на работе, деформированные отношения с близкими, отсутствие признания, чувство собственной ущемленности, а также недостаток навыков совладания с тяготами жизни.

В то же время следует помнить, что эти расстройства и жалобы не являются умышленной симуляцией или притворством - они представляют собой механизм психологической защиты от трудностей жизни и жизненных

травм, часто неосознаваемых и непроработанных, с которыми пациент не умеет справиться обычным, рациональным путем.

В состоянии пациента нередко присутствуют также симптомы тревоги, на которые необходимо обратить внимание при осмотре – неусидчивость, беспокойные руки и ноги, закрытая поза, учащенное дыхание, потные ладони, эмоциональная лабильность, взвинченность, раздражительность и др.

Провести соматическое (лабораторное, инструментальное) обследование необходимо лишь при первой встрече с пациентом, пока диагноз СР еще не установлен, и лишь в обычном объеме. Это необходимо как для проведения дифференциального диагноза и исключения соматической патологии, так и для того, чтобы убедить пациента в профессионализме и добросовестности врача. При последующих встречах, когда диагноз соматоформного расстройства уже установлен, соматического обследования проводить не следует, даже если пациент на нем настаивает – это будет лишь усиливать тревогу пациента и его убежденность в наличии серьезного телесного заболевания.

Врач-терапевт может поставить предварительный диагноз этой формы психической патологии при выявлении следующих признаков:

- наличие в течение длительного времени множественных телесных жалоб, которым, несмотря на проведенные обследования, не найдено соматического объяснения;
- частые обращения пациента к специалистам, несмотря на отрицательные результаты обследований;
- стойкое неверие врача, которые пытаются убедить пациента в отсутствии у него предполагаемой соматической патологии;
- наличие связанного с симптомами нарушений семейного, профессионального и социального функционирования.

Примеры формулировки предварительного диагноза:

- Соматоформное расстройство (?)
- Соматоформное расстройство с симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта, синдром раздраженного кишечника (?)
- Соматоформное расстройство с симптомами со стороны мочеполовой сферы, психогенная дизурия (?)
- Соматоформное болевое расстройство, лицевые боли (?)

4.5.4. Дифференциальный диагноз

Задача врача-интерниста (терапевта, невролога, хирурга, уролога, гинеколога, стоматолога и др. – в зависимости от характера жалоб) состоит в исключении той или иной объективной соматической патологии, которой можно было бы объяснить предъявляемые пациентом жалобы и симптомы. Необходимое для этого обследование проводится при первом обращении пациента.

Проведение дифференциального диагноза соматоформного расстройства с другими видами психической патологии – депрессией, паническим и генерализованным тревожным расстройством, психотическими

нарушениями (шизофрения и др.) относится к компетенции психиатра. Туда же относится уточнение вида соматоформного расстройства.

4.4.5 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта

Важнейшей задачей врача-интерниста является возможно более ранняя постановка предварительного диагноза и информирование об этом пациента и его близких - что в корне меняет последующий план лечения.

Пациента необходимо проинформировать о следующем:

1. Причина симптомов – не какая-то нераспознанная соматическая болезнь, а психические травмы (конфликты, стрессы) и неспособность пациента справиться с ними обычными рациональными способами. Поэтому далее будет необходимым обсудить с пациентом жизненные события (психические травмы, стрессы), которые предшествовали появлению симптомов.

2. Необходимо прекратить повторные соматические обследования, а также прием все новых препаратов, направленных на соматические симптомы, поскольку имеющиеся жалобы не обусловлены патологией внутренних органов, а продолжение поисков соматических причин жалоб только способствует их хронизации.

3. Жалобы и симптомы не являются симуляцией или выдумкой пациента, а вполне реальны, поскольку психическая травма и стресс часто проявляются через телесные ощущения.

4. После обсуждения жизненных конфликтов, порождающих симптомы необходимо попытаться найти выходы из трудной ситуации – тогда и телесные симптомы отступят.

5. Пациенту необходимо научиться методам релаксации, аутотренинга, саморегуляции, увеличить физическую нагрузку. Следует провести ревизию жизненных целей и приоритетов.

6. Лечение соматоформных расстройств чаще относится к компетенции психотерапевтов, реже психиатров. Чем раньше пациент к ним обратится – тем лучше. Самолечение с помощью барбитуратов (корвалол, валокордин и др.), а также анальгетиков бесперспективно и опасно.

Показаниями для направления к психиатру/ психотерапевту являются:

- первичная постановка диагноза и уточнение вида соматоформного расстройства;
- проведение дифференциального диагноза с другими видами психической патологии;
- выраженный дистресс и нарушения функционирования в связи с симптомами;
- большая длительность и выраженность телесных жалоб с формированием стойкой ипохондрической концепции происходящего;
- наличие агрессивных (в том числе по отношению к врачам) и суицидальных тенденций;
- настояние самого пациента.

4.6 Деменция (F00)

4.6.1 Распространенность

Деменция – это синдром различных заболеваний головного мозга, проявляющийся снижением когнитивных (познавательных) функций: интеллекта, памяти, абстрактного мышления, сообразительности, уровня суждений, способности к счету, письму, речи, способности к выполнению произвольных действий (праксиса) и т.д.

Деменция представляет собой результат органического поражения головного мозга, имеет чаще всего хроническое прогрессирующее течение и тесно связана с пожилым возрастом. Частота деменции в населении в целом составляет примерно 1%, среди лиц в возрасте 65 лет и старше – 5-6%, старше 75 лет – 25% и среди тех, кому 85 и более – около 40%. В среднем возрасте (до 45-50 лет) деменция встречается очень редко. Врач общей практики, как и врачи общесоматических стационаров встречаются с этой патологией практически ежедневно [5].

Распределение деменций пожилого возраста по вызвавших их причинам следующее:

- деменция при болезни Альцгеймера (F00) – 55-60% от общего числа деменций;
- сосудистая деменция (F01) – 15-20%
- сочетанные формы, когда у пациента наблюдаются одновременно альцгеймеровская и сосудистая деменция – 12-15%;
- деменция при болезни Паркинсона (F02.3) – 5-7%;
- деменция от иных, более редких причин – при болезни Пика, хорее Гентингтона, рассеянном склерозе, черепно-мозговых травмах, СПИДе, интоксикациях лекарствами и промышленными ядами и т.д. – в сумме приблизительно 5-10%.

Таким образом, самой частой и важной в практическом отношении является деменция при болезни Альцгеймера (БА), второй по значению – сосудистая деменция (СД); остальные ее формы встречаются на порядок реже и относятся к компетенции узких специалистов – неврологов и психиатров.

Как видно из этих цифр, представление об удельном весе разных форм деменций в последние 25-30 лет существенно изменилось – если раньше считали, что основной причиной деменции у пожилых являются обусловленные церебральным атеросклерозом сосудистые повреждения (так называемая «атеросклеротическая деменция» - термин, который в настоящее время не используется), то теперь не вызывает сомнений существенное преобладание деменции альцгеймеровской.

4.6.2 Жалобы и симптомы

На ранней и средней стадии болезни пациенты и их близкие могут жаловаться на забывчивость, ухудшение сообразительности, трудностями при выполнении бытовых действий и самообслуживания, утрату некоторых навыков (письмо, счет и др.), ухудшение двигательной координации. На более поздней стадии болезни жалобы пациента обычно отсутствуют из-за значительного снижения критики, жалобы на поведение пациента со стороны близких, напротив, нарастают. Происходит неуклонное снижение интеллекта, памяти, сообразительности, нарушение узнавания предметов и лиц, постепенно утрачиваются прежние знания, умения и навыки, включая повседневную деятельность – одевание, приготовление пищи, передвижение по городу, совершение покупок и т.д. Присоединяются симптомы, связанные с локальными повреждениями мозга – расстройства речи, счета, письма, праксиса и т.д.

Критика к этим изменениям относительно сохранена в первые годы болезни, в связи с чем пациент дает на них эмоциональные реакции или пытается маскировать; в последующем критика утрачивается и поведение пациента становится монотонным и нецеленаправленным.

4.6.3 Обследование и оценка психического состояния

При беседе с пациентом обращают на себя внимание явное снижение памяти (больше на недавние события, тогда как события и факты из далекого прошлого могут сохраняться в памяти очень долго), нарушение узнавания предметов и лиц, нарушение ориентировки в месте и времени и связанные с этим изменения в поведении. Если речь идет о начальных этапах болезни, пациент испытывает смущение, пытается эти дефекты маскировать; на более поздних этапах относится к этому равнодушно.

Для оценки состояния когнитивных функций могут быть заданы следующие вопросы:

- *Назовите, пожалуйста, сегодняшнюю дату, день недели, месяц и год.*
- *Где Вы сейчас находитесь?*
- *Встречались ли мы с Вами ранее?*
- *Перечислите, пожалуйста, дни недели (месяца года) в обратном порядке.*
- *Нарисуйте, пожалуйста, циферблат часов и положение стрелок, соответствующее половине девятого, без четверти час, без 5 минут одиннадцать, 20 минут пятого и т.д.*
- *Назовите, пожалуйста, Ваш домашний адрес и телефон.*
- *Запомните и повторите названия трех предметов, которые я назову (например, окно, часы и самолет). Затем попросите пациента повторить их через 3 минуты.*
- *Перечислите, пожалуйста, что Вы вчера покупали в магазине и примерную стоимость этого*
- *Назовите, пожалуйста, годы Первой и Второй мировой войны*
- *Дотроньтесь, пожалуйста, Вашей левой рукой до правого уха.*
- *Назовите, пожалуйста, имена и возраст Ваших внуков*

- *Отнимайте от 100 по 7 и называйте результат*

В процессе обследования врачу необходимо говорить медленно, спокойно, подчеркнуто вежливо, избегая критики, шуток и иронии.

По понятным причинам, важно собрать сведения не только у пациента, но и у его близких. Подвести итоги обследования необходимо отдельно с родственниками, отдельно с пациентом.

Начальное обследование пациента с подозрением на деменцию включает в себя также рутинный соматический и неврологический осмотр, и при возможности - проведение компьютерной либо магнито-резонансной томографии.

К числу соматических причин, ведущих в деменции, относятся опухоли головного мозга, гипотиреозидизм, почечная и печеночная недостаточность, влияние алкоголя и токсических средств, гипоксия мозга вследствие сердечно-сосудистой недостаточности, что может потребовать соответствующего обследования.

4.6.4 Формализованные скрининговые инструменты

Для формализованной оценки состояния когнитивных функций в баллах может быть использована методика «Краткое обследование психического статуса по Фольштейну» - Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein M.E. e.a., 1975), приведенная в Приложении 3.

4.6.5 Диагностические критерии

Предварительный диагноз деменции может быть поставлен при выявлении следующих признаков:

- наличие деменции – то есть ухудшения когнитивных функций до степени, приводящей к нарушению способности пациента не только к социальной и профессиональной деятельности, но и к повседневной жизни;
- эти расстройства должны быть стойкими и сохраняться на протяжении по меньшей мере 6 месяцев.

4.6.6 Дифференциальный диагноз Формулировка диагноза.

Врач-терапевт, работающий с пожилыми пациентами, нередко сталкивается с состояниями, внешне напоминающими деменцию, но к ней не относящимися и требующими совсем иных лечебных мероприятий.

К их числу относятся:

- субдуральная гематома: необходим сбор анамнеза для выявления травмы, осмотр, консультация хирурга (нейрохирурга) с последующим удалением гематомы;
- ухудшение когнитивных функций и снижение активности вследствие дефицита витаминов, особенно B12 и фолиевой кислоты из-за плохого однообразного питания: характер помощи очевиден – если подозрение подтвердилось, то вскоре после того, как питание становится полноценным, когнитивные функции улучшаются;

- ухудшение когнитивных функций в результате низкой температуры в жилище, а также ограничения общения: необходимы повышение температуры в жилище, регулярная горячая пища и постоянное общение;

- так называемая депрессивная псевдодеменция, когда изменения в поведении и когнитивных способностях обусловлены депрессией, что у пожилых может внешне напоминать картину деменции; при целенаправленном расспросе у такого пациента нетрудно выявить другие симптомы депрессии (см. раздел 4.1.2); в таких случаях лечение антидепрессантами через несколько недель приводит к улучшению состояния, чего при деменции не происходит;

- ухудшение когнитивных функций вследствие декомпенсации хронических соматических заболеваний – инфекций, диабета, почечной и печеночной недостаточности и др., а также бессистемного и избыточного приема лекарств, особенно барбитуратов (корвалол, валокордин и т.п.) и зависимости от них - необходим сбор лекарственного анамнеза, после прекращения приема лекарств когнитивные функции нередко улучшаются.

При проведении дифференциального диагноза между двумя самыми частыми формами деменции у пожилых – альцгеймеровской и сосудистой - необходимо обратить внимание на следующие их отличия.

1. Начало деменции при БА очень медленное, постепенное, при СД – гораздо более острое и отчетливое, после одного или нескольких эпизодов нарушений мозгового кровообращения.

2. Течение БА медленное и неуклонно прогрессирующее, СД – ступенчатое, с периодами улучшений и обострений.

3. Критика и сознание болезни, реакции личности на болезнь – при БА исчезают довольно рано (через 1-2 года от начала заболевания), при СД сохраняются относительно долго.

4. Эмоциональный фон – при БА через несколько лет от начала – беспечность, благодушие, при СД – слезливость, слабодушие, несдержанность, эмоциональная лабильность.

5. Гипертоническая болезнь, инсульты в анамнезе, очаговая неврологическая симптоматика характерны для СД, но не для БА.

Примеры формулировки предварительного диагноза врачом-терапевтом:

- Деменция, начальная стадия (?)
- Деменция, вероятно, сосудистой природы, с изменениями личности и очаговой неврологической симптоматикой, средняя стадия (?)
- Деменция при болезни Альцгеймера, начальная стадия (?)
- Ухудшение когнитивных функций вследствие злоупотребления барбитуратами (?)
- Ухудшение когнитивных функций вследствие нарастающей почечной недостаточности (?)

Проведение дифференциального диагноза различных форм деменций – альцгеймеровской, сосудистой, смешанной, при болезни Пика, болезни Паркинсона и др., как и деменций с другими формами психической

патологии (депрессия в пожилом возрасте, опухоли мозга, органический амнестический синдром и др.) относится к компетенции психиатра и невролога.

4.6.7 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра и невролога

Пациента (в том объеме, котором это позволяет сделать его психическое состояние), а также его близких необходимо проинформировать о следующем:

1. Деменция – заболевание прогрессирующее, однако скорость прогрессирования может быть разной и зависит от многих причин; правильное лечение и уход может ее существенно уменьшить. Цель лечения – максимально продлить период более-менее полноценной жизни, когда пациент может справляться с повседневными делами и оставаться в привычной домашней обстановке, отодвинуть конечный этап болезни.

2. Вся окружающая пациента обстановка в доме (мебель, предметы, одежда, обувь) должна оставаться такой, к которой он привык; запрещается вносить в нее какие-либо изменения.

3. У пациента должен сохраняться четкий и привычный распорядок дня – подъем, занятость, отдых, еда, сон в одно и то же время. Необходимо поощрять и ежедневно тренировать любые формы занятости, с которой пациент еще способен справляться.

4. Пациент не должен оставаться подолгу в одиночестве и отсутствии внешних раздражителей; необходимо постоянно тренировать его память и способность к ориентировке.

Фармакотерапия деменции при БА проводится с использованием препаратов – обратимых ингибиторов ацетилхолинэстеразы (донепезил, галантамин и др.), постоянный прием которых позволяет в значительной части случаев затормозить прогрессирование деменции. Использование ноотропов и сосудорегулирующих средств при БА неэффективно.

Для уменьшения возбуждения и агрессии, при нарушениях сна используют нейролептики (антипсихотики) в очень низких дозах (например, галоперидол 1-3 мг, хлорпротиксен 50-75 мг, кветиапин 25-50 мг, оланзапин 2,5-5 мг в сутки в несколько приемов). Следует избегать использования барбитуратов (валокордин, корвалол и др.), а также бензодиазепиновых транквилизаторов.

Показаниями для консультации психиатра являются первичная постановка диагноза и проведение дифференциального диагноза, подбор фармакотерапии, а также состояния дезорганизованного поведения, агрессии, двигательного возбуждения, нарушения сна, психотические нарушения, которые иногда сопутствуют деменции. Ранняя консультация психиатра целесообразна и в связи с частым возникновением вопросов о дееспособности пациента, установлении опеки, направление его на обследование в психиатрический стационар либо учреждение по уходу и т.д.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: ООО Изд-во «Весь Мир. 2001. – 215 с.
2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. /Пер. с англ. А.Абессоновой, Д.Полтавца. – К.:Сфера, 1999. – 304 с.
3. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Рук-во для врачей). Общ. Ред. Т.МакГлинна, Г.Л.Меткалфа. Пер. с англ. – American Psychiatric Press, 1989. – 119 с.
4. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001. – 426 с.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: руководство для врачей.– М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 592 с.
6. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. и др. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) /Под ред. В.Н.Краснова. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М., 2008. – 136 с.
7. МКБ-10. Глава V. Версия для врачей первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике. Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. (Краткая версия для врачей первичной медицинской помощи). – М.:Феникс,1997. – 54 с.
8. Сиряченко Т.М., Митихина И.А. Клинико-психопатологическая характеристика психических расстройств у больных общесоматической поликлиники. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1987. – Т.87.-Вып.12.- С.1820-1824.
9. Kessler L.G., Cleary P.D., Burke J.D. Psychiatric disorders in primary care: Results of follow up study. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1985. – Vol.42.- P.583-587.
10. Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. – Main Report. Prepared by Ch.Samele e.a. – The Institute of Mental Health, Nottingham. – 2013. – 588 P.
11. Olsen J., Baker M., Freund T. e.a. Consensus document on European brain research // J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – Vol.77 (Suppl.1). – P. i1-i.49.

Приложения

Приложение 1.

Опросник депрессии Бека (Beck A., 1961)

Представляет собой самооценку больным своего состояния. Предназначен для определения и измерения тяжести депрессивной симптоматики. Содержит 21 группу утверждений, из которых пациент должен выбрать наиболее адекватное для своего настоящего состояния. Для его выполнения достаточно 3-5 минут.

Методика. Инструкция для пациента

В настоящем опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую их группу, а затем определите по каждой группе одно из утверждений, которое ближе всего соответствует тому, как Вы чувствуете себя в течение этой недели и сегодня. Поставьте галочкой это утверждение. Если несколько утверждений одной группы кажутся Вам полностью подходящими, отметьте каждое из них. Прежде, чем выбрать, обязательно прочтите все утверждения данной группы.

А.

1. Я не испытываю грусти
2. Мне грустно или тоскливо
3. Мне все время тоскливо или грустно, и я не могу избавиться от этого чувства
4. Мне так грустно или печально, что это просто невыносимо

Б.

1. Мысли о будущем не вызывают у меня уныния и удрученности
2. Мне становится грустно, когда я думаю о будущем
3. Я чувствую, что от будущего мне ничего хорошего ожидать не стоит
4. Я считаю, что будущее безнадежно и ничто в лучшую сторону измениться не может

В.

1. Я не считаю себя неудачником
2. Я считаю, что терпел неудачи чаще, чем «средний» человек
3. Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, то все, что я вижу – лишь цепь неудач
4. Я считаю, что как личность (родитель, муж, жена) потерпел полное поражение

Г.

1. Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности, недовольства
2. Ничто не радует меня так, как прежде
3. Я больше ни от чего не получаю удовлетворения

4. Я недоволен и неудовлетворен всем

Д.

1. Я не чувствую себя в чем-либо виноватым
2. Большую часть времени я чувствую себя плохим и никчемным
3. Я чувствую себя виноватым
4. Я чувствую себя очень скверным и ни к чему негодным человеком
- 5.

Е.

1. Я не считаю, что я наказан
2. У меня такое чувство, что что-то нехорошее может случиться со мной
3. Я считаю, что наказан или буду наказан
4. Я считаю, что заслуживаю наказания

Ж.

1. Я не испытываю разочарования в себе
2. Я разочарован в себе
3. Я испытываю отвращение к себе
4. Я ненавижу себя

З.

1. Я не считаю, что я хуже других
2. Я осуждаю себя за свои слабости и ошибки
3. Я виноват во всем, что происходит не так, как этого бы хотелось
4. Я считаю, что у меня много серьезных недостатков

И.

1. У меня нет никаких мыслей о том, чтобы причинить себе вред
2. Я считаю, что лучше было бы, если бы я умер
3. У меня есть определенные планы насчет самоубийства
4. Я покончу с собой, как только появится такая возможность

К.

1. Я не плачу чаще, чем обычно
2. Я плачу чаще, чем обычно
3. Я сейчас плачу все время и не могу остановиться
4. Раньше я плакал, не сейчас совсем не могу плакать, даже если

этого хочу

Л.

1. Я сейчас не более раздражителен, чем обычно
2. У меня сейчас легче, чем обычно возникает раздраженность и недовольство
3. Сейчас я постоянно чувствую раздраженность
4. Меня сейчас совсем не раздражает то, что обычно всегда

раздражало

М.

1. Я не утратил интерес к другим людям
2. Я меньше, чем бывало интересуюсь другими людьми

3. Я утратил почти весь интерес к другим людям и у меня нет почти никаких чувств к ним
4. Я полностью утратил интерес к другим людям и все они меня совершенно не заботят

Н.

1. Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда
2. Я пытаюсь отложить принятие решений
3. Я больше не могу принимать решения без чьей-либо помощи
4. Я больше совсем не могу принимать решений

О.

1. Я не считаю, что выгляжу сколь-либо хуже, чем обычно
2. Меня беспокоит то, что я выгляжу старым и непривлекательным
3. Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным
4. Я считаю, что выгляжу гадко и отталкивающе

П.

1. Я могу работать почти так же хорошо, как и раньше
2. Мне нужно дополнительное усилие, чтобы что-нибудь сделать
3. Я не могу выполнить никакую работу вообще

Р.

1. Я сплю так же хорошо, как обычно
2. Я просыпаюсь утром менее отдохнувшим, чем обычно
3. Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и мне трудно снова уснуть
4. Я просыпаюсь рано каждый день и не могу спать более 5 часов

С.

1. Я устаю ничуть не больше, чем обычно
2. Я устаю быстрее, чем обычно
3. Я устаю от любого занятия
4. Я слишком сильно устаю, чтобы чем-либо заниматься

Т.

1. Мой аппетит не хуже, чем обычно
2. Мой аппетит не такой хороший, как обычно
3. Мой аппетит гораздо хуже, чем обычно
4. У меня нет аппетита вообще

У.

1. За последнее время я заметно не похудел, если похудел вообще
2. Я похудел более, чем на 3 кг
3. Я похудел более, чем на 5 кг
4. Я похудел более, чем на 8 кг

Ф.

1. Я озабочен своим здоровьем не более, чем обычно

2. Я озабочен ноющими или другими болями, или расстройством желудка, или запорами, или другими неприятными ощущениями в моем теле

3. Я настолько обеспокоен тем, как я себя чувствую, что мне трудно думать о чем-нибудь другом

4. Я полностью поглощен тем, как я себя чувствую

X.

Я не заметил, что в последнее время изменился мой интерес к противоположному полу

Секс интересует меня менее, чем обычно

Сейчас меня значительно менее интересует секс

Я утратил всякий интерес к сексу

Интерпретация результатов: первый из вариантов ответов оценивается в 0 баллов, второй – в 1 балл, третий – в 2 балла, четвертый – в 3 балла.

Общий результат выше 19 баллов свидетельствует о клинически значимой депрессии, результат выше 24 баллов говорит о необходимости терапии, включая антидепрессанты. Целью лечения является достижение результата менее 10 баллов.

Приложение 2.

Короткая шкала для определения тревоги и депрессии для врачей общей практики (Goldberg D. e.a., 1987)

T. Тревога

1. Чувствуете ли Вы себя взвинченным и возбужденным?
2. Не испытываете ли Вы излишнего беспокойства?
3. Легко ли Вы раздражаетесь?
4. Трудно ли Вам расслабиться?

Если Вы положительно ответили на любые два и более из перечисленных вопросов, продолжите отвечать на следующие.

5. Плохой ли у Вас сон?
6. Испытываете ли Вы головные боли (или боли в шее, или чувство сдавления в голове)?
7. Наблюдаются ли у Вас следующие симптомы: головокружение, дрожь, потливость, понос, частое мочеиспускание, покалывания в области языка и т.д. (вегетативные проявления тревоги)?
8. Обеспокоены ли Вы состоянием своего здоровья?
9. Трудно ли Вам заснуть?

Д. Депрессия

1. Ощущаете ли Вы потерю энергичности?
2. Испытываете ли Вы утрату интересов?
3. Испытываете ли Вы утрату уверенности в себе?
4. Чувствуете ли Вы собственную беспомощность?

Если Вы положительно ответили хотя бы на один вышеперечисленных вопросов, продолжите отвечать на следующие

5. Испытываете ли Вы трудности при концентрации внимания?
6. Есть ли у Вас потеря веса (вследствие плохого аппетита)?
7. Бывают ли у Вас ранние пробуждения?
8. Чувствуете ли Вы заторможенность?
9. Хуже ли Вы чувствуете себя по утрам?

Интерпретация результатов: за каждый положительный ответ дается один балл. Состояние патологической тревоги вероятно предположить при наличии хотя бы 5 баллов по шкале Т, состояние депрессии – при наличии хотя бы 3 баллов по шкале Д. При повышении этих показателей вероятность наличия этих расстройств резко возрастает.

Приложение 3.

Краткое обследование психического статуса по М.Фольштейну – Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein M. e.a., 1975)

Используется для быстрой оценки состояния когнитивных функций, в частности, при выявлении деменции. Представляет собой набор предлагаемых пациенту простых заданий, за выполнение каждого из которых выставляется определенное число баллов. В конце баллы суммируются.

1. Ориентировка во времени. Попросите пациента полностью назвать год, время года, месяц, число, день недели.

Максимальный балл (5) дается, если пациент самостоятельно и правильно назвал число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число, спрашивают «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

2. Ориентировка в месте. Задайте пациенту вопрос «Где мы сейчас находимся?». Если пациент отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, номер комнаты или этаж.

Максимальное количество баллов – 5. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

3. Восприятие. Дайте пациенту инструкцию: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка. Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы пациент правильно их повторил, однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

Правильное повторение каждого из слов пациентом оценивается в 1 балл (максимальное количество баллов – 3).

4. Концентрация внимания. Попросите пациента последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»).

Максимальное количество баллов – 5. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, попросите его произнести слово «земля» наоборот.

Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл – например, если произносят «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла, если «ямлез» - 3 балла и т.д.

5. Память. Попросите пациента вспомнить слова, которые он запоминал в п.3. Максимальное количество баллов – 3. Каждое правильно названное слова оценивается в 1 балл

6. Речь. Покажите пациенту два простых предмета – например, ручку и часы. Показав каждый, попросите его назвать - «Что это такое?».

Максимальное количество баллов – 2. Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.

7. Попросите пациента повторить предложение: «Никаких «если» и никаких «но»!».

Правильное повторение оценивается в 1 балл.

8. Дайте пациенту лист бумаги и попросите его последовательно выполнить Ваши команды: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол».

Максимальное количество баллов – 3. Каждое правильное действие оценивается в 1 балл.

9. Попросите пациента выполнить написанную на листе инструкцию «Закройте глаза». Она должна быть написана крупными печатными буквами на чистом листе бумаги.

За правильное выполнение дается 1 балл.

10.Попросите пациента самостоятельно написать любое предложение (оно должно содержать подлежащее и сказуемое)

За правильное выполнение дается 1 балл.

11.Дайте пациенту лист бумаги и попросите его скопировать этот рисунок.

За правильное выполнение дается 1 балл. Задание считается выполненным, если в рисунке пациента отражены все 10 углов, 2 из которых пересекаются.

Набранные баллы суммируются.

Интерпретация результатов.

Максимально можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат, тем более выражен когнитивный дефицит:

- 28-30 баллов – нет нарушения когнитивных функций
- 24-27 баллов – когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции
- 24 балла – пороговое значение
- 20-23 балла – деменция легкой степени выраженности
- 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности
- 0-10 баллов – тяжелая (глубокая) деменция

Содержание

1. Введение. Что делает проблему выявления и лечения психических расстройств в общей медицинской практике высоко актуальной	3
2. Распространенность основных форм психических расстройств в населении, общей медицинской практике и первичном здравоохранении	5
3. Требования к врачу	7
4. Распознавание и лечение наиболее распространенных в общей медицинской практике и первичном здравоохранении форм психической патологии	7
4.1 Депрессия, депрессивный эпизод (F32)	7
4.1.1 Распространенность	7
4.1.2 Жалобы и симптомы	8
4.1.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза	9
4.1.4 Дифференциальный диагноз	10
4.1.5 Скрининговые инструменты	11
4.1.6 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	11
4.2 Паническое расстройство (F41.0)	13
4.2.1 Распространенность	13
4.2.2 Жалобы и симптомы	13
4.2.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза	15
4.2.4 Дифференциальный диагноз	16
4.2.5 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	17
4.3 Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	18
4.1.1 Распространенность	18
4.1.2 Жалобы и симптомы	18
4.1.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии. Формулировка диагноза	19
4.1.4 Дифференциальный диагноз	20
4.1.5 Скрининговые инструменты	20
4.1.6 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	21
4.4 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	21
4.1.1 Распространенность	21

4.1.2 Жалобы и симптомы. Оценка психического состояния.	
Диагностические критерии. Формулировка диагноза	22
4.1.4 Дифференциальный диагноз	22
4.1.5 Скрининговые инструменты	22
4.1.6 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	22
4.5 Соматоформные расстройства, необъяснимые соматические жалобы (F45)	22
4.5.1 Распространенность	22
4.5.2 Жалобы и симптомы	23
4.5.3 Оценка психического состояния. Диагностические критерии.	
Формулировка диагноза	24
4.5.4 Дифференциальный диагноз	25
4.5.5 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	26
4.6 Деменция (F00)	27
4.6.1 Распространенность	27
4.6.2 Жалобы и симптомы	28
4.6.3 Обследование и оценка психического состояния	28
4.6.4 Формализованные скрининговые инструменты	29
4.6.5 Диагностические критерии	29
4.6.6 Дифференциальный диагноз. Формулировка диагноза	29
4.6.7 Дальнейшие действия. Показания для консультации врача-психиатра/ психотерапевта	31
Литература	32
Приложения	
Приложение 1. Опросник депрессии Бека	33
Приложение 2. Короткая шкала для определения тревоги и депрессии Для врачей общей практики	36
Приложение 3. Краткое обследование психического статуса по М.Фольштейну – Mini-Mental State Examination	37

Учебное издание

Евсегнеев Роман Александрович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Р.А. Евсегнеев

Подписано в печать 22. 04. 2016. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,32. Уч.- изд. л. 1,96. Тираж 100 экз. Заказ 106.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.