

# Олена Хаустова: Розлади психіки та соматизація, на що звернути увагу?

Ми з вами весь час живемо в токсичному світі, і цей світ намагається зруйнувати тіло та душу. До кого ж звертатися, коли зранена душа, а болить тіло?

## Світ VUCA:

- Volatility (нестабільність);
- Uncertainty (невизначеність);
- Complexity (складність);
- Ambiguity (неоднозначність).

В реальній медичній практиці важкі пацієнти зустрічаються практично щодня.

**Важкі пацієнти** – це звичайні люди (кожний зі своїм типом характеру та життєвою історією, стереотипами в голові, незадоволенням життям, проблемами здоров'я), які приходять до лікувального закладу, тому що вони змушені, а не через те, що вони цього хочуть.

Симптоми, які можуть спостерігатися в пацієнта, що має психічний розлад, але все ж таки намагається його приховати:

- Біль у м'язах і суглобах;
- Біль у попереку;
- Головний біль напруги;
- Хронічна втома;
- Некардинальний біль у грудях;
- Пришвидшене серцебиття;
- Невиразкова диспепсія;
- Роздратований кишківник;
- Запаморочення;
- Безсоння.

## Соматизація

Вона виникає, коли афективні або інші стимули, пов'язані з психологічним дистресом або з нормальною фізіологічною функцією, неправильно тлумачаться як симптоми фізичного захворювання.

Дійсно, коли починає діяти психологічний стрес, він впливає на появу не тільки психічних симптомів, але й соматичних. Також змінюються поведінкові патерни людини.

Тобто, коли приходять пацієнт із якимось симптомом, і він незрозумілий, не відповідає патології, яка мала б бути, треба розуміти, що це – **соматизація психічних проявів**.

Соматизація – надзвичайно поширене й погано кероване клінічне явище. Її, як правило, розглядають як невід'ємну властивість пацієнтів, які не мають органічних захворювань (але не тільки).

Перспектива медичної допомоги щодо соматизації показує, що це – повсюдний і різноманітний процес, який поєднує фізіологію дистресу та психологію сприйняття симптомів.

Майже будь-яка соматизація – тимчасова й піддається лікуванню шляхом зміни поведінки лікаря та належного застосування психіатричної та психологічної терапії.

**Саме психосоматичний підхід пояснює:**

1. Взаємодію між біологічними й психологічними факторами та їхній вплив на розвиток і перебіг захворювань:
  - Вплив негативних стресових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів;
  - Індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань;
  - Спосіб, в який хронічний стрес викликає гіперфізіологічні реакції імунної, серцево-судинної, дихальної, травної систем, включно з мозком і його емоційними, поведінковими та когнітивними реакціями.
2. Необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації хворих на соматичні захворювання.

Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні із ситуацією постковіду, – **ідеальний інкубатор зростання** тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади.

### **Коротко про психосоматичну медицину**

Почну я з **Кенона**, який був батьком гомеостаза. У 1932 році саме він сказав, що емоції впливають на ШКТ. Робота Кенона стимулювала розвиток цієї теми у двох напрямках:

- Психосоматична медицина (Франц Александер, Зігмунд Фройд тощо);
- Теорія стресу Сельє.

Сьогодні ці дві теорії знову об'єдналися.

В 1942 році заснували Американське Психосоматичне Суспільство.

В 1975 році Роберт Адер (творець психонейроімунології) постулює, що імунна система відповідає на стреси.

Дослідження Когена свідчили, що в мишей під впливом стресу виникає імуносупресія.

В 1981 року Девід Фелтен виявив морфологічний субстрат нейроімунної взаємодії. Він казав, що стрес доходить навіть до клітин. Того ж року вийшла перша книга «Психонейроімунологія» трьох авторів – Адера, Когена та Фелтена.

У 1985 році Кендіс Перт виявила нейропептид – специфічні рецептори в мембранах клітин мозку й імунної системи, тобто вже йшлося про спільну відповідь на стрес.

### **3 позиції сучасної психосоматики (2002)**

Дифузна нейроімуноендокринна система DNIES – це універсальна система реагування, контролю та захисту організму. Тобто, коли починає діяти стресор, незалежно від того, яка система відповіла першою (нервова, ендокринна чи імунна), комплексно відбудеться реагування всіх систем.

**Центри багатозарової мережевої організації психосоматичних явищ працюють як мережа мереж:**

- Психосоматична медицина;
- Поведінкова медицина;

- Наративна медицина;
- Медицини способу життя;
- Психологічна медицина;
- Холістична медицина;
- Інтегративна медицина;
- Психонейроімуноендокринологія;
- Клінічна психофізіологія;
- Консультативно-зв'язкова психіатрія.

**Психосоматична медицина** – це широке міждисциплінарне поле, яке стосується взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів у регулюванні рівноваги між здоров'ям і хворобою та забезпечує концептуальну основу для:

- наукових досліджень щодо впливу психосоціальних факторів на індивідуальну вразливість, перебіг і прогноз будь-якого захворювання;
- персоніфікованого та цілісного підходу до курації пацієнта;
- додавання психосоціальної оцінки до стандартного медичного обстеження;
- інтеграції психологічної та психіатричної терапії в профілактику, лікування та реабілітацію будь-якого захворювання;
- мультидисциплінарної організації охорони здоров'я, що долає штучні кордони традиційних медичних спеціальностей.

**Взаємозв'язок між психосоматичною медициною (ПСМ) та консультативно-зв'язковою психіатрією (КЗП):** якщо загальнолікарняна психіатрія була ґрунтом, у якому висаджувались коріння КЗП, то ПСМ була добривом, яке живило її ріст [Lipsitt DR, 2001].

КЗП – це цілком специфічна клінічна діяльність, коріння якої сягає психіатрії, психобіології та ПСМ [Ramchadani & Wise, 2004]. КЗП – це клінічне похідне ПСМ [Wise, 2000].

ПСМ – основний обсяг знань, КЗП – клінічна служба.

### **Соматизація з точки зору діагностичних критеріїв для психосоматичних досліджень**

Діагностичні критерії для психосоматичних досліджень – Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) (2016):

1. Стрес: алоstaticне перенавантаження;
2. Особистість: поведінка типу А, алекситимія;
3. Хвороблива поведінка: іпохондрія, нозофобія, танатофобія, здорова тривога, стійка соматизація, конверсійні симптоми, реакція на роковини, заперечення хвороби;
4. Клінічна маніфестація: деморалізація, роздратований настрій, вторинні соматичні симптоми.

Серед психосоціальних змінних, що впливають на індивідуальну вразливість, перебіг і результат будь-якої хвороби, роль хронічного стресу (алостатичного навантаження/перевантаження) визначається як вирішальний фактор.

### **СТРЕС: АЛОСТАТИЧНЕ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ**

Критерій А (необхідний) – наявність поточного ідентифікованого джерела стресу у вигляді останніх подій життя та/або хронічний стрес. СТРЕСОПЕРЕВИЩУЄ ІНДИВІДУАЛЬНІ НАВИЧКИ КОПІНГУ пацієнта, коли всі вони цілком задіяні.

Критерій В (необхідний) – стресор асоціюється щонайменше з ОДНІЄЮ з наступних 3-х ознак, протягом 6 місяців після початку його дії:

1. Щонайменше 2 з наступних симптомів: труднощі засинання, неспокійний сон, раннє ранкове пробудження, відсутність енергії, запаморочення, генералізована тривога, дратівливість, смуток, деморалізація;
2. Значне порушення соціальної або професійної діяльності;
3. Значне збільшення панування середовища (почуття переповненого вимогами повсякденного життя).

### **ОСОБИСТІТЬ: АЛЕКСИТИМІЯ**

Критерій А (необхідний): повинні бути присутніми принаймні 3 з 6 наступних характеристик:

1. Неможливість використовувати відповідні слова для опису емоцій;
2. Схильність до опису деталей замість почуттів (наприклад, обставини події, а не почуття);
3. Відсутність багатої фантазії життя;
4. Зміст думок більше пов'язаний із зовнішніми подіями, а не з фантазією або емоціями;

5. Незнання загальних соматичних реакцій, супутніх різноманітним почуттям;
6. Випадкові, але насильницькі та часто неприйнятні спалахи афективної поведінки.

### **ХВОРОБЛИВА ПОВЕДІНКА: СТІЙКА СОМАТИЗАЦІЯ (необхідні критерії А та В)**

Критерій А: Функціональні розлади (фіброміалгія, хронічна втома, порушення моторики стравоходу, невиразкова диспепсія, синдром роздратованого кишківника, атиповий біль у грудях, гіперактивний сечовий міхур), тривалість яких перевищує 6 місяців, що призводить до порушення якості життя.

Критерій В: Симптоми вегетативного збудження (серцебиття, тремтіння, почервоніння, потовиділення тощо) та/або перебільшені побічні ефекти від медикаментозної терапії, що вказує на низький поріг відчуття болю та/або високу сугестивність.

### **КЛІНІЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ**

**Соматичні симптоми, вторинні у відношенні до психічних розладів:  
(необхідні критерії А – С):**

- Критерій А: соматичні симптоми, які спричиняють дистрес, пошук медичної допомоги, порушують якість життя;
- Критерій В: фізикальне обстеження не виявляє ніякої органічної патології, відповідно до соматичних симптомів;
- Критерій С: психічні розлади (включно соматичні симптоми в межах своїх проявів) передували появі соматичних симптомів (наприклад, панічний розлад передував серцевим симптомам).

### **ЕТАПНІСТЬ:**

Соціогенез:

1 етап – соціальний: напруження та дисбаланс у соціумі;

2 етап – психологічний: дія значимого для особистості стресора на найбільш уразливу «сферу життя».

Психогенез:

- 3 етап – психофізіологічний: дія стресора на психофізіологічний субстрат;
- 4 етап – фізіологічний: взаємодія норми стресової реакції з *locis minoris resistentia*;
- 5 етап – функціональних порушень, формування функціонального розладу.

Патогенез:

- 6 етап – органічних порушень, формування органічної патології – психосоматичного захворювання;
- 7 етап – загострення психосоматичного захворювання.

**Центральна проблема** – невідповідність життєвих цілей ресурсній базі.

	ГРС	ПТСР	Розлад адаптації	ГТР	ВДР	Горе
Симптоми	Тривога та переживання		Дистрес, який непропорційний очікуваній реакції на тригер	Тривала та над-мірна тривожність	Пригнічений настрій та/або ангедонія	Відчуття втрати
Тригери	Специфічна травматична подія		Ідентифікований внутрішній або зовнішній стресор	Неконкретні події або теми (наприклад, здоров'я, стосунки)	Психосоціальні або екологічні фактори, такі як серйозні зміни в житті, зловживання, серйозне захворювання	Втрата близької людини
Особливості	Симптоми вторгнення. Негативні емоції, що відображають пережиту травму (наприклад, страх, провина, сором). Уникнення подолання стратегії Змінена реакційна здатність		Емоційна та/або поведінкова реакція, яка непропорційна масштабу стресора	Порушення пам'яті  Порушення сну  Напруга м'язів  Втома	Порушення пам'яті  Порушення сну  Почуття провини  Зміни ваги  Суїцидальні думки	Почуття болю та горя змішуються з позитивними почуттями до близької людини. Провина за конкретні аспекти втрати.

Тривалість симптомів	3-30 днів	> 1 місяць	Виникає протягом 3 місяців від початку стресу Триває ≤ 6 місяців після припинення дії стресора	> 6 місяців	≥ 2 тижні	6-12 місяців
Соціальне функціонування	Порушене					Нормальне

### Як побачити психічний розлад за соматичними симптомами?

Фізіологічна тривога — реакція на рівні поперечно-смугастих м'язів, пацієнти можуть висловлювати свої почуття та глибоко їх переживати.

Субсиндромальна тривога — реакція на рівні парасимпатичної гілки вегетативної нервової системи та гладких м'язів, можливе порушення когнітивного сприйняття.

Патологічна тривога — спотворення перцептивних/когнітивних процесів, психологічний захист без усвідомлення тривоги.

### Гостра стрес-реакція при травматичних ситуаціях II типу (повторювані):

- Порушення сну + поверхневий сон (постійна внутрішня готовність до повторення);
- Зміна харчової поведінки, ваги, АТ;
- Прагнення знизити рівень тривоги;
- Виявлення «достовірних» ознак повторення ситуації;
- Увага до офіційних повідомлень влади, звернення до ворожок, прагнення до усамітнення (одному легше вижити) або до спільної діяльності для зниження емоційної напруги (волонтерство);
- Переміщення на перший план стурбованості щодо власного здоров'я;
- Фіксація на больових або інших неприємних відчуттях у тілі;
- Запасання продуктами та засобами першої необхідності;
- Високий рівень тривожного очікування НС триває 5-7 діб, потім — зниження рівня тривоги;
- Як відзначають багато хто, «втомилися боятися будь-чого».

### МКХ-11: «Розлади, пов'язані з тривогою або страхом»:



- 6B00 Генералізований тривожний розлад;
- 6B01 Панічний розлад;
- 6B02 Агорафобія;
- 6B03 Специфічна фобія;
- 6B04 Соціальний тривожний розлад;
- 6B05 Тривожний розлад розлуки;
- 6B06 Вибірковий мутизм;
- 6B0Y Інші уточнені тривожні або пов'язані зі страхом розлади.

### **Психопатологічні симптоми тривоги:**

1. Звичайні фобії: страх змії, крові, літаків, висоти тощо;
2. Панічні розлади: біль у грудях, страх смерті, панічна атака, страх йти, дихати;
3. Тривожні депресивні розлади: тривога, напруга, депресія, агресія;
4. Соціальні фобії: страх приниження, страх публічних виступів, страх користування громадською діяльністю;
5. Посттравматичні стресові розлади: нічні кошмари, дратівливість, повторне переживання ситуації;
6. Обсесивно-компульсивні розлади: галюцинації, думки про смерть тощо.

### **ГТР: три групи симптомів**

#### **ПСИХІЧНІ СИМПТОМИ**

Занепокоєння та побоювання:

- важко контролювати, тривають більше ніж зазвичай;
  - занепокоєння генералізоване;
  - не фокусується на специфічних проблемах, таких як можливість:
1. нападу паніки (як при панічному розладі);
  2. опинитися в скрутному становищі (як при соціальній фобії);
  3. бути забрудненим (при обсесивно-компульсивному розладі).

Інші психічні симптоми ГТР:

- дратівливість,
- погана концентрація уваги,
- чутливість до шуму.
- 

Психопатологічні прояви:

- відчуття запаморочення, нестійкості або непритомності;
- почуття, що предмети нереальні (дереалізація) або того, що власне Я відокремилася або «по-справжньому знаходиться не тут»;
- страх втрати контролю, божевілля або прийдешньої смерті;
- страх померти;
- посилені прояви на невеличкі сюрпризи або на переляк;
- утруднене зосередження уваги або «порожнеча» в голові через занепокоєння;
- постійна дратівливість.

## **МОТОРНІ СИМПТОМИ**

Моторна напруга, яка може проявлятися в:

- м'язовій напрузі;
- треморі;
- нездатності розслабитися;
- головному болю (зазвичай, двосторонньому, часто в лобовій і потиличній зонах);
- ниючих м'язових болях;
- ригідності м'язів, особливо м'язів спини та плечової області.

## **ВЕГЕТАТИВНЕ ЗБУДЖЕННЯ**

Гіперактивність вегетативної нервової системи проявляється:

- підвищеним потовиділенням,
- тахікардією,
- сухістю в роті,
- дискомфортом в епігастрії,
- запамороченням,
- іншими симптомами вегетативного збудження.

## Вегетативні симптоми ГТР – посистемно

Шлунково-кишкові	сухість у роті, утруднення при ковтанні, дискомфорт в епігастрії, надмірне газоутворення, бурчання в животі, нудота
Дихальні	відчуття стиснення, біль і дискомфорт у грудях, ускладненість вдиху (на противагу ускладненню видиху при астмі), відчуття задухи та наслідки гіпервентиляції
Серцево-судинні	відчуття дискомфорту в області серця, серцебиття, відчуття відсутності биття серця, пульсація шийних судин
Урогенітальні	прискорене сечовипускання, зникнення ерекції, зниження лібідо, менструальні порушення, тимчасова аменорея
Нервова система	почуття захитування, відчуття нечіткості зору, запаморочення та парестезії, пітливість, тремор або тремтіння, припливи й озноб, оніміння або відчуття поколювання
Порушення сну	ПРЕСОМНІЧНІ: утруднення при засинанні через занепокоєння; ІНТРАСОМНІЧНІ: уривчастий або поверхневий сон, сон із неприємними сновидіннями, сон із жахливими сновидіннями; ПОСТСОМНІЧНІ: відчуття неспокою при пробудженні, пробудження в тривозі, відсутність почуття відпочинку вранці.

## Панічний розлад (ПР — 6B01)

Повторювані панічні атаки, які є окремими епізодами сильного страху або побоювання, що характеризуються швидким й одночасним виникненням кількох характерних симптомів.

Серед цих симптомів можуть бути (але не обмежуватись ними) такі:

- серцебиття або збільшення частоти серцевих скорочень;
- потовиділення, тремтіння;
- відчуття задишки, відчуття задухи, біль у грудях;
- нудота або абдомінальний дистрес;
- відчуття запаморочення, озноб або припливи;
- поколювання або відсутність відчуття в кінцівках (тобто парестезії);
- деперсоналізацію або дереалізацію;
- страх втратити контроль або збожеволіти;
- страх неминучої смерті.

Принаймні деякі атаки паніки – неочікувані, тобто вони не обмежуються окремими подразниками чи ситуаціями як тригерами, а, ймовірно, виникають «раптово» (спонтанно, автохтонно).

Панічні атаки супроводжуються **ПОСТІЙНИМ ЗАНЕПОКОЄННЯМ** (наприклад, протягом кількох тижнів) із приводу їхнього повторення або уявного негативного значення (наприклад, що фізіологічні симптоми можуть бути ознаками інфаркту міокарда) чи поведінки, спрямованої на уникнення їхнього повторення (наприклад, виходити з дому лише з надійним супутником).

#### **Клінічні прояви типової панічної атаки (ПА):**

- серцебиття, дискомфорт в області серця;
- диспное, задуха;
- нудота, дискомфорт в абдомінальній області;
- страх;
- дереалізація, деперсоналізація;
- запаморочення;
- озноб, хвилі жару та холоду тощо.

Має бути не менш ніж 4 симптоми з повторюваністю та не обумовленістю органічними факторами (як кофеїн).

#### **Клінічні прояви атипичних ПА:**

- нестрахові емоції (депресія, агресія, фобія тощо);
- алгії (цефалгії, кардіалгії);
- функціональні невралгічні (комок у горлі, порушення мовлення та голосу чи зору та слуху, судоми, втрата свідомості тощо);
- сенестопатії (в області голови, серця тощо).

#### **Прогресування симптоматики при панічних розладах:**

Фаза 1: поява спонтанних панічних нападів;

Фаза 2: сенсibiliзація (біологічна та/або когнітивна поведінка);

Фаза 3: панічний розлад;

Фаза 4: уникнення, що призводить до агорафобії;

Фаза 5: деморалізація, що призводить до депресії;

Фаза 6: неадекватна поведінка пошуку допомоги, що призводить до зловживання чи залежності від сильнодіючих речовин.

#### **Тривожна депресія ≠ ГТР**

Першою діагностуємо депресію.

Першою лікуємо депресію.

ГТР – тільки за відсутності клінічно окресленої депресії.

### **Депресивний епізод за МКХ-11**

Одночасна наявність принаймні 5 з наступних 10 симптомів із 3-х кластерів, які виникають упродовж більшої частини дня, майже щодня протягом періоду, що триває щонайменше 2 тижні:

- афективний (повинен бути присутнім принаймні один симптом з афективного кластера);
- когнітивно-поведінковий;
- нейровегетативний.

#### **Афективний кластер:**

##### 1. Гіпотимія

Пригнічений настрій, про який повідомляє людина (наприклад, почуття прикrostі, смутку), або такий, що спостерігається (наприклад, плаксивість, пригнічений вигляд). У дітей та підлітків пригнічений настрій може проявлятися дратівливістю;

##### 2. Ангедонія

Помітно знижується інтерес чи задоволення від занять, особливо тих, які зазвичай приносять задоволення людині. Останнє може включати зменшення статевого потягу.

#### **Когнітивно-поведінковий кластер:**

1. Знижена здатність зосереджуватись і підтримувати увагу до виконання завдань або виражена нерішучість;
2. Віра в низьку власну гідність або надмірну та неадекватну провину, яка може бути маренням. Це – не маренням, якщо провина або самодокір стосуються виключно депресії;
3. Безнадія щодо майбутнього;
4. Повторювані думки про смерть (не просто страх перед смертю), повторювані суїцидальні наміри (з певним планом або без нього) або докази спроби самогубства.

#### **Нейровегетативний кластер:**

1. Значно порушений сон (затримка початку сну, підвищена частота неспання вночі або раннє ранкове пробудження) чи надмірний сон;
2. Значна зміна апетиту (зменшена або підвищена) чи значна зміна ваги (збільшення або втрата);
3. Психомоторне збудження або загальмованість (спостерігається іншими, не є лише суб'єктивним почуттям неспокою або сповільнення);
4. Зниження енергії, втома або помітна втома після лише мінімальних зусиль.

### **Клінічні особливості в дітей/підлітків**

Нейровегетативний кластер:

- гіперсомнія та гіперфагія – більш поширені симптоми депресивного епізоду в підлітків, ніж у дорослих;
- порушення апетиту в дітей і підлітків може виявлятися неможливістю набору ваги, яка очікувалася для їхнього віку та розвитку, а не втратою ваги.

**«Позитивний» результат пандемії COVID-19: підвищена увага до проблем психічного здоров'я.**

**Опитування студентів:**

- депресія, стрес і тривога зростають і перешкоджають навчанню;
- доступ до дорослих, яким довірять (можливість поговорити про почуття/проблеми), зменшується.

**Майже 2/3 осіб продемонстрували посттравматичне зростання.**

«Вам не потрібно переживати це наодинці», – Кетрін Пауерс-Джеймс, доктор філософії, психолог.

Найважливіші – **метакогніції**:

НЕ важливо, як я насправді впораюсь з цим.

Головне – я ЗНАЮ, що я впораюсь.

### **DSM-5: психотравма**

1. Експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:
  1. безпосереднє переживання травмуючої події (-ій);
  2. роль свідка подій, які трапилися з іншими;

3. знання того, що травмуюча подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;
  4. переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмуючої події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки.
2. Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання.

### **До симптомів ПТСР належать:**

1. Симптоми уникнення:
  - особа уникає місць;
  - людей;
  - діяльності;
  - речей,
  - думок;
  - емоцій, які нагадують про травматичну подію.
2. Симптоми підвищеного збудження:
  - такі дрібниці, як гучні звуки та незначні стресові події, можуть легко налякати та збентежити;
  - відчувається нервозність, швидкий гнів, примхливість і підозрілість;
  - виникають проблеми зі сном.
3. Погіршення настрою та когнітивних симптомів:
  - негативні думки;
  - когнітивні проблеми;
  - нездатність зосередитися, запам'ятати нові речі чи відновити спогади, особливо про травматичну подію;
  - спотворені думки та емоції;
  - звинувачення себе та відчуття провини за те, що сталося.

### **Діагноз ПТСР: 1+1+2+2**

Це:

- Травматична подія;
- Принаймні один симптом повторного переживання або переживання травматичної події чи інциденту;
- Принаймні один симптом уникнення;
- Принаймні два симптоми підвищеної реактивності або збудження;
- Принаймні два симптоми когнітивних проблем і проблем із настроєм.

### **-Кластерна структуризація варіантів ПТСР**



### Принципи втручання

Лікарі всіх спеціальностей повинні мати наступні компетенції щодо психічних розладів:

- запідозрити наявність психічного розладу;
- встановити синдромальний діагноз;
- встановити діагноз психологічного розладу;
- направити на консультацію до лікаря-психіатра;
- проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов й уніфікованих протоколів.

### Чотиривимірний опитувальник симптомів (4DSQ):

1. Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації «The Four-Dimensional Symptom Questionnaire» (4DSQ) створений у 1994 році;
2. Мета – допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожні розлади);
3. 4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів;
4. Варіанти відповідей на питання сформульовані як «ні», «іноді», «регулярно», «часто», «дуже часто або постійно»;



5. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 2 балів, де 0 балів – «ні»; 1 – «іноді»; 2 – для всіх інших варіантів відповідей.
6. При обробці опитувальника кількість балів підсумовується у відповідності з окремими субшкалами.

СУБШКАЛА	НЕМАЄ - НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ	ПОМІРНИЙ РІВЕНЬ	ВИСОКИЙ РІВЕНЬ
ДИСТРЕС	0-10: норма дистресу; профілактичні дії	11-20: дистрес погіршує функціонування; потребує зниження дистресу	21-32: відчувається хворим; потребує допомоги
ДЕПРЕСІЯ	0-2: ймовірно, без депресії	3-5: можливий депресивний розлад; моніторинг щодо клінічної депресії	6-12: високий ризик клінічної депресії
ТРИВОГА	0-7: ймовірно, без тривоги (фізіологічна тривога)	8-12: субсиндромальна тривога; можливий тривожний розлад; моніторинг щодо клінічної тривоги	13-24: патологічна тривога; високий ризик одного з клінічно окреслених тривожних розладів
СОМАТИЗАЦІЯ	0-10: нормальна соматична реакція на стрес	11-20: можлива соматизація психічних симптомів із порушенням функціонування; обговорити з пацієнтом	21-32: наявна висока соматизація; потребує терапії

### Спектр соматизації:

Низький рівень (легкий або гострий) – пов'язане зі стресом перебільшення загальних симптомів, таких як головний біль, запаморочення або біль у попереку (може становити 80% пацієнтів із соматизацією);

Високий рівень (важкий або хронічний) – включає стійкі тривалі проблеми зі здоров'ям, які можуть значно погіршити всі сфери функціонування пацієнта до тривалої непрацездатності та навіть до інвалідизації (до 20%).

### Чого хоче пацієнт із соматизацією?

1. Пояснення щодо свого стану;
2. Емоційної підтримки;
3. Заспокоєння, що лікар розглянув усі можливості;
4. Може прийняти невизначеність зараз, але хоче впевненості, що його симптоми будуть сприйняті серйозно та переоцінені в майбутньому.

### Так що допомагає?

У легких випадках основні техніки – нормалізація та заспокоєння. Поясніть, що соматичного захворювання немає та що симптоми – доброякісні або самообмежені. Враховуйте власне сприйняття хвороби пацієнтом і відповідним чином адаптуйте свої пояснення. Заохочуйте пацієнта до фізичної активності, щоб запобігти прийняттю ролі хворого та формуванню оперантної поведінки.

### **Як щодо хронічних або складних випадків соматизації?**

Ключове – це встановлення довірчих стосунків між лікарем і пацієнтом.

Перший принцип – зрозуміти страждання пацієнта та розвиток його стурбованого ставлення до власного здоров'я. Страждання — явище суб'єктивне й погано корелює зі ступенем пошкодження тканин.

### **Успішні підходи до курації передбачають:**

1. Надання прийняттого пояснення симптомів для пацієнта;
  2. Встановлення розумних цілей лікування;
  3. Домовленість про нетривалі, але регулярні планові відвідування лікаря;
- МЕТА КУРАЦІЇ – ДОГЛЯД, А НЕ ЛІКУВАННЯ.**

### **Цілі лікування:**

- Зосередьтеся на зміні поведінки при хворобі та функціонуванні;
- Початковими цілями може бути: зменшення терміновості або частоти позапланових візитів і телефонних дзвінків, потім – зменшення кількості й тривалості обстежень або госпіталізацій;
- Більш пізні цілі:
  - допоможіть пацієнту відчувати більший контроль щодо себе та своїх симптомів, поліпшити соціальні та професійні функції;
  - допоможіть йому знайти способи опанування дистресу без симптомів.

### **ПОТЕНЦІЙНО КОРИСНІ ВТРУЧАННЯ:**

1. Дозована фізична активність, гігієна сну, тілесна терапія (акупунктура, масаж тощо);
2. Біологічний зворотний зв'язок, медитація, йога;

Ці втручання не викликають у пацієнта сприйняття себе як хворого, але допомагають відповідально ставитися до свого здоров'я.

### 3. Психотерапія.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), індивідуально та в груповому форматі, хоча це важко й результати можуть бути нетривалими.

Основна увага часто приділяється зменшенню пов'язаного з хворобою «стресу». Підтримуюча психотерапія первинної медичної допомоги.

4. Може бути корисним залучення родини до лікування;

5. +/- ліки.

### **Чи легко лікувати тривогу?**

Емоції, такі як страх, – це не поведінкові та фізіологічні реакції, які однакові в людей та інших тварин, а натомість це – свідомі переживання, які можна пізнати лише безпосередньо за допомогою самоаналізу.

**КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ:** ліки більш націлені на підкіркову систему поведінкового контролю; психотерапія в більше впливає на коркову систему суб'єктивного досвіду.

**Персоналізований і цілісний підхід до пацієнта включає інтеграцію медико-психологічної терапії на всіх етапах хвороби.**

**Дихальні вправи:** вдих / пауза / видих.

**9,4% респондентів вважають: КЗП слід інтегрувати до загальної медицини:**

- лікарі загальної практики не оснащені для ведення пацієнтів, які переживають кризи психічного здоров'я (87,2%);
- персонал не навчений розуміти психічні розлади (80,9%);
- заклопотаний персонал не завжди записує порушення психічного здоров'я, зосереджуючись на фізичних травмах. Ця часткова клінічна картина може вплинути на прийняття рішень далі на шляху ведення \ пацієнта.

**Ключове слово – зв'язок:**

Воно означає інтегровану медичну допомогу в первинних і спеціальних амбулаторних закладах, на додаток до важливої роботи, яка проводиться з

інтеграції психіатричної допомоги в стаціонарні терапевтичні, хірургічні, реабілітаційні відділення та відділення невідкладної допомоги.

### Типи пацієнтів для КЗП/ПСМ:

- Складні, коморбідні психічні та соматичні захворювання;
- Нейрокогнітивні розлади;
- Соматичний симптоми та функціональні розлади;
- Психічні розлади, вторинні щодо медичних захворювань або методів лікування;
- Найпоширеніші причини звернення за консультацією: депресія, зміна психічного стану, хвороблива поведінка, суїцидальна налаштованість, деменція, зловживання ПАР, ажитація, правові аспекти.

### Консультаційно-зв'язкова психіатрія або психосоматична психіатрія:

- Комплексна допомога пацієнтам із коморбідними психічними та соматичними симптомами;
- Консультаційні послуги для пацієнтів;
- Служби зв'язку для лікуючих лікарів.



### Формальний консультант-психіатр:

- Працює в традиційній психіатричній обстановці;
- Починає роботу та повертається туди;

- Встановлює діагноз;
- Лікує;
- Діє як диспетчер.

### **Консультативно-зв'язковий психіатр:**

- Працює на полі «terra incognita» між соматичною та психіатричною допомогою;
- Консультація: лікар зосереджений;
- Зв'язок: команда зосереджена;
- Член команди.

### **ПСМ vs КЗП**

Психосоматична медицина як консультативно-зв'язкова психіатрія перейшла з «міждисциплінарної галузі» на промунтера співпраці між різними галузями медицини.

### **До складного завдання терапії слід підходити з такої позиції:**

- Детальний анамнез і фізикальне обстеження;
- Будь-яке відповідне тестування, яке може полегшити діагностику та лікування;
- Встановлення реалістичних і бажаних спільних із пацієнтом цілей подальшого лікування та/або оцінки;
- Формування плану лікування, який може включати лише раціональний, доказовий підхід у використанні та відборі ліків;
- Гнучкість у модифікації лікування на основі періодичної переоцінки ефект/безпека;
- Довірливі та дбайливі відносини з пацієнтом – це важливий імператив.

### **Керування вашою реакцією на пацієнта**

Важливо визнати, що тривожний, а особливо пацієнт із соматизацією може викликати важкі емоції (наприклад, роздратування або розчарування), й не відтворювати ці почуття на ньому.

До корисних стратегій входять:

– Знайдіть те, що вам подобається в пацієнті;

- Отримуйте задоволення від невеликих досягнень;
- Будьте реалістами щодо того, чого можна досягти з деякими з них;
- Не працюйте старанніше ніж пацієнт;
- Зробіть щось приємне для себе після прийому важкого пацієнта.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!