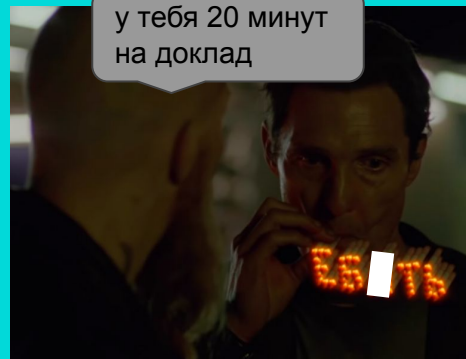




(НЕ)КОНФЕРЕНЦИЯ

Депрессия для не психиатров

Никита Радченко



Актуальность

пиу-пиу

коротко:

“актуальность высока, трепещите!”

А.В. Ханько



30-50% пациентов, что обращаются за помощью страдают от психических расстройств

PubMed

Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB

JAMA. 1999;282(18):1737.

CONTEXT: The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) was developed as a screening instrument but its administration time has limited its clinical usefulness.

OBJECTIVE: To determine if the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ) has validity and utility for diagnosing mental disorders in primary care comparable to the original clinician-administered PRIME-MD.

DESIGN: Criterion standard study undertaken between May 1997 and November 1998.

SETTING: Eight primary care clinics in the United States.

PARTICIPANTS: Of a total of 3000 adult patients (selected by site-specific methods to avoid sampling bias) assessed by 62 primary care physicians (21 general internal medicine, 41 family practice), 585 patients had an interview with a mental health professional within 48 hours of completing the PHQ.

MAIN OUTCOME MEASURES: Patient Health Questionnaire diagnoses compared with independent diagnoses made by mental health professionals; functional status measures; disability days; health care use; and treatment/referral decisions.

RESULTS: A total of 825 (28%) of the 3000 individuals and 170 (29%) of the 585 had a PHQ diagnosis. There was good agreement between PHQ diagnoses and those of independent mental health professionals (for the diagnosis of any 1 or more PHQ disorder, kappa = 0.65; overall accuracy, 85%; sensitivity, 75%; specificity, 90%), similar to the original PRIME-MD. Patients with PHQ diagnoses had more functional impairment, disability days, and health care use than did patients without PHQ diagnoses (for all group main effects, P<.001). The average time required of the physician to review the PHQ was far less than to administer the original PRIME-MD (<3 minutes for 85% vs 16% of the cases). Although 80% of the physicians reported that routine use of the PHQ would be useful, new management actions were initiated or planned for only 117 (32%) of the 363 patients with 1 or more PHQ diagnoses not previously recognized.

CONCLUSION: Our study suggests that the PHQ has diagnostic validity comparable to the original clinician-administered PRIME-MD, and is more efficient to use.

Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, and Columbia University, New York 10032, USA. rls8@columbia.edu
10568646

PubMed

Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care.

Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A

J Affect Disord. 2009 Dec;119(1-3):52-8. Epub 2009 Apr 10.

OBJECTIVE: To estimate the prevalence and comorbidity of the most common mental disorders in primary care practice in Spain, using the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) questionnaire.

DESIGN: A systematic sample of 7936 adult primary care patients was recruited by 1925 general practitioners in a large cross-sectional national epidemiological study. The PRIME-MD was used to diagnose psychiatric disorders.

SETTING: 1356 primary care units proportionally distributed throughout the country.

RESULTS: 53.6% of the sample presented one or more psychiatric disorder. The most prevalent were affective (35.8%), anxiety (25.6%), and somatoform (28.8%) disorders. 30.3% of the patients had more than one current mental disorder. 11.5% presented comorbidity between affective, anxiety, and somatoform disorders.

CONCLUSIONS: The study provides further evidence of the high prevalence and high comorbidity of mental disorders in primary care. Given the large overlap between affective, anxiety and somatoform disorders, future diagnostic classifications should reconsider the current separation between these entities.

Institut Universitari d'Investigación Ciències de la Salut (IUNICS), Juan March Hospital, University of Balearic Islands, Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), Palma de Mallorca, Spain. mroca@uib.es

19361865

80% людей совершивших самоубийство в течение года обращались за медицинской помощью

3 PubMed

TI Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017.

AU Stene-Larsen K, Reneflot A

SO Scand J Public Health. 2019;47(1):9. Epub 2017 Dec 5.

AIM: To examine rates of contact with primary and mental health care prior to suicide in men and women and across a range of age categories.

METHOD: The authors performed a systematic review of 44 studies from 2000 to 2017 of which 36 reported rates on contact with primary health care and 14 reported on contact with mental health care prior to suicide.

RESULTS: Contact with primary health care was highest in the year prior to suicide with an average contact rate of 80%. At one month, the average rate was 44%. The lifetime contact rate for mental health care was 57%, and 31% in the final 12 months. In general, women and those over 50 years of age had the highest rates of contact with health care prior to suicide.

CONCLUSIONS: Contact with primary health care prior to suicide is common even in the final month before death. The findings presented in this study highlight the importance of placing suicide prevention strategies and interventions within the primary health care setting.

AD

PMID 29207932

Только 25-30% контактировали с психиатром

4 PubMed

TI Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis.

AU Walby FA, Myhre MO, Kildahl AT

SO Psychiatr Serv. 2018;69(7):751. Epub 2018 Apr 16.

OBJECTIVE: Access to mental health care is regarded as a central suicide prevention strategy. This is the first systematic review and meta-analysis of the prevalence of contact with mental health services preceding suicide.

METHODS: A systematic search for articles reporting prevalence of contact with mental health services before suicide was conducted in MEDLINE and PsycINFO, restricted to studies published from January 1, 2000, to January 12, 2017. A random-effects meta-analysis with double arcsine transformations was conducted, with meta-regression used to explore heterogeneity.

RESULTS: Thirty-five studies were included in the systematic review, and 20 were included in the meta-analysis. Among suicide decedents in the population, 3.7% (95% confidence interval [CI]=2.6%-4.8%) were inpatients at the time of death. In the year before death, 18.3% (CI=14.6%-22.4%) of suicide decedents had contact with inpatient mental health services, 26.1% (CI=16.5%-37.0%) had contact with outpatient mental health services, and 25.7% (CI=22.7%-28.9%) had contact with inpatient or outpatient mental health services. Meta-regression showed that women had significantly higher levels of contact compared with men and that the prevalence of contact with inpatient or outpatient services increased according to the sample year.

CONCLUSIONS: Contact with services prior to suicide was found to be common and contact with inpatient or outpatient mental health services before suicide seems to be increasing. However, the reviewed studies were mainly conducted in Western European and North American countries, and most studies focused on psychiatric hospitalization, which resulted in limited data on contact with outpatient services. Better monitoring and data on suicides that occur during and after treatment seem warranted.

AD

PMID 29656710

Как понять, что у человека всё плохо?

коротко: спросить!

про актуальность
“поговорили”, теперь про
диагностику.
всё по классике.



1. Паучье чутьё врача: “тут что-то не то”
2. Скрининговые тесты на тревогу и депрессию
 - тест Бека на депрессию + тест Бека на тревогу
 - HADS
 - есть куча других
3. если тесты дают высокие или пограничные результаты, то уточняем состояние/выявляем депрессивные симптомы

Скрининговые тесты – это только вспомогательный инструмент



Имеется два стула: МКБ и DSM

— — —

Основные :

- Снижение настроения в течение двух недель и более
- Утрата прежних интересов или способности испытывать удовольствие
- Снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности

Дополнительные :

- Снижение способности к сосредоточению внимания
- Снижение самооценки и чувство неуверенности в себе
- Идеи виновности и самоуничужения
- Мрачное и пессимистическое видение будущего
- Суицидальные идеи или действия
- Нарушены сон
- Сниженный аппетит

Как минимум один из :

- Сниженное настроение
- Апатия/потеря интереса

+4 и более из :

- Изменение массы тела или аппетита
- Нарушение сна
- Психомоторное возбуждение или заторможенность
- Усталость
- Чувство вины и собственной бесполезности
- Нарушение концентрации
- Суицидальные мысли

или можно проще: депрессивная триада

1. Гипотимия – сниженное настроение
2. Брадифрения – замедленное протекание психических процессов (мышление, речь и тп)
3. Ангедония – снижение или утрата способности получать удовольствие

Как будем лечить?

Три минуты, Турецкий!

ДАЮ УСТАНОВКУ:

**НАЗНАЧАЙТЕ
АНТИДЕПРЕССАНТЫ**



Таблетками

Сертралин – при депре с апатическим компонентом

- Нарращиваем дозировку до 100 мг в сутки
- Старт с 25 мг, через неделю +25 мг, еще через неделю +50 мг

Эсциталопрам – при депре с тревожным компонентом

- Нарращиваем дозировку до 10 мг в сутки
- Старт с 5 мг, +5 мг через неделю.

Эффекты от АД оцениваем на 4–6 неделю приема целевой дозировки

У таблеток бывают побочки?

— — —

Основные моменты, которые я обычно проговариваю:

Повышение тревожности в начале терапии АД, потом постепенно тревога сходит на «нет»

- соответственно, если для человека характерны соматические проявления тревоги (головная боль, напряжение в мышцах, понос, запор, вздутие живота, ощущение сердцебиения, субфебрилитет и тп), то они будут появляться или усиливаться

Боль в эпигастрии после приема АД.

Снижение либидо/аноргазмия.

СИОЗС уменьшает эффективность оральных контрацептивов.

Сертралин желательно назначать на первую половину дня, т.к. вечером и на ночь может ухудшать ночной сон. Тем не менее, сертралин иногда дает сонливость днем (можно попробовать перенести прием на вечер)

У таблеток бывают побочки!

Будем “прикрывать”!

Эталон – безодиазепин на 14 дней на ночь.

а на безрыбье и рак – рыба. назначаю гидроксизин 25 мг. 1 т на ночь и 12.5 мг утром/днем (обычно по требованию)

А когда всё?

не теряем концентрации,
друзья. я тоже хочу есть.

немного о том как понять,
что кроличья нора
оказалась слишком глубока



Оценка суицидального риска

— — —

- Выраженная безнадежность (шкала Бека безнадежность)
- Недавняя потеря привязанности (спросить)
- Острые суицидальные идеи (спросить)
- Злоупотребления психоактивными веществами, в том числе алкоголем (AUDIT тест на выявление уровня употребления алкоголя от B03)
- Попытка суицида в анамнезе (спросить)
- Осложнённый семейный анамнез по суициду (спросить)

Важно!

Не нужно бояться спрашивать человека о суицидальных мыслях и намерениях. Разговоры о смерти не приводят и не подталкивают к суициду.

100 [PubMed](#)
TI Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?
AU Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT
SO Psychol Med. 2014;44(16):3361. Epub 2014 Jul 7.

There is a commonly held perception in psychology that enquiring about suicidality, either in research or clinical settings, can increase suicidal tendencies. While the potential vulnerability of participants involved in psychological research must be addressed, apprehensions about conducting studies of suicidality create a Catch-22 situation for researchers. Ethics committees require evidence that proposed studies will not cause distress or suicidal ideation, yet a lack of published research can mean allaying these fears is difficult. Concerns also exist in psychiatric settings where risk assessments are important for ensuring patient safety. But are these concerns based on evidence? We conducted a review of the published literature examining whether enquiring about suicide induces suicidal ideation in adults and adolescents, and general and at-risk populations. None found a statistically significant increase in suicidal ideation among participants asked about suicidal thoughts. Our findings suggest acknowledging and talking about suicide may in fact reduce, rather than increase suicidal ideation, and may lead to improvements in mental health in treatment-seeking populations. Recurring ethical concerns about asking about suicidality could be relaxed to encourage and improve research into suicidal ideation and related behaviours without negatively affecting the well-being of participants.

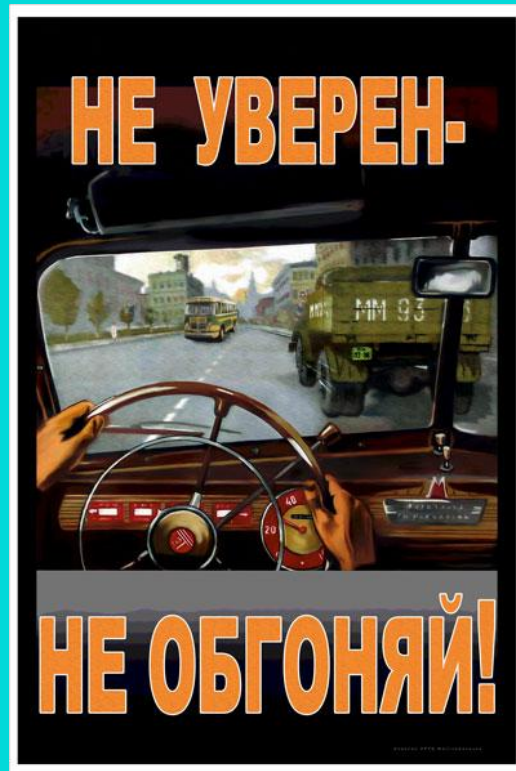
AD
PMID [24998511](#)

Оценка суицидального риска

основное правило –

трезво оценивать свои компетенции

какое сочетание вышеперечисленных пунктов
“уже всё”? – ориентируйтесь на здравый смысл



Суммируем, когда нужно отправить к психиатру

— — —

- Отсутствие эффекта от психофармы/недостаточный эффект
- Ухудшение состояния
- Тяжелое состояние
- Выраженный суицидальный риск
- Другая НЁХ

При любых сомнениях лучше отправить к психиатру/психотерапевту и обратной связью прояснить всё что беспокоит для прокачки собственных компетенций

Депра с т.з. КПТ

пять минут, Турецкий!

Поговорим на
психотерапевтическом



Особенности мышления при депре. Какие условия стартуют депрессию?

1. Хорошие и плохие цели Селигмана

– Плохая цель.

Постоянно думать о проблемах, которым трудно найти решение. Концентрируйтесь на отсутствующих у вас средствах. Ставьте перед собой глобальные цели. Ставьте перед собой труднодостижимые цели. Концентрируйтесь на том, на что вы не имеете никакого влияния. Не утруждайте себя определением сроков и критериев.

– Хорошая цель.

При возможности устанавливаете временные и количественные критерии достижения цели. Концентрируйтесь на удовольствии, а не на проблеме. Разделяете глобальные цели на маленькие достижимые шаги. Ставьте перед собой достижимые цели. Концентрируйтесь на цели с максимальной свободой собственных действий.

Особенности мышления при депре. Какие условия стартуют депрессию?

2. Коммуникативные особенности при депрессии

- Избыточный поиск подтверждения
- Поиск негативной обратной связи
- По переменно использование обоих типов взаимодействия

3. Локус контроля при депрессии

- Негативным событием соответствует интернальный локус контроля. События воспринимаются как закономерное.
- Позитивные события воспринимаются как случайные. Локус контроля экстернальный.

Особенности мышления при депре. Какие условия стартуют депрессию?

4. Негативные установки в трёх сферах (А. Бек)

- К себе
- К среде (еще понеделнику и четвергу)
- К своему будущему

Какие условия поддерживают депру?



Метафора про антидепрессанты

Спасибо за внимание.

rakit@ya.ru - почта

@psy_nikita - инста

@humanity_cries - телега