Тема 11. Психодіагностика в клінічній практиці: невротичні та психосоматичні розлади, клініко-психологічна диференціація станів, взаємодія з лікарем і командою

План лекції

11.1. МКХ-11 і цілісна картина стану: клініко-психологічна оцінка та розмежування ролей психолога й лікаря

11.2. Клініко-психологічна диференціація: тривога чи депресія, ПТСР чи адаптаційний розлад, невротичні й психосоматичні прояви, психічний розлад чи соматичне захворювання

11.3. Симптоми негайного направлення, мультидисциплінарний огляд, культурні й вікові особливості, грамотність щодо психічного здоров'я

Література: [14, 16, 20, 22, 25, 26]

11.1. МКХ-11 і цілісна картина стану: клініко-психологічна оцінка та розмежування ролей психолога й лікаря

Орієнтація на клінічну та реабілітаційну психологію. У клінічній психології оцінюють не діагноз як такий, а психологічні механізми симптомів, рівень функціонування, особистісні й когнітивні особливості, ресурси й копінг, ставлення до хвороби та потенціал відновлення. Ці дані потрібні для плану консультування, психокорекції й реабілітації. Медичний діагноз за МКХ встановлює лікар, тому психолог формулює висновок мовою функціонування й рекомендацій, а не нозологічних ярликів.

Міжнародна класифікація хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11) надає спільну мову для психологів, лікарів і служб допомоги. Розділ психічних, поведінкових і нейророзвиткових розладів містить такі групи: нейророзвиткові розлади; шизофренія та інші первинні психотичні розлади; кататонія; розлади настрою (депресивні та біполярні); тривожні та пов'язані зі страхом розлади;

обсесивно-компульсивні й споріднені розлади; розлади, пов’язані зі стресом (ПТСР, складний ПТСР, розлад тривалого горя, розлад адаптації); дисоціативні розлади; розлади харчової поведінки; розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин і адиктивною поведінкою; розлади особистості; нейрокогнітивні розлади. Американська система DSM-5-TR має подібну структуру з відмінностями в критеріях [14].

Порівняно з попереднім переглядом МКХ-11 запровадила окремі діагностичні одиниці, значущі для воєнного часу: складний ПТСР, розлад тривалого горя, розлад ігрової поведінки, розлад соматичного дистресу. Крім того, гостру стресову реакцію виведено за межі психічних розладів. У МКХ-11 і DSM-5-TR дедалі ширше використовують дименсійні уточнення: оцінку тяжкості, функціонування та специфікатори. Водночас польові випробування DSM-5 показали, що узгодженість діагнозів за неструктурованої клінічної оцінки обмежена: каппа для великого депресивного розладу близько 0,28, для генералізованого тривожного розладу близько 0,20, для ПТСР близько 0,67. Це аргумент на користь структурованих інтерв’ю та кількох незалежних джерел даних.

Діагноз у класифікаціях ґрунтується на операціоналізованих критеріях: наборі симптомів, мінімальній тривалості, ступені дистресу й порушенні функціонування, а також критеріях виключення (симптоми не пояснюються речовинами, соматичним станом, іншим розладом). Ця логіка уможливлює структуровані інтерв’ю (MINI, SCID-5) і скринінгові шкали, що відповідають критеріям. Водночас класифікації мають категоріальну природу, тоді як багато психічних проявів розподілено на континуумі. Тому дедалі більше значення має вимірний (дименсійний) підхід, що описує вираженість симптомів за шкалами [16].

Психологічна діагностика та психіатричний діагноз відрізняються за правовим статусом і змістом. Діагноз розладу за класифікацією ставить лікар (психіатр, лікар-психотерапевт, сімейний лікар у межах повноважень). Лікар

також відповідає за призначення лікування, у тому числі фармакологічного, та за рішення про госпіталізацію. Натомість психолог оцінює психологічні характеристики, функціонування, ризики й ресурси, надає інформацію, що допомагає лікарю уточнити діагноз і спланувати допомогу. Психолог не ставить медичних діагнозів і не коригує лікування, але відповідає за якість психологічної оцінки та за своєчасне направлення.

Взаємодія психолога й психіатра організована так: психолог проводить скринінг і поглиблену оцінку за запитом лікаря. Лікар надає клінічний контекст (соматичний стан, ліки, анамнез). Обидва узгоджують гіпотези й план допомоги. Психологічний висновок для лікаря містить мету направлення, дані про методи й результати, спостереження поведінки, чинники, що могли вплинути на результат, питання, які потребують клінічної оцінки. Мова висновку – професійна, описова. Терміни розладів використовують у формулюваннях «ознаки, що узгоджуються з…» або «потребує диференціації з…».

Багатошкальні інструменти в клінічній практиці: SCL-90-R (90 пунктів; докладний опис наведено нижче); коротка версія BSI; MMPI-2 для оцінки психопатології та профілю особистості; опитувальник соматичних симптомів PHQ-15; скринінг на психотичні переживання (опитувальники продромальних симптомів); скринінг біполярного спектра (MDQ); скринінг СДУГ у дорослих (ASRS). Їх вибір залежить від клінічного питання, а результати інтерпретують як індикатори, що потребують підтвердження [14].

Клінічне формулювання випадку є гнучкішим за діагноз: воно описує чинники схильності (біологічні, особистісні, ранній досвід), чинники запуску (стресори), чинники підтримання (способи подолання, середовище, переконання), ресурси і прогноз. Для психолога це спосіб інтегрувати результати діагностики в логічну гіпотезу, що пояснює, чому проблема виникла саме в цієї особи в цей час і що потрібно змінити. Така модель допомагає обирати втручання й пояснювати їх особі [22].

Діагностична відповідальність охоплює визнання меж компетенції: психолог скеровує особу до лікаря, якщо симптоми можуть мати соматичне чи психіатричне пояснення, а також за наявності ризиків. Помилки надмірного діагностування (психологізація соматичних станів) і недостатнього (пропущені серйозні розлади) однаково небезпечні. Дотримання меж ролей захищає особу, а фахівця – від правових і етичних ризиків.

Методики. SCL-90-R: 90 пунктів, шкала 0–4 за останній тиждень; дев'ять шкал симптомів (соматизація, обсесивність-компульсивність, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдність, психотизм) і додаткові пункти; три глобальні індекси: глобальний індекс тяжкості (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) та загальна кількість позитивних симптомів (PST); клінічний «випадок» – Т-оцінка GSI або двох шкал 63 і вище; тривалість 12–15 хвилин; використовується як скринінг загальної психопатології й моніторинг.

PHQ-15: 15 соматичних симптомів (біль у животі, спині, суглобах, головний біль, біль у грудях, запаморочення, непритомність, серцебиття, задишка, біль під час статевого акту, запори, нудота, втома, порушення сну тощо), відповіді 0–2 за чотири тижні; діапазон 0–30; пороги 5, 10, 15 відповідають легкому, помірному й високому рівням; використовується для виявлення соматичного дистресу, пов'язаного з тривогою й депресією; не виключає соматичного захворювання.

Інтегрована допомога. Співпрацю психолога, лікаря-психіатра як консультанта, психотерапевта та лікаря загальної практики описано як модель інтегрованої допомоги. Для стрес-асоційованих станів орієнтиром є український клінічний протокол 2024 року.

11.2. Клініко-психологічна диференціація: тривога чи депресія, ПТСР чи адаптаційний розлад, невротичні й психосоматичні прояви, психічний розлад чи соматичне захворювання

Диференційна діагностика – процес розрізнення станів із подібними проявами. Її здійснюють у такій послідовності: 1) виключити загрозливі стани (суїцидальність, психоз, делірій, мозкова травма); 2) виключити вплив речовин і лікарських засобів; 3) виключити соматичні причини; 4) розрізнити первинний розлад і реакцію на стрес; 5) визначити коморбідність; 6) оцінити функціонування. Психолог відповідає за кроки, пов'язані з оцінкою поведінки, ризиків і когнітивного стану, і ставить питання для кроків, що належать лікарю [14].

Тривога чи депресія. Тривожні розлади характеризуються передбаченням загрози, страхом, напруженням, вегетативним збудженням; депресивні – зниженням настрою, ангедонією, безнадією, загальмованістю. Часто ці стани поєднуються (змішаний тривожно-депресивний стан), тому застосовують шкали обох типів (PHQ-9 і GAD-7) і з'ясовують, що виникло першим, що домінує, як змінюється впродовж дня та які чинники їх посилюють. Тривога без депресивних ознак потребує диференціації з панічним розладом, соціальною тривогою, ПТСР, а депресія – з розладом адаптації, біполярним розладом (історія періодів підвищеного настрою), розладом тривалого горя.

Тривожні розлади розрізняють за предметом і динамікою страху. Панічний розлад – повторювані раптові напади з піком за кілька хвилин і не менше чотирма з тринадцяти симптомів (серцебиття, пітливість, тремтіння, задишка, біль у грудях, запаморочення, страх втрати контролю чи смерті тощо) та стійкою тривогою щодо повторення. Генералізований тривожний розлад – постійне занепокоєння з різних приводів щонайменше шість місяців. Соціальний тривожний розлад – страх оцінки іншими. Специфічна фобія – страх конкретного об'єкта чи ситуації. Обсесивно-компульсивний розлад – нав'язливі думки й ритуальні дії, що забирають понад годину на день або

спричиняють значне порушення. Для уточнення застосовують такі скринінги: Mini-SPIN (3 пункти, поріг 6 балів) для соціальної тривоги, OCI-R (18 пунктів, поріг 21 бал) для обсесивно-компульсивної симптоматики, SCOFF (5 запитань; дві й більше позитивні відповіді) для розладів харчової поведінки.

ПТСР чи розлад адаптації. Для ПТСР необхідна подія, що відповідає критерію травматичної, і характерні кластери симптомів (інтрузії, уникання, негативні зміни когніцій, гіперзбудження) тривалістю понад місяць. Натомість розлад адаптації виникає у відповідь на стресор будь-якої природи, симптоми не відповідають критеріям іншого розладу, зазвичай з'являються протягом трьох місяців після стресора й минають після його завершення (не більш як за шість місяців). Для розрізнення використовують PCL-5, ITQ, CAPS-5 і хронологію симптомів. Особливу увагу надають дисоціативним симптомам, відчуттю поточної загрози й флешбекам, що характерні для ПТСР [26].

Психічний розлад чи соматичне захворювання. Скарги на втому, порушення сну, зниження апетиту, серцебиття, задишку, болі, запаморочення, нечіткість мислення можуть мати соматичне походження (захворювання щитоподібної залози, анемія, цукровий діабет, дефіцит вітаміну B12, апное сну, наслідки травми мозку, інфекції, побічні дії ліків) або бути проявом тривоги й депресії. Психолог рекомендує огляд лікаря й лабораторні дослідження, не виключаючи водночас психологічних чинників. Така послідовність зменшує ризик пропустити виліковні стани [14].

Контузія та психічні симптоми. Після вибухових впливів з'являються головний біль, запаморочення, порушення пам'яті й концентрації, дратівливість, безсоння. Ці симптоми подібні до ПТСР і депресії, а іноді співіснують із ними. Для розрізнення використовують нейропсихологічну оцінку, динаміку симптомів (симптоми, зумовлені органічним ураженням, зазвичай поступово зменшуються або стабілізуються), клінічне обстеження з візуалізацією за показаннями. Водночас не рекомендується покладатися на

єдиний інструмент: поєднання PCL-5, PHQ-9, когнітивного скринінгу й клінічної оцінки забезпечує повнішу картину.

Вплив психоактивних речовин: вживання алкоголю, седативних, стимуляторів, канабіноїдів спричиняє тривогу, безсоння, афективні зміни, психотичні симптоми. Відміна алкоголю чи бензодіазепінів спричиняє тривогу, тремор, дезорієнтацію. Скринінг AUDIT і DAST-10, анамнез і спостереження допомагають оцінити роль речовин. З огляду на це діагноз «первинного» розладу доцільно ставити лише після періоду утримання або стабільного перебігу.

Необхідне також розмежування симуляції та нормативних реакцій: у контекстах, пов’язаних із вигодою (виплати, звільнення від служби), можливе перебільшення симптомів, а в контекстах стигми – приховування. Використовують шкали достовірності, перехресні перевірки, спостереження поведінки, інформацію від третіх осіб. Висновок формулюють без звинувачень, але фіксують невідповідності [16].

Когнітивні скарги за депресії («псевдодеменція») відрізняються від нейродегенеративних процесів швидким початком, збереженням критики до дефіциту, нестабільністю результатів і поліпшенням унаслідок лікування депресії. Потрібна клінічна оцінка та когнітивний скринінг у динаміці.

Метод «розгляду альтернатив» потребує, щоб фахівець записував щонайменше три конкуруючі гіпотези й доказові дані за кожною та проти кожної. Це знижує вплив когнітивних упереджень (якорення на першому діагнозі, підтверджувальне упередження). Група з кількох фахівців під час мультидисциплінарного огляду є додатковим запобіжником [20].

Методики. ASRS-v1.1 (скринінг СДУГ у дорослих): шість пунктів частини А, підрахунок за «заштрихованими» порогами відповідей. Чотири й більше позитивних вказують на необхідність поглибленої оцінки. Скринінг не діагностує, але допомагає розрізнити хронічні проблеми з увагою від наслідків травми й стресу.

Для діагнозу синдрому дефіциту уваги й гіперактивності в дорослих потрібні не менше п’яти симптомів неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності, їх поява до 12 років і прояви щонайменше у двох середовищах. Тому нові проблеми з увагою після травми, контузії чи стресу не відповідають цьому діагнозу.

Скринінг психотичних переживань (опитувальники продромальних симптомів): кілька десятків пунктів про незвичні сприймання, переконання, мислення. Результат – кількість і дистрес від симптомів. Позитивний результат – привід до консультації психіатра, а не діагноз. Для військовослужбовців і працівників змінної роботи необхідно враховувати, що галюцинаторні переживання можуть виникати за недосипання, стресу, інтоксикації й після травми мозку [14].

Часові межі розрізняють психотичні розлади: короткочасний психотичний розлад (від одного дня до одного місяця), шизофреноподібний (від одного до шести місяців) і шизофренія (понад шість місяців, з активними симптомами не менше місяця). Скринінговий опитувальник PQ-16 містить 16 тверджень «правильно/неправильно» про незвичні сприймання й переконання. Шість і більше позитивних відповідей є приводом для оцінки психіатром. Депресивний епізод з психотичними ознаками, ПТСР з дисоціативними флешбеками і делірій потребують розрізнення за хронологією, змістом переживань і станом свідомості.

Алгоритм вибору інструментів: 1) універсальний скринінг (PHQ-9, GAD-7, PCL-5, AUDIT); 2) уточнювальні шкали за результатами (MDQ за підозри біполярного спектра, PHQ-15 за соматичних скарг, ASRS за проблем уваги); 3) багатошкальний огляд (SCL-90-R чи MMPI-2) за складних випадків; 4) структуроване інтерв’ю (MINI) і консультація лікаря. Така структура запобігає як надмірному, так і недостатньому обстеженню.

Невротичні розлади. Невроз розглядають як психогенний стан. Діагностика спирається на страждання (суб’єктивний дистрес), дезадаптацію та

особистісну дисфункцію, а підґрунтям вважають внутрішньоособистісні конфлікти. Психодіагностика охоплює індивідуально-типологічні особливості, захисний стиль, актуальний стан, міжособистісну взаємодію та сімейну систему (психосоціогенограма). Реабілітаційна програма поєднує психодіагностику, консультування й психокорекцію. Використовують когнітивно-поведінковий, психодинамічний, гуманістичний та сімейний підходи, а тривалість допомоги становить від 6–10 сесій до півроку.

Психосоматичні розлади. Психосоматику розглядають як єдність психічного й тілесного. Розрізняють вузьке й широке тлумачення, а в МКХ-10 до цієї групи належать рубрики F54 та F45. Поряд із класичними психосоматичними хворобами («священна сімка») розрізняють психосоматичні реакції (минущі) і психосоматичні розлади (стійкі). Чітких діагностичних критеріїв немає, а проблеми мають термінологічний, діагностичний, методологічний і психотерапевтичний характер, тому потрібна комплексна психотерапія.

Алгоритм діагностики психосоматичних скарг. Теоретичні основи психосоматики охоплюють психоаналітичні теорії, вчення Г. Сельє, У. Кеннона, Ф. Александера, Г. Данбар та поняття алекситимії, соматизації й ресоматизації. На практиці спочатку проводять скринінг (PHQ, HADS), далі – поглиблену діагностику (МоСА, оцінка якості життя). Бал за шкалою не є діагнозом, а психічний розлад установлює лише лікар-психіатр. Для групи використовують рубрики МКХ-10 F45 (соматоформні розлади), F44, F48.0, F50 та F54. Дослідження проводять за поперечним і лонгітюдним планом, експериментом, наративним методом та фокус-групами.

Розлад адаптації в диференційній діагностиці. Критерії розладу адаптації залишаються розмитими, тому його відрізняють від нормативної реакції та інших розладів за історією, чинниками-предикторами й перебігом.

11.3. Симптоми негайного направлення, мультидисциплінарний огляд, культурні й вікові особливості, грамотність щодо психічного здоров'я

Симптоми, що потребують негайного направлення до лікаря або екстреної допомоги: суїцидальний намір із планом і засобами; симптоми психозу (галюцинації, маячні ідеї, дезорганізована поведінка), особливо за наявності імперативних галюцинацій; ознаки манії (різке збудження, безсоння за надмірної енергії, ризикована поведінка); делірій (гостре порушення свідомості й уваги, дезорієнтація, зорові галюцинації) та кататонія; ознаки тяжкої абстиненції (тремор, судоми, сплутаність); неконтрольована агресія з небезпекою для інших; тяжке самозанедбання; гострі соматичні симптоми (біль у грудях, ознаки інсульту); погіршення після травми голови (посилення головного болю, блювання, судоми, порушення мовлення, слабкість кінцівок).

Порядок дій за таких ознак: не залишати особу наодинці; забезпечити безпеку середовища; спокійно, без дискусій щодо змісту маячних ідей, підтримувати контакт; викликати лікаря чи екстрену допомогу, інформувати керівника (командира) або рідних; передати відомості про стан безпосередньо; задокументувати дії. Психолог не розпочинає складні методики, якщо стан особи не дає змоги співпрацювати. Натомість він передусім забезпечує безпеку.

Мультидисциплінарний огляд – спільне обговорення випадку командою (психіатр, психолог, невролог, терапевт, соціальний працівник, реабілітолог). Структура: стисла презентація (психолог подає результати методик, спостереження, скринінг), обговорення гіпотез, вибір додаткових обстежень, формулювання єдиного плану допомоги, розподіл ролей. Результатом є узгоджений висновок, що відображає єдину позицію. Такий формат особливо корисний за складної коморбідності, наприклад за поєднання ПТСР, наслідків контузії, депресії та залежності [14; 16].

Вікові особливості: у дітей і підлітків симптоми тривоги й депресії виявляються через соматичні скарги, дратівливість, поведінкові зміни,

труднощі з навчанням. Потрібні вікові інструменти й дані від батьків і вчителів. У літніх осіб когнітивні скарги можуть вказувати на депресію чи нейродегенерацію, що потребує когнітивного скринінгу й клінічної оцінки. У працездатному віці провідними є функціональні втрати: робота, стосунки, здатність до самообслуговування [22].

Культурні особливості: вираження дистресу залежить від культури, професійної субкультури й гендерних ролей. Багато військовослужбовців, рятувальників і поліцейських повідомляють не про «депресію» чи «тривогу», а про втому, біль, сон, дратівливість, відчуття емоційного оніміння, що необхідно враховувати. Використання нейтральної мови, уникнення жаргону й стигматизуючих ярликів підвищує відкритість. Нормативні дані потрібно перевіряти на відповідність вибірці [25].

Документування клінічної оцінки: підстава для направлення, перелік методів і результатів, вказівка на надійність, чинники, що можуть спотворювати результат, діагностичні гіпотези з обґрунтуванням, рекомендації, домовленості про зворотний зв’язок. Пріоритетом є безпечна передача інформації між фахівцями за згодою особи або в межах законних вимог.

Функціонування оцінюють окремо від симптоматики за допомогою шкали обмежень життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 2.0). Своєю чергою, культурне формулювання випадку за допомогою інтерв’ю з 16 запитань (DSM-5) допомагає з’ясувати, як особа пояснює проблему, які джерела підтримки використовує і як культура впливає на вираження дистресу.

Інтеграція в систему допомоги: психолог знає маршрути отримання допомоги (первинна ланка, психіатрична допомога, реабілітація, соціальні служби, військова медицина, медицина катастроф), критерії переходу між рівнями допомоги, контакти й процедури. Він сприяє безперервності допомоги, супроводжує особу в переході й перевіряє, чи отримала вона допомогу. Допомога, надана без координації, часто втрачається: особа отримує направлення, але не доходить до лікаря.

Структура психологічного висновку для лікаря. Висновок для лікаря складається з блоків: мета направлення (клінічне питання, яке потрібно з'ясувати); використані методи із зазначенням версій; результати за кожним методом (бали, рівні, відповідність порогам); поведінка в обстеженні (контакт, співпраця, ознаки порушення свідомості, узгодженість відповідей); інтерпретація у формулюванні «ознаки, що узгоджуються з…» та перелік гіпотез, що потребують диференціації; чинники, які могли спотворити результат (недосипання, вживання речовин, ліки, мотивація); питання до лікаря (оцінка психічного й неврологічного статусу, потреба в медикаментозній підтримці, диференціація з органічними причинами); обмеження (скринінгові результати не є діагнозом). Висновок не містить медичних діагнозів і рекомендацій щодо ліків [14; 16].

Додаткові інструменти диференційної діагностики. Шкала Єля–Брауна щодо обсесивно-компульсивних симптомів (Y-BOCS) є напівструктурованим інтерв'ю: після контрольного переліку обсесій і компульсій оцінюють за п'ятьма параметрами для кожного блоку (витрата часу, перешкоди у функціонуванні, дистрес, опір, контроль) за шкалою від 0 до 4. Загальний бал становить 0–40: 0–7 – субклінічний рівень, 8–15 – легкий, 16–23 – помірний, 24–31 – тяжкий, 32–40 – вкрай тяжкий. Шкала чутлива до змін, тому її застосовують для моніторингу ефекту втручань. Її обмеження – залежність від кваліфікації інтерв'юера.

Шкала Лібовіца соціальної тривожності (LSAS) містить 24 ситуації, кожну оцінюють за вираженістю страху та уникання від 0 до 3. Сума становить 0–144, межа клінічної значущості – понад 60 балів. Шкала відображає страх діяльності та соціальної взаємодії, що важливо для оцінки спроможності до публічних виступів, командних дій і взаємодії з цивільним населенням.

Шкала тяжкості панічного розладу (PDSS) оцінює сім параметрів (частота нападів, дистрес під час нападів, тривога очікування, агорафобічне уникання, уникання інтероцептивних відчуттів, порушення роботи й соціальної сфери) від

0 до 4, сума 0–28. Розрізнення паніки й дихальних порушень за серцево-судинних чи ендокринних захворювань потребує медичного обстеження.

Тест «Ставлення до їжі» (EAT-26) застосовують для виявлення порушень харчової поведінки. Понад 20 балів свідчать про потребу в діагностичному інтерв'ю.

Клінічна динаміка, коморбідність і взаємодія з лікарем. Клінічна шкала загального враження (CGI) містить дві частини: тяжкість стану (1 – нормальний, 7 – найтяжчий із відомих) і поліпшення (1 – дуже значне поліпшення, 7 – дуже значне погіршення). Її застосовують для швидкої оцінки динаміки і узгодження оцінок між фахівцями. Доповнює її шкала оцінки соціального та професійного функціонування (SOFAS), яка відображає рівень функціонування незалежно від тяжкості симптомів.

Диференціація за часовими характеристиками: тривалість симптомів, їхній початок (гострий чи поступовий), зв'язок із подіями, сезонність, наявність епізодів повної ремісії. Вік першого прояву, сімейне обтяження й попередні курси лікування збирають як частину анамнезу й вносять у висновок окремим розділом.

Супутні розлади (коморбідність) є правилом, а не винятком: поєднання ПТСР із депресією спостерігають приблизно у половини випадків, із вживанням психоактивних речовин – у третини. Висновок формулюють із зазначенням основного й супутніх станів, а черговість втручань визначають за ризиком і функціональним впливом. Водночас зміст психологічного висновку не містить діагнозу за МКХ-11: це належить до компетенції лікаря, психолог описує психологічні процеси й функціональні дефіцити.

Протокол спільної роботи з психіатром охоплює: направлення з чітко сформульованим питанням, надання результатів у стандартній формі (інструменти, бали, валідність, клінічні спостереження), узгодження заходів безпеки і плану повторних обстежень. Зворотний зв'язок від лікаря фіксують у

документації, а зміни у стані – повторними вимірюваннями тими самими інструментами.

Грамотність щодо психічного здоров'я. Знання про психічні розлади, стереотипи, готовність звернутися по допомогу й надати першу допомогу та самодопомога є складниками грамотності щодо психічного здоров'я. Опитувальник MHLq вимірює їх чотирма шкалами і дає змогу визначити, чи потрібна просвітницька робота перед направленням до лікаря. Крім того, психологія хворого як розділ клінічної психології пояснює реакцію особи на хворобу й лікування.

Ключові поняття теми: *МКХ-11; операціоналізовані діагностичні критерії; дименсійний підхід; клінічне формулювання; диференційна діагностика; коморбідність; мультидисциплінарний огляд; симптоми негайного направлення; тест достовірності й симуляція; безперервність допомоги; невроз; психосоматичні розлади; алекситимія; грамотність щодо психічного здоров'я.*

Питання для самоперевірки

1. Які групи розладів виділяють у МКХ-11 і як побудовані діагностичні критерії?

2. У чому полягає розмежування ролей психолога й психіатра та як вони взаємодіють?

3. Які багатошкальні інструменти застосовують у клінічній практиці та як інтерпретують їх результати?

4. За якою послідовністю проводять диференційну діагностику й що розрізняють психолог і лікар?

5. Як розрізняють ПТСР, розлад адаптації, депресію й наслідки контузії?

6. Які симптоми потребують негайного направлення та які дії виконує психолог?

7. Як проводять мультидисциплінарний огляд і які вікові й культурні особливості враховують?

8. Чим психосоматичний розлад відрізняється від психосоматичної реакції та який алгоритм діагностики психосоматичних скарг?