

Obravnava duševnih motenj v družinski medicini Management of mental disorders in family medicine

Janko Kersnik*

Ključne besede
duševne motnje
družinska medicina

Key words
mental disorders
family practice

Izvleček. Prispevek prikazuje pogostost nepsihotičnih duševnih motenj in njihovo obravnavo v družinski medicini. Duševne motnje so med prebivalstvom in obiskovalci zdravnika družinske medicine zelo pogoste. Prepoznavanje duševnih težav je včasih težko, ker telesni znaki zdravniška lahko zavedejo v iskanje telesne bolezni ali zanikanje bolezni. Za uspešno prepoznavo, zdravljenje in vodenje mora zdravnik družinske medicine dobro obvladati veščine in spretnosti sporazumevanja, predvsem pa mora bolnika dejavno vključiti k razjasnjevanju ozadja njegovih težav in povezavi duševnih motenj s telesnimi znaki. Taki bolniki se počutijo bolj zdrave, so bolj zadovoljni in manj pogosto iščejo pomoč zdravstvene službe.

Abstract. The article deals with non-psychotic mental disorders and their management in family medicine. Mental problems are very common in general population and population of family practice attenders. The diagnosis of mental problems is often missed in family medicine, partly due to associated physical symptoms which accompany mental disorders. Family physician has to acquire patient oriented communication style, using empowering explanations that are tangible, exculpating and involving to improve the patients' well-being, satisfaction and help to reduce the high utilisation of the health services.

Uvod

Duševno zdravje postaja pomemben del prizadevanj za dobro počutje vseh ljudi (1), zato naj bi bil vsak zdravnik družinske medicine občutljiv za duševne in socialne stiske bolnikov, saj ima s svojimi bolniki pogoste stike. Duševne motnje so tista oblika zdravstvenih težav, ki jih mora zdravnik družinske medicine pogosto aktivno iskati med množico vsakovrstnih bolnikovih pritožb (1–3). Predvsem mora biti sposoben spoznati, kdaj telesni znaki in občutja odslikavajo duševne težave (4). Somatizacija duševnih težav – somatoformne motnje – po nekaterih podatkih predstavlja kar 20 % vseh prvih posvetov v družinski medicini (6) in enega najpogostejših razlogov za zakasnitev pri postavljanju diagnoze (7). Somatizacija je pogosta tudi v bolnišnicah po svetu, kjer obravnavajo bolnike brez predhodnega posveta z zdravnikom družinske medicine (8). Občutja in znaki duševnih motenj ostanejo nezdravljeni, pogosto se zmotno pripišejo telesnim boleznim, kar vodi v kronični potek. Dlje ko so občutja in znaki nespoznani in nezdravljeni, bolj se v zavesti bolnika duševna motnja utrdi kot telesna bolezen (6). Zaradi nezmožnosti ozdravitve takega stanja s klasičnim biomedicinskim pristopom so taki bolniki manj zadovoljni s svojim počutjem, z zdravstveno službo in postanejo pogosti obiskovalci zdravnika, težavni bolniki in večji porabniki sredstev, namenjenih zdravstveni službi.

*As. mag. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

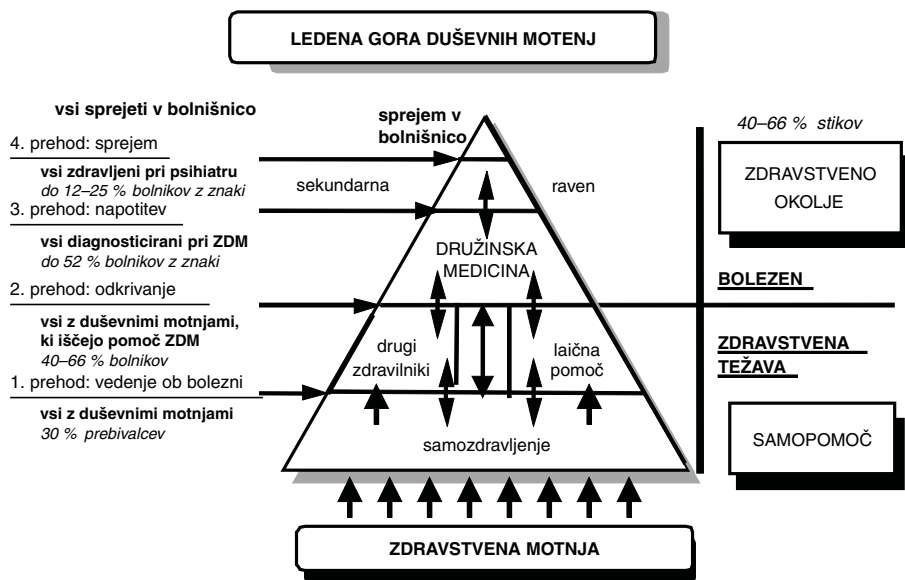
Namen prispevka je z očmi zdravnika nepsihiatra pokazati problem nepsihotičnih duševnih motenj med prebivalstvom in pri bolnikih v nepsihiatričnih zdravstvenih ustanovah ter na njihovo obravnavo s strani zdravnika, ki ni psihiater, predvsem zdravnika družinske medicine.

Epidemiologija duševnih motenj

Duševne motnje sodijo med bolezni, ki praviloma ne nastanejo dramatično hitro kot srčni infarkt, na zunaj ne kažejo velike prizadetosti kot poškodbe in bolniki se pogosto ne zavedajo, zakaj imajo določene težave. Pri duševnih motnjah zato še pogostejše kot pri drugih boleznih govorimo problemu ledenene gore, saj zaradi različnih razlogov ostanejo duševne težave mnogih bolnikov neodkrita, nezdravljena in le majhen del bolnikov se zdravi pri psihiatrih ali v bolnišnici (7) (slika 1). Posledica tega je velika oviranost ljudi, slabša kakovost življenja in večja umrljivost zaradi samomorov povezanih z depresijo.

Duševne motnje med prebivalstvom

Skoraj tri četrtine ljudi ima kakšno bojazen, »napade«, panične motnje ali splošno »živčnost«, ki pa večinoma ne zadoščajo merilom psihiatrične bolezni (9). V presečni epidemiološki raziskavi so v začetku 90. let v ZDA ugotovili, da 48 % ljudi vsaj enkrat v življenju



Slika 1. Ledena gora duševnih motenj v splošni populaciji in na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Število duševno bolnih se zmanjšuje s premikanjem s prve ravni (družba), preko druge ravni (vsi bolniki, ki zaradi znakov in občutij duševne motnje obiščejo zdravnika družinske medicine – ZDM), tretje ravni (vsi bolniki v družinski medicini z ugotovljeno duševno motnjo), do četrte (vsi, ki se zdravijo pri psihiatru) in zadnje, pete (zdravljeni v psihiatričnih bolnišnicah). Med posameznimi ravni so prehodi, neke vrste filtri, ki vplivajo na število bolnikov na naslednji ravni (puščice kažejo smeri pretoka bolnikov s psihosocialnimi znaki in občutji).

izkusi neko duševno motnjo, 30 % pa jih je v zadnjih 12 mesecih doživelo vsaj eno duševno motnjo (10). Najpogostejše so različne oblike tesnobe (anksioznosti) s 25 %, depresija z 19 %, sledijo različne oblike odvisnosti (npr. sindrom odvisnosti od alkohola 14 %) in psihoze z 0,7 %. V zadnjih 12 mesecih je imelo epizodo ene izmed oblik tesnobe 17 %, epizodo depresije 11 %, 7 % je bilo odvisnih od alkohola in 0,5 % jih je imelo psihotično motnjo (10, 11).

Duševne motnje so pogost zdravstveni problem tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti v večini držav po svetu (12).

Duševne motnje pri bolnikih v nepsihiatričnih zdravstvenih ustanovah

Domnevajo, da ima kar dve tretjini ljudi, ki iščejo zdravniško pomoč, tudi določeno stopnjo duševnih težav (4). Zdravnik družinske medicine kot zdravnik prvega stika se z njimi sreča prvi. Menijo, da okoli 90 % bolnikov z duševnimi motnjami oskrbuje izključno zdravnik družinske medicine (4, 13). V družinski medicini ima okoli 40 % bolnikov klinično razpoznavne duševne motnje (14, 15). Do 25 % bolnikov ima eno izmed oblik tesnobe (16), 20 % somatoformne motnje (8), 6 do 10 % je bolnikov z depresijo (13, 17), po nekaterih ocenah 17 % (9) ali celo do 20 % (18), 8 do 17 % mladih mater lahko razvije poporodno depresijo (19–22). Tudi naši podatki potrjujejo visok odstotek pogostnosti duševnih motenj pri bolnikih v družinski medicini (23). 28 do 37 % bolnikov ima poznano duševno motnjo ali prejema psihotropna zdravila ali ima ob pregledu določene znake duševne motnje (23, 24). Kar 51 % bolnikov pa kaže znake duševnih težav pri uporabi ocenjevalne lestvice za odkrivanje anksiozno-depresivnih stanj vprašalnika Duke-AD (23).

Dvajset do trideset odstotkov bolnikov v urgentnih ambulantah ima ob telesni bolezni klinično pomembne znake duševnih motenj, 20–40 % bolnikov z resno telesno boleznijo na nepsihiatričnih bolnišničnih oddelkih in specialističnih ambulantah ima duševne motnje (8). Kar četrtnina bolnikov, ki so prvič napoteni v specialistične ambulante, nima pomembne telesne bolezni (8). Okoli ene četrtine novih bolnikov z bolečinami v trebuhu, napotenih k gastroenterologu, in bolnikov z netipičnimi bolečinami v prsih ter veliko napotenih bolnikov k nevrologu nima telesne bolezni (8). Mnogim izključitev ene bolezni, ki jo lahko opravi usmerjen specialist, ne zadošča in hodijo od zdravnika do zdravnika. Pri večini so v ozadju njihovih težav psihosocialni problemi (8). Prav za take bolnike priporočajo, naj bi se zdravili v družinski medicini (6).

Če smemo sklepati iz rutinsko zbranih podatkov iz splošnih ambulant v Sloveniji v letu 1998, je med diagnozami prvih obiskov le 2 % diagnoz iz skupine duševnih motenj (25). Ob pregledu naključnega vzorca 583 kartonov bolnikov v Zdravstvenem domu Jesenice pa je imelo »psihiatrično« diagnozo v zadnjih petih letih zapisanih le 43 (7,4 %) bolnikov (26). Zavedati se moramo, da bolnik zdravnika družinske medicine praviloma obišče zaradi dveh ali treh razlogov hkrati in ta dva podatka kažeta predvsem to, da zdravniki pri oceni vzroka za bolnikov obisk dajejo prednost somatskim diagnozam. Razlog za to deloma tiči v biomedicinskem slogu dela, ki ga podpira študij na medicinski fakulteti, in deloma v odnosu nadzornih zdravnikov, ki bolj cenijo telesne preglede kot pogovor z bolnikom.

Stroški duševnih motenj

Duševne motnje povzročajo velike neposredne in posredne stroške. Ocenjujejo, da znašajo stroški zdravstvenega varstva v ZDA, povezanega samo z depresijo, 44 milijard dolarjev letno (13, 27). Prisotnost znakov depresije je pogosto povezana z odvisnostjo od nikotina in s kajenjem, kar škodljivo vpliva na razvoj bolezni srca in ožilja ter s tem na večje stroške (28). Kar 40 do 70 % oseb, ki so storile samomor, naj bi trpele zaradi depresije (27). Duševne motnje povzročajo tudi precejšnjo splošno oviranost (16, 29). Zaradi znakov in občutij, ki se ob tem pojavljajo, ljudje pogosto iščejo zdravniško pomoč (12). Poleg organskih in endogenih psihoz, ki predstavljajo le manjši del dela zdravnika družinske medicine, predstavljata anksioznost in depresija veliko večji del duševnih motenj, s katerimi se srečuje. Ženske z depresijo v času akutnih motenj razpoložena pogosteje iščejo nujno zdravniško pomoč (18). Duševne motnje vplivajo na dobro počutje in delovno sposobnost. Več kot dve tretjini primerov bolniškega staleža, povezanih z duševnimi motnjami v Sloveniji, je zaradi nepsihotičnih duševnih motenj. Ženske imajo pri tem večje relativno tveganje, da bodo v bolniškem staležu zaradi duševnih motenj. Največja razlika je v starostni skupini od 35 do 55 let, ko so ženske enkrat pogosteje v bolniškem staležu zaradi duševnih motenj (30).

Somatizacija povzroča dodatne stroške bolnikom, sorodnikom zaradi telesne in psihosocialne oviranosti, manjših dohodkov, stroškov, povezanih z zdravljenjem, zdravstveni službi zaradi nepotrebnih preiskav in zdravljenja ter celotni družbi zaradi odsotnosti z dela, iatrogenih zapletov in nepotrebnih izdatkov za nadomestila zaradi odsotnosti z dela (8).

Lastnosti bolnikov z duševnimi težavami

Med bolniki z duševnimi motnjami prevladujejo ženske, bolniki z nižjo šolsko izobrazbo, z manjšimi osebnimi dohodki in tisti, ki pogosteje obiskujejo svojega zdravnika (10, 23). Ženske imajo depresijo dvakrat pogosteje kot moški (18). Obstajajo pa pomembne razlike pri posameznih boleznih glede starosti, saj se depresija in panične motnje pojavljajo predvsem v mlajših starostnih skupinah od 20. do 45. leta starosti in pogosteje pri ženskah (9, 19, 31), bolezni odvisnosti, kjer prevladujejo moški, pa v kasnejših starostnih skupinah (10). Posamezne duševne motnje se prepletajo med seboj in s telesnimi boleznimi (29, 31). Pri tem prav tako prednjačijo ženske (10). V različnih kulturnih okoljih (državah) je pogostnost posameznih duševnih motenj različna, vendar kaže enako medsebojno razmerje in vzorec pojavljanja glede na spol in starost (29, 31). Duševne težave so pogosto povezane s telesno boleznijo in se lahko kažejo kot (8):

- slabo sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni, astme, hipertenzije idr.,
- nerazložljiva oviranost (delanezmožnost), ko je funkcionalno stanje nesorazmerno slabše od telesnega izvida,
- motnje v spolnosti,
- motnje, povezane z mutilirajočimi posegi (mamektomija, kolostoma, amputacija, mutilirajoče operacije glave in vratu),
- motnje hranjenja vključno z anoreksijo, bulimijo in debelostjo, npr. pri bolnikih s sladkorno boleznijo,

Lahko so posledica telesne bolezni (depresija ali anksioznost pri bolnikih z rakom), lahko so vzrok telesne bolezni (pankreatitis pri alkoholizmu) ali neodvisna vzporedna bolezen in več kot polovica jih ostane neodkritih in brez ustrezne obravnave (8). Depresija in anksioznost kot najpogostejši duševni motnji pri bolnikih s kroničnimi boleznimi, terminalnih bolnikih in kot posledica bolnišničnega zdravljenja se pri dveh tretjinah bolnikov »pozdravita« vzporedno z izboljšanjem somatskega stanja, ena tretjina bolnikov pa trpi naprej, če jih ustrezno ne obravnavamo (8). Taki bolniki s somatoformnimi motnjami so večji uporabniki zdravstvene službe (32).

Preprečevanje duševnih motenj

Če o preprečevanju duševnih motenj razmišljamo kot o primarni preventivi, potem zdravnik družinske medicine kot posameznik nima posebno velikega neposrednega vpliva na njihovo zmanjšanje. Posredno pa ima možnost preko številnih posvetov s posameznimi družinskimi člani vplivati tako na njihov življenjski slog in njihove usmeritve pri iskanju zdravniške pomoči, kot jih tudi priložnostno prosvetljevati glede prisotnosti in obravnave duševnih težav (33–35). Širše gledano pa ima zdravnik družinske medicine ključno vlogo pri zgodnjem odkrivanju zlasti prikritih duševnih motenj (sekundarni preventivi).

Odkrivanje duševnih motenj

Okrog polovice vseh posvetov v družinski medicini je neposredno ali posredno povezanih s psihosocialnimi težavami in z njimi povezanimi duševnimi motnjami. Mnogi bolniki se pogosto ne zavedajo, da so vzrok njihovim težavam duševne motnje. Pogosto se nagibajo k prepričanju, da gre za telesne vzroke in od zdravnika pričakujejo preiskave, ki naj bi potrdile ali ovrgle resnost telesnih vzrokov (6). Od 10 % bolnikov, ki bodo zaradi somatoformnih obiskali svojega zdravnika družinske medicine, bo ta spoznal kot bolnike z duševnimi motnjami le 3–4 % (7). Mnoge duševne motnje ostajajo tako neodkritke in pogosto govorimo o ledeni gori duševnih motenj (7).

Bolniki so zaskrbljeni predvsem zaradi telesnih bolezni. Zato sami le redko sprožijo pogovor o duševnih težavah. Kadar iz poteka posveta sklepajo, da bo zdravnik razumel njihove težave, proti koncu le prinesejo na plan tudi duševne težave (36). Ne redko se to zgodi šele na zaključno vprašanje zdravnika: »Ali imate še kakšne druge težave?«, ali pa se tako rekoč že med vrati obrnejo na zdravnika: »Pa še to, doktor.« Dosti težje je odkriti psihosocialne težave pri bolnikih, ki med posvetom ponudijo iztočnice za svoje težave, pa jih zdravnik spregleda in ne nadaljuje pogovora o tem.

Pristop k odkrivanju duševnih motenj

Ker o kriznih in drugih kratkih intervencijah zdravnik družinske medicine praviloma ni izdatneje poučen, predstavljene psihosocialne težave lahko nanj delujejo frustrirajoče in se reševanja problema loti napačno z izogibanjem (32, 37):

- *potrdi bolnikovo domnevo o telesnem značaju težav,*
- *ponudi mu zdravilo za »srce in živce« hkrati in s tem zamaskira bistvo problema,*
- *odloži problem na ramena drugega (psihiatra ali drugega specialista).*

Krog se sklene. Bolnik se vrača z istimi in podobnimi težavami. Zdravnik ga s težkim srcem pričakuje. Rodil se je težavni bolnik, ki je bolj problem zdravnika, ki se ni znal lotiti bolnikovih težav, kot pa problem bolnika samega (38). Verjetno je najustreznejša rešitev v teh primerih uporaba večšin dobrega sporazumevanja, saj pravilno diagnosticirane in razumljene težave zmanjšajo breme težavnih bolnikov (39).

V družinski medicini nikoli ni dovolj časa za bolj poglobljeno psihosocialno obravnavo. Glede na ponavljanje in ponovne obiske je vsak zdravnik močno zainteresiran, da gorijski vozle slej ko prej preseka in si za takega bolnika vzame nekaj več časa (40). Ob upoštevanju lastnosti bolnikov s psihosocialnimi težavami bo v posvetu upošteval naslednje (6, 9, 14, 24, 41–43):

- *bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitve. Za to bo porabil manj časa, kot če bi ga prekinjal z usmerjevalnimi vprašanji,*
- *bolnika bo poslušal pozorno, spodbujal pri pripovedovanju in ne bo počel stvari, ki bi ga utegnile prekiniti pri pripovedovanju,*
- *ustrezno bo zastavljal vprašanja, povezana z duševnimi težavami,*
- *oblikovanje delovne hipoteze bo odložil, da bo »slišal« tudi težave, ki jih bo bolnik načel v zadnjem delu posveta,*
- *bolniku bo zastavljal predvsem primerna odprta vprašanja, na katera bolniku ne bo treba odgovarjati samo z da ali ne,*
- *pozoren bo na čustvene, socialne in psihične iztočnice, ki jih ponuja bolnik med posvetom,*
- *pozoren bo na nebesedna sporočila,*
- *pokazal bo razumevanje in toplino in s tem olajšal bolniku odločitev, da bi mu zaupal svoje duševne težave,*
- *duševno motnjo bo vključil že med diferencialne diagnoze in ne le kot izključitveno diagnozo,*
- *zlasti bo pozoren, ker se duševne motnje pogosto kažejo skupaj s telesnimi boleznimi ali s telesnimi znaki in občutji,*
- *ne bo se prehitro osredotočil zgolj na telesne znake in občutja,*
- *pri zdravljenju bo upošteval bolnikove želje. Včasih bo namreč bolnik želel samo zagotovilo, da pri njem ne gre za resno telesno bolezen.*

Zdravnik se mora pri tem izogibati avtoritativnega sloga, prekinjanju bolnikovega pripovedovanja, zaprtim (da/ne) vprašanjem v zvezi s telesnimi znaki in čustveni hladnosti (42).

Aktivni pristop

Demistifikacija duševnih motenj se mora zgoditi najprej med zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem. Odražati se mora v tem, da vsak zdravnik pri obravnavi bolnikovih težav uporablja celostni pristop in v diferencialni diagnozi upošteva tudi možnost duševne motnje kot vzroka bolnikovih težav. Vsak zdravnik lahko zmanjša vpliv duševnih motenj pri svojih bolnikih, tako da (8)

- odkriva njihove skrbi in bojazni (resnične in tudi napačne),
- spodbuja izpovedovanje občutij tesnobe in depresije,

- bolnike naroča na kontrole zaradi spremljanja znakov tesnobe in depresije,
- se odloči za ustrezno obravnavo bolnikovih duševnih težav samostojno ali v sodelovanju z drugimi strokovnjaki.

Pomembno vlogo ima obravnavo bolnika v kontekstu družine, delovnega in socialnega okolja. Pričakovana pogostnost duševnih motenj pri določeni skupini bolnikov prispeva k postavitvi diagnoze. Pomembna je tudi psihosocialna usmerjenost zdravnika (14). Slog sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom pomembno prispeva k spoznanju duševnih motenj. Stalnost v družinski medicini vpliva na povezanost med bolnikom in zdravnikom, kar zveča verjetnost razkritja globljih vzrokov za bolnikov obisk (44, 45). K boljšemu razpoznavanju bistveno prispeva obvladovanje večšin sporazumevanja, ki jih je možno pridobiti s sodobnim načinom poučevanja teh spretnosti.

Prezaposlenemu zdravniku razpoznavo duševnih motenj lahko dela težave. Bolnik namreč o njih pogosto spregovori šele proti koncu posveta ali pa sploh ne. Telesni znaki in občutja velikokrat zasenčijo pomembnejše duševno ozadje težav, ki je bolnika prignalo k zdravniku (slika 1). V takih primerih je zdravnik manj pozoren in nehote lahko spregleda osnovni razlog za obisk (16).

Pri obravnavi bolnikov z nepojasnenimi telesnimi znaki in občutji je pomembno naslednje:

- zdravnik se obširno pozanima za bolnikove težave in njegovo razumevanje le-teh,
- zdravnik odkrije in raziše psihosocialne možne vzroke (depresija, stresni dogodki, osebnostne težave),
- zdravnik skupno z bolnikom razpravlja o znakih, občutjih in ugotovitvah ob upoštevanju duševne motnje kot ene izmed možnih diferencialnih diagnoz (Krilatica *nič vam ni* je zelo neumestna. Bolj primerno se je pogovoriti o negativnih ugotovitvah in njihovem vplivu na bolnikovo zaskrbljenost. Če je zaskrbljen, da njegovi znaki kažejo na srčni infarkt, potem bo ustrezno pojasnilo, da v vašem EKG-posnetku ni znakov svežega infarkta.),
- zdravnik po izključitvi ogrožajočega stanja bolniku razloži mehanizme nastanka telesnih znakov kot posledice duševnih procesov (npr. hiperventilacija kot posledica anksioznosti) in jih poveže z odkritimi psihosocialnimi vzroki,
- skupaj z bolnikom načrtuje nadaljnje postopke diagnostike in zdravljenja.

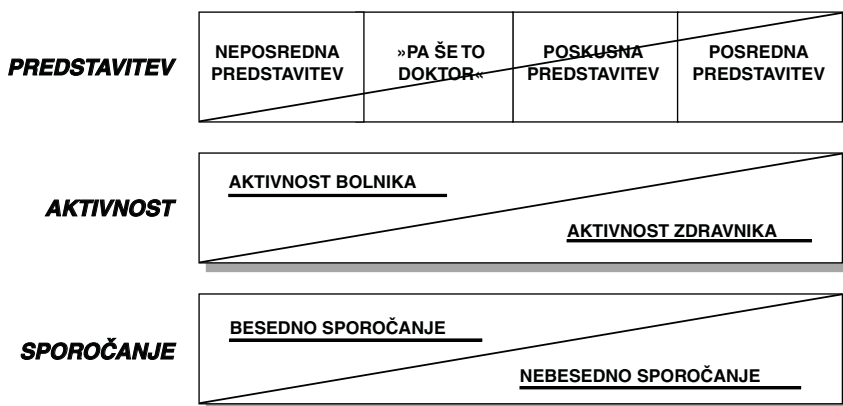
Posebno trd oreh so posveti zaradi težav, za katere je bolnik prepričan, da so telesnega izvora (slika 2). Pri takih mora biti zdravnik še bolj »aktiven«.

Bolnik se v primeru telesnega znaka, npr. kašlja predstavi neposredno – pove, da toliko in toliko časa kašlja in zato prihaja, da bi razjasnil svoje težave (slika 2). V primeru nejasnih znakov, npr. omotičnosti, lahko uporabi enega izmed ostalih treh načinov predstavitve težav: po posvetu zaradi nekih drugih težav, npr. kontrole krvnega tlaka, se obrne na zdravnika: »Pa še to, doktor. Že dva meseca imam omotico.«

Bolj zapletena je predstavitev omotice med množico znakov nekega drugega stanja, npr. med pripovedovanjem o jemanju antihipertenzivov in meritvah krvnega tlaka doma bolnik navrže, da ima omotico. Pri tem postavi vprašanje, če bi to utegnilo biti zaradi zdravil. Bolnik je ponudil iztočnico, poskusno je v posvet hotel uvesti elemente vzporedne

težave, ki ga tare. Od usposobljenosti zdravnika v sporazumevanju je odvisno, ali bo izrazil ponujeno iztočnico ali pa se bo neprijetnemu vprašanju izognil (slika 2).

Posredna predstavitev je najtežja, saj se znaki in občutja duševne motnje prepletajo s telesno boleznijo ali celo popolnoma skrivajo za njo (slika 2). Npr. po srčnem infarktu so pomanjkanje moči (energije), zaskrbljenost, palpitacije in drugi telesni znaki duševnih motenj skriti za napadi angine pectoris, za zmanjšanjem telesne pripravljenosti zaradi bivanja v bolnišnici in zmanjšane obsega aktivnosti. Enako je razumljivo, da bolj ko je zapleten način predstavitve, manj pobude lahko pričakujemo od bolnika, ker se problema ne zaveda, in bolj mora biti pri iskanju možnih duševnih motenj aktiven zdravnik. V ospredje stopa pomen razpoznavanja nebesednih sporočil.



Slika 2. Značilnosti predstavitve psihosocialne težave v družinski medicini, aktivnost bolnika oziroma zdravnika in način sporočanja.

Pri diagnosticiranju duševnih motenj si lahko pomagamo z uporabo različnih vprašalnikov ter uporabo gradiva za bolnike, ki si ga bolniki doma ogledajo kot podaljšan posvet in se vrnejo na kontrolni pregled z novimi spoznanji o svojem stanju (17, 20, 24, 46). Dobro je, če jim zdravnik ponudi možnost pogovora in izmenjave mnenj o tem, kar so prebrali. Kljub temu ostajajo zdravniku družinske medicine veščine in spretnosti sporazumevanja ključni element odkrivanja duševnih motenj (47).

Posebnosti sporazumevanja z bolnikom, ki ima duševne motnje

Zdravnik družinske medicine se srečuje s široko paleto pritožb svojih bolnikov (tabela 1). Znaki in občutja so navadno še zelo slabo izraženi in izvirajo iz različnih telesnih in duševnih ozadij. V kratkih minutah posameznega posveta se zdravnik pogosto sooči z več kot eno težavo hkrati. Težave so navadno mešanica telesnih, duševnih, socialnih in družinskih težav. Bolniki želijo dobiti odgovore na tri bistvena vprašanja:

1. Ali je njihova težava resna?
2. Kakšno bolezen imajo?
3. Ali je ozdravljiva?

Tabela 1. Prednosti in pomanjkljivosti pri obravnavi psihosocialnih problemov v družinski medicini.

PREDNOSTI	POMANJKLJIVOSTI
Znana populacija	»Mešane« težave
Domače okolje	Pomanjkanje »tehnologije«
Stalnost zdravnika	Različna interesna usmerjenost
Možnost spremljanja	Pomanjkanje časa
Celostni pristop	Občutek nekompetentnosti
Povezanost	Bojazen pred navezanostjo
Pomoč ambulantne in patronažne sestre	Ni psihologa, socialnega delavca in drugih profilov

Zdravnik naj bi uporabljal »dvostrano« psihosomatsko razmišljanje – od vsega začetka mora hkrati misliti na možnost duševnih in telesnih vzrokov za bolnikove težave (41). Obravnava bolnikov z duševnimi motnjami ni enostavna in hitra, zato mora zdravnik družinske medicine pri obravnavi te oblike zdravstvenih težav s pridom uporabljati čas kot diagnostično in terapevtsko sredstvo.

Oblike sporazumevanja pri (somatoformnih) duševnih motnjah

Pri vsakem posvetu se srečata spoznavni poti bolnika in zdravnika (48). Vsak od njiju ima svoj pogled na obravnavano težavo, kar od zdravnika v posvetu zahteva dodatno pozornost (32–34, 48). Bolnikovo razumevanje lastnih zdravstvenih težav je odvisno od kulturnih, družbenih, političnih in medijskih vplivov (32, 49), ki pri zdravniku lahko naležijo na tri načine razlage bolnikovih zdravstvenih (somatoformnih) težav (32):

Kadar ni očitnih znakov telesne ali duševne bolezni, je pogosta razlaga bolnikovih znakov, občutij, negativnih izvidov in preiskav *Nič ni narobe z vami*. **Zanikanje** je najpogostejši način, ki so ga pri zdravniku deležni bolniki s somatoformnimi motnjami. Bolniki razumejo takšno pojasnilo kot namigovanje na to, da si znake in občutja izmišljujejo in kot omalovaževanje zaradi tega, ker imajo duševne težave. Bolniki, ki izkusijo takšno zanikanje, so razočarani (nezadovoljni) nad zdravnikom, ker ni izpolnil njihovih pričakovanj z odgovorom na omenjena tri ključna vprašanja, zaradi katerih so prišli na posvet. Zdravniku tudi v prihodnje ne bodo več zaupali, zamolčali mu bodo še več svojih znakov in občutij.

Včasih se bolniki sami poučijo o možnosti duševnega ozadja svojih težav in to pri naslednjem posvetu povedo svojemu zdravniku, ki potrdi njihov sum z izjavo *Saj sem tudi sam že pomislil na to možnost*. Bolniki sicer sprejemajo takšno potrditev svojega spoznanja, vendar zdravnikov odnos sprejmejo kot **zaroto**. To škodi odnosu med zdravnikom in bolnikom in medsebojnemu zaupanju. Bolniki se sprašujejo o zdravnikovi usposobljenosti in odkritosti.

Le redko doživi bolnik razlago, ki bi bila jasna, ki bi ga razbremenila zaskrbljenosti, in ki bi ga vključila v dejavno sodelovanje pri reševanju lastne zdravstvene težave. Takšna **vkliučitev** bolniku odvzame občutek krivde zaradi duševne motnje, potrdi resničnost

njegovih težav, omogoči mu razumevanje in sprejemanje razlage svojih težav in okrepiti povezanost med zdravnikom in bolnikom. Pri tem ni pomembno samo iskanje razlogov za duševne težave, temveč predvsem povezava med duševnimi in telesnimi dogajanjem.

Veščine in spretnosti sporazumevanja

Bolniki sicer zaznajo spremembe v svojem čustvovanju, duševnosti in nejasne telesne znake, a so jih le poredko pripravljeni povedati drugim (tudi zdravniku). Vsak zdravnik bi zato moral obvladati osnovne besedne in nebesedne veščine sporazumevanja z bolnikom (43). Pomembne novice bolniki navadno hranijo do konca posveta in jih povedo le, če so prepričani, da bodo pri zdravniku naletele na odziv. Zdravnik mora biti odprt za bolnikove pritožbe do konca posveta in jih aktivno iskati še zlasti, če iz samega poteka posveta ni mogel razložiti številnih in nejasnih pritožb. Zdravnik bi torej moral znati (8, 33, 34):

- voditi posvet z bolniki, izluščiti njihove skrbi, pričakovanja in razlage njihovih zdravstvenih težav ter pravilno usmerjati napačne poglede nanje (npr. razlaganje vsake bolečine v žrelu kot streptokokno vnetje, vsake bolečine v prsih kot infarkt srčne mišice ipd.),
- sporočati slabe novice,
- olajšati sprejemanje terminalne bolezni pri bolnikih in svojcih ter žalovanje pri svojcih umrlih,
- pogovarjati se o psihičnih znakih in občutjih brez zadrege,
- racionalno uporabljati psihotropna zdravila in druge metode zdravljenja duševnih motenj,
- svetovati psihiatrično pomoč in ob tem ne dajati omalovažujočega vtisa.

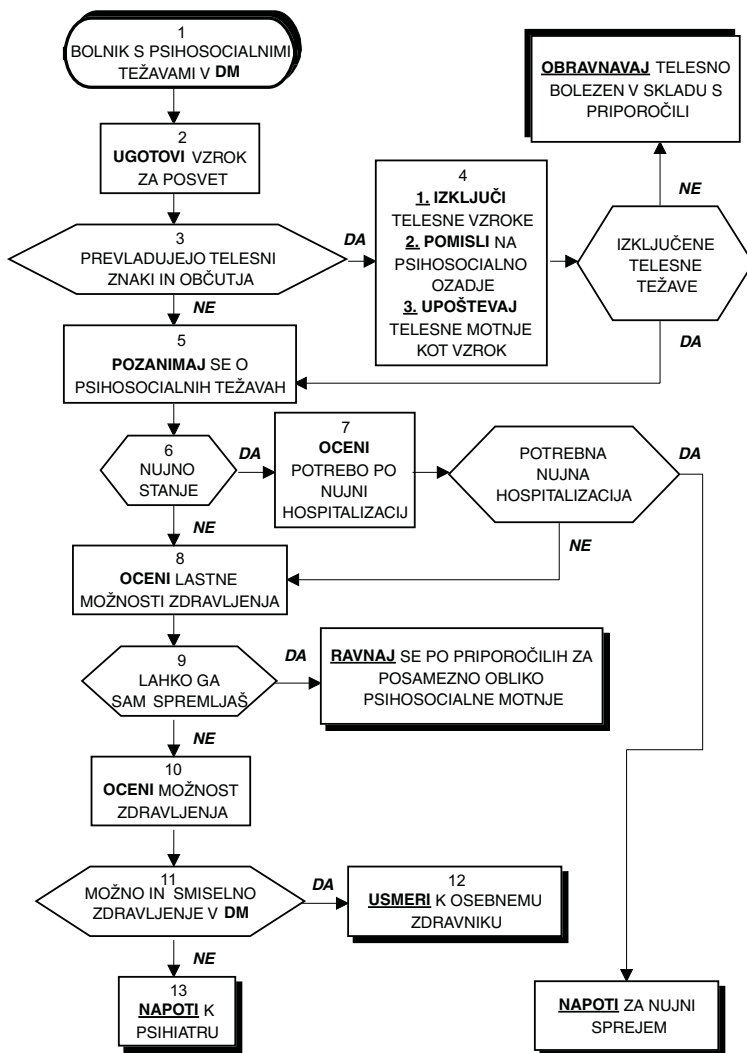
Pri vsem ne smemo pozabiti na čas – bolnik mora imeti občutek, da si je zdravnik zanj vzel čas, ne glede na resnično dolžino posveta. Ključna lastnost dobrih odnosov med zdravnikom in bolnikom je povezanost, do katere pridemo z ustreznim slogom sporazumevanja in vživljanjem v bolnika (45).

Cilj sporazumevanja pri duševnih motnjah

Cilj vsakega posveta naj bi bilo tako sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, ki bi poleg takojšnjih izidov posveta (npr. zmanjšanje zaskrbljenosti, razrešitev zdravstvenih težav, zadovoljstvo bolnika) prineslo še srednjeročne izide (npr. sodelovanje pri zdravljenju, urejena kronična bolezen, ustrezen slog iskanja zdravstvene pomoči) in dolgoročne (npr. sprememba zdravstvenega stanja, daljše življenje, boljša kakovost življenja) (32–34, 43, 44). Zdravnik mora pokazati občutljivost za ta vprašanja, biti pozoren na nebesedna sporočila in prevzeti aktivnejšo vlogo pri odkrivanju vzrokov in pri razlagi povezav med občutji in psihološkim ozadjem (43). Z upoštevanjem bolnikovih pogledov, vzpostavitev zaupnega odnosa in uporabo veščin sporazumevanja bo večino bolnikov uspel prepričati o duševnem ozadju njihovih težav (32, 45). Na ta način se zmanjša njihova zaskrbljenost, ki jih je praviloma tudi prignala k zdravniku (34). Marsikateri bolnik je tako zadovoljen že s samo razlago in ne želi dodatnih pregledov, preiskav, napotitev ali zdravljenja.

Vodenje bolnikov z duševnimi motnjami

Zdravnik družinske medicine bolnike z duševnimi motnjami lahko vodi sam, v sodelovanju s psihiatrom, ali pa vodenje popolnoma prepusti psihiatru (slika 3). Slednje je pravzaprav bolj izjema kot pravilo, saj mora za takega bolnika pogosto poleg predpisovanja zdravil urejati tudi bolnikove pravice zaradi začasne ali trajne delanezmožnosti (50).



Slika 3. Drevo odločanja pri bolniku s prikritimi ali izraženimi duševnimi motnjami pri zdravniku družinske medicine (DM).

Razlike med zdravniki družinske medicine in psihiatri

Pri obravnavi bolnikov z duševnimi motnjami prihaja med psihiatri in zdravniki družinske medicine do razlik, ki jih lahko pripisujemo različni populaciji bolnikov v družinski medicini in pri psihiatru (51). Razlike pa se pojavljajo tudi zaradi drugačnega pristopa k oblikovanju diagnoze (14, 51, 52). Zdravnik družinske medicine pogosto uporablja strategijo primerjave predstavljenih bolnikovih težav s podobnimi primeri. Z dodatnimi vprašanji poskuša najti skladnost med primeri. Zato je uspešnejši pri odkrivanju pogostejših, značilnih motenj, manj uspešen pa pri redkih in nenavadnih oblikah duševnih motenj (42). Kljub razlikam v končnem izidu obravnave oseb z duševnimi težavami ni pomembnih razlik. Delno k temu prispeva dejstvo, da resneje bolne, mlajše bolnike, med katerimi je več moških in bolnikov iz mestnih okolij, zdravniki družinske medicine napotijo k psihiatrom (42). K manjšemu številu diagnoz duševnih bolezni pa verjetno prispeva dejstvo, da mnogi bolniki, ki obišejo zdravnika družinske medicine, neradi sprejmejo hipotezo, da so duševno bolni. Pogosto odklanjajo tudi specifično zdravljenje, ker jim zadošča zagotovilo, da nimajo resne telesne bolezni (42). Med odraslimi bolniki zdravnika družinske medicine ima »psihiatrično« diagnozo le 7,4 % bolnikov (26), med vsemi prvimi diagnozami v splošni medicini jih je v enem letu le 2 % iz poglavja duševnih bolezni (25), kar kaže tendenco zdravnikov, da raje kot »psihiatrično« izberejo somatsko diagnozo za opredelitev obiska.

Predpisovanje psihotropnih zdravil in podpora bolnikom

Za vodenje duševnih motenj je na tržišču obilo primernih zdravil. V letu 1994 so bili v Sloveniji psihofarmaki na četrtem mestu po številu izdanih receptov (7,7 % vseh izdanih receptov). Med samimi psihofarmaki so najpogostejše predpisovana skupina anksiolitiki (kar 64,4 %), sledijo jim nevroleptiki (14,3 %) in hipnotiki (10,4 %), šele na četrtem mestu so antidepresivi (8,8 %) (53). Prvi recept za psihotropno zdravilo pogosto vodi k ponovnemu predpisovanju in s tem h kroničnemu jemanju psihotropnih zdravil, zato je potreben dober premislek in pogovor z bolnikom ob prvem jemanju zdravila (54). Zlasti pri anksioznosti mora biti bolnik poučen, da bo zdravila jemal določeno obdobje do umiritve znakov in bo nato prekinil zdravljenje do naslednjega zagona bolezni. Nasprotno pa se mora depresivni bolnik zavedati, da bo antidepresivna zdravila jemal redno skozi daljši čas. Najboljša preventiva dolgotrajnega jemanja anksiolitikov je pravočasna postavitve prave diagnoze, odkritega pogovora med zdravnikom in bolnikom ter skupno načrtovanje zdravljenja. V zadnjih petih letih je imelo 62 (11 %) bolnikov, starejših od 18 let, vpisanih pri zdravniku družinske medicine, predpisano psihotropno zdravilo (26), kar v primerjavi z epidemiološkimi podatki kaže na to, da verjetno marsikateri bolnik ne dobi ustreznega psihotropnega zdravila.

Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov

Duševne motnje predstavljajo znatno oviranost in se praviloma nagibajo k daljšim odsotnostim. Zavedati se moramo, da pomeni nekaterim bolnikom beg v bolezen in odsotnost z dela poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne morejo rešiti na bolj ustrezen

način. V splošnem velja, naj se bolnik z duševnimi motnjami, če je le mogoče, ne bi odtrgal od dela (50, 55). To še zlasti velja, ko gre za motnje, ki se nagibajo h kroničnosti procesa. Bolniški stalež na eni strani predstavlja razbremenitev, na drugi strani zoženje socialnega kroga. Po daljši odsotnosti se pojavi tudi problem vračanja v delovno okolje.

Sodelovanje med zdravnikom družinske medicine in psihiatrom

Sodelovanje zdravnika družinske medicine in psihiatra ima več ravni (37). Duševne motnje so področje, kjer se stikata delovni področji obeh. Psihiater naj bi v svojo obravnavo prevzel težje, zapletenejše ali bolj trdovratne primere. Pri tem naj bi napotitev postala dogovor o postopkih z bolnikom in prerasla današnjo formalno napotitev. Komunikacija o bolnikih naj postane še bolj dvosmerna, saj za večino takih (napotениh) bolnikov lahko govorimo o skupnem zdravljenju in ne le o zdravljenju pri psihiatru. Ker pa to predstavlja pomembno torišče dela za oboje, bo nujno izoblikovati enotna priporočila za delo, ki bi bila sprejemljiva za oba profila.

Dežurni zdravnik in duševne motnje

Druga vloga zdravnika družinske medicine je vloga dežurnega zdravnika. Kljub prosti dostopnosti bolnika do psihiatra večinoma tudi v nujnih primerih vodi pot preko dežurnega zdravnika družinske medicine.

V času dežurstva se zdravnik družinske medicine srečuje z drugačno populacijo in tudi z nekoliko potencirano simptomatiko. V dežurno ambulanto pridejo predvsem bolniki, ki so obupali nad svojim stanjem in ne morejo čakati svojega zdravnika. Njihovo stanje je navadno nekoliko slabše in klic po pomoči je bolj izrazit. Vendar se marsikatera prednost družinske medicine v okolju dežurne ambulante izgubi (37). Na eni strani to znižuje prag za napotitve k psihiatru, na drugi strani pa bolniku ne nudi take kakovosti, kot bi je bil deležen med normalnim delovnim časom pri svojem zdravniku. V svetu gre ena tretjina napotitev k psihiatru skozi dežurno ambulanto bolnišnice (7), kar ne velja za našo dežurno službo. Skrbi za bolnike z duševnimi težavami v dežurni službi manjka predvsem kontinuiteta spremljanja občutij in učinkov zdravljenja.

Sklep

Duševne motnje so pogoste tako med prebivalstvom kot med obiskovalci zdravnika družinske medicine. Pri postavljanju diagnoze jih moramo zato upoštevati kot eno izmed možnih diagnoz in se ne zanašati na postopek izključevanja manj pogostih telesnih bolezni. Bolnika moramo dejavno vključiti v razlago in razumevanje zdravstvenih težav, povezanih z duševnimi motnjami, kar še zlasti velja za somatoformne motnje. Veščine sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom so pogosto ključ do uspešne razrešitve mnogih psihosocialnih problemov, boljšega odnosa med zdravnikom (in drugimi zdravstvenimi delavci), boljšega sodelovanja bolnika pri zdravljenju, do večjega zadovoljstva bolnikov, manjše uporabe zdravstvene službe in manjših neposrednih in posrednih stroškov zaradi duševnih motenj.

Literatura

1. World health organization. *The introduction of mental health component into primary health care*. Geneva: World health organization, 1990.
2. Švab I. Zdravnik splošne medicine in psihiatrični bolnik. *Zdrav Var* 1992; 31: 14.
3. Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldenhinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994; 272: 1741–8.
4. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika. In: Brinšek B, Stamos V eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji*. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 15–24.
5. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749–56.
6. Bass C. Somatization. *Medicine* 1996; 25: 58–61.
7. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 182–90.
8. Ramirez A, House A. ABC of mental health: Common mental health problems in hospital. *BMJ* 1997; 314: 1679.
9. Eaton WW. Progress in epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews*. 1995; 17: 32–8.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao Shanyang, Nelson CB, Hughes M, Shelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
11. Thompson C. Mood disorders. *Medicine* 1996; 25: 1–5.
12. Connelly JE, Philbrick JT, Smith RG Jr, Kaiser DL, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989; 27(Suppl): S99–S109.
13. Shao WA, Williams JW Jr, Lee S, Badgett RG, Aaronson B, Cornell JE. Knowledge and attitudes about depression among non-generalists and generalists. *J Fam Pract* 1997; 44: 161–8.
14. Armstrong D, Bird J, Fry J, 5 Armstrong P. Perceptions of psychological problems in general practice: a comparison of general practitioners and psychiatrists. *Fam Pract* 1992; 9: 173–6.
15. Howe A. Detecting psychological distress: Can general practitioners improve their own performance? *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 407–10.
16. Peveler R, Baldwin D. Anxiety disorders. *Medicine* 1996; 25: 11–4.
17. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122: 913–21.
18. Williams JBW, Spitzer RL, Linzer M, Kroenke K, Hahn SR, deGruy FV, Lazev A. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 654–9.
19. Yonkers KA, Chantilis SJ. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 632–8.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6.
21. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathways to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 427–8.
22. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 639–45.
23. Kersnik J. Preverjanje uporabnosti prilagojenega Duke-AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. *Zdrav Vars* 1998; 37: 11–4.
24. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749–56.
25. Zdravstveni statistični letopis 1998. *Zdrav Vars* 1999; 38: 230.

26. Kersnik J. Kakovost predpisovanja zdravil. In: Švab I, Kersnik J. *Pedpisovanje zdravil v družinski medicini. 15. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 27–40.
27. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 53: 405–18.
28. Son BK, Markovitz JH, Winders S, Smith D. Smoking, nicotine dependence and depressive symptoms in the CARDIA study. Effects of educational status. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 110–6.
29. Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldenhinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994; 272: 1741–8.
30. Teržan M, Jeren B. Analiza bolniškega staleža za leto 1996. *Zdrav Vars* 1998; 37: 33–40.
31. Weissman MM et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293–9.
32. Salmon P, Peters S, Stanely I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318: 72–6.
33. Pendleton D, Shoefield T, Tate P, Havelock P. *The consultation. An approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford university press, 1993.
34. Tate P. *The doctor's communication handbook*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
35. Švab I, Kersnik J. Vsebina posveta v ambulantni. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 25–32.
36. Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. How does the content of consultations affect recognition by general practitioners of major depression in women? *Brit Gen Pract* 1995; 45: 575–8.
37. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulantni zdravnik splošne medicine in v dežurni ambulantni. In: Brinšek B, Stamos V, eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji*. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 92–104.
38. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Brit J Gen Pract* 1995; 45: 293–6.
39. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship. somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 47–57.
40. Olsson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barrett JE, Blacklow RS. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract* 1995; 41: 543–50.
41. Braspenning J, Sergeant J. General practitioners' decision making for mental health problems: outcomes and ecological validity. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1365–72.
42. Goldberg RJ. Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med* 1995; 98: 278–84.
43. Kersnik J. Besedne in nebesedne večine pri sporazumevanju. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 33–9.
44. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*; 304: 287–90.
45. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 3–9.
46. Parkerson RS Jr, Broadhead E, Tse CKJ. Anxiety and depressive symptom identification using Duke health profile. *J Clin Epidemiology* 1996; 49: 85–93.
47. Dowrick C. Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? *Family Practice* 1995; 12: 461–5.
48. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. V: Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine* 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 7–16.

49. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 17–24.
50. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. In: Žmitek A. *Delazmožnost v psihiatričnih bolnikov*. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 135–41.
51. Whitfield MJ, Winter RD. Psychiatry and general practice: results of a survey of Avon general practitioners. *J Royal College of General Practitioners* 1980; 30: 682–6.
52. Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using depression attitude questionnaire. *Brit J Gen Practice* 1995; 45: 89–92.
53. Oražem A, Pečar – Čad S. Ambulantno predpisovanje nevroleptikov. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Nevroleptično zdravljenje*. Zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1996: 86–95.
54. Zupančič M. Predpisovanje psihofarmakov v ambulantni splošne medicine. In: Švab I, Kersnik J. *Predpisovanje zdravil v družinski medicini: 15. učne delavnice za zdravnike družinske – splošne medicine*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine, 1998: 67–74.
55. Milčinski L. Problemi ocenjevanja delazmožnosti v psihiatriji. In: Bras S, Cvetko B, Kobal M. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 554–9.

Prispelo 1.3.1999