

NEVROTSKE, STRESNE IN SOMATOFORMNE MOTNJE V ABMULANTI ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE IN V DEŽURNI AMBULANTI

Janko Kersnik

*Kar je za en profil obrobna, nepomembna bolezen,
je za drug profil lahko bistveno področje dela.*

UVOD

Zdravnik splošne medicine okoli 80% težav, povezanih z zdravjem, v celoti obvladuje sam s svojim timom. Okrog polovice vseh posvetov v splošni medicini je zaradi psihosocialnih težav ali pa so povezani z njimi. Pri ostalih obravnava nujna stanja ali začetne oblike bolezni, ko so znaki in občutja še slabo izraženi, in se po potrebi odloča za napotitev k drugemu specialistu. V svojem prispevku bi na delo zdravnika splošne medicine pokazal iz dveh zornih kotov, v obeh njegovih vlogah: zdravnik splošne medicine in dežurni zdravnik.

Prva je vloga zdravnika splošne medicine, ki skrbi za zaokroženo, dobro poznano populacijo. Bolnike obravnava v svoji ambulanti in na domu. Zaradi stalnosti o večini bolnikov ve marsikaj o njihovi osebni, družinski in delovni anamnezi, pozna tudi pretekle epizode podobnih stanj. Z bolniki si skozi leta zgradi zaupen in domač odnos, ki mu pomaga pri sporazumevanju. Vse to mu omogoča, da se pri znakih in občutjih duševnih motenj odloči za odprto čakanje in naroči kontrolni posvet pri odvrnljivo nevarnem poteku. Posvet poteka v bolniku in zdravniku vajenemu okolju, kar dodatno olajša sporazumevanje in zaznavanje besednih in nebesednih sporočil.

Druga je vloga dežurnega zdravnika, ki se srečuje predvsem z, za bolnika, nujnimi stanji. Prevladujejo predvsem panični napadi različne jakosti z močno somatizacijsko komponento. Obvladovanje večšin sporazumevanja je zlasti pomembno, da bolnika pomirimo, da v njegovem primeru ne gre za ogrožujoče stanje. Ker bolnika ne more spremljati isti zdravnik, je to precejšnja pomanjkljivost.

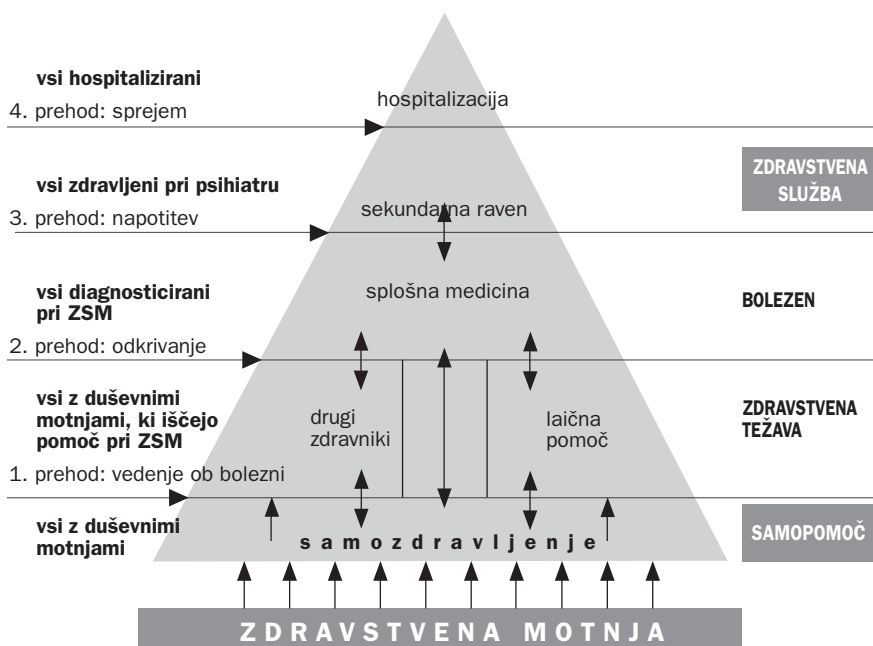
asist. JANKO KERSNIK, dr.med.
ZD Jesenice, ZP Kranjska gora
Koroška 2, 4280 Kranjska gora

Spoznavanje in obravnava duševnih motenj v splošni medicini verjetno ni najboljše. Na manjšo motiviranost za obravnavo tovrstne problematike vpliva nizka prioriteta psihosocialnih težav v strokovnih in akademskih krogih. Za duševne težave neupravičeno velja, da ne ogrožajo življenja tako kot telesne bolezni, čeprav ob visoki stopnji samomorilnosti in samomorilnega vedenja to nikakor ne drži. Še večji problem predstavlja občutek nekompetentnosti, t.j. nezadostne usposobljenosti za obravnavo bolnika s psihosocialnimi problemi. Tudi na tem področju se stroka hitro razvija in je posameznik, ki ni ožje usmerjen, ne more spremljati. Težko je dobiti povratne podatke o uspehih pri zdravljenju takih problemov. Dodaten problem je nujnost sodelovanja drugih profilov na tem področju. Ob tem pa različne šole zagovarjajo različne pristope, kar dodatno vnaša dvom o kompetentnosti. Z izobraževanjem na področju sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom so narejeni prvi čvrsti koraki k boljši diagnostiki in vodenju bolnikov s psihosocialnimi težavami.

DUŠEVNE MOTNJE V SPLOŠNI MEDICINI

Med prebivalstvom so duševne težave pogoste. Vplivajo na dobro počutje in zaradi pogostosti znakov in občutij, ki se ob tem pojavljajo, ljudje pogosto iščejo strokovno pomoč. V splošni populaciji se podatki gibljejo med 50 % za življenjsko pogostnost in 30 % za letno pogostnost (1). Okoli 40 % bolnikov, ki se posvetujejo s svojim zdravnikom splošne medicine kaže določeno mero duševnih motenj (2). Po še neobjavljenih podatkih raziskave v treh splošnih ambulantah v Sloveniji je imelo v času raziskave 37 % dlje časa znano diagnozo duševne motnje, medtem ko je kar 51 % anketirancev kazalo znake duševnih težav (Kersnik, osebno sporočilo). Pri tem se bolniki pogosto niti 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 (3). Mnoge duševne motnje ostajajo tako neodkrita in pogosto govorimo o ledeni gori duševnih motenj (4, 5) (slika 1).

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 bolnik, ki zaradi znakov in občutij duševne motnje obiščejo zdravnika splošne medicine), tretje ravni (vsi odkriti duševni bolniki v splošni medicini) do četrte (vsi, ki se zdravijo pri psihiatru) in zadnje, pete (hospitalizirani). 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).



Za ustrezno obravnavo duševnih motenj je zato pomembno, da ljudje v splošni populaciji dojemajo svoje težave kot posledico duševnih motenj. Pri tem morajo biti prepričani, da jih je smiselno in moč zdraviti. Anksioznost je pravzaprav normalen odgovor na stresni dogodek in je pogosto kratkotrajna. Skoraj tri četrtine ljudi ima kakšno bojazen, "napade", panične motnje ali splošno nervoznost, ki pa večinoma ne zadoščajo merilom psihiatrične bolezni (6). Klinično pomembna anksioznost je v splošni populaciji prisotna pri 5-7 % ljudi. To število v zdravstveni ustanovi narašča na 25 % in več bolnikov z izraženo anksioznostjo (7). Bolnike lahko

osveščamo preko množičnih občil in z drugimi oblikami izobraževanja. Za zdravnika splošne medicine je pomembna predvsem individualna vzgoja v obliki plakatov, zloženek in osebnih informacij.

Ko je bolnik, ki se je zavedel svojih duševnih težav ali so vzrok njegovim težavam duševne motnje, ki se jih ne zaveda, izkoristil vse druge možnosti za samopomoč v svojem okolju, se navadno obrne na svojega zdravnika splošne medicine. V za bolnika nujnih primerih (največkrat so to panične reakcije) je to tudi dežurni zdravnik. Pri tem se srečata spoznavni poti dveh strokovnjakov za konkretno stanje, ki dosežeta svoj višek v posvetu (8).

Nevrotske, stresne in somatoformne motnje so kljub svoji pogostosti neke vrste bela lisa tako na zemljevidu delovnega profila zdravnika splošne medicine kot tudi psihiatra. Za prvega predstavlja področje, za katerega meni, da se nanj ne spozna najbolje, za drugega pa ne predstavlja enakega strokovnega zadovoljstva, kot mu ga ponuja obravnava "pravih" psihiatričnih bolezni. Na eni strani na to vpliva klasična medicinska vzgoja, ki nas poglobljeno pripravlja na redko, izjemno, posebno, dramatično in vrhunsko medicino, medtem ko nas s pogostimi in "manj pomembnimi" zdravstvenimi težavami naših bolnikov seznanjajo bolj obrobno. Na drugi strani psihiatrija sama stoji nekje na obrobju medicine in duševnost s svojimi motnjami le počasi postaja del celostnega pogleda na bolnika. Pa tudi v psihiatričnih krogih omenjene motnje v glavnem zasedajo obrobno mesto, ker se skrivajo za drugimi, predvsem somatskimi diagnozami, obremenjujejo predvsem zdravnika splošne medicine in manj psihiatre, pa tudi zato, ker zdravljenje samo niti ni tako potrebno niti ne daje dramatičnih rezultatov. Hkrati se naši bolniki vedno bolj zavedajo, da so tudi psihosocialne težave, ki so jih včasih reševali v okviru formalnih in neformalnih družbenih skupin, tudi predmet medicine in zato upravičeno pričakujejo, da jim bo zdravstvena služba pri tem pomagala.

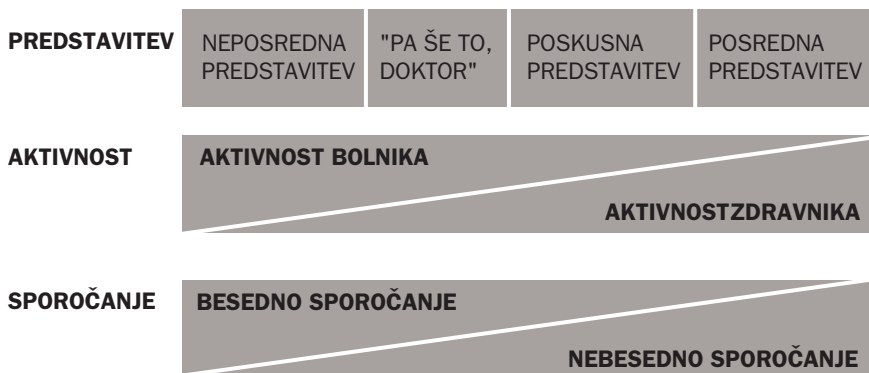
Lastnosti posveta pri bolniku z duševnimi težavami

Zdravnik splošne medicine se srečuje s široko paleto pritožb svojih bolnikov. Znaki in občutja so navadno še zelo slabo izraženi in izvirajo iz različnih telesnih in duševnih ozadij. V kratkih minutah posameznega posveta se zdravnik splošne medicine pogosto sooči z več kot eno težavo hkrati (9). Težave so navadno mešanica telesnih, duševnih, socialnih in družinskih težav (5). Bolniki želijo dobiti odgovore na tri bistvena vprašanja:

- 1. Ali je to, kar imajo, resno?*
- 2. Kakšno bolezen imajo?*
- 3. Ali se da ozdraviti?*

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 (10). Ne redko se to zgodi šele na zaključno vprašanje zdravnika: "Ali imate še kake druge težave?" ali pa se takorekoč 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. Trd oreh pa so posveti zaradi težav, za katere je bolnik prepričan, da so telesnega izvora (slika 2). Zdravnik mora v vseh primerih pokazati občutljivost za ta vprašanja, biti pozoren na nebesedna sporočila in prevzeti aktivnejšo vlogo pri odkrivanju vzrokov (11).

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



Pri tem zdravnik pogosto spregleda psihosocialno ozadje bolnikovih težav, ki jih večinoma lahko pripišemo neustreznemu slogu vodenja posveta in slabemu sporazumevanju (12).

Razlike med psihiatri in zdravniki splošne medicine pri obravnavi bolnikov z duševnimi težavami

Pri obravnavi bolnikov za duševnimi motnjami prihaja do razlik, ki jih lahko pripisujemo različni populaciji bolnikov v splošni medicini in pri psihiatru (slika 1). Razlike pa se pojavljajo tudi zaradi drugačnega pristo-

pa k oblikovanju diagnoze. Zdravnik splošne medicne pogosto uporablja strategijo primerjave predstavljenih bolnikovih težav s podobnimi primeri. Z dodatnimi vprašanji poskuša najti skladnost med primeri (9). Zato bo uspešnejši pri odkrivanju pogostejših, značilnih motenj, manj uspešen pa pri redkih in nenavadnih oblikah duševnih motenj (13). V primerjavi s standardiziranimi vprašalniki in psihiatričnim intervjujem postavijo manj "psihiatričnih" diagnoz (2). Kljub razlikam v diagnosticiranju in zdravljenju ni uspelo ugotoviti pomembnejših razlik v izidih oseb z duševnimi težavami. Delno k temu prispeva dejstvo, da resneje bolne, mlajše bolnike, med katerimi je več moških in bolnikov iz mestnih okolij, zdravniki splošne medicine napotijo k psihiatrom (13). K manjšemu številu diagnoz duševnih bolezni pa verjetno prispeva dejstvo, da mnogi bolniki, ki obiščejo zdravnika splošne medicine, neradi sprejmejo hipotezo, da so duševno bolni. Pogosto odklanjajo tudi specifično zdravljenje, ker jim zadošča zagotovilo, da nimajo resne telesne bolezni (13). Zmanjšanje zaskrbljenosti je tako pomembna naloga zdravnika splošne medicine.

Pomembno vlogo ima obravnava bolnika v kontekstu družine, delovnega in socialnega okolja. Pričakovana pogostnost duševnih motenj pri določeni skupini bolnikov prispeva k postavitvi diagnoze. Pomembno je tudi psihosocialna usmerjenost zdravnika (2). Slog sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom pomembno prispeva k spoznanju duševnih motenj. Stalnost v splošni medicini vpliva na povezanost med bolnikom in zdravnikom, kar zveča verjetnost razkritja globljih vzrokov za bolnikov obisk (14). K boljšemu razpoznavanju bistveno prispeva obvladovanje veččin sporazumevanja, ki jih je možno pridobiti s sodobnim načinom poučevanja teh spretnosti (14, 15).

Zdravnik prvega stika (zdravnik splošne medicine) se v zahodni kulturi prvi sreča z duševnimi motnjami. Prednosti in pomanjkljivosti splošne medicine pri obravnavi psihosocialnih težav so nanizane v tabeli 1. Razpoznava je pogosto težka, tako da ne preseneča, da veliko bolnikov z duševnimi težavami ni pravilno prepoznanih (13). 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 (3). 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 (16). Pomen pravočasnega razpoznavanja duševnih motenj je več kot na dlani.

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

	+	-
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

Zdravniku splošne medicine v Sloveniji se je položaj zdravnika prvega stika v zadnjem času še okrepil. Prevladalo je tudi prepričanje o prednosti osebnega - družinskega - izbranega zdravnika. Večja pooblastila zdravniku nalagajo tudi večjo odgovornost za pravočasno razpoznavo stanj, kjer je potrebno ustrezno ukrepati. Prezaposlenemu zdravniku razpoznavna 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 2). V takih primerih je zdravnik manj pozoren in nehoti lahko spregleda osnovni razlog za obisk (7). Tudi bolniki se ne zavedajo vedno povezave med svojim duševnim počutjem in telesnimi znaki, ki so pogosto alarmantnejši.

Naloge zdravnika splošne medicine pri odkrivanju, obravnavi in vodenju bolnikov z duševnimi motnjami

Duševne motnje postajajo pomemben del prizadevanj za dobro počutje vseh ljudi (17). Zato naj bi bil vsak zdravnik občutljiv za duševne in socialne težave bolnikov. Zdravnik splošne medicine igra pri tem pomembno vlogo, saj ima pogoste stike s svojimi bolniki. Duševne motnje so tista oblika zdravstvenih težav, ki jih mora zdravnik pogosto odkriti med množico bolnikovih pritožb (18). Predvsem mora biti sposoben spoznati, kdaj telesni znaki in občutja odslikavajo duševne težave (19). Duševne težave se pogosto kažejo pretežno s telesnimi znaki in občutji.

Somatizacija namreč predstavlja 20 % vseh prvih posvetov v splošni medicini (3) in enega najpogostejših razlogov za zakasnitev pri postavljanju diagnoze (4). Vendar prav za te bolnike priporočajo, naj bi jih zdravili v splošni medicini (3).

Če je za psihiatrijo sprejemljiva metoda izključitev vseh možnih somatskih stanj in trajanje bolezenskih občutij tudi preko dve leti, si zdravnik splošne medicine s tem ne more pomagati. V splošni medicini mora biti psihosocialna motnja že v diferencialni diagnozi. Tja sodi že zaradi pogostosti (4, 6). Zdravnik naj bi uporabljal "dvotirno" psihosomatsko razmišljanje - od vsega začetka mora hkrati misliti na možnost duševnih in telesnih vzrokov za bolnikove težave (20).

V Sloveniji pogrešamo orodja, ki bi zdravniku pomagala pri odkrivanju ljudi z večjim tveganjem za duševne motnje. V svetu so razvili številne vprašalnike (18, 19, 21, 22). S presejevanjem je namreč možno odkriti ljudi z večjo verjetnostjo, da imajo duševne težave. To bi bila lahko ena od poti, kako olajšati sporočanje in odkrivanje psihosocialnih motenj pri tistih skupinah ljudi, ki imajo manj stikov z zdravstveno službo. V Sloveniji so to mladostniki, ženske v prvem letu po porodu in mladi moški. Hkrati bi s tem povečali tudi občutljivost in samozaupanje zdravnikov na primarni ravni za obravnavo psihosocialnih težav.

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

- 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 težaven bolnik, ki je bolj problem zdravnika, ki se ni znal lotiti bolnikovih težav, kot pa problem bolnika samega (16). Verjetno je najustreznejša rešitev v teh primerih uporaba veščin dobrega sporazumevanja, saj pravilno diagnosticirane in razumljene težave zmanjšajo breme težavnih bolnikov (23).

Pomanjkanje časa je znana krilatica. Seveda je za ustrezno psihosocialno obravnavo v splošni medicini vedno premalo časa, čeprav podatki v tuji literaturi govorijo o nasprotnem (24). Glede na ponavljanje in ponovne obiske je vsak zdravnik močno zainteresiran, da gordijski vozle slej ko prej preseka in si za takega bolnika vzame nekaj več časa. Ob upoštevanju lastnosti bolnikov s psihosocialnimi težavami bo v posvetu upošteval naslednje:

- Bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitev. Za to bo porabil manj časa, ko 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 mu bo 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 (2, 3, 6, 12, 13, 19, 20).

Zdravnik se mora pri tem izogibati avtoritativnemu slogu, prekinjanju bolnikovega pripovedovanja, zaprtim (da/ne) vprašanjem v zvezi s telesnimi znaki in čustveni hladnosti (13).

DEŽURNI ZDRAVNIK IN PSIHOSOCIALNE MOTNJE

Druga vloga zdravnika splošne medicine je vloga dežurnega zdravnika. V Sloveniji imamo edinstveno organizacijo zdravstvene službe izven delovnega časa. Za razliko od večine zahodnoevropskih držav zdravnik splošne medicine poleg nujnih hišnih obiskov v tem času opravlja, vodi tudi delo v dežurni ambulanti, ki se nahaja v zdravstveni ustanovi na primarni ravni in sodeluje v nujni medicinski službi (25, 26, 27, 28). Praktično ne poznamo proste dostopnosti do internista, kot je v veljavi v tujini, kjer se otepajo s preobremenjenostjo internističnih dežurnih ambulant s kazuistikom, ki sodi na primarno raven ali k drugim specialistom. Kljub prosti dostopnosti do psihiatra, pa v nujnih primerih večinoma vodi pot preko dežurnega zdravnika splošne medicine.

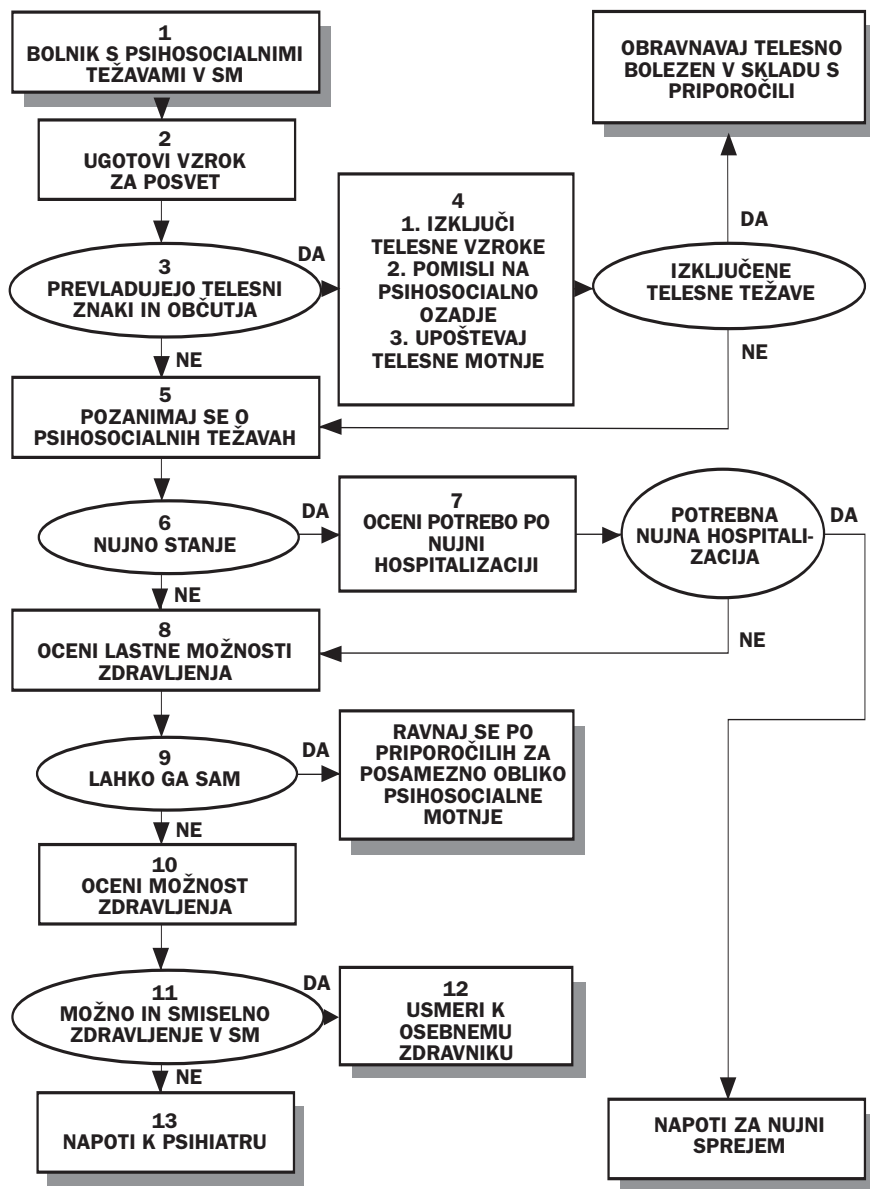
V času dežurstva se zdravnik splošne medicine srečuje z drugačno populacijo in tudi z nekoliko potencirano simptomatiko. V dežurno ambulantno pridejo predvsem bolniki, ki so obupali nad svojim stanjem in ne morejo čakati svojega zdravnika. Njihovo stanje je navadno nekoliko slabše in klic po pomoči je bolj izrazit. Vendar se marsikatera prednost splošne medicine v okolju dežurne ambulate izgubi. 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 ambulantno bolnišnico (4), kar po osebnih izkušnjah ne velja za našo dežurno službo. Skrbi za bolnike z duševnimi težavami v dežurni službi manjka predvsem kontinuiteta spremljanja občutij in učinkov zdravljenja.

Slika 3 povzema pot odločanja pri obravnavi bolnika s psihosocialno motnjo, ki bi bila lahko primerna za delo zdravnika splošne medicine v dežurni ambulanti in tudi pri rednem delu.

SKLEP

Sodelovanje zdravnika splošne medicine in psihiatra ima več ravni. Psihiater mora bolj kot doslej biti zdravniku splošne medicine učitelj na tistih področjih, ki so pomembna za kakovost njegovega dela. Psihosocialne motnje so prodročje, kjer se stikata delovni področji obeh. Psihiater bi moral v svojo obravnavo prevzeti težje, zapletenejše ali bolj trdovratne primere. Pri tem bi morala napotitev postati dogovor o postopkih z bolnikom in prerasti današnjo formalno napotitev. Komunikacija o bolnikih naj še bolj postane dvosmerna, saj za večino takih (napotenih) bolnikov lahko govorimo o skupnem zdravljenju in ne le o zdravljenju pri psihiatru. Ker pa to predstavlja pomembno torišče dela za oba bi bilo nujno izoblikovati enotna priporočila za delo, ki bi bila sprejemljiva za oba profila. Ob poznavanju osnovnih tehnik sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom delo s takimi bolniki ne bi smelo predstavljati posebnega problema. Pri vživljanju v težave naših bolnikov ne smemo pozabiti na pravo mero, da nas pretirana zavzetost ne bi zapeljala v nepotrebno etiketiranje bolnikov s psihiatričnimi diagnozami ali v osebno izgorelost zaradi prevelike čustvene navezanosti. Za hojo po robu med skrajnostmi potrebuje vsak zdravnik prijatelje, da se lahko "ventilira". Zadovoljstvo pri delu s takimi bolniki pa nam bo zaenkrat še vedno nudila le izjava katerega izmed njih: "Gospod doktor, hvala, ker ste me poslušali. Sedaj se kar nekoliko bolje počutim. Mislim, da bo šlo."

Slika 3: Drevo odločanja pri bolniku s prikrito ali izrazito psihosocialno simptomatiko pri zdravniku splošne medicine.



1. 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 Psych* 1994;51:8-19.
2. Armstrong D, Bird J, Fry J, Armstrong P. Perceptions of psychological problems in general practice: a comparison of general practitioners and psychiatrists. *Fam Pract* 1992;9:173-6.
3. Bass C. Somatization. *Medicine* 1996;25:58-61.
4. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*. 1995;17:182-90.
5. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996;13:75-83.
6. Eaton WW. Progress in epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews*. 1995;17:32-8.
7. Peveler R, Baldwin D. Anxiety disorders. *Medicine* 1996;25:11-4.
8. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:7-16.
9. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *Fam Pract* 1996;42:139-44.
10. 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.
11. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:17-24.
12. Kersnik J. Besedne in nebesedne veščine pri sporazumevanju. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:79-90.
13. Goldberg RJ. Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med* 1995;98:278-84.
14. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:33-40.

15. Švab I, Kersnik J. Učenje sporazumevanja. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:91-96.
16. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Brit J Gen Pract* 1995;45:293-6.
17. The introduction of mental health component into primary health care. Geneva: World health organization, 1990:1-59.
18. 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.
19. 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.
20. Braspenning J, Sergeant J. General practitioners' decision making for mental health problems: outcomes and ecological validity. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1365-72.
21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Brit J Psych* 1987;150:782-6.
22. 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.
23. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship. somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994;47:647-57.
24. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barrett JE, Blacklow RS. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract* 1995;41:543-50.
25. Kersnik J. Nujni posegi ekipe nujne medicinske službe Jesenice v letu 1995. *Zdrav Var* 1996;35:201-8.
26. Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *BMJ* 1995; 310: 6.
27. Hallam L, Cragg D. Organisation of primary care services outside normal working hours. *BMJ* 1994; 309: 1621-3.
28. Olesen F, Jølleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994; 309: 1624-6.