УПАТСТВА ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ПСИХИЈАТРИЈА

СОДРЖИНА - ЛИНКОВИ

БИПОЛАРНО РАСТРОЈСТВО (МАНИЈАЧНО-ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО) 635
КРАТКИ ИНТЕРВЕНЦИИ КАЈ ТЕШКО КОНСУМИРАЊЕ АЛКОХОЛ 641
ИСЦРПЕНОСТ 644
ГРИЖА ЗА СИЛУВАНА ЖРТВА 646
ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИ ЛИЦА 648
ДЕЛУЗИВНО РАСТРОЈСТВО 652
ДЕЛУЗИВНИ СИМПТОМИ КАЈ СТАРИ ЛИЦА 654
ДЕПРЕСИЈА И ДРУГИ ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА 658
ДЕПРЕСИЈА КАЈ СТАРИ ЛИЦА 661
ДЕПРЕСИЈА, ЛЕКОВИ И СОМАТСКИ БОЛЕСТИ 665
ТРЕТМАН СО ЛЕКОВИ НА АНКСИОЗНОСТ И (ОДНОСНИТЕ) РАСТРОЈСТВА НА ОДНЕСУВАЊЕТО (ОБНОСКИТЕ) 667
ЛЕКОВИ КОИ СЕ КОРИСТАТ ПРИ ПСИХИЈАТРИСКИ ИТНИ СЛУЧАИ 670
СООЧУВАЊЕ СО ЗАВИСНИЦИ ОД ЛЕКОВИ ВО АМБУЛАНТНА НЕГА 673
ЗГОЛЕМЕНА АЛВЕОЛАРНА ВЕНТИЛАЦИЈА 676
РАСТРОЈСТВА НА МЕМОРИЈАТА И ДЕМЕНЦИЈА 678
МЕНТАЛНИ РАСТРОЈСТВА НАСТАНАТИ ПОРАДИ ОРГАНСКА БОЛЕСТ 681
НЕВРОЛЕПТИЧЕН МАЛИГЕН СИНДРОМ (НМС) 685
ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНО РАСТРОЈСТВО (ОКР) 688
ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО 692
ПОСТПАРТАЛНА ПСИХОЗА И ДРУГИ ПОСТПАРТАЛНИ РАСТРОЈСТВА 696
ПСИХОТЕРАПИИ ЗА СТАРИ ЛИЦА 699
ПСИХОТЕРАПИЈА ВО ОПШТАТА ПРАКТИКА 705
ПРЕПОЗНАВАЊЕ И ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ ДЕПРЕСИЈА 708
ШИЗОФРЕНИЈА 711
ТРЕТМАН НА ДЕМЕНЦИЈА 718
ТРЕТМАН НА ЗАВИСНИЦИ ОД ЛЕКОВИ 722
ТРЕТМАН НА НЕСОНИЦА 730
ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА 733
УТВРДУВАЊЕ НА ФИЗИЧКОТО И 736
НА МЕНТАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАЊЕ 736
РИЗИЦИ ОД САМОУБИСТВО ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈА 742
ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ 745
ОД СТРАНА НА АДОЛЕСЦЕНТИ 745
АДОЛЕСЦЕНТ И ДОЛГОТРАЈНА БОЛЕСТ 748
ТРАНССЕКСУАЛИЗАМ 751
НЕКОНТРОЛИРАНО МОКРЕЊЕ 753
РАСТРОЈСТВА НА ПРИСПОСОБУВАЊЕ ВО ДЕТСТВОТО 755
АДОЛЕСЦЕНТНА ПСИХОЗА 757
АУТИЗАМ 761
ТИРАНИЗИРАЊЕ НА УЧИЛИШТЕ 764
ДЕПРЕСИЈА ВО ДЕТСТВО 766
ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО ВО ДЕТСТВО 770
РАСТРОЈСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ 772

ДЕПРЕСИЈА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ 774
РАСТРОЈСТВА ВО ИСХРАНАТА 779
КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ 779
ЕНКОМПРЕЗА (НЕЗАДРЖУВАЊЕ НА ИЗМЕТОТ) 783
РАСТРОЈСТВА ВО УЧЕЊЕТО 786
МАРГИНАЛИЗАЦИЈА НА АДОЛЕСЦЕНТИ 788
МЕДИЦИНСКИ ИСПИТУВАЊА ВО КЛИНИКИ ЗА ДЕЦА 790
ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА 802
ПСИХИЈАТРИСКА ПРОЦЕНА И УПАТУВАЊЕ НА ТРЕТМАН НА АДОЛЕСЦЕНТИ 804
ПСИХИЈАТРИСКА БОЛЕСТ КАЈ РОДИТЕЛОТ ОД АСПЕКТ НА ДЕТЕТО 806
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈА НА ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ 810
ПРЕПОЗНАВАЊЕ И ТРЕТМАН НА СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА НА ДЕТЕ 813
ПОВРАТНИ ПСИХОГЕНИ СТОМАЧНИ БОЛКИ И ГЛАВОБОЛКИ КАЈ ДЕЦА 817
РИЗИЦИ ОД САМОУБИСТВО ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈА 818
САМОУБИСТВЕНО ОДНЕСУВАЊЕ 821
ВО ДЕТСТВО И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА 821
РАСТРОЈСТВА НА НЕВОЛНО ДВИЖЕЊЕ (ТИК) ВО ДЕТСТВО 823
ТРЕТИРАЊЕ ПСИХОЛОШКИ ПРОБЛЕМИ НА ИНТЕЛЕКТУАЛНО НЕСПОСОБНИТЕ
ЛИЦА ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА НЕГА 826
НАСИЛСТВО И ЗЛОУПОТРЕБА НА ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ 831
ПАЦИЕНТ СО ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ 835
АДХД И МБД СИНДРОМИ 839
АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО 842
РАСТРОЈСТВА НА ПРИСПОСОБУВАЊЕ 847

АЛГОРИТМИ ПСИХИЈАТРИЈА 851

БИПОЛАРНО РАСТРОЈСТВО (МАНИЈАЧНО-ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО)

- **Основни правила**
- **Општа распространетост и класификација**
- **Симптоми и дијагноза**
- **Различни дијагнози**
- **Третман**
- **Третман со литиум**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Основна цел на лекувањето е да се спречи повторната појава на маничните и депресивните епизоди.
- Да се процени состојбата на пациентот од аспект на негова безбедност и функционална неспособност и да се постави на оптимален третман.
- Да се спроведе хоспитализација на маничен пациент.
- Да се препознае можна злоупотреба на супстанции, која може да е проблем при диференцијалната дијагноза или да е секундарен проблем.

ОПШТА РАСПРОСТРАНЕТОСТ И КЛАСИФИКАЦИЈА

- Зачестеноста на биполарното растројство во текот на животот е приближно 1.3-1.6%.
- Од пациентите со биполарно растројство, 10-20% извршуваат самоубиство и се проценува дека една третина направиле најмалку еден обид.
- Растројството е класифицирано во две категории:
  - Тип 1 растројство вклучува и манични и депрсивни епизоди.
  - Кај тип 2 растројство, наизменични се епизодите на хипоманија и депресија.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Пациентот, вообичаено, има епизоди на тешка депресија и маничност или хипоманија, додека се ретки само маничните епизоди.

Хипоманија

- Умерено, но јасно забележливо покачување на расположението кое се разликува од вообичаеното функционирање на пациентот.
- Времетраењето варира од денови до недели.

- Присутни се најмалку три од наведените симптоми:
- Зголемување на активност и физички немир;
- Зголемување на говорливоста;
- Тешкотии во концентрацијата и расеаност;
- Намалување на потребата за спиење;
  - Зголемување на сексуалниот интерес и однесување;
  - Неконтролирано трошење пари или друго непромислено однесување;
  - Зголемување на дружељубивоста или зближување со луѓето.

Манија

- Симптомите се исти како за хипоманија, но се поизразени и поради тоа има губење на работната способност и одраз на социјалното функционирање.
- Ако симптомите се развиваат полека, тие не се идентификувани веднаш како абнормални.
- Пациентот може за време на консултацијата со лекарот да се однесува нормално и да дава добри објаснувања за неговото однесување. Затоа, анамнезата, покрај од пациентот, треба да се земе и од други лица блиски на пациентот.
- За дијагностицирање, три (четири ако е присутна иритабилност) од следниве симптоми треба да се присутни најмалку една недела:
  - Зголемување на активноста и физичкиот немир;
  - Зголемување на говорливоста или наплив на зборови;
  - Проток на мисли или чувства поради забрзаното размислување;
  - Недостаток на потиснување;
  - Смалена потреба од спиење (пациентот, типично, спие само неколку часа во ноќта);
  - Зголемена самодоверба или делузија на грандиозност;
  - Расеанот или постојана промена во активноста или плановите;
  - Непромислено и неодговорно однесување кое пациентот не го препознава;
  - Зголемена сексуална активност и промискуитет.
- При психотичните мании, пациентот има или делузии или халуцинации.
- Понекогаш може да се развие и делирантна состојба, состојба на конфузност која бара веднаш да се спроведе адекватен третман.

Епизоди на депресија

- Фазите на депресија кај биполарното растројство не се разликуваат од тешките состојби на депресија.

Мешани епизоди

- Епизодите на манија и депресија се присутни истовремено или брзо се менуваат наизменично (брзо менување на циклуси).
- Расположението може да е депресивно, но активноста може да е забрзана.
- Типично, состојбата на пациентите брзо се менува и се менуваат симптомите на двете екстремни расположенија, но има и период на истовремено постоење на спротивставените симптоми.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Некои медикаменти (амфетамини, кортикостероиди, леводопа исониазид) и хипер-

тиреоидизам, како и некои интракранијални процеси може да предизвикаат манија, иако многу ретко.
- Алкохол и злоупотреба на супстанции.

ТРЕТМАН

- Ако пациентот нема потврдена дијагноза на биполарно растројство, потребна е консултација со психијатар.
- По акутната фаза, неопходна е превенција од појава на следни епизоди. Да се следи психијатрискиот статус на пациентот, да се спроведе едукација на пациентот и неговите најблиски за биполарното растројство за да се идентификуваат следните епизоди во рана фаза и да се избегнат факторите на ризик, како што се стресот и недостатокот на спиење.
- Психосоцијалните интервенции може да имаат ефект врз биполарните растројства (**ннд[1]-С**).

Опциите за третман во различните фази на растројството се дадени во **табела 1**.

Акутна манија

- Маничните пациенти имаат потреба од хоспитализација и принуден третман доколку пациентот не се согласува.
- Литиум е терапија на избор за манија. Кај тешките мании, антипсихотикот може да се комбинира со него, на пример халоперидол p.o. или i.m. во дози од по 5 mg давани на секои 30-60 минути. Повеќе од 40 mg на ден е ретко потребно. Кај постарите пациенти, дозите се 1-2 mg.
- Следење на екстрапирамидалните странични ефекти, посебно акатизијата (субјективно чувство на мускулен немир предизвикано од лековите кое може да предизвика неспокојство, раздвиженост, вознемиреност), кои може лесно да се помешаат со симптомите на манија.
- Ако кај пациентот постои немир (неспокој), бензодиазепинот може да се комбинира со антипсихотикот.
- Карбамазепинот, валпроатот, оланзапинот и електроконвулзивна терапија се во употреба за третман на акутна манија.

Табела 1: Рекапитулар на опции за третман на тип 1 биполарно растројство во разни фази на растројството

Фаза
Акутна манија
Литиум (концентрации од 0.80 до 1.20 **mmol/l**)
valproate
carbamazepine
антипсихотици (се престанува по 6-12 недели од подобрувањето)
clonazepam (се престанува по 6-12 недели од подобрувањето)
Горните лекови во комбинација со
електроконвулзивна терапија (во случаи резистентни на терапија)

1 Ннд = ниво на доказ

Фаза
Епизоди на депресија
Литиум (концентрации од 0.80 до 1.20 **mmol/l**)
lamotrigine
carbamazepine
-Горните лекови во комбинација со
антидепресиви (само во комбинација со еден од горните лекови; се престанува по 6-12 недели од подобрувањето)
Електроконвулзивна терапија
Мешани епизоди
valproate
Литиум (0.80-1.20 **mmol/l**)
carbamazepine
lamotrigine
-Горните лекови во комбинација
Електроконвулзивна терапија
Брзо циклирање
valproate
carbamazepine
Литиум
-Горните лекови во комбинација
Терапија на поддршка
Литиум (концентрации од 0.60 до 1.00 **mmol/l**)
carbamazepine
valproate
-Горните лекови во комбинација.

ТРЕТМАН СО ЛИТИУМ

Воведување

- Со литиум може да се започне веднаш кога дијагнозата на манија е потврдена.
- Почетната доза е 600-1.200 mg/ден во две дози (**ннд-А**).
- 80% од пациентите се чувствуваат подобро за 2-3 недели.
- Антипсихотичниот третман може да се прекине кога ефектите од литиумот ќе станат сосема видливи.
- Валпроат (**ннд-В**) и карбамазепин (**ннд-D**) се алтернативни средства на литиумот.
- Констатирано е дека долготрајната терапија со литиум го намалува ризикот од самоубиство кај биполарното растројство (**ннд-С**).
- Пред да се започне со третманот, треба да се направат следниве испитувања:
  - Седиментација на еритроцити;
  - Крвна слика (литиумот често предизвикува бенигни леукоцитози, со леукоцити 11-15x10^9/l, кое може да маскира инфекција);

- ЕКГ;
- Тест на функцијата на тиреоидната жлезда (ако е покачена, литиумот е контраиндициран);
- Тест на присуство на протеини во урината (при протеинурија, литиумот е контраиндициран);
- Електролитен статус (Na^+, K^+) и креатинин (функцијата на бубрезите);
- Клиренс на креатинин во случај на сомнение или потврдена бубрежна дисфункција;
- Тест на бременост ако бременоста не е исклучена;
- Телесна тежина.

Следење

- Да се следи функцијата на тиреоидната жлезда еднаш годишно, но и секогаш кога има клиничко сомневање за хипотиреоидизам. Кај жените постари од 40 години, функцијата на тиреоидната жлезда треба да се проверува два пати годишно. Појавата на хипотиреоидизам е 2-5% кај пациентите кои земаат терапија со литиум.
- При сомнение на бубрежна слабост, се одредуваат креатинин и клиренсот на креатининот (литиумот не предизвикува бубрежна слабост).
- Литиумот може да предизвика промени во ЕКГ: реверзибилен Т-бран аплатиран или инверзен, ретко синусна депресија и аритмија.

Концентрации на плазмата

- За дејствување е потребен серум со концентрација 0.8-1.2 **mmol/l**. Кај постарите пациенти, пониските концентрации се доволни.
- Концентрацијата на плазма се одредува со испитување примерок земен 12 часа по последната доза на литиум:
  - Во почетокот на третманот еднаш неделно сè додека пациентот не се стекне со стабилна состојба (две мерења треба да дадат иста концентрација).
  - Ако дозирањето се смени, концентрацијата да се провери по една недела.
  - Кај третманот на манија, кога дозите на литиум се големи, концентрацијата треба да се следи секој втор ден.
  - Ако има сомнение за интоксикација.
  - Кај некои ризични состојби, третманот со литиум треба да се прекине и да се испита концентрацијата (треска, гастроентеритис, породување, хируршки интервенции, дехидрирање, бессознание).
  - Нивоата на литиум треба да се испитуваат редовно.
    - Ако пациентот се лекува со диуретици;
    - За време на намалено земање сол или диети (недостатокот на натриум може да предизвика интоксикација со литиум);
    - За време на NSAID-терапијата. (нестероидни антиинфламаторни лакови)
  - Пациентот и неговата фамилија треба да се запознати со знаците на интоксикација и како промената на односот на вода и сол во телото може да влијае на отстранување на литиумот.
  - Нивоата на литиум не треба редовно да се проверуваат во стабилни животни ситуации. Но, пациентот треба да е редовен во клиничкото следење на состојбата.

Циклотимија

- Циклотимијата (F 34.0) е ментално растројство кај кое наизменично се менуваат хипоманични и благи депресивни епизоди. Не се случуваат тешки депресии.
- Процена за преваленца во тек на животот е 0.4-1%.
- До половина од пациентите подоцна развиваат биполарно растројство.
- Литиум, валпроат и карбамазепин се опциите за фармакотерапија. Сепак, повеќето пациенти не бараат третман поради благост на симптомите.
- Пациентите треба да се информирани за ризикот од биполарно растројство, особено ако фамилијарната анамнеза сугерира постоење висок ризик.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Валпроична киселина (divalproex[2]) е поефикасна од плацебо, но нема јасна разлика во односот на користа и штетата помеѓу валпроичната киселина и литиумот во одржување на третманот на биполарното растројство (**ннд-В**).
- Валпроичната киселина и карбамазепинот се ефикасни колку и литиумот во третманот на акутна манично-депресивна болест (**ннд-С**) .

РЕФЕРЕНЦИ

1. Zornberg GL, Pope HG. Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. J Clin Psychopharmacol 1993;13:397-408
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940175. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Burgess S, Geddes J, Hawton K et al. Lithium for maintenance treatment of mood disorder. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003013. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
4. Poolsup N, Li Wan Po A, de Oliveira IR. Systematic overview of lithium treatment in acute mania. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2000;25:139-56.
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20001134. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
6. Dardennes R, Even C, Bange F, Heim A. Carbamazepine and lithium in the prophylaxis of bipolar disorders. Br J Psychiatr 1995;166:378-381
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-952092. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. Macritchie KAN, Geddes JR, Scott J, Haslam DRS, Goodwin GM. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003196
9. Emilien G, Maloteaux JM, Seghers A, Charled G. Lithium compared to valproic acid and carbamazepine in the treatment of mania: a statistical meta-analysis. European Psychopharmacology 1996;6:245-252
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973144. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software

2 **Недостапно во Р. Македонија**

11.Muller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. Lancet 2002;359:241-7

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

КРАТКИ ИНТЕРВЕНЦИИ КАЈ ТЕШКО КОНСУМИРАЊЕ АЛКОХОЛ

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Препознавање пијанство**
- **Кратка интервенција**
- **Кој има корист од кратка интервенција?**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Често е можно да се влијае врз пиењето на пациентот со помош на напатствие и совет (**ннд-А**). Кратката интервенција е средство за персоналот кој се грижи за здравјето.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Прекумерната употреба на алкохол кај мажите е кога количината е поголема од 24 пијалаци, а кај жените 16 во текот на неделата.
- На 10% од најтешките етиличари отпаѓа половина од вкупното консумирање алкохол. Во практика, ова значи дека 7-8 шишиња од пиво секој ден или 4 шишиња вотка преку неделата.
- 90% од тешките етиличари се мажи, повеќето од нив на возраст од 20 до 39 години. До 20% од работоспособните мажи и 10% од жените се тешки етиличари.
- Повеќето од тешките етиличари се вработени.
- Ризикот од проблеми предизвикани од алкохол е висок кај тешките етиличари. Околу 20-25% од нив се зависници од алкохол.

ПРЕПОЗНАВАЊЕ ПИЈАНСТВО

- Види ја статијата за препознавање злоупотреба на алкохол и лекови.
- Тешкото пијанство се препознава со комбинација на историјатот на пациентот со клиничка слика и лабораториски тестови. Може да се користат и прашалници со разни прашања.

КРАТКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

- Мини-интервенцијата се состои од прашања, дискусии и насочување на индивидуата да се натера да го намали неговото/нејзиното консумирање алкохол на побезбедно ниво.
- Умереното консумрање алкохол често е пореална цел отколку апстиненција. Сепак, апстиненцијата се препорачува во првите пет недели.
- Мини-интервенцијата вклучува 3-4 сеанси, во интервали од 2 до 4 недели.
- Мини-интервенцијата е успешна само ако пациентот го признава своето прекумерно консумирање алкохол.
- Покрај говорните и напишаните упатства, резултатот од лабораториските тестови и општата физичка проверка се вредни факти за вршење влијание врз пациентот.
- За време на сеансите, може да се дискутираат следниве теми:
  - Како се чувствува пациентот во врска со неговото/нејзиното пиење?
  - Анализа на ситуацијата (обемот на консумирање алкохол преку неделата, влијание врз здравјето, домашни проблеми и проблеми на работа кои произлегуваат од консумирањето алкохол, создавање толеранција).
  - Резултатите од лабораториските тестови (ензими во црниот дроб, среден волумен на еритроцити, друго ако е потребно). Да се нагласи дека промените се реверзибилни.
  - Консумирањето алкохол од страна на пациентот во споредба со просечното консумирање.
  - Консумирањето алкохол од страна на пациентот во споредба со консумирањето на неговите/нејзините пријатели.
  - Ризици од алкохолот (претерана дебелина, висок притисок, болести на црниот дроб, безбедоносни аспекти, главоболка, мамурлак, несоница, сексуална дисфункција, несреќни случаи).
  - Корист од намалено консумирање алкохол (толеранција и намален ризик од зависност, безбедоносни аспекти, економска корист).
  - Напишана информација (ризици од тешко пијанство, како да се процени сопственото пиење, граници на безбедно пиење, како да се намали пиењето).
  - Насоки и ограничувања: насоките може да се сметаат како рецепт. Со пациентот да се одредат точни ограничувања: ограничување на дневното консумирање и ограничување на денови во неделата и месецот кога алкохолот ќе се консумира. Пациентот не смее да пие во последователни денови.
  - Понатамошните сеанси, во интервали од околу две недели (ако е потребно и дневник на пиење, нови лабораториски тестови). Да му се каже на пациентот дека за пиењето ќе се дискутира повторно на следниот состанок.
  - Да се мотивира пациентот да ги промени неговите/нејзините навики на пиење.
  - Да се потцрта личната одговорност на пациентот и со оптимизам да се охрабри.

КОЈ ИМА КОРИСТ ОД КРАТКА ИНТЕРВЕНЦИЈА?

- Тешките етиличари (и оние што се доближуваат кон границите на зголемено пиење) кои сè уште немаат големи проблеми предизвикани од злоупотребата на алкохол. Тие можеби сè уште го немаат констатирано своето прекумерно консумирање алкохол, или да бараат помош за намалување на пиењето.
- Пациентите се идентификуваат од страна на домашниот лекар, во клиниките за надворешни пациенти и при проверка на здравјето кога лекарот обрнува внимание

на симптомите или на резултатите од лабораториските тестови кои наведуваат на злоупотреба на алкохол, и кога се заклучува дека зголеменото пиење е можната причина за симптомите.

- Внимателно да се земе предвид дали е корисно да се започне со разговор за злоупотреба на алкохолот кога пациентот е дојден од некоја друга причина. Мотивацијата на пациентот може да е недоволна за тоа.
- Во случај на вонредни ситуации, не е многу реално да се прави обид да се влијае на навиките за пиење на пациентот, посебно ако тој/таа се интоксицирани. Подобро е да се понуди нов датум за посета. Кога се тестира крвта на возач, за содржина на алкохол, да се информира лицето каде да најде професионална помош. Констатирано е дека интервенциите врз пијаните возачи се покажале како умерено ефикасни (**ннд-В**).
- Тешките етиличари, со констатирана зависност, ретко имаат корист од мини-интервенција. Ако не се во можност да го намалат консумирањето алкохол за време, на пример, на три-месечна интервенција, треба да се упатат до единицата специјализирана за болести предизвикани од консумирање алкохол.

РЕФЕРЕНЦИ

1. University of York. Centre for Reviews and Dissemination. Brief interventions and alcohol use. Effective Health Care 1993;1:13
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950035. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Kahan M, Wilson L, Becker L. Physician-based interventions with problem drinkers. Can Med Ass J 1995;152:851-859
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-954003. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations. Preventive Medicine 1999;28:503-509
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-999258. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
7. Freemantle N, Song F, Sheldon T, Long A. Brief interventions and alcohol use. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination. NHS Centre for Reviews and Dissemination (NHSCRD). ISBN: 0965 0288. Effectiv Health Care. 1993. 13.
8. The Health Technology Assessment Database, Database no.: HTA-950035. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
9. Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, Willians M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. Addiction 1995;90:907-926
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950357. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 30.3.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ИСЦРПЕНОСТ

- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Симптоми и дијагноза**
- **Третман**

ЦЕЛИ

- Исцрпеноста не е болест, туку е синдром. Не треба да се лекува.
- Исцрпеноста е идентификувана, а другите болести, посебно психолошките проблеми, се потврдени.
- Депресијата и исцрпеноста се преклопуваат. Депресијата е активно третирана како и во другите случаи. Заморот може да е симптом од соматска болест.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Исцрпеноста не се јавува преку ноќ. Наместо тоа, таа се развива постепено преку меѓуакција на личноста, работата и работната заедница.
- Исцрпеноста не е исто што и стрес на работа. Стресот се создава кога лицето се обидува да се адаптира на неговата/нејзината работна задача, и не е сосема негативен. Исцрпеноста настанува кога адаптацијата не е успешна, нормализирањето не е постигнато и состојбата на стрес се продолжува.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Основни симптоми на исцрпеност се:
  - Интензивен прекумерен замор;
  - Циничен однос на работа;
  - Намалена професионална самопочит.
- Општите психијатриски различни дијагнози се (клиничките претпоставки се дадени во заграда)
  - Силна депресија (посебно кога е придружена со чувствата на безвредност или кривица).
  - Проблем со злоупотреба на алкохол и лекови (на пример, повторно кратко отсуство од работа).
  - Таканаречена атипична депресија (на пример, емоционалната навреда на работното место повлекува силни флуктуации во расположението).
  - Стресни растројства (треба да биде идентитикуван различниот надворешен фактор на активирање).
  - Генерализирано вознемирено растројство (загриженост за сопствените перформанси, постојано неспокојство).
  - Општествено вознемирено растројство (замор во општествени ситуации).
  - Соматизациско растројство (некои соматски симптоми).
  - Растројство на личноста (функционирањето може да варира, но проблемите продолжиле сè до староста).
  - Растројства на вклопување (препознатлив надворешен фактор на стрес кој

неочекувано го нарушува функционирањето).
- Согласно со сегашната класификација на болестите, исцрпеноста е дијагноза на симптом кој не бара компензација од страна на работодавецот. Здравственото осигурување смета дека губењето на работната способност е резултат на болест.
- Ако пациентот е неспособен да работи поради исцрпеност, неговата или нејзината состојба може да се смета како болест, а основната дијагноза е некаков вид ментално растројство (на пример, состојба на депресија, растројство од адаптирање, соматоформно растројство). Исцрпеноста може да се констатира како дополнителна дијагноза.

ТРЕТМАН

- Ситуацијата може да се ублажи со боледување ако пациентот не е способен за работа.
  - Се бара, вообичаено, неколку дена и ноќи за да се нормализира ритамот на спиење на пациентот.
  - За големите исцрпености кои го намалуваат функционалниот капацитет е потребно боледување од 2-3 недели.
  - Тешката состојба на депресија често бара и поголемо боледување, бидејќи е потребен подолг период за враќање на функционалниот капацитет отколку што е потребно за да исчезнат симптомите.
  - Боледувањето не е замена за третманот и следењето. Да се закажуваат редовни термини со пациентот.
- Третманот се планира индивидуално и може да вклучи, на пример, управување на стресот, давање лекови или психотерапија.
- Менталните проблеми, како што е депресијата, треба активно да се третираат.
- Важно е да се земе предвид субјективното искуство на пациентот и да се запознаете со неговите/нејзините животни услови.
- Пациентот треба да има психијатриска нега на надворешен пациент ако неговата/нејзината состојба не се подобрува значително во рок од 2-3 месеци или ако дијагнозата останува неизвесна.
- Ако професионалните сервиси за заштита на здравјето веруваат дека исцрпеноста преовладува на некое одредено работно место, акциите може да се планираат со цел да се влијае на тоа.

1. **EBM Guidelines, 16.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во април 2007 година**

ГРИЖА ЗА СИЛУВАНА ЖРТВА

- **Основни правила**
- **Истражувања**
- **Контрацепција**
- **Превенција, третман и следење на инфекциите**
- **Емоционална поддршка и следење**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Собирање судски податоци
- Понуда на посткоитална контрацепција
- Превенција од инфекции
- Обезбедување советување

ИСТРАЖУВАЊА

- Со лекарот би требало да има медицинска сестра која асистира во испрашувањето на пациентот.
- Пациентката може да има некого со себе, како ментална поддршка.
- Историјатот да се документира прецизно. Сепак, прекумерно детаљна историја може да резултира во разидување со полициискиот извештај и може да предизвика проблеми во криминалистичката постапка.
  - Време на нападот;
  - Број и идентитет на напаѓачите;
  - Вид применета сила и употреба на оружје;
  - Обиди за вагинална, ректална или орална пенетрација;
  - Пенетрација со прсти или пенетрација со објекти;
  - Дали жртвата напоменува ејакулација?;
  - Дали жртвата направила нешто што би го уништило или изменило доказот по нападот: бањање, туширање, бришење, употреба на тампони, дентална хигиена, дефекација, промена на алиштата?
- Да се документира постоење на сите повреди, вклучувајќи ги и гениталиите и оралната шуплина.

КОНТРАЦЕПЦИЈА

- Ако е потребно, посткоитална контрацепција.

ПРЕВЕНЦИЈА, ТРЕТМАН И СЛЕДЕЊЕ НА ИНФЕКЦИИТЕ

- Секогаш да се земат примероци за проверка на хламидија и гонококи.
- Сида-серологија и ХбсАг. Треба на жртвите да им се понуди вакцинација против хепатитис Б кој би го имале ако се ХбсАг-негативни.
- Сида-профилакса ако напаѓачот се знае дека е ХИВ-позитивен.

- Постоење тетанус е можно ако пациентот има рани (да не се забораваат вагиналните и ректалните рани).
- Жртвата се советува да користи кондом сѐ додека не се исклучат сите венерични болести.
- Лекарот треба да ја види жртвата по 3-4 недели.
- Примероци на хламидија и гонококи.
- ХбсАг и ХБ-ИгМ.
- Серологија на сифилис, 4-8 недели по силувањето.
- Асимптоматична жртва на силување може да прими една доза лекарства против хламидија и гонореја.
- Сида-серологија (3-) 6 месеци по силувањето.

ЕМОЦИОНАЛНА ПОДДРШКА И СЛЕДЕЊЕ

- Ако е можно, пациентката би требало да има придружба кога ќе биде пуштена.
- Жртвата треба да има можност да ги изнесе своите мисли и грижи наскоро по инцидентот, и треба да знае како да контактира со професионално лице ако има потреба за тоа (да се дадат инструкции написмено со кого да се контактира).
- По 1-2 недели, се укажува на потреба од психолошко испитување (од страна на лекар или психолог). Многу е важно да ѝ се овозможи на жртвата да ги изнесе отворено своите чувства на гнев. Гневот е важен чекор во враќањето на самопочитта и самодовербата.
- Ако жртвата е млада, потребна е консултација со детски психијатар.
- Пациентот треба да се испита три месеци по психолошката траума. Психијатарот треба да напише извештај од испитувањето.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hampton HL. Care of the woman who has been raped. N engl j med 1995; 332: 234-237

1. **EBM Guidelines, 24.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИ ЛИЦА

- **Цели**
- **Дефиниција и симптоми**
- **Фактори на предиспозиција**
- **Причини**
- **Истражувања**
- **Различни дијагнози**
- **Распространетост и прогноза**
- **Лекување**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се констатира делириумот кај старите лица кои се во медицински оддел, на пример преку внимателно читање на извештаите направени од сестрите. Согласно со студиите, само околу половина од пациентите со делириум биле забележани, дијагностицирани и адекватно третирани. Предвидувањето на делириумот е мало.
- Да се констатира и да се третира болеста која го предизвикува делириумот.
- Да се третираат симптоматичната вознемиреност и неспокојство.

ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ

- Делириумот е глобално нарушување на мозокот зад кое постои органска причина за болеста. Симптомите започнуваат одеднаш и се губат со тек на времето.
- Настапува растројство во вниманието: пациентите се помалку свесни за своето опкружување и имаат тешкотии во концентрацијата. Општа карактеристика е дезорганизирано размислување.
- Често е нарушена свеста, а когнитивните функции прилично се нарушени.
- Може да има нарушувања во перцепцијата: погрешни интерпретации и халуцинации (кај помалку од 50% од пациентите), нарушување на циклусот на спиење-будност, или зголемена или намалена психомоторна активност.
- Клиничките карактеристики се развиваат во краток временски рок и флуктуираат во текот на денот.

ФАКТОРИ НА ПРЕДИСПОЗИЦИЈА

- Длабока старост, нарушена функција;
- Деменција, рак, тешка болест;
- Нарушување на видот и на слухот;
- Ненаспиеност, нефамилијарно окружување, темнина, физички ограничувања;
- Хируршки зафат;

ПРИЧИНИ

- Низа подложни состојби може да предизвикаат делириум (**ннд-С**).
- Инфекции
  - Уринарни инфекции, пневмонија (често без треска кај постарите лица), **септикемија**, менингитис, енцефалитис, сида.
- Мозочноваскуларни болести
  - Мозочен инфаркт, транзиторно исхемична атака; крвавење, субарахноидално крвавење.
- Васкуларни заболувања
  - Срцева слабост, миокардичен инфаркт, аритмија, белодробна емболија, висок притисок, итн.
- Растројства на метаболизмот
  - Нарушувања на кисело-базичната рамнотежа; нарушувања на рамнотежата на течноста и електролитите; хипоалбуминемија; хипофосфатемија; недоволна функција на црниот дроб, бубрезите или на градите; хипогликемија или хипергликемија; хипотиреоидизам или хипертиреоидизам; нарушување на рамнотежата на калциумот; недостаток на разни витамини од групата Б; анемија; други ендокринолошки нарушувања.
- Друго
  - Трауми (повреда на главата, субдурален хематом, изгореници, фрактура на колкот, итн.);
  - Епилепсија, состојба по епилептичен напад;
  - Тумори (мозочни, градни), миелома;
  - Труење;
  - Голем животен стрес (посебно кај пациенти со деменција);
- Давање лекови
  - Лекови со антихолинергички својства, леводопа, антихистамини, дигиталис, диуретици, невролептици, трициклични антидепресиви, седативи, литиум, NSAIDс, **орални хипогликемици**, блокатори на хистамин 2-рецепторот, хипертензиви, лекови против епилепсија, стероиди, наркотици, многу антибиотици.
  - **Нагло прекинување** на редовно употребуваните лекови (на пример, седативи-хипнотици, антидепресиви, стероиди) или дисконтинуитет на користење алкохол.

ИСТРАЖУВАЊА

- Историја: Кога последен пат пациентот бил добар? Тек на симптомите? Препознавање пред болеста? Употреба на медикаменти? Употреба на алкохол?
- Внимателно лекарско испитување.
- ЦРП, (стапка на еритроцитна седиментација), крвна слика, натриум, калиум, креатинин, глукоза во крвта, примерок на уринатa, ЕКГ.
- Анализа, кога е потребна, на глитамил трансфераза, алкална фосфатаза, хормон кој ја стимулира тиреоидеата, слободен Т4, витамин Б12, еритроцитен фолат и гас во крвта во артериите.
- Рендгенска снимка на градите.
- Кога е потребно, анализа на мозочната ‘рбетна течност, КТМ (Компјутеризиран томографија на мозокот), ЕЕГ.
- Кога е потребно тоа, понатамошни тестови. Подложен причински фактор е најден во 80–90% од случаите кога е направено внимателно истражување.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Деменција
  - Подмолно појавување и забавен тек на симптомите.
  - Нивото на свеста е нормално, а вниманието не е нарушено сè до крајните стадиуми.
- Психички растројства
  - Нивото на свеста е нормално, спознајните функции, во глобала, не се нарушени. Говорот не е сосема дезорганизиран.
  - Кај психозите, заеднички се слушните халуцинации, додека визуелните халуцинации се повеќе заеднички за делириумот.
- Деменцијата и делириумот се често видени кај еден ист пациент.

РАСПРОСТРАНЕТОСТ И ПРОГНОЗА

- Распространетоста и случаите на делириум кај хоспитализираните стари лица е заедно околу 25-40% (**ннд-А**). Лекарите ги утврдуваат во износ од само 30-50% (**ннд-В**).
- Пациентот може да оздрави од делириум кој траел неколку недели.
- Смртноста е во просек 25-40%; над 40% се опфатени со институциите (**ннд-А**) во рок од 1 година.
- Пациентите не треба да бидат прифатени од институциите сè додека не се дијагностицира причината за делириумот, тој е третиран и состојбата на пациентот е стабилизирана.

ЛЕКУВАЊЕ

- Види ниво на доказ В.
- Лекување на причинскиот фактор кој е во основа на растројството.
- Лекување на општата состојба: рамнотежата на течноста и кислородот, превенција на уринарни пречки, лекување движења на цревата, прекин на примање на непотребните лекови, превенција од болки при лежење, рехабилитација, соодветно осветление, семејни предмети (**ннд-С**).
- Контрола на неспокојството
  - Халоперидол кај голема вознемиреност 2.5-5 mg и.м. или 0.5-2 mg орално. Може да биде потребно да се повтори ова на секои 30 минути сè додека смиреноста не стане задоволителна. Кај поблагите случаи, 0.5-5 mg X 1-2 во текот на 7 дена орално може да е доволно.
  - Халоперидол треба да се дава на пациенти со деменција со внимание, бидејќи тој често предизвикува екстрапирамидални странични ефекти.
  - Како алтернатива се зема risperidone 0.25-0.5 mg x 1-2 или може да се употреби olanzapine 2.5-5 mg x 1. Покрај тоа, може да се употреби за смирување, интравенозно диазепам 2.5-5 mg или интрамускуларно lorazepam 0.5-1 mg и ако е потребно, да се повтори.
  - Често таблетките за спиење се потребни за нормализирање на дневно-ноќниот ритам: benzodiazepine со краток или средно долг полуживот (е.г. temazepam 10-20 mg).
  - Мирна добро осветлена соба; на пациентот треба да му се пристапува без брзање, а разговорот треба да е информативен.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Inouye SK. The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994;97:278-287
2. Johnson JC et al. Using DSM-III criteria to diagnose delirium in elderly general medical patients. J Gerontology 1990;45:M113-9
3. Erkinjuntti T et al. Dementia among medical patients. Evaluation of consecutive 2000 admissions. Arch Intern Med 1986;146:1923-6
4. Cole mg et al. Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. Can Med Assoc J 1994;151:965-70
5. O'Keeffe S, Lavan J, The Prognostic significance of delirium in Older hospitalized patients. J Am Geriatr Soc 1997;45:174-8
6. Williams MA et al. Predictors of acute confusional states in hospitalized elderly. Res Nurs Health 1985;8:31-40
7. Rogers MP et al. Delirium after elective orthopedic surgery: Risk factors and natural history. Int J Psychiatr Med 1989;19:10^{9}-21
8. Williams-Russo P et al. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. J Am Geriatr Soc 1992:40:759-67
9. Marcantonio ER et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. JAMA 1994;271:134-9
10. Inoye SK et al. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. Ann Intern Med 1993;119:474-81
11. Williams-Russo et al. Cognitive effects after epidural vs. general anesthesia in older adults. A randomized trial. JAMA 1995;274:44-50
12. Francis J. Delirium in older patients. J Am Geriatr Soc 1992;40:829-39
13. Perez EL, Siverman M. Delirium: The often overlooked diagnosis. Int J Psychiatr Med 1984;14:181-8
14. Inouye SK et al. Clarifying confusion: The confusion assessment method, a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113:941-8
15. Gustafsson Y et al. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients. J Am Geriatr Soc 1991;39:760-5
16. Thomas RI et al. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Arch Gen Psychiatr 1988;45:937-40
17. Rockwood.K. Acute confusion in elderly medical patients. J Am Geriatr Soc 1989;37:150-4
18. Francis J et al. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA 1990;263:10^{9}7-101
19. Levkoff SE et al. Delirium. The occurence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. Arch Intern Med 1992;152:334-40
20. Jitapunkl S et al. Delirium in newly admitted elderly patients. A prospective study. Q J Med, New Ser 1992;83:307-14
21. Koponen H et al. A prospective study of delirium patients admitted to a psychiatric hospital. Psychol Med 1993;23:103-9
22. Breibart W et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. Am J Psychiatr 1996;153:231-7
23. Owens JF, Hutelmyer CM. The effect of postoperative intervention on delirium in cardiac surgical patients. Nurs Res 1982;31:60-2
24. Schindler et al. Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. Gen Hosp Psychiatr 1989;11:358-64

25. Williams-Russo MA et al. Reducing acute confusional states in elderly patients with hip fractures. Res Nurs Health 1985;8:329-37
26. Gustafsson Y et al. A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. J Am Geriatr Soc 1991;39:655-62
27. Wanich CK et al. Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. Image 1992;24:201-7
28. Cole mg, Primeau FJ, Elie LM. Delirium: prevention, treatment and outcome studies. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 1998;11:126-137
29. Tune L. The role of antipsychotics in treating delirium. Curr Psychiatry Rep 2002;4(3):209-12

1. **EBM Guidelines, 2.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во април 2007 година**

ДЕЛУЗИВНО РАСТРОЈСТВО

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Причини за растројство**
- **Симптоми**
- **Дијагноза**
- **Диференцијална дијагноза**
- **Третман**
- **Психотерапевтски аспекти**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Примарен (иако сигурно не и единствен) симптом на делузионо растројство се отпорни и непоколебливи делузивни идеи. Сепак, делузиите не се секогаш, по природа, измачувачки. Тие можат да бидат, исто така, на пример, базирани на љубомора, соматски, еротскоманични или грандиозни.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Распространетоста на делузионото растројство се проценува дека е 0.03%, но може да е процентот поголем, бидејќи пациентите често не бараат доброволно помош од лекар.
- Растројството е малку почесто кај жените отколку кај мажите.
- Средна возраст на појава на ова растројство е 40 години.

ПРИЧИНИ ЗА РАСТРОЈСТВО

- Причините за појава на делузионо растројство не се познати. Со растројството се поврзани многу психосоциолошки фактори, како што се околината, детството во кое е оневозможен развој на нормална доверба, глувост, визуелни проблеми, изолација, неодамнешна имиграција и старост.

СИМПТОМИ

- Делузивните идеи се константни и, за разлика од шизофренијата, јасни и структурирани. Пациентот се адаптира на неговата делузија, но неговата личност останува непроменета. Пациентите често премногу се осетливи и внимателни, што може да доведе до општествена изолација.
- Функционалниот капацитет на пациентот може да е добар и често тој ефикасно може да ја крие својата болест.

ДИЈАГНОЗА

- Делузивни идеи кои траат најмалку еден месец (на пример, пациентот чувствува дека тој/таа е следена, отруена, сакана или навредена од некого, кој често е добро позната личност).
- Слушните или визуелните халуцинации кои може да се присутни не се доминантни. Критериумите за шизофренија не се исполнети.
- Освен делузиите, однесувањето на пациентот е нормално.
- Растројство во расположението, заедно со делузиите, трае помалку време од делузиите.
- Симптомите не се предизвикани од органска болест, лекови или злоупотреба на супстанции.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Општи медицински состојби (Паркинсонова болест, васкуларна деменција, Алцхајмерова болест, Хантингтонова болест, хипотиреоидизам и хипертиреоидизам, растројства предизвини од нарушувања на мозочните базални ганглии) и растројства предизвикани од некои фармаколошки супстанции (деривати на амфетамин, антихолинергетици, лекови за Паркинсонова болест, циметидин, дисулфирам, кортикостероиди и исониазид).
- Параноидно растројство на личноста.
- Параноидна шизофренија.
- Тешки депресии, со психотични симптоми.
- Биполарно растројство.

ТРЕТМАН

- Третманот на делузионото растројство, во 30-50% од случаите, е долготрајно и често неуспешно.
- Пациентите сами ретко бараат психијатриска помош и најчесто нивното семејство е тоа што инсистира за психијатриски третман.
- Хоспитализација е пожелна ако пациентот не може да ги контролира своите самоубиствени или други насилни импулси. Понекогаш хоспитализацијата е потребна и за дефинирање на дијагнозата.
- Психотерапијата е ретко ефективна, бидејќи најчесто не постои доверба од страна на пациентот спрема терапевтот. Психотерапијата може да помогне како поддршка на пациентот да се справи со симптомите.
- Параноидното однесување, исто така, може да биде бариера за лекување. Може да се направи обид со мали дози антипсихотици (на пример, халоперидол 2 mg/ден), кои постепено се зголемуваат.

ПСИХОТЕРАВПЕТСКИ АСПЕКТИ

- Во психотерапевтскиот третман не се препорачува психотерапевтот да ги негира делузивните идеи, бидејќи може да се постигне обратен ефект и делузиите да се збогатат со нови содржини. Ова особено се случува ако пациентот се почувствува дека тој/таа треба да го брани неговиот/нејзиниот став пред терапевтот. Нелогичниот (делузивен) систем не може да се промени со дебати кои не се прифатливи за пациентот.
- Терапевтот не смее да претендира пред пациентот дека верува во делузијата, бидејќи пациентот има потреба од поддршка за неговото чувство за реалност.
- Треба да се обрне внимание на психомоторниот немир што го чувствува пациентот и така да му се помогне неговиот/нејзиниот живот со делузиите да биде полесен.
- Да се има предвид дека делузијата може да биде средство во справување со јаките чувства на засраменост или несоодветност кои резултираат во пречувствително однесување.
- Биди директен со пациентот. Внимателно објасни му ја намената на лековите кои му ги препишувате (на пример, лекови за намалување на анксиозност, надразливост или ненаспаност, и несканите последици од нивната употреба). Биди точен со закажувањето на идните состаноци за редовно следење на пациентот.
- Провери дали имало стресни настани во животот или некои други искуства кои би ги активирале делузивните идеи. Потребно е да му се помогне на пациентот да се справи со овие искуства на некои други начини освен со делузиите.

1. **EBM Guidelines, 16.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ДЕЛУЗИВНИ СИМПТОМИ КАЈ СТАРИ ЛИЦА

- **Дефиниција**
- **Распространетост**
- **Карактеристики на симптомот**
- **Киничка потврда**
- **Лекување**
- **Лекување и следење**
- **Кога ќе треба општиот лекар да го извести психијатарот?**

ДЕФИНИЦИЈА

- Делузивното растројство често се манифестира како претерана и севкупна недоверба и сомневање во мотивите на другите луѓе, со зголемена будност и забележување.
- Сомневањето може да биде ограничено или сеопфатно.
- Мислите се искривени: лицето е убедено во исправноста на своите верувања.

- Делузиите, исто така, може да го насочат текот на дејствувањето.

РАСПРОСТРАНЕТОСТ

- Делузиите може да се најдат кај 2–4% од старите лица во заедницата. Повообичаена е кај жените отколку кај мажите.
- Повообичаена е кај пациентите со сознајна дисфункција отколку кај другите.
- Недостатокот на чувство е предиспозиција за делузионите проблеми.
- Постарите луѓе со параноидни симптоми повеќе се изолирани отколку другите постари лица во заедницата.

КАРАКТЕРИСТИКИ НА СИМПТОМОТ

- Неоснованата недоверба спрема другите и зголемената осетливост води во погрешна интерпретација на стимулите на околината.
- Делузиите, по природа, често се измачувачки и може да влијаат на однесувањето на пациентот.
- Одделни делузии се општа појава. Тоа се верувања дека луѓето, материјалот, зрачењето итн. можат да поминат низ физичка конструкција, како што се врата, таваница или ѕид, што нормално претставува бариера за таквото поминување.
- Може да има вознемиреност и гнев.
- Кај деменцијата, делузивните содржини најчесто се поврзани со кражба и сомневање. Сепак, може да се случат и делузии на љубомора.

КЛИНИЧКА ПОТВРДА

Историја

- Колку долго бил присутен проблемот и како се развивал?
- Објаснувањето на пациентот за неговото/нејзиното искуство може да е несоодветно или тешко разбирливо. Често е полезно да се слушне мислењето на членовите на фамилијата и соседите.
- Потребна е објективна потврда на ситуацијата: дали пациентот би можел да е навистина жртва на злоба?
- Зошто е сега потребна потврдата? Како се изменила ситуацијата?

Психијатриско испитување

- Комуникација и кооперација. Дали пациентот може да дискутира за ситуацијата?
- Спознајни функции: меморија, забележување?
- Мислење: содржина на мислата, заклучоци, способност да го проверуваат своето/нејзиното мислење за настаните?
- Дејствува врз: депресијата, вознемиреноста, занесот, неспокојството, дефанзивноста, агресивноста?
- Функционален капацитет?

Физичка потврда

- Дали делузиите може да се поврзат со соматска болест?
- Дали пациентот има акутна соматска болест?

Општествена потврда и утврдување на окружувањето

- Дали пациентот е незгрижен, нечист, гладен?
- Дали сместувањето е соодветно?
- Има ли потреба од домашна нега?
- Дали пациентот сака да прими помош (домашна сестра)?

Утврдување на итноста од згрижување

- Дали пацието е вознемирен, плашлив, депресивен или неспокоен?
- Дали пациентот е способен да се грижи за себе?
- Дали пациентот е способен да соработува?
- Дали пациентот има акутна соматска болест?
- Дали пациентот предизвикува таков ризик за себе или спрема другите за да е оправдан приемот во болница? Пациентот може да биде опасен ако се чувствува дека е загрозен. Лице со добра меморија и силни сомневања или љубомора кое има оружје е потенцијално опасно.

Делузионо растројство и дијагностички алтернативи

- Ненадејна појава на симптомите со дезориентација и фрагментирани делузии: делириум. Причина?
- Минливи симптоми на делузија, пречки во меморијата, општи пречки во функционирањето: деменција.
- Долга историја на ментална болест, организирани измачувачки делузии, халуцинации, чудно однесување, странични ефекти од лекови: шизофренија.
- Депресивно расположение: беспомошност, покорност, чести соматски делузии: депресија.
- Долгорочни предиспозиции на сомневање: параноидно растројство на личноста.
- Бизарни делузии, соматски симптоми на делузии на сличност, без значителна деменција: задоцнето детектирана шизофренична психоза.
- Недостаток на општествени контакти, нема вредни проблеми со личната грижа или околината, нема шизофренија, нема деменција, нема депресија, осамен стил на живеење; нема психијатриска дијагноза.

ЛЕКУВАЊЕ

Непосредни цели на лекувањето

- Оптимализација на психичката кондиција;
- Ослободување од вознемиреноста и стравот;
- Дали има потреба од задолжителна потврда и третман во интерес на здравјето и безбедноста на пациентот или заштита на другите?

Долготрајни цели на лекувањето

- Обид да се воспостави и да се направи соодветен третман.
- Намалување на менталната болка.
- Намалување на толеранцијата на симптоми.
- Борба против изолацијата, понуда на поддршка од страна на општествените служби.
- Поддршка на фамилијата и информирање на лицата кои се во контакт со пациентот.

- Параноидно постаро лице ретко има увид во своите делузии, кои често исчезнуваат спонтано или пациентот се навикнува на нив.

Антипсихотично лекување

- Нема брзи решенија. Се започнува со најмали можни дози на антипсихотици за да се избегнат несакани последици. Постарите лица со задоцнето воспоставена параноидна психоза изгледа дека не толерираат така високи дози невролептици како постарите лица со рано воспоставена шизофренија.
- Нема вистински доказ дека кој било одреден лек е повеќе ефикасен од некој друг кај оваа група пациенти. Изборот на лек за секој пациент одделно треба да се базира врз наодите на придружената физичка болест и другите примени третмани.
- Другите лекови и акутни соматски проблеми се потврдени. Дали пациентот има висок притисок или тенденција на екстрапирамидални симптоми?
- Препораки за антипсихотици
  - Haloperidol 0.5-2-4 mg/ден
  - Perphenazine 2-4(-8) mg/ден
  - Risperidone 0.25-1-2 mg/ ден
  - Olanzapine (2.5)-5-(10) mg/ ден
  - Quetiapine 12.5-25 mg x 1-2/ ден со зголемување на дозата сè до 75 mg x 2/ ден [3].
- Новата генерација атипични антипсихотици предизвикува помали несакани последици и треба да се применуваат кога е потребно долготрајно лекување.
- Да се обрне внимание на несаканите последици кај пациенти со нарушување на меморијата. Антипсихотиците се користат за психотични симптоми со индивидуално дозирање и следење на реакцијата.
- Ако пациентот се однесува насилнички, се користат парентерални апликации:
  - Haloperidol 2.5-5 mg × 2-3/ден и.м.
  - Haloperidol decanoate 25(-50) mg и.м.; дејствува 4 недели
  - Zuclopenthixol acetate 25(-50) mg и.м.; дејствува неколку дена[4]
  - Zuclopenthixol decanoate 100(-200)мг и.м.; дејствува 3-4 недели[5]
  - Risperidone депо инјекција 25 mg и.м.; дејствува 2-3 недели
- Третманот со препарати кои дејствуваат на долга патека (депоа) започнува со најмалите дози за орална примена.
- Антипсихотиците со долго дејствување не треба да се започнат пред да се провери соодветноста на лекот со помош на форма на препарат кој е со скратено дејствување. По секоја инјекција се следат негативните последици и се прави извештај.
- Одговорниот лекар за нега треба да го прегледува пациентот најмногу во интервали од 3 месеци.
- Ако делузиите се предизвикани од психотична депресија, пациентот се третира со антидепресиви во комбинација со антипсихотик или електроконвулзивна терапија.

ЛЕКУВАЊЕ И СЛЕДЕЊЕ

- Локален здравствен центар или оддел.
- Домашна нега: услуги на домашна сестра (доктор, сестра, домашна помош), психијатриски сервис за надворешни пациенти.

3 **Недостапно во Р. Македонија**
4 **Недостапно во Р. Македонија**
5 **Недостапно во Р. Македонија**

- Дневна болница.
- Психијатриска болница: ако има акутна јака психоза, внатрешен пациент.
- Психогеријатриска служба на сестри, дома или во одделение.

КОГА ЌЕ ТРЕБА ОПШТИОТ ЛЕКАР ДА ГО ИЗВЕСТИ ПСИХИЈАТАРОТ?

- Дијагнозата не е јасна.
- Предвидено е задолжително опфаќање со лекарска нега.
- Проблематична е набавката на исправен лек.

1. **EBM Guidelines, 17.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ДЕПРЕСИЈА И ДРУГИ ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА

- **Депресија и растројства предизвикани од злоупотреба на супстанции**
- **Депресија и анксиозни растројства**
- **Депресија и растројства на личноста**
- **Растројство на приспособување со депресивно расположение**
- **Двојна депресивност**
- **Зимско сезонско афективно растројство**
- **Поврзани докази**
- **Референци**
- **Алгоритам1-6**

ДЕПРЕСИЈА И РАСТРОЈСТВА ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

- Депресијата е честа кај пациенти со злоупотреба или зависност од супстанции. Злоупотребата на супстанции може да предизвика и депресивно растројство.
- Коморбидитетот со зависност или злоупотреба на супстанции (најчесто алкохол), постои кај 10-30% од пациентите со голема депресија. Кај жените депресијата најчесто претходи на злоупотребата/зависноста од супстанции, додека кај мажите редоследот најчесто е обратен.
- Коморбидитетот со злоупотребата на супстанција го зголемува ризикот од самоубиство.

Избори на третман, види табела 1.

ДЕПРЕСИЈА И АНКСИОЗНИ РАСТРОЈСТВА

- Коегзистенцијата на депресијата со анксиозното растројство е клинички проблем и

цел е да се контролираат симптомите за двете растројства.
- Антидепресивите се ефикасни за депресијата и за повеќето анксиозни растројства (освен специфичните фобии). Тие се ефикасни и за симптомите на анксиозност кај депресивните пациенти кога депресијата и анксиозноста коегзистираат.
- Селективните серотонински инхибитори на реаптејкот (SSRI) се ефикасни кај речиси сите анксиозни растројства и се лекови кои се препорачуваат (види табела 1).
- Пациентите со панични растројства се осетливи на прекумерна стимулација и зголемена анксиозност предизвикана од ССРИ, па затоа кај овие пациенти дозите на ССРИ треба да се зголемуваат постепено.
- Кога се разгледува употребата и формата на психотерапија, важно е да се потврди можната коегзистенција на анксиозните растројства.

ДЕПРЕСИЈА И РАСТРОЈСТВА НА ЛИЧНОСТА

- Кај пациенти со коморбидитет на депресија гранично растројство на личноста, вообичаено, има потреба од специјалистички третман.
- Употрбата на ССРИ се препорачува ако пациентот има коморбидно гранично растројство на личноста (види **табела 1**).
- Долготрајната психотерапија е оправдана ако е на располагање и ако пациентот е мотивиран и способен да извлече корист од психотерапијата.

Табела 1. Третман на пациенти со коморбидни состојби

Коморбидни состојби	ССРИ	Други антидепресиви	Кратка психотерапија	Други третмани
Депресивни растројства со злоупотреба на супстанции	++	-	-	Терапија со напуштање на супстанцијата
Депресиони и анксиозни растројства (генерализирана анксиозност, панично растројство, социјална фобија)	++	+	+	
Депресија и растројство на личноста (border line)	++	-	-	Мала доза антипсихотик, со долготрајна психотерапија

РАСТРОЈСТВО НА ПРИСПОСОБУВАЊЕ СО ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ

- Растројствата на приспособување се емоционални состојби придружени со стресни искуства или животни искуства што бараат премногу.
- Растројство на приспособување со депресивно расположение се карактеризира со депресивно расположение, плачливост и безнадежност.
- Интервенцијата во криза е често соодветен третман. Пациентите имаат корист од дискусии за ситуацијата и од посветеноста и поддршката од лекарот.
- Не се неопходни лекови во третманот.

ДВОЈНА ДЕПРЕСИВНОСТ

- Приближно 40% од пациентите со големо депресивно растројство ги исполнуваат критериумите за хронично дистимично растројство.
- Двојната депресија е негативен прогностички фактор.
- Третманот треба да има цел излез од двете состојби.

ЗИМСКО СЕЗОНСКО АФЕКТИВНО РАСТРОЈСТВО

- Пациентот има епизоди на големо депресивно растројство, посебно во период на есен и зима.
- Покрај симптомите на голема депресија, симптомите вклучуваат прекумерна потреба за спиење, дневна замореност, зголемен апетит и тежина.
- Силна светлината (**ннд-В**) се користи за превенција и третман (зелено/сино/жолтите бранови должини се битни) (**ннд-С**). Односот на дозите е утврден кај типично сезонско афективно растројство (**ннд-С**).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Нема цврст доказ дека психолошките интервенции се корисни кај ужалените лица (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tam EM, Lam RW, Levitt AJ. Treatment of seasonal affective disorder: a review. J Psychiatry–Rev Can Psych 1995;40:457-466
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-953129. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Lee TM, Chan CC, Paterson JG, Janzen HL, Blaschko CA. Spectral properties of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 1997;96:117-121
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971044. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Lee TM, Chan CC. Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: a meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999;99:315-323
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991049. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
7. Kato PM, Mann TA. A synthesis of psychological interventions for the berieved. Clinical Psychology Review 1999;19:275-296
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-993702. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ДЕПРЕСИЈА КАЈ СТАРИ ЛИЦА

- **Цели**
- **Заднина и епидемиологија**
- **Симптоми**
- **Диференцијални дијагнози**
- **Дијагностицирање**
- **Лекување**
- **Рекапитулација**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Препознавање на депресијата кај постарите лица. Често е недијагностицирана и нетретирана болест.
- Да се третира акутната депресија со цел да се ублажат сите симптоми.
- Да се подобри квалитетот на животот на пациентот со давање поддршка и обезбедување лекови и на таков начин да се минимизираат страничните ефекти.

ЗАДНИНА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцата на сериозни депресии се намалува со староста. Распространетоста на сериозните депресии е 2-3% кај мажите и 3-5% кај жените над 64 години старост.
- Појавата на блага депресија се зголемува со старост: распространетоста е околу 15-22% кај мажите и 19-30% кај жените над 64 старост.
- Стареењето е поврзано со намалување на способностите, загуби и слабост. Тешкотиите во приспособување на промените е предиспонирачки момент за личноста кон развој на депресија. Тековните животни настани, како што е ужаленост (загуба на сопругот или друг член на фамилијата), исто така, се заеднички предиспонирачки фактори.
- Претходната историја на депресивни растројства и физичка болест се значителни предиспозирачки фактори.

СИМПТОМИ

- Симптомите се разни, делумно се совпаѓаат со знаци и симптоми на физичка болест и често тешко се препознаваат како депресија
- Главните симптоми кои наведуваат на депресија вклучуваат лошо расположение кое трае најмалку две недели, губење интерес или задоволство во секојдневните активности, замореност и намалени нивоа на енергија.
- Симптоми, како што се апатија и слаба мотивација, може да личат на деменција.
- Пациентите често имаат тешкотии во реализација на дневните активности и се чувствуваат немотивирани, особено наутро.

- Други симптоми се: надразливост, плачливост, анксиозност, песимизам, чувство на безвредност, самоосудување, мисли за самоубиство, самотија, заплашеност и зависност од други луѓе.
- Физичките симптоми често ја маскираат депресијата: разни болки, хипохондрија, нарушен сон, недостаток на апетит, губење тежина и замореност.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНИ ДИЈАГНОЗИ

- Жалост како нормална реакција на тага.
- Деменција (тестирање или обид на лекување со антидепресиви). Да се има предвид дека пациентите со деменција може да имаат и депресија.
- Хронична болка.
- Хипотиреоидизам, хиперпаратиреоидизам.
- Паркинсонова болест.
- Недостаток на витамин B12 .
- Несакани ефекти од лековите (metildopa, бета-блокатори, диуретици, L-dopa, indometacin, digoksin, стероиди, невролептици, лекови кои предизвикуваат хипогликемија).
- Алкохолизам.

ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ

- Дискутирање со пациентот за симптомите и тековната животна ситуација. Ако е можно, некој кој е близок со пациентот може да придонесе со вредна информација.
- Историја: претходна психијатриска историја, тековно лекување.
- Физикални и психијатриски испитувања.
- Тест за испитување депресија.
- Тест за деменција.
- Лабораториски тестови (за исклучување): TSH, слободен тироксин, крвна слика, витамин B12, Ca++, ензими на црниот дроб, електролити и креатинин
- ЕКГ.

ЛЕКУВАЊЕ

- Да се обезбеди запознавање на пациентот и неговата/нејзината фамилија и негователите дека депресијата може да се третира.
- Третирање на коморбидната соматска болест и обид да се намалат или компензираат ефектите од онеспособеноста; добро лекување на физикалната болест служи истовремено и за третирање на депресијата.
- Да се скицира психосоцијалниот статус на пациентот и мрежата за поддршка.
- Односот на лекарот спрема едно постаро депресивно лице треба да е активен, охрабрувачки и со поддршка.
- Има многу докази за ефективноста на психолошките интервенции (когнитивна психотерапија, интерперсонална терапија, кратка психодинамска терапија) со мотивирање на постарите депресивни пациенти.
- Да му се дозволи на пациентот нормално да тажи по ужаленоста, но да се биде свесен за можноста од депресија кога симптомите опстојуваат или стануваат поинтензивни.

- Пациентот може да дојде до заклучок дека психотерапијата е поддржлива и дека е позитивна интервенција.
- Лекарства:
  - Кога се избира антидепресив, да се утврди симптоматологијата (апатичен-возбуден) и да се провери дали лекот е соодветен за коморбидностите на пациентот и другите терапии со лекови.
  - Нема разлики во ефикасноста помеѓу разните лекови (**ннд-А**).
  - ССРИ го активираат пациентот. Тука влегуваат: citalopram[6], sertraline, paroxetine и fluvoxamine. МАО-А-инхибитор moclobemide, исто така, е употребуван за депресија кај постари лица.
  - Трицикличните антидепресиви се контраиндицирани ако пациентот има срцеви дефекти, глауком, ортостатски тешкотии, предиспозиција на ретенција на урина, или тенденција да падне. Во овие случаи може да биде корисен миансеринот (ризик од неутропенија, оправдана е честа проверка на крвта).
  - Mirtazapine[7] со почетна доза од 15-30 mg/ден е добра опција кај депресија комбинирана со анксиозност или нарушување на спиењето.
  - Трицикличните антидепресиви, amitriptyline или doxepine, не се препорачуваат за постари лица поради нивните антихолинергични спротивни ефекти. Nortriptyline може да биде добра опција кај рамнодушна депресија. Трицикличните антидепресиви, вообичаено, не се препорачуваат за пациенти постари од 75 години, но можат да се употребуваат за пациенти кои се на третман во психијатриски одделенија.
  - Venlaflaxine (37.5-150 mg/ден) може да биде ефективен кај депресија која е отпорна на другите лекови.
  - Ако депресијата е придружена со параноидни/психотични карактеристики, да се направи обид со антипсихотик (примарно атипичните антипсихотици како што се risperidone или quetiapine[8]). Да се консултира психијатар.
  - Ефектот од земањето лекови, вообичаено, доаѓа до израз по 4-8 недели. Ако нема ефект, или ефектот е мал, да се зголеми дозата или ако дозирањето е оптимално, да се направи обид со друг лек од друга група антидепресиви.
  - Земањето на лекот продолжува 1/2-2 години по оздравувањето на пациентот. Ако депресијата се поврати, постарото лице треба да се лекува со лекови кои ќе ги користи неколку години.
- Тенденциите за самоубиство, кај постарите пациенти, се индикација дека треба да бидат згрижени како внатрешни пациенти.

РЕКАПИТУЛАЦИЈА

- Грижата за старите депресивни лица може да биде тешка и да е предизвик и за сестрите и за оние што се грижат околу нив. Пациентот може да ја изгубил надежта, може да е тешко поднослив, да обвинува, да биде зависен и да е емоционално лабилен.
- Од помош може да бидат групите за поддршка на персоналот и на фамилијата со советувања на тие што се грижат за лицето и членовите на фамилијата.
- Да се консултира психијатар за дијагностичките проблеми, или кога пациентот продолжува да биде депресивен, без оглед на третманот. Неколку антидепресиви

6 **Недостапно во Р. Македонија**
7 **Недостапно во Р. Македонија**
8 **Недостапно во Р. Македонија**

може да се комбинираат кај тешки случаи. Електроконвулзивната терапија е безбедна и ефективна кај тешки случаи.
- Тешки депресии и самоубиствено настроени пациенти треба да се третираат во психијатриска болница.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Програмите за психолошки третмани се ефикасни кај доброволците кои учествуваат во истражувањето, но нивната ефикасност кај неселектираната популација останува да биде докажана (**ннд-С**).
- Нема доволно докази од контролираните обиди за ефикасноста на електроконвулзивната терапија кај депресивни постари лица (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) in the treatment of elderly depressed patients: a qualitative analysis of the literature on their efficacy and side-effects. International Clinical Psychopharmacology 1996;11:165-175
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973205. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
3. Mittman N, Herrmann N, Einarson TR et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. J Affect Disorders 1997;46(3):191-217
4. Song F, Freemantle N, Sheldon TA et al. Selective serotonin reuptake inhibitor: meta-analysis of efficacy and acceptability. BMJ 1993;306:683-7. Comment in ACP Journal Club 1993;119:45
5. Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A. Antidepressants for depression in elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000561. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
6. Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJ, Mann AH. Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. BMJ 1996;313:1058-61
7. Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. Harvard Review of Psychiatry 1999:7;1-28.
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-994490. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
9. Cuijpers P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. Int J Geriatr Psychiatr 1998;13:41-48
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983512. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 17.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ДЕПРЕСИЈА, ЛЕКОВИ И СОМАТСКИ БОЛЕСТИ

- **Основни правила**
- **Општи услови за лекување**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Депресијата е општо растројство кое се однесува на други психијатриски и соматски болести, често ја компликува дијагнозата и третманот.
- Според разни студии, 20-60% од пациентите со (општа состојба на лекување) соматски болести имаат симптоми на депресија, а 15-45% го исполнуваат критериумот за нарушување на расположението.
- Да се имаат предвид и соматските болести кои можат да предизвикаат депресија (табела 1).
- Да се одредат можните лекови и наркотични супстанции кои можат да предизвикаат нарушувања на расположението (табела 1).
- Посебно се нагласува улогата на соматските различни дијагнози:
  - Кај постари пациенти без претходни нарушувања на расположението;
  - Кај пациенти со атипични симптоми на депресија;
  - Кај пациенти кои немаат корист од традиционалниот третман на депресија.
- Кај пациенти со соматска болест не е секогаш лесно да се направи разлика на соматските симптоми од оние на депресијата.

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ЛЕКУВАЊЕ

- Депресијата посебно е поврзана со:
  - Мозочен удар, деменција и Паркинсонова болест;
  - Хипотиреоидизам, хиперпаратиреоидизам;
  - Дијабетес и коронарна срцева болест;
  - Канцер;
  - Исцрпеност и фибромијалгија.
- Депресивните пациенти имаат зголемен ризик од миокардијално формирање инфаркт. По миокарден инфаркт, депресијата како коморбидно растројство ја зголемува смртноста од срцеви заболувања.
- Депресијата, исто така, може да е предиспозиција за рак. Има мала, но клинички значителна поврзаност на депресијата и појава на ракот.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Тестот на придушување со dexamethasone има мала вредност кај дијагностицирање депресија кај пациенти со мозочен удар (**ннд-С**).

Табела 1. Услови за лекување, лекови и супстанции кои може да предизвикаат нарушување на расположението

Медицински состојби	Фармаколошки агенси	Психоактивни супстанци
Мозочен удар	Анаболични стероиди	Алкохол
$Б_1$-, $Б_2$-, $Б_6$- $Б_{12}$-витамин, недостаток	Лекови за психози	Амфетамин (за време на напуштање)
Недостаток на фолна киселина	Бета-блокатори	Екстази (МДМА)
Дијабетес мелитус	Естрогени	Кокаин (за време на напуштање)
Хипотиреоидизам	Digitalis	
Хипертиреоидизам	Clonidine	
Хипоадренализам (Адисонова болест, хипопитуитаризам)	Corticosteroids	
Хиперадренализам (Кушингов синдром)	Methyldopa	
Хиперпаратиреоидизам	Ranitidine	
Хиперпаратиреоидизам		
Паркинсонова болест		
Порфирија		
Коронарна артерска болест		
Состојба по инфаркт		
Неоплазми (посебно рак на панкреас)		
Епилепсија со парцијални напади		
Уремија		

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. Diab Care 1993;16:1167-78
2. Kugler J, Seelbach H, Kruskemper GM. Effects of rehabilitation exercise programmes on anxiety and depression in coronary patients: a meta-analysis. Br J Clin Psych 1994;33:401-10
3. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation 1996;93:1976-80
4. Frasure-Smith N, Lesp,rance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995;91:999-1005
5. McGee R, Williams S, Elwood M. Depression and development of cancer: a meta-analysis. Social Sci Med 1994;38:187-92
6. Harvey SA, Black KJ. The dexamethasone suppression test for diagnosing depression in stroke patients. Ann Clin Psychiatr 1996;8:35-39
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973035. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ТРЕТМАН СО ЛЕКОВИ НА АНКСИОЗНОСТ И (ОДНОСНИТЕ) РАСТРОЈСТВА НА ОДНЕСУВАЊЕТО (ОБНОСКИТЕ)

- **Цели**
- **Разни анксиозни растројства**
- **Генерализирана анксиозност**
- **Панични растројства**
- **Социјална (општествена) фобија**
- **Опсесивно-компулзивни растројства**
- **Мешани анксиозно-депресивни растројства**
- **Основни правила**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се одреди природата на растројството.
- Да се проценат факторите кои придонесуваат за растројство и процена дали има потреба од лекување со лекови.
- Да се направи обид да се избегнат континуирани анксиозни средства за лекување.
- Да се разгледаат алтернативите на лекување со бензодиазепин и можностите за психотерапија.

РАЗНИ АНКСИОЗНИ РАСТРОЈСТВА

- Третманот да се одбере спрема природата на растројството
  - Има разлики во третманот со лекови кај генерализираната анксиозност, паничното растројство, социјалната фобија и мешаните анксиозно-депресивни растројства.
  - Третманот со бензодиазепин со краток период е можен за адаптација на растројството кое манифестира анксиозност, и кај акутната фаза на трауматска реакција на стрес.

ГЕНЕРАЛИЗИРАНА АНКСИОЗНОСТ

- Ова анксиозно растројство е најопшто.
- Третманот со лекови е често користено ако сосема се потпира на психосоцијалниот пристап на лекување. Мора да се земат предвид факторите на предиспозиција (стрес, претерана употреба на лекови, кафе, итн.).

- Антидепресивите (**ннд-А**) (venlafaxine, amitriptyline, doxepin, mianserin, селективните серотинински инхибитори, итн) може да се покорисни од бензодиазепините (**ннд-С**) кај подолготрајниот третман на анксиозноста.
- Најважната разлика помеѓу разните бензодиазепини е фарамкокинетиката. Да се користат бензодиазепини со долготрајно дејство (diazepam, chlordiazepoxide, chlorazepate) посебно кај хроничните растројства, а при намалување и прекин на земањето лекови. Oxazepam и lorazepam имаат средно траење на дејствувањето, а поради нивниот минимален метаболизам во црниот дроб се поволни за употреба кај старите лица и кај пациентите со болест на црниот дроб.
- Најопштите нусефекти од бензодиазепини вклучуваат седација, влошување на психомоторните функции и преодни нарушувања на меморијата.
- Бензодиазепините треба да се употребуваат во мали дози и третманот треба да е со кратко траење (2-6 недели), ако е можно тоа. Пред да се прекине со лекот, дневните дози треба полека да се намалат за да се избегнат можните преоблеми при откажување.
- Buspirone е non-benzodiazepine (azapirone) состав чие терапевтско дејствување се јавува за 1-3 недели по почетокот на третманот (како и со антидепресивите). Индикациите се хронични анксиозни рајстројства кај кои не е потребно симптомите веднаш да се потиснат. Не е покажано дека имало проблеми при откажување од лекувањето, нарушувањето на психомоториката или на сознајните функции.
- Антагонистите на бета-рецепторот (бета-блокери) ги намалуваат симптомите предизвикани од стимулација на симпатикусот, поврзано со анксиозноста. Може да се од корист антихистамините или carbamazepine или, во одредени случаи, alpha 2-агонисти (clonidine), или малите дози невролептици.

ПАНИЧНИ РАСТРОЈСТВА

- Повторени, ненадејни напади на страв и анксиозност се карактеристика на паничното растројство. Паничниот напад може да доведе до однесување на одбегнување (панично растројство со агорафобија). Стравот од паничен напад е често придружен со генерализирана предвидена анксиозност.
- Акутен паничен напад посебно може да се третира со бензодиазепини, на пример алпразолам (повремена или краткотрајна употреба). Кај долгорочниот третман антидепресивите imipramine и clomipramine и серотонинските селективни антидепресиви (ССРИ) се ударни лекови во терапијата. Во старт на третманот, лековите, сепак, може да ги зголемат паничните симптоми, па затоа дозите треба да се зголемуваат постепено. Buspirone е веројатно без ефект кај паничното растројство.

СОЦИЈАЛНА (ОПШТЕСТВЕНА) ФОБИЈА

- Се манифестира во општествени ситуации кога пациентот чувствува дека е следен од други лица. Симптомите може да опфатат и зголемување на пулсот, срцебиење, трепет, нарушување на говорот и зацрвенување.
- Може да се направи обид со антагонисти на бета-рецепторот кај симптомите на симпатетичка нервозна симулација кај социјалните фобии.
- Бензодиазепините може да се употребат за повремен третман кај силните симптоми.
- ССРИ, venlafaxine и инхибиторите на моноаминска оксидаза може да се ефикасни кај симптомите на екстензивен страв кој понекогаш оправдува континуирано лекување со лекови.

ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИ РАСТРОЈСТВА

- Се манифестираат со повторени принудни мисли или дејствувања. Пациентот ја разбира бесполезноста на своето дејствување и се обидува да го спречи настапувањето, но ова често води во зголемена анксиозност.
- Clomipramine и ССРИ се покажале како ефикасни за ова растројство. Дозирањето е исто како и кај третманот на депресија. Терапевтскиот ефект, вообичаено, започнува да биде очигледен само недели или месеци по започнување на земање на лековите.

МЕШАНИ АНКСИОЗНО-ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА

- Тоа е прилично нов дијагностички ентитет во класификацијата на ICD. Ниедна од состојбите не е јасно доминантна.
- Антидепресивите често се употребувани, а buspirone[9], исто така, е алтернатива кај третманот со лек.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Кај третманот на анксиозно растројство употребата на лекови може да не е соодветна, и одредените карактеристики на секое растројство да не бидат земени предвид. Умешна терапија со лекови може многу да ги намали многуте симптоми на анксиозни растројства.
- Најдобри резултати во третманот на анксиозните растројства е постигнат со комбинација на психофармаколошки и психотерапевтски третман. Корисни се и когнитивната терапија, бихевиор терапијата и динамските психотерапии, посебно кај третманот на продолжени анксиозни растројства.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Може да постои, според контролните студии, поврзаност помеѓу изложеноста на фетусот на бензодиазепини и главните деформации или може да има орален расцеп, но наодот не е поддржан со кохортни студии (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Casacalenda N, Boulenger JP. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. Canadian Journal of Psychiatry 1998;43:722-730
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981749. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
3. Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt RJ et al. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. BMJ 1998;317:839-843
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-989059. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
5. Pittler MH, Ernst E. Kava extract for treating anxiety. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1): CD003383.
6. Liebowitz M, Gelenberg A, Munjack D. Venlafaxine extended release vs, placebo and paroxetine in social anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 2005;62:190–198

9 **Недостапно во Р. Македонија**

1. **EBM Guidelines, 23.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во февруари 2007 година**

ЛЕКОВИ КОИ СЕ КОРИСТАТ ПРИ ПСИХИЈАТРИСКИ ИТНИ СЛУЧАИ

- **Антипсихотични лекови кај акутни психози**
- **Антидепресиви**
- **Манија**
- **Делириум**
- **Вознемирен пациент со деменција**
- **Спротивни ефекти**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

АНТИПСИХОТИЧНИ ЛЕКОВИ КАЈ АКУТНИ ПСИХОЗИ

- Лекувањето на еден агресивен пациент може да започне со:
  - Olanzapine 10 mg и.м. Ако е потребно, дозата може да се повтори по 2 часа, и повторно по 4 часа. Максималната доза е 30 mg дневно, или
  - Risperidone 2 mg течен концентрат и лоразепам 2 mg орално, или
  - Zuclopenthixol acetate 50-150 mg и.м. Дозата треба да се повтори најрано по 24 часа, но вообичаено е 2-3 дена по првата доза (најопшти спротивни ефекти се екстрапирамидалните симптоми, а за лекување види во делот за **Спротивни ефекти**), или
  - Haloperidol 2.5-5 mg и.м. Дозата може да се повтори неколку пати во денот. Може да се препише како 1x /саат и.м. сè додека пациентот не се смири (најопшти спротивни ефекти се екстрапирамидалните симптоми).
  - Diazepam 5-10 mg 3-4 пати на ден п.о. или лоразепам 1-2.5 mg п.о. или и.м., за време на првите денови од акутната психоза, ќе ја ублажи анксиозноста.

АНТИДЕПРЕСИВИ

- За депресивните пациенти со несоница и анксиозност, добар избор на лекување е седативниот антидепресив земен навечер (mirtazapine, mianserin, trazodone, или трицикличен антидепресив како што се amitriptyline или doxepin).

Започнување со трицикличен антидепресив

- Пациентот започнува со третманот со трицикличен антидепресив со земање 25-50 mg во 8 часот навечер. Ако не се чувствува заморен во 10 часот навечер, може да

прими дополнителна доза од 25 mg и истата доза да ја повтори на полноќ, ако е потребно тоа.
- Ако пациентот заспие само по земање 100 mg од лекот и утрото не е премногу сонлив, следната вечер треба да земе 100 mg, 1-2 часа пред вообичаено одење во кревет. Ова овозможува брз вовед на дозата за одржување на трицикличниот антидепресив, која нормално изнесува најмалку 150 mg/ден.

Започнување со селективен серотонински инхибитор (ССРИ)

- Со ССРИ, вообичаено, се започнува со терапевтска доза.

МАНИЈА

- Лекувањето е вообичаено оправдано кога пациентот трпи од нарушувања во спиењето, бидејќи екстремна несоница може да предизвика манија.
- Најдобар лек е седативен антипсихотички лек (chlorpromazine, chlorprothixene, levomepromazine). Ако е потребно, може да се додаде, во краток период, и хипнотик.
- Одредување на дозата: почетна 100-200 mg (levomepromazine 25-50 mg) во 7 часот навечер. Ако пациентот не се чувствува заморен во 9 часот навечер, може да се препише давање дополнителна доза од 100 mg (50 mg). Дозата може да се повтори 2 пати во интеравал од 2 часа, односно во 11 часот навечер и во 1 часот наутро.
- Ако пациентот спие најмалку 5 часа и не е премногу сонлив следното утро, следната вечер ќе ја прими целата доза од првата вечер (100-500 mg), приближно 2 часа пред вообичаеното одење во кревет.

ДЕЛИРИУМ

- Главната цел е да се утврди причината за делириумот и, ако е можно, да се третира.
- Најдобар лек е haloperidol 5 mg и.м., со повторување на дозата на 30-60 минути. Многу вознемирените пациенти може да примат дози од 5 до 100 mg на ден.

ВОЗНЕМИРЕН ПАЦИЕНТ СО ДЕМЕНЦИЈА

- Haloperidol 0.5-5 mg или lorazepam 0.5-1 mg.

СПРОТИВНИ ЕФЕКТИ

- Невролептичен малигнен синдром.
- Дистонија и акатизија (екстрапирамидални симптоми).
  - Примарниот третман е да се намали дозата на лекот кој ги предизвикува симптомите или да се направи промена со употреба на лек со помали симптоми.
  - Симптомите настануваат најчесто со haloperidol, perphenazine, fluphenazine, flupenthixol и zuclopenthixol.
  - Акутната дистонија може да се третира со biperiden 2 mg 3 пати орално или 2.5-5 mg и.м.
- Кај акатизијата дозата на антипсихотикот треба да се намали. Симптомите може да се ублажат привремено со пропранолол со доза 40-120 mg на ден.
- Антихолинергични спротивни ефекти

  - Големи дози седативни антипсихотици и трицикличен антидепресив препишани со лекови против Паркинсонова болест и друг антихолинергетичен синдром, кој се карактеризира со конфузија, надразливост и делириум
  - Запек, задршка на уринатa, зголемен очен притисок.
- Сите антидепресиви може да предизвикаат акатизија за време на првите денови од третманот.
  - Пациентите со панично растројство се посебно подложни.
  - Третманот е важен бидејќи акатизијата може да придонесе во покачување на ризикот од самоубиство.
  - Бензодиазепините се добри во третманот.
- Намалување на прагот на ненадеен напад
  - Chlorpromazine и clozapine се поепилептогенични од thioridazine и fluphenazine.
  - Amitriptyline, imipramine, clomipramine и nortriptyline се најепилептогенични од трицикличните антидепресиви, додека doxepin е најмалку.
  - Внимание да се има кога се применува друг антидепресив при препишување за епилептичен пациент.
- Може да настане agranulocytosis од употребата на clozapine (1:100-1:1.000), mianserin (1:4.000-1:10.000) како и на mirtazapine.
- Clozapine може да предизвика воспаление на срцевиот мускул и кардиомиопатија.
- Приаписам може да биде провоциран од trazodone (1:1.000-1:10.000), а понекогаш, исто така, и од thioridazine и chlorpromazine. Пациентот треба да добие итна уролошка консултација.
- Промени во концентрацијата на крвта од други лекови
  - Carbamazepine ги провоцира ензимите на црниот дроб и ги намалува концентрациите на крвта кај многу други лекови.
  - Fluoxetine и fluvoxamine ја спречуваат активноста на ензимите за метаболизам и може да доведат до покачување на концентрациите на другите лекови.
- Инхиботорите на моноаминската оксидаза (moclobemide), заедно со трицикличните антидепресиви и селективните серотонински инхибитори, можат да предизвикаат кризи на висок притисок или серотонински синдром. Овие лекови не треба да се употребуваат заедно.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Доказот е недоволен за препорачување trazodone за третман на бихевиористички и психолошки манифестации на деменција (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Martinon-Torres G, Fioravanti M, Grimley Evans J. Trazodone for agitation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library Number: CD004990. In: Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley ѝ Sons, Ltd.
2. Kilian JG, Kerr K, Lawrence C, Celermajer DS. Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine. Lancet 1999;354:1841-1845

1. **EBM Guidelines, 13.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во април 2007 година**

СООЧУВАЊЕ СО ЗАВИСНИЦИ ОД ЛЕКОВИ ВО АМБУЛАНТНА НЕГА

- **Цели**
- **Лекови кои се продаваат на улица**
- **Стратегии на зависниците за добивање лекови**
- **Како да се реагира во случај на сомневање дека има злоупотреба на лекот**
- **Референци**
- **Алгоритам 7**

ЦЕЛИ

- Еден зависник, карактеристично, користи каков било начин да ја зголеми дозата на лекот надвор од препишаните количини. Зависноста е јасно разграничена од вообичаената зависност од лекот, при што симптомите од апстиненција го спречуваат дисконтинуитетот на земање лек.
- Треба да се има извесен степен на недоверба за да се идентификува зависноста од лек. Сепак, кога лекарот наидува на зависник, треба да е способен да сочувствува, да биде директен и треба да е со искрена желба да го разбере и да му помогне на пациентот.

ЛЕКОВИ КОИ СЕ ПРОДАВААТ НА УЛИЦА

- Buprenorphine
- Метадон
- Dextromethorphane (користен орално и интравенозно)
- Ethyl morphine
- Codeine
- Психостимулативни лекови
- Агенси против кашлање кои содржат опојни средства
- Бензодиазепини
- Лекови кои предизвикуваат интоксикација во комбинација со алкохол
  - Atropine - кој содржи лекови за пролив
  - Biperiden
- Антихолинергични лекови
- Барбитурати

СТРАТЕГИИ НА ЗАВИСНИЦИТЕ ЗА ДОБИВАЊЕ ЛЕКОВИ

- Цел
  - Млади лекари.
  - Лекари кои поради лични проблеми или недостаток на професионални квалификации препишуваат непотребно лекување со лекови.
  - Наивни, сочувствителни лекари.

- Пациент кој се обидува да добие лекови
  - Ги знае индикациите на наркотичните лекови и е способен да му ги каже на лекарот исправната историја на пациентот и симптомите.
  - Може да каже дека е зависник, но се обидува да се откаже од злоупотреба на лекот и дека сега има потреба од лекот само привремено за да го надмине најлошиот период.
  - Способен е да се надоврзе на многу трогателни приказни.
  - Често се жали на болки во вратот, мигрена или уретрични колични болки. Препишување јаки опојни средства на непознат пациент, најмалку при првата посета, тешко може да се оправдува.
  - Често има разни препораки кои се однесуваат на неговата /нејзината болест, на пример медицински извештаи, изјави и рецепти од добро познати лекари. Некои од зависниците навистина и ја имале болеста за која тврдат дека ја имаат.
  - Често прикажуваат лузна како доказ за болката.
  - Ретко, но редовно, посетуваат повеќе лекари и во секоја пригода се преправа дека е пациент кој ги користи лековите само како што му е препишано.
  - Може да се заканува со насилство, самоубиство или уцена, на пример со пишување во весници.
  - **Ловецот на лекови** може да е чист, пријатен тип или атрактивна млада жена.

КАКО ДА СЕ РЕАГИРА ВО СЛУЧАЈ НА СОМНЕВАЊЕ ДЕКА ИМА ЗЛОУПОТРЕБА НА ЛЕКОТ

- Лекарот треба да напомене дека и покрај тоа што симптомите на апстиненција можат да бидат непријатни, тие ретко му се закануваат на животот. Со тоа лекарот воведува некаква дисциплина во ситуацијата.
- Смиреноста на лекарот покажува дека тој има контрола на ситуацијата и не може лесно да се заведе.
- Лекарот може да каже дека тој може да контактира специјализиран центар за злоупотреба на лекови за да му обезбеди на пациентот соодветна нега.
- Лекарот може да препише други аналгетици наместо опојни средства за третман на болката, како и невролептични седативи (chlorpromazine 50-200 mg, levomepromazine 25-100 mg за преку ноќ) за да се ублажи анксиозноста. Пациентот може да одбие таков симптоматичен третман; лекарот не го може тоа.
- Да не се препишуваат опојни средства, психостимуланти или барбитурати на луѓе кои јасно ги сакаат особено тие лекови.
- Да не се препишуваат бензодиазепини на непознати пациенти, или на оние што се наклонети кон зависничко однесување; да не се препишуваат високи дози и големи количини, посебно при првата посета и без редовен цврст однос на психотерапевтски третман.
- Може да се користат разни соодветни испитувања (темелно соматско испитување на пациент со болка) или консултации за да се разјасни ситуацијата. Ова овозможува да се добие повеќе време и можност за спречување на барателите на лекот и на дилерите на пријателски, но соодветен начин.
- Да не се подлегнува и да се пишува рецепт ако ви се заканува зависникот. Кажете му дека веднаш ќе повикате полиција или ќе ги известите властите за уцената.
- Односот лекар - пациент може да започне ако лекарот е способен да ја разбере

сиромашната соматска, психолошка и социјална ситуација на зависникот и има волја да им помогне на пациентите во согласност со можностите.

- На крај, важно е да се запамети дека најголемиот број пациенти кои употребуваат редовно бензодиазепини не се зависници од лекови, туку имаат потреба од постојана терапија со лекови за да се ублажат долготрајните и јаки симптоми на анксиозност.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gowing L, Ali R, White J. Buprenorfine for the management of opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002025. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
2. Theis JG, Selby P, Ikizler Y, Koren G. Current management of the neonatal abstinence syndrome: a critical analysis of evidence. Biology of the Neonate 1997;71:345–356
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973556. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
4. Lima AR, Lima MS, Soares BGO, Churchill R, Farrell M. Carbamazepine for cocain dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002023. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software
5. Lima MS, Reisser AAP, Soares BGO, Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002950. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
6. Soares BGO, Lima MS, Reisser AAP, Farrell M. Dopamine agonists for cocaine dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003352. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
7. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittirattanapaiboon P. Treatments for amphetamine dependence and abuse. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003022. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
8. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychological Bulletin 1997;122:170–191
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973647. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
10. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. Addiction 1998;93:1457–1487
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-998456. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
12. Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. Public Health 1999;113:19–30
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991406. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 2.6.2003, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ЗГОЛЕМЕНА АЛВЕОЛАРНА ВЕНТИЛАЦИЈА

- **Цели**
- **Дефиниции**
- **Патофизиологија**
- **Симптоми**
- **Дијагноза на психогената зголемена алвеоларна вентилација**
- **Третман**

ЦЕЛИ

- Препознавање и третман на непсихогените причини на зголемена алвеоларна вентилација, посебно кај постарите пациенти.
- Препознавање на психогената зголемена алвеоларна вентилација како причина за болка во градите или недефиниран невролошки наод и да се биде подготвен да се објасни бенигниот карактер на симптомите на пациентот.

ДЕФИНИЦИИ

- Зголемената алвеоларна вентилација предизвикува намалување на артерската крв pCO_2, кое предизвикува невролошки симптоми и манифестации провоцирани од намалување на калибарот на крвните садови.
- Во практика, синдромот на зголемена алвеоларна вентилација значи психогена зголемена алвеоларна вентилација која често е поврзана со паничното растројство. Дефиницијата за панично растројство во ДСМ-III опфаќа многу знаци на зголемена алвеоларна вентилација. Зголемената алвеоларна вентилација, сепак, може да биде, исто така, симптом во многу соматски болести.

ПАТОФИЗИОЛОГИЈА

- Белодробни причини
  - Пневмонија;
  - Пневмоторакс;
  - Белодробен емболизам;
  - Астма и хронична опструктивна белодробна болест (COPD);
  - Белодробна фиброза, алвеолитис;
- Други причини;
  - Психолошка расеаност, панично растројство;
  - Лекови кои стимулираат дишење (аспирин, бета-симпатомиметици);
  - Срцева инсуфициенција;
  - Ацидози во метаболизмот;
  - Инсуфициенција на црниот дроб;
  - Невролошки болести (тумори на мозочното стебло);

СИМПТОМИ

- Болка во градите
  - Често остра болка на левата страна;
  - Хипервентилацијата може да предизвика коронарен грч и со тоа типична ангина пекторис, вклучувајќи промени на СТ и Т-брановите на ЕКГ;
- Тахикардија;
- Невролошки симптоми;
  - Вртоглавица, онесвестување;
  - Слабост;
  - Парестезии;
  - Несмасност;
  - Тешкотии на концентрација, нарушување на меморијата;
  - Тетанија;
- Психолошки симптоми;
  - Анксиозност, паничен напад;
  - Халуцинации;
  - Еуфорија, деперсонализација;

ДИЈАГНОЗА НА ПСИХОГЕНА ЗГОЛЕМЕНА АЛВЕОЛАРНА ВЕНТИЛАЦИЈА

- Историја на пацинетот;
- Ако се има сомневање за градна емболија, да се провери Д-димерот и анализа на гасот во крвта;
  - Мал артерски pCO_2 во крвта, но нормален или зголемен артерски притисок на крвта pO_2
- Тест на зголемена алвеоларна вентилација;
  - Ако своеволната хипервентилација предизвикува фамилијарни симптоми, дијагнозата има поддршка и пациентот може подобро да ја разбере патофизиологијата на симптомите;

ТРЕТМАН

- Причински третман;
- Третман на акутна психогена зголемена алвеоларна вентилација;
  - Често помага смирувањето на пациентот и наговарање да зборува.
  - Ако е потребно, пациентот дува во хартиена ќеса.
  - Ако е потребно, се дава ректално диазепам.
  - Се прави обид да се идентификува факторот кој ја активира состојбата и да се направи план за третман на пациентот (разгледување на респирацијата, задржување на дишењето кога е потребно тоа).
- Третман на панично растројство.

1. **EBM Guidelines, 9.2.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во февруари 2007 година**

РАСТРОЈСТВА НА МЕМОРИЈАТА И ДЕМЕНЦИЈА

- **Дефиниција**
- **Симптоми**
- **Деменција класификувана спрема големината**
- **Епидемиологија на деменцијата**
- **Нормално стареење и меморијата**
- **Различни дијагнози на растројства на меморијата**
- **Причини за растројства на меморијата**
- **Психијатриски растројства и меморијата**

ДЕФИНИЦИЈА

- Деменцијата е спознајно нарушување кое произлегува од органска причина која ги ограничува општествените и професионалните активности на пациентот.
  - Деменцијата е клиничка дијагноза направена врз основа на соодветно испитување од страна на лекар кој го познава пациентот.
  - Деменцијата може да биде прогресивна (на пример, Алцхајмерова болест), перманентна последица (на пример, оштетување на мозокот), или може да се третира.

СИМПТОМИ

- Нарушување на меморијата (неспособност да се стекнат нови информации и да се потсети на претходно научените).
- Нарушување на сознавањето манифестирано од најмалку едно од следново:
  - Афазија (нарушување на јазикот);
  - Апраксија (неспособност да се има моторни активности без оглед на активните сензорски функции);
  - Агнозија (неможност да се препознаат или да се идентификуваат објектите иако сензорските функции се в ред);
  - Нарушување на извршните функции (на пример, планирање, организација, редоследност, резимирање).
- Кај деменцијата свеста не е нарушена, иако пациентите имаат повисок ризик од делириум. Делириумот е витален кај различните дијагнози, бидејќи тој бара итен третман.

ДЕМЕНЦИЈА КЛАСИФИКУВАНА СПРЕМА ГОЛЕМИНАТА

- Блага
  - Иако способноста за работа и општествена компетентност е значително нарушена, пациентот сè уште е способен за независен живот и умерено проценување.

- Умерено голема
  - Способноста на пациентот да функционира независно е загрозена и е потребен одреден степен на надзор.
  - Кај повеќето пациенти способноста за управување автомобил е нарушена.
  - Правната компетентност е компромитирана.
- Јака
  - Дневните активности на пациентот се засегнати до оној степен кога е потребен континуиран надзор.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА НА ДЕМЕНЦИЈАТА

Појавување

- Индивидуата може да има болест на деменција на секоја возраст по зрелоста, но со староста застапеноста се зголемува.
- Кај луѓето на возраст од 65 до 74 години, 4% имаат умерена или јака деменција; во групата со возраст од 75 до 84 - 11%; а кај групата со возраст од 85 и постари - 35%.
- Кај луѓето на возраст од 65 и повеќе, 30% се засегнати од благо нарушување на меморијата.

Типови

- Алцхајмерова болест, 60-70%
- Алцхајмерова болест и васкуларни фактори, 10%
- Васкуларна деменција, 15-20%
- Други причини за деменција, 10%
- Случаи на деменција кои се третираат, 5-10%; се јавуваат најмногу кај помладите возрасни групи

Преживување

- Алцхајмерова болест, 10-12 години
- Васкуларна деменција, 5-7 години

НОРМАЛНО СТАРЕЕЊЕ И МЕМОРИЈАТА

- Кај индивидуи кои немаат растројства кои влијаат на централниот нервен систем, промените предизвикани со староста во когнитивните функции се минорни и тие имаат незначително влијание врз активностите на пациентот во секојдневниот живот или во општествените активности.
- Нормално постаро лице е способно да учи. Иако позабавено, а тоа значи дека не е сенилно.
- Нормалниот процес на стареење повлекува мало нарушување на функциите, како што се:
  - Учење;
  - Брзина на спознајните процеси;
  - Апстрактно размислување кое бара флексибилност;
  - Капацитет на меморијата.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ НА РАСТРОЈСТВА НА МЕМОРИЈАТА

- Нормално стареење
- Изолирани растројства на меморијата (амнезија)
- Други невропсихолошки растројства (како што се афазија или апраксија)
- Психијатриски растројства
- Акутна конфузна состојба (делириум)
- Ментална ретардираност
- Деменција

ПРИЧИНИ ЗА РАСТРОЈСТВА НА МЕМОРИЈАТА

- Причини за привремени нарушувања на меморијата
  - Транзиторна исхемична атака (ТИА)
  - Глобална амнезија
  - Помали повреди на мозокот
  - Епилептични напади
  - Земање лекови
  - Стимуланси
  - Психијатриски кризи
  - Акутна конфузна состојба (делириум)
- Случаите на растројство на меморијата кои може да се третираат се повеќето идентични на оние за третирање деменција. Прогресивното нарушување на меморијата е предизвикано од:
  - Алцхајмерова болест;
  - Васкуларните деменции;
  - Други состојби кои доведуваат до деменција.

ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА И МЕМОРИЈАТА

- Нарушувањето на меморијата е придружено со неколку психијатриски растројства. Тие вклучуваат:
  - Нарушување на расположението: депресија, анксиозност;
  - Исцрпеност;
  - Шизофренични и други психози.
- Депресијата, анксиозноста и другите психијатриски фактори може да ги отежнат растројствата на меморија настанати од други причини.
- Нарушувањата на меморијата поврзани со функционалните психијатриски растројства, генерално земено, се минорни: нарушено внимание и концентрација, зголемена интерференција и намален капацитет за преоптоварување на меморијата. Депресијата, сепак, може да биде придружена со поголеми нарушувања на меморијата, иако тие се ретко раширени и без капацитет како што се кај деменцијата (таканаречена псевдодеменција).
- Депресијата со очигледно нарушување на меморијата често ги вклучува следниве карактеристики кои ја разликуваат од деменцијата:
  - Претходни психијатриски растројства;
  - Навалицата на симптоми често може да се одреди;
  - Симптомите се со кратко траење, а се со брз прогрес;
  - Свесноста на пациентот за болеста и емоционалната осетливост се зголемени;

- Пациентот дава одговори како што е “не знам” и има селективни мемориски празнини со неодамнешните и порано заборавени мемории.
- Обидот со третман треба да започне штом се има сомневање за депресија или кое било друго нарушување на расположението.

1. **EBM Guidelines, 19.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во мај 2007 година**

МЕНТАЛНИ РАСТРОЈСТВА НАСТАНАТИ ПОРАДИ ОРГАНСКА БОЛЕСТ

- **Цели**
- **Основни правила**
- **Кога треба да се претпостави постоење на една органска причина за болест**
- **Органски растројства кај кои пациентот може прв пат да се подложи на психијатриски третман**

ЦЕЛИ

- Идентификување органски болести кои предизвикуваат психијатртиски симптоми, особено во раната фаза. Многу од овие болести можат да се излечат.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Првите симптоми на деменција и делириум се често интерпретирани како психијатриски. Повеќето од растројствата презентирани овде, исто така, се причински фактори за деменција и делириум.
- Коморбидитетот е општа појава: пациентот може да има органски и психијатриски проблеми. Познавање на сериозните болести и ограничувањата кои произлегуваат од болеста која има предиспозиција за ментални растројства. Ментално ретардирани пациенти со деменција се со ризик од психијатриско нарушување.

КОГА ТРЕБА ДА СЕ ПРЕТПОСТАВИ ПОСТОЕЊЕ НА ЕДНА ОРГАНСКА ПРИЧИНА ЗА БОЛЕСТ

- Кај делириумот, посебно ако постарото лице без психијатриска историја развива акутна конфузна состојба.
- Кај психоза која не е функционална со сигурност, посебно ако пациентот немал психоза пред тоа.
- Кога има сомневање за деменција.

- Ако пациентот, исто така, развива невролошки знак (пареза, епилептичен напад, мозочен нервен знак).
- Ако пациентот има симптоми на инфекција.
- Ако пациентот има значителна органска болест (дијабетес, висок притисок, срцева инсуфициенција, атријална фибрилација, бубрежна или црнодробна инсуфициенција, итн).
- Ако психијатриските симптоми се атипични и искусен клинички лекар констатира дека клиничките карактеристики се исклучителни.

ОРГАНСКИ РАСТРОЈСТВА КАЈ КОИ ПАЦИЕНТОТ МОЖЕ ПРВ ПАТ ДА СЕ ПОДЛОЖИ НА ПСИХИЈАТРИСКИ ТРЕТМАН

Интрачерепни проширувања

- **Тумор во предниот резен** може да предизвика мала промена кај личноста. Симптомите може да вклучат забавување и нарушување на размислувањето и однесувањето, и губење на проценување понекогаш и на чувството на мирис.
- **Тумор на темпоралниот резен** може да предизвика, исто така, промени во личноста и често предизвикува епилептични напади.
- **Хроничен супдурален хематом** може да предизвика забавеност и нарушување на менталниот капацитет кој се влошува постепено во текот на неделите или месеците. Често е придружен со гадење, главоболка и флуктуации на свеста. Пациентите се често постари луѓе или алкохоличари.
- Ако е недоволна анамнезата (односно нема информација за можните трауми), **епидуралниот хематом** и **субакутен супдурален хематом** треба да се сметаат како причина за ненадејна конфузија.

Инфекции

- **Инфекциите** кај постарите лица и кај оние со слабо здравје (пневмонија, инфекција на уринарниот тракт, сепса)
- **Инфекции на централниот нервен систем**
  - Енцефалитисот може да започне со ментална промена која личи на акутна психоза;
  - Сифилисот е констатиран, со симптоми во нервниот систем. Во почетокот тој може да предизвика неспецифични ментални симптоми кои можат да бидат интерпретирани како депресија. Подоцна, болеста води кон промена на личноста, типично кон грандиозност и подоцна кон деменција. Пациентот, исто така, има невролошки симптоми: Argyll Robertson-ова зеница, промени на внатрешниот осет во нозете, и мозочни васкуларни нарушувања кај невроваскуларниот сифилис;
  - Борелиозата може да влијае на ЦНС;
  - Субакутниот склеротичен паненцефалитис (ССПЕ) може да започне со симптоми кои личат на психоза.
- **Сидата** може да биде придружена со деменција, депресија, промени на личноста, и дури и психоза.

Нарушувања на метаболизмот

- **Хиперкалциемија** (аденом во паратиреоидната жлезда) може да резултира во симптоми кои се интерпретираат како депресија.

- **Црнодробна кома** или црнодробна слабост предизвикува промени во свеста. Пациентот нормално има позната историја на болест на црниот дроб или изразен алкохолизам.
- **Хипогликемијата** може да предизвика конфузија, анксиозност и други невропсихијатриски симптоми, како што е агресивно однесување.
- Хипогликемијата може да биде придружена со анксиозност, вознемиреност и делириум.
- **Нарушување на тиреоидата**: хипотиреоидизмот предизвикува депресија, а хипертиреоидизмот предизвикува депресија и се карактеизира со вознемиреност и несоница.
- **Недостаток на витамин B_{12}** предизвикува деменција и нарушување на меморијата.

Деменција

- **Кројцфелд-Јакобовата болест** се карактеризира со брзо напредување на деменцијата придружена со невролошки знаци (парализа, екстрапирамидални знаци, миоклонус). Во раните фази на болеста може да се интерпретира како психијатриско растројство.
- **Хантингтоновата болест** често со првата дијагноза се смета дека е психоза, дури и како шизофренија. Овие пациенти се живи и прекумерно активни. Развојот на хореиформните движења и познавањето на слична болест во фамилијата може да доведе до сомневање за Хантингтонова болест.
- **Васкуларната деменција** може да се карактеризира со депресија и конфузија пред деменција и може да се детектираат невролошки знаци.
- **Алцхајмеровата болест** е придружена со неколку психијатриски симптоми.
  - Депресијата е општа појава кај раните фази на болеста кога пациентот е често свесен за нарушување на меморијата и на губење функција.
  - Пациентот може да ги негира или покрива симптомите на нарушување на меморијата и тоа може да изгледа, на пример, како параноиден симптом. Пациентот ги објаснува празнините во меморијата со конфабулација или со кажување дека работите кои недостасуваат се украдени.
  - Кај умерено јаките фази, многу пациенти стануваат анксиозни и неспокојни. Разните ментални стимулации може да разбудат емоционални мемории и глобална анксиозност за која пациентот нема зборови. Многу пациенти, исто така, имаат несоница која е значителен напор за оние кои вршат згрижување.
  - Кај умерените до јаките фази на растројства на однесување често се присутни приземнување, загриженост, неконтролирана агресивност, трчање и константно облекување и соблекување или нарушување во јадењето
- **Lewy body деменција** вклучува, како надополнение на нарушување во меморијата, визуелни нарушувања и вкочанетост, кое може да биде помешано со депресија. Пациентите се осетливи на лековите против Паркинсонова болест, кое може да активира состојба на конфузија.
- **Pick-овата болест** е друг вид фронтална деменција.
- **Акутен мозочен инсулт** (надвор од моторната зона)
  - Мозочниот инсулт кај постарите лица може да се маникфестира само со конфузија без други знаци;
  - Мозочниот инсулт во десната хемисфера (недоминантна) го засега осетот за простор. Пациентот може да има чувство дека опкружувањето е абнормално, давајќи впечаток на психијатриско растројство ако нема други знаци на мозочен инсулт;

- Мозочниот инсулт во левата хемисфера (доминантна) може да предизвика само сензорна дисфазија (неспособност да се разбере туѓиот говор, додека говорот на пациентот е умерено нормален), кое може да личи на психијатриско растројство.

Конфузија произлезена од земање лекови против Паркинсонова болест

- Кај потешка форма на Паркинсонова болест, пациентот може да има потреба од нагласено лекување со допаминергетски лекови (levodopa, selegiline, допамински агонисти и COMT-инхибитори) и антихолинергетици (класични лекови за Паркинсон) за да се одржи способноста за движење. Како резултат на синергизмот, може да се развие состојба на конфузија, можно активирана со додавање еден нов лек.
- Конфузија предизвикана од леводопа е често придружена од халуцинации во кои пациентот ги гледа роднините, мртви или далечни, и е свесен дека овие видувања се халуцинации.
- Третманот е со намалување на лековите, кое води во намалување на способноста на движење. Мора да се најде избалансираност во нивото на лековите: или пациентот да се движи полесно, но да биде конфузен или нема да може да се движи, но ја снемува конфузијата.

Растројства од супстанции и симптоми од повлекување од третман

- Конфузијата може да се поврзе и со злоупотреба на лекови или со абнормална подложност на лекови (види за делириум, токсини и лекување со лекови).
- Злоупотреба на алкохол може добро да се скрие, посебно кај жените.
- Ако злоупотребата на алкохол е позната, **Вернике-Корсаковата болест** треба да се има предвид и пациентот треба да прима тиамин ако се хоспитализира.

Состојба на епилептичн сон, повремена епилепсија, по епилептична состојба

- Ако пациентот има необично однесување кое изгледа како напад, причината може да е состојба на епилептичен сон. ЕЕГ направено додека состојбата трае може да ја разјасни ситуацијата.
- Некои од пациентите со повремена епилепсија, исто така, имаат психотични епизоди.
- Некои епилептични пациенти имаат состојба на конфузија по нападите, која трае неколку часа и тогаш пациентот може да реагира агресивно.

1. **EBM Guidelines, 25.3.2000, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 7 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

НЕВРОЛЕПТИЧЕН МАЛИГЕН СИНДРОМ (НМС)

- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Клиничка слика**
- **Лабораториски испитувања**
- **Различни дијагнози**
- **Третман**
- **Третман по нмс**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Препознавање и третман на невролептички малиген синдром кај пациенти со:
  - Треска;
  - Екстрапирамидални симптоми;
  - Самоконтролирани нарушувања;
  - Променета свест.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се проценува дека се јавува кај 0.2-1.4% од пациентите кои примаат антипсихотици.
- НМС, вообичаено, се среќава со малите дози антипсихотици (помеѓу другите халоперидол), но, исто така, може да се јави и од употреба на големи дози антипсихотици. Се случувало да се појави и со атипични антипсихотични лекови.
- Често се јавува наскоро по започнување на давање антипсихотици или по голема промена во нивното дозирање.
- Покрај со антипсихотици, НМС може да се поврзе со третманот со metoclopramide или со ненадеен прекин со допаминергичен лек како што е леводопата.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Веројатно е дека НМС може да се дијагностицира кај пациент кој има два или повеќе симптоми заедно со затемнување на свеста, леукоцитоза или покачено ниво на серум креатинска киназа.
  1. Хипертермија: температурата на телото е повисока од 37.5°C без да има објаснување за тоа.
  2. Јаки екстрапирамидални симптоми:
     - Вкочанетост (често доминантен симптом како додаток на треската);
     - Кризи на движење на окото околу антеропостериорната оска (дистонија на очните мускули);
     - Опистотонос;
     - Ретроколис;

- Тризмус;
- Кореоатетонични движења;
- Дискинезија;
- Слабост кон јадење, неможност да се голта;
- Зголемено лачење плунка.

3. Нарушувања на автономниот нервен систем:
   - Покачување или промена на крвниот притисок;
   - Тахикардија;
   - Тахипнеја;
   - Обилно потење;
   - Неспособност за задржување урина или задршка на урината.

Дополнителни критериуми

- Промени во нивото на свеста
- Леукоцитоза
- Зголемена серум креатинска киназа

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Не се дијагностицирани промени во лабораториските параметри. Најчесто сретнати промени се:
  - Покачено ниво на серум креатинската киназа (кај околу 2/3 од случаите);
  - Леукоцитоза;
  - Покачување на хематокритот поради дехидрација.
- Покрај тоа, пациентите може да имаат електролитен или кисело-базен дебаланс.
- Се советува следење на серум креатинската киназа, бидејќи нормализацијата на нивото значи поволен одговор на третманот.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Важно е да се исклучат другите растројства кои предизвикуваат затемнување на свеста, конфузија и покачување на телесната температура.
  - Менингитис, енцефалитис (тапкање на мозочно'рбетната течност, компјутеризирана томографија на главата);
  - Малигна хипертермија (се поврзува со анестезија);
  - Летална кататонија кај шизофреничниот пациент. На состојбата ѝ претходи екстремна вознемиреност и халуцинации. Вкочанетост на мускулите, ненормално држење и подоцна развој на здрвеност. Состојбата често тешко се разликува од НМС. Корисна е електроконвулзивна терапија.
  - Термална парализа кај пациентите кои примаат антихолинергетици. Нема потење, вкочанетост или покачување на серум креатинската киназа.
  - Централен антихолинергетичен синдром е состојба која е создадена со прекумерна употреба на антихолигенерични лекови и некои психофармацевтски лекови. Симптомите се: конфузија, вознемиреност, конвулзии и благо покачување на телесната температура. Зениците се широки, кожата е сува и зацрвенета, устата е сува. Типични се тахикардија, задршка на урината и тапи звуци од утробата.
- Серотонинскиот синдром е состојба која личи на НМС и е предизвикана од конкурентна употреба на серотонински антидепресиви и инхибитори на моноаминска оксидаза. Симптомите вклучуваат треска, тремор, конфузија, неспокојство, вкоча-

нетост, миоклонус и епилептичен напад. Состојбата се третира со престанување на земање серотонергични лекови.

ТРЕТМАН

- Благите случаи може да се третираат и во примарната нега ако се обезбеди лабораториско следење.
  - Престанување на земање невролептици;
  - Обрнување внимание на земање течност и на бубрежното функционирање (следење на рабдомиолизата и бубрежната слабост);
  - Контрола на телесната температура со давање антипиретици или по механички пат;
  - Третман на секундарните инфекции (може да се јави аспираторна пневмонија);
  - Респираторна поддршка;
  - Лабораториско следење;
  - Третман со бромокриптин (или dantrolene).
- Препорачана почетна доза на бромокриптин е 5 mg 3 пати во денот. Потоа дозата е 15мг/ден (ублажување на вкочанетост на мускулите, пад на телесната температура и на нивото на серум серотонин киназата) и зголемување на дозата до ниво на кое симптомите се ублажени (до 20 mg 3 пати дневно). По исчезнување на симптомите, земањето на лекот се продолжува уште 10 дена со негово намалување.
- За време на постоење на синдромот, неспокојството може да се третира со бензодиазепин. Ако има сомневање за кататонија, треба да се предвиди електроконвулзивна терапија. Антихолинергетиците не се покажале како ефикасни.

ТРЕТМАН ПО НМС

- Повторно се започнува со антипсихотиците откако НМС ќе стане одговорност на специјалист. Антипсихотиците не треба да се рестартираат во рок од 2 до 4 недели од НМС. Треба да се користат антипсихотици од друг тип од друга хемиска класа.
- НМС е јака компликација на третманот за која треба да се известат и државните органи одговорни за лекови.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hermish H, Aizenberg D, Weizman A, Lapidot M, Mayor C, Munitz H. Risk for definite neuroleptic malignant syndrome. Br J Psychiatry 1992;161:254-7
2. Keck PE, Pope HG, Cohen BM, McElroy SL, Nierenberg AA. Risk factors for neuroleptic malignant syndrome. Arch Gen Psychiatry 1989;46:914-8
3. Sachdev P, Mason C, Hadzi-Pavlovic D. Case-control stydy of neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 1997;154:1156-8
4. Figa-Talamanca L, Gualandi C. Hyperthermic syndromes and impairment of dopaminergic system: A case study. Ital J Neurol Sci 1989;10:49-59
5. O'Dwyer AM, Sheppard NP. The role of creatine kinase in the diagnosis of neuroleptic malignant syndrome. Psychol Med 1993;23:323-6
6. Verhoeven WMA, Elderson A, Westenberg HGM. Neuroleptic malignant syndrome: Successful treatment with bromocriptine. Biol Psychiatry 1985;20:680-4
7. Koponen H, Repo E, Lepola U. Long-term outcome after neuroleptic malignant syndrome. Acta Psychiatr Scand 1991;84:550-1

1. **EBM Guidelines, 15.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНО РАСТРОЈСТВО (ОКР)

- **Вовед**
- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Причини за болеста**
- **Клиничка слика**
- **Различни дијагнози**
- **Третман**
- **Референци**

ВОВЕД

- Старост на појавувањето е вообичаено приближно на 20 години; сепак, кај 1/3 од пациентите, ОКР прв пат се појавил во адолесценцијата.
- ОКР е вообичаено хронична состојба.
- Ефективните форми на третман опфаќаат когнитивно-бихевиорална терапија, селективни серотонин инхибитори (ССРИ) и clomipramine.

ЦЕЛИ

- Да се биде свесен за ова умерено општо растројство. Распрашајте се за компулзивно однесување и опсесивни мисли, особено ако пациентот има депресија или анксиозност.
- Третман на пациентите со ОКР со clomipramine или ССРИ, со употреба на многу големи дози. Да се следи доволно долго состојбата.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Согласно со вкрстено-секциските студии, распространетоста кај населението е 1.6%. Застапеноста во текот на животот е приближно 2.5% (**ннд-В**).
- Застапеноста на ОКР нема варијации од аспект на полот.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Генетичките студии, последните техники на претставување и резултатите добиени со психохирургија сугерираат дека ОКР има биолошко потекло.
- Серотонергетскиот систем станал фокус на студиите, бидејќи добрите резултати од третманот се постигнати кај ОКР со помош на серотонин-селективни лекови.

- Експериментално, симптомите на ОКР може да се влошат со серотонин агонисти.
- Не се идентификувани специфични ОКР гени, но некои студии сугерираат дека генетичката предиспозиција може понекогаш да се поврзе со растројството. Појавата на ОКР во детството изгледа дека е наследна (понекогаш заедно со растројства на нервите).

КЛИНИЧКА СЛИКА

- ОКР е класифициран како независно растројство во ИЦД-10.
- Пациентот има опсесивни мисли (опсесии) или компулзивно однесување (компулзии). Опсесиите и компулзиите се повторуваат, а пациентот смета дека се вознемирувачки.
- Пациентите со ОКР знаат дека нивните опсесии се креација која произлегува од нивните сопствени мисли.
- Општите опсесии опфаќаат:
  - Страв од загадување, избегнување нечистотија, страв од бацили/микроби;
  - Создавање слики во кои се имаат оштетено самите себе си или другите;
  - Страв од губење контрола;
  - Потиснувачки сексуални мисли;
  - Претерана религиозност или морално сомневање;
  - Забранети мисли;
  - Потреба да се насочуваат мислите на одреден начин;
  - Присутна потреба од зборување, поставување прашања или исповедување.
- Општите потреби вклучуваат:
  - Миење, повторување на работите, проверка, пребројување;
  - Организирање на поседувањата, одвезување или чување на работите.
- Принудувањата често се спроведуваат и се повторуваат спрема стриктни ритуали. Целта е да се постигне ослободување од нешто кое се смета дека е непријатно. Пациентите, вообичаено, знаат дека нивното однесување е неразумно.
- ОКР-симптомите предизвикуваат страдање, земаат време (повеќе од еден час во денот) или значително интерферираат со секојдневниот живот на пациентот.
- Појавата на растројство обично настанува на возраст од околу 20 години, но почнува во детството кај 1/3 од пациентите.
- ОКР е вообичаено долгорочна состојба, дури и доживотна. Симптомите често, со текот на времето, се подобруваат и варираат од речиси незначителни до симптоми кои предизвикуваат силни страдања.
- ОКР е растројство кое се потценува при дијагнозите и третманот, бидејќи пациентите или ги кријат своите симптоми или не ги проценуваат како знаци на болест.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Опсесивните мисли настануваат кај многу психијатриски болести, но не и присилното однесување. Постоењето на присилното однесување е поддршка за дијагноза на ОКР.
- Нервните растројства (Turet-ов синдром и други нервни растројства) може да личат на ОКР. Нервните нарушувања и ОКР често настануваат заедно, особено при појава на растројства во детството.
- Кај општото анксиозно растројство пациентот ја смета причината за анксиозноста реалистична, иако нема реално резонирање кога е во прашање ОКР-симптом.

- ОКР-пациентите понекогаш имаат панични напади, но тие се секундарни на опсесивните стравови.
- ОКР и депресијата често настануваат заедно кај старите лица, но се помалку појавни кај децата и адолесцентите.
- Растројствата поврзани со јадење и шизофренијата се општи коморбидни растројства со ОКР. Типичната шизофренија не е позастапена кај населението отколку што е, но некои пациенти може да имаат делузија како идеи во релација со нивните опсесии, наведувајќи на дијагноза на психотично растројство. Сепак, вообичаено спротивно на психотичните индивидуи, луѓето со ОКР продолжуваат да имаат јасна претстава што е реално, а што не е.
- Кај децата и адолесцентите, ОКР може да се влоши и предизвикува деструктивно однесување, а предизвикува и проблеми со вниманието и концентрацијата.
- Иако стресот може да го влоши ОКР, симптомите настануваат без оглед на стресот.
- ОКР-пациентите вообичаено бараат третман за депресијата и анксиозноста, а не за опсесиите или компулзиите. Кратките прашања кои се однесуваат на миење на рацете, а кое се повторува, потребата од проверка на работите или опсесивните мисли водат во препознавање на ОКР во 80% од случаите.
- Само мал број од луѓето со ОКР страда од опсесивно-компулсивното растројство на личноста. Ова се однесува на модел на личност кој наведува на преокупација со правилата, роковите, перфекционизам, крутост и нефлексибилност.

Коморбидитет

- Психијатриските состојби кои може да коегзистираат со ОКР се:
  - Анксиозно растројство (како панично растројство или општествена фобија);
  - Депресија/дистимија;
  - Растројства во однесувањето и вниманието (на пример, растројство поврзано со хиперактивност или недостиг од внимание (АДХД));
  - Растројства поврзани со учењето;
  - Нервни растројства;
  - Трихотиломанија (влекување на косата);
  - Растројство од дисморфично тело (замислена грдост).

ТРЕТМАН

- Обучувањето е основно во помошта на пациентот и на фамилијата за да научат како најдобро да се справат со ОКР и да се избегнат компликации.
- Терапијата на присилно однесување е ефикасна кај ОКР (**ннд-А**).
- ССРИ е најефикасен третман (**ннд-А**). Резултатот не се однесува на можната депресија.
- ССРИ се користат во поголеми дози отколку за депресија, а дозата постепено се зголемува. Најчесто користени ССРИ:
  - fluvoxamine (25-250 mg/ден)
  - fluoxetine (5-60 mg/ ден)
  - paroxetine (10-40 mg/ ден)
  - citalopram (20-60 mg/ ден)
  - sertraline (50-150 mg/ ден)
- Clomipramine е најстудиран: ефикасен е кај 50-85% од пациентите во контролните

студии. Почетната доза е 25 mg. Дозата може да се зголеми 150-200 mg/ден, која е повисока доза од онаа за депресија.
- Резултатот може да се појави забавено (за 2-3 месеци), а ефикасноста може да се зголеми до 1 година.
- Третманот со лек треба да продолжи уште 1,5 година, понекогаш и доживотно.
- Повторување на болеста е многу општа појава кога ќе се прекине земањето на лекот, особено ако лицето немало корист од терапијата за присилно однесување (ЦБТ). Се препорачува пациентите да продолжат со земање лек, особено ако немаат потврда за ЦБТ.
- Другите трициклични антидепресиви или невролептици не се ефикасни. Сепак, невролептиците може да се употребат за ублажување на нервните симптоми.
- Често е корисна комбинацијата од третман со лек и бихевиористичка терапија.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. J Consult Clin Psychol 1997;65:44-52
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973326. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Piccinelli M, Pini S, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic view. Br J Psychiatr 1995;166:424-443
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968003. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Henk HJ. Behavioural versus pharmacologicak treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. Psychopharmacology 1998;136:205-216
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983622. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 15.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО

- **Вовед**
- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Симптоми**
- **Различни дијагнози**
- **Испитувања**
- **Стратегии за третман**
- **Психотерапија**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ВОВЕД

- Паничното растројство се поврзува со релативно хроничен тек и со висок ризик од повторно појавување кај лица чии симптоми се провлекуваат.
- Спознавањето за време на паничните напади има важна улога во нивоата на страв и анксиозност кај пациентот.
- Двете, фармаколошката и спознајно-бихевиористичката терапија (СБТ), се поефикасни од плацебото или контролниот третман.
- Комбинацијата од антидепресиви со изложување во живо е супериорна терапија во однос на другите терапии за краткотраен третман на пациентите со панично растројство со агрофобично избегнување.

ЦЕЛИ

- Исправно дијагностицирање на паничното растројство.
- Препознавање на депресијата, ризикот од самоубиство или злоупотреба на алкохолот кое често се случува заедно со паничното растројство.
- Третирање на паничното растројство и намалување на симптомите колку што е можно повеќе.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Распространетоста на паничното растројство се проценува на 3-4%.
- Паничното растројство често се смета дека е агорафобија.
- Распространетоста на паничното растројство е два пати поголема кај жените отколку кај мажите.
- Појавата се јавува често кај адолесцентите или младоста, понекогаш и во детството.
- Околу 30% од пациентите целосно оздравуваат, но и обновувањето е често. Некои заостанати симптоми се присутни кај 40-50%. Околу 20% од пациентите остануваат силно или хронично засегнати.
- 25% од постарите панични пациенти имале училишна фобија во детството.

СИМПТОМИ

- Пациентот има најмалку 4 панични напади во период од 4 недели.
- Паничните напади не се поврзуваат со посебна ситуација или некоја околност и се непредвидливи.
- Паничните напади не се однесуваат на физичките растројства.
- Симптомите го достигаат максимумот за 10 минути.
- Најмалку 4 од симптомите наведени подолу треба да се присутни, при што еден од наведените од а) до д):
  - (а) срцебиење, скокање на срцето, или забрзување на пулсот;
  - (б) потење;
  - (в) треперење или тресење;
  - (г) сува уста;
  - (д) тешкотии во дишењето;
  - (ѓ) чувство на задушување;
  - (е) болка во градите или неудобност;
  - (ж) гадење или абдоминална болка;
  - (з) чувство на вртоглавица, несигурност, слабост или лекомисленост;
  - (ѕ) чувства на нереализација или деперсонализација;
  - (и) страв од губење контрола, станување луд или онесвестување;
  - (ј) страв од умирање;
  - (к) напливи на топлина или на студ;
  - (л) умртвеност или тресење.

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Други психијатриски болести
  - Фобични растројства, генерализирано анксиозно растројство, депресија
- Кардиоваскуларни нарушувања
  - Анемија, тахиаритмија, ангина пекторис
- Ендокрини растројства
  - Хипертиреоизам, хипергликемија, менопауза
- Распираторни нарушувања
  - Астма, зголемена алвеоларна вентилација, пулмонарна емболија, белодробен едем
- Невролошки растројства
  - Церебралноваскуларни растројства, епилепсија, транзиторна исхемична атака
- Проблеми при откажување
  - Алкохол, кофеин, амфетамини
- Паничниот напад може да биде предизвикан од прекумерни дози beta2-sympathomimetics кои се користат за астма.
- Phaeochromocytoma: нападите се карактеризираат со црвенило, срцебиење и значително зголемен крвен притисок.

ИСПИТУВАЊА

- Физикално испитување.
- Серум, хормон за стимулација на тиреоидата, ЕКГ.
- Други испитувања (крвна слика, гликоза во крвта, серумски калциум) ако е потребно, или невролошка консулатација.

СТРАТЕГИИ ЗА ТРЕТМАН

- Важно е да се процени ризикот од самоубиство.
- Комбинација од третман со лек (**ннд-А**) и психотерапија (**ннд-А**) е често потребна.
- Корисни се пристап кој поддржува, охрабрување и дискусија за ситуацијата (и за бенигната природа на соматските симптоми) со пациентот.
- Можната злоупотреба на коморбидниот алкохол бара решавање, на пример, со мини-интервенции. Алкохолот ги влошува паничните симптоми.
- Ефектите од третманот се долготрајни (**ннд-С**).

Селективни серотонин инхбитори на сфаќањето (ССРИ)

- ССРИ се најдобри лекови (**ннд-В**). Ефикасни се и безбедни (**ннд-А**).
- Лековите опфаќаат citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, и sertraline.
- Се користат за третман на тешки депресии, но се почнува со половина доза (на пример, citalopram 10 mg/ден), бидејќи паничните пациенти се осетливи на можни странични ефекти.
- За повратните симптоми е потребен подолг профилактички третман.

Трициклични антидепресиви

- Clomipramine (**ннд-А**).
  - Почетна доза е 10 mg , која постепено се покачува.
  - Дозирањето е исто или помало од третманот на голема депресија: 100-200 mg/ден.
  - Резултатот се гледа по 2-4 недели.
  - Во стартот на третманот симптомите може да се зголемат.
  - Се јавуваат антихолинергички несакани последици или зголемена тежина.

Бензодиазепини

- Не се добри кај алкохоличарите. Може да се користат во рана фаза на третман, на пример комбиниран со ССРИ. Подоцна треба да се намалат и стопираат.
- Alprazolam (**ннд-В**)
  - Почетна доза 0.25 mg x 3
  - Третман на одржување 1.5-4 mg
  - Намалување по малку: 0.25 mg/неделно
  - Ако намалувањето не е успешно, се оди на clonazepam, кој може полесно да се намалува
- Clonazepam
  - Почетна доза 0.5 mg x 2
  - Третман на одржување 1-4 mg

Инхибитор на моноаминска оксидаза

- Moclobemide
  - Почетна доза 75 mg x 2
  - Третман на одржување 300-600 mg

Траење на третманот со лек

- Често е потребен долготраен третман, како кај големие депресии.
- 8-12 месеци со ефикасно дозирање.

ПСИХОТЕРАПИЈА

- Когнитивната психотерапија е ефикасна (**ннд-А**), вклучувајќи го когнитивното реструктурирање (**ннд-D**).
- Изложување ин виво (**ннд-А**).
- Групи на самопомош, релаксација, едукација.
- Курсеви за рехабилитација.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Анксиозните растројства се општи коморбидни растројства во паничните растројства (**ннд-В**).
- Генетичките фактори имаат улога во развојот на паничното растројство (**ннд-В**).
- Има докази за ефикасноста на когнитивно-бихевиористичките третмани за општествените фобии, но проблемите со квалитетот на студиите не дозволува дефинитивни заклучоци (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Angst J. History and epidemiology of panic. Eur J Psychiatr 1995;10(suppl 2):57-59
2. Mavissakalian MR. Antidepressant medication for panic disorder. In: Mavissakalian MR, Prien RF (eds.). Long-term treatment of anxiety disorders, s. 221-240. American Psychiatric Press 1996
3. Barlow DH, Brown TA. Psychological treatments for panic disorder and panic disorder with agoraphobia. In: Mavissakalian MR, Prien RF (eds.). Long-term treatment of anxiety disorders, s. 221-240. American Psychiatric Press 1996
4. van Balkom AJ, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw BM, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioural, and combination treatments. J Nerv Ment Dis 1997;185:510-516
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971064. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. Clin Psychol Rev 1996;15:819-844
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968034. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. Oei TP, Llamas M, Devilly GJ. The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1999;27:63-88.
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20008184. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
10. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P, Blaauw BM, van Dyck R. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. J Nerv Ment Dis 1998;186:414-419
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981282. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
12. Boyer W. Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 1995;10:45-49
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-920019. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

14. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioural treatments for social phobia. J Behav Ther Exp Psych 1996;27:1-9
15. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973122. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
16. Stravynski A, Greenberg D. The treatment of social phobia: a critical assessment. Acta Psychiatr Scand 1998;98:171-181
17. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981694. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 15.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПОСТПАРТАЛНА ПСИХОЗА И ДРУГИ ПОСТПАРТАЛНИ РАСТРОЈСТВА

- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Општи расмислувања**
- **Депресивно расположение по породување**
- **Депресија по породување**
- **Третман**
- **Психоза по породување**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се има предвид дека депресијата по породување е општа појава.
- Да се научи како да се идентификуваат ризичните групи и како да се посомнева дека има депресија по породување.
- Да се дијагностицира моментот на започнување на постнаталната психоза колку што е можно порано.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Речиси 80% од мајките имаат депресивно расположение (бебешка нажаленост) по раѓањето дете, така што тоа е нормален феномен.
- По раѓањето на детето, приближно 10-20% од мајките ги исполнуваат критериумите за дијагноза за депресија по породување.
- Појавата за постпартална психоза бара хоспитализација од 1-2 на 1.000 родени деца.

ОПШТИ РАЗМИСЛУВАЊА

- Ризикот жената да развие депресија за време на првиот месец по раѓањето е три пати поголема споредено со другите жени на иста возраст.
- Ако мајката страдала од депресија пред бременоста, ризикот од депресија по породувањето е 25%. Ако мајката страдала од депресија по породувањето и пред тоа, ризикот од повторна депресија е 40%.
- Други ризични фактори за ментално растројство по породување вклучуваат првородено дете, тешкотии во меѓусебните релации, не е мажена, царски рез и фамилијарна анамнеза за растројство во расположението.
- Историја на биполарно растројство на расположението е најголем познат ризичен фактор за постнаталната психоза.

ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ПО ПОРОДУВАЊЕ

- До 80% од сите мајки имале до одреден степен постнатална меланхолија, а симптомите се најсилни 3-5 дена по породувањето. Овој феномен е општ и затоа често се смета како нормална реакција на породувањето, Сепак, го зголемува ризикот мајката да развие постнатална депресија.
- Симптомите вклучуваат плачење, промени на расположението, главоболка, надразливост, повремено губење апетит и нарушување на сонот.
- Состојбата вообичаено се решава спонтано и нема потреба од третман освен што е потребен однос на поддршка од страна на фамилијата и лекарот.

ДЕПРЕСИЈА ПО ПОРОДУВАЊЕ

- Најчесто се појавува во текот на првите 3 месеци по породувањето, но настанот е присутен до 6 месеци по раѓањето на детето.
- Фактори на предиспозиција вклучуваат историја на јака депресија, стрес, негативни искуства за време на перинаталниот период и недоволна општествена поддршка. Распространетоста на постнаталната депресија е помала во културни средини каде што фамилијата или заедницата ѝ нуди голема поддршка на новата мајка.
- Типични симптоми се нарушување на спиењето, анхедонија, неспособност да се концентрира, чувства на неадекватност, прекумерна грижа и страв за детето. Симптомите може да бидат јаки како и кај психозите.
- Тиреоидитисот и хипотиреоидизмот, исто така, можат да бидат причина за мајчинска депресија.
- Мајчинската депресија влијае на нејзината способност да се грижи за детето и може да го изложи на опасност развојот на односот мајка - дете. Покрај тоа, мајчинската постнатална депресија ги зголемува подоцнежните ризици од психијатриски растројства кај детето и кај целата фамилија. Настанот на ненадеен синдром на детска смрт е поголем кај деца од мајки со постнатална депресија отколку кај контролниот примерок.

ТРЕТМАН

- Третманот на постнаталната депресија не се разликува од третманот на која било депресија. Консултација со специјалист е најчест облик на интервенција. Можните форми на третман вклучуваат фармакотерапија (**ннд-С**), општествена поддршка, помош во негата на детето и психотерапија. Понекогаш е потребна и хоспитализација.

- Ако симптомите на депресија се задржуваат, ситуацијата бара повторно разгледување, ако е потребно од страна на психијатар, за да се избегнат штетни последици за детето и фамилијата.

ПСИХОЗА ПО ПОРОДУВАЊЕ

- Најретко, но најсилно психијатриско растројство по раѓањето на детето.
- Симптомите најчесто започнуваат 3-14 дена по раѓањето. Во оваа фаза мајката и детето, вообичаено, се отпуштаат дома и членовите на фамилијата го забележуваат чудното однесување на мајката.
- Првите симптоми вклучуваат неспокојство, несоница, вознемиреност и променливо расположение кои се развиваат во конфузија и вообичаено во манична психоза.
- **Постнаталната психоза е психијатриски итна и бара хоспитализација.** Ризикот од самоубиство е значителен и новороденчето, исто така, може да е под ризик.
- Третманот се содржи од антипсихотици, психотерапија и општествена поддршка за мајката и за фамилијата.
- Кај психотичната депресија, **електроконвулзивната терапија може побрзо да доведе до подобрување** отколку лековите.
- Терапијата со естроген дава, исто така, ветувачки резултати.
- Прогнозата е добра по првата епизода, но психозата често се повратува по следното породување и тоа треба да им се објасни на пациентката и на нејзината фамилија.
- Пациентот треба да оди на психијатриска консултација за време на каква било следна бременост. Ако се почне со рано давање лек во вид на антидепресив, може да се отстрани состојбата која овозможува развој.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Психосоцијалните и психолошките интервенции споредени со вообичаена грижа дадена преднатално и постнатално не го намалуваат ризикот од постнатална депресија (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Miller L. Postpartum depression. JAMA 2002;287:762-5.
2. Hoffbrand A, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002018. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

1. **EBM Guidelines, 21.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПСИХОТЕРАПИИ ЗА СТАРИ ЛИЦА

- **Цели**
- **Упатување на психотерапија**
- **Видови психотерапија**
- **Психоаналитички (психодинамички) психотерапии**
- **Когнитивна терапија**
- **Семејна терапија**
- **Интерперсонална психотерапија**
- **Групна психотерапија**
- **Поддржлива психотерапија**
- **Кратки психотерапии**
- **Ефективност на психотерапиите**
- **Одредување приоритети во психотерапијата**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Идентификација и елиминација на бариерите на психолошкиот развој и созревањето.
- Помош на пациентот да направи увид во неговото мислење и акции и да процени дали тие се соодветни.
- Помош на пациентот да пронајде нови начини на справување со човечките односи.

УПАТУВАЊЕ НА ПСИХОТЕРАПИЈА

- Проценето е дека приближно 2% од населението има корист од психотерапија.
- Потврдувањето на потребата и на причините за психотерапија бара консултација со специјалист.
- Општ лекар треба да ја има предвид психотерапијата, посебно кога пациентот почнува да има психијатриски симптоми (**ннд-А**). Психотерапијата е поефикасна ако дијагнозата и третманот се направени во рана фаза.
- Психотерапијата треба да се земе предвид.
- Ако пациентот има непсихотично ментално растројство со симптоми на анксиозност, депресија или растројство на личноста кои имаат влијание врз работниот капацитет или општествените односи.
- Кај психијатриски растројства кај младите.
- Кога лекувањето со лек и кризните интервенции немале ефект и лекувањето станало долготрајно.
- Кога пациентот чувствува потреба за промена на околината.
- Комбинирајќи психотерапија и земање лекови често е ефикасно, но психотерапијата може да се спроведе како единствена форма на третман.

ВИДОВИ ПСИХОТЕРАПИЈА

- Повеќе од 400 различни техники на психотерапија се опишани во литературата. Повеќето се апликации од шест следни главни форми на психотерапија.
  - Психодинамска психотерапија
  - Спознајна психотерапија
  - Интерперсонална психотерапија
  - Системски психотерапии и семејни терапии
  - Групни терапии
  - Поддржувачка психотерапија

ПСИХОАНАЛИТИЧКИ (ПСИХОДИНАМСКИ) ПСИХОТЕРАПИИ

- Предмет
  - Потврда на ефектите од раните искуства за тековните модели на функционирање (мисли, чувства, слики, дејствувања).
- Цел
  - Помош на пациентот да го разбере неговиот начин на сфаќање на светот и да формира алтернативи кои подобро би функционирале и би дале поголема автономија.
- Метод
  - Терапевтска алијанса.
  - Слободна асоцијација.
  - Одбранбена анализа и интерпретација на преносливоста, посебно во однос на терапевтот.
  - Нагласувањето е базирано на психоаналитичката школа.
- Индикации
  - Психотерапиите се најефективни кај невротичните растројства, на пример опсесивно-компулзивни, анксиозни и асоцијални, кај психијатриските симптоми поради соматска болест, кај дистимични и растројства на приспособување, кај растројства на умерено расположение и на личноста.
  - Растројствата на личноста и коморбидната состојби кај кои карактерните црти на растројство на личноста играат значителна улога посебно се важна индикација за психотерапија. Коморбидност која се случува со растројства на личноста е многу заедничка кај повеќето психијатриски дијагнози: 56% кај анксиозно растројство, 41% кај фобии, 41% кај јаки депресии, 22% кај општествени фобии. Кај менталните растројства кои се закана за способноста за работа, коморбидноста заедно со растројствата на личноста е значителна и треба да се земе предвид кога се планира рехабилитација. Случајно направените студии покажале дека психоаналитичката психотерапија е особено ефикасна кај третирањето на растројството на ограничена личност.
- Времетраење на третманот
  - Еден месец до неколку години.
  - Сеансите треба да се доволно чести.
- Форми на третман
  - Психоанализа: 3-5 сеанси неделно во тек на 4-6 години.
  - Психоаналитична/психодинамички ориентирана индивидуална психотерапија: 1-3 сеанси во недела за период од 2-4 години.
  - Психодинамски кратка психотерапија: ограничен број сеанси (12-40), со ограничен фокус.

КОГНИТИВНА ТЕРАПИЈА

- Предмет
  - Спознајни искривувања (мисли) и односни емоции.
- Цел
  - Идентификување и измена на личните спознајни искривувања кои предизвикуваат симптоми.
- Метод
  - Терапевтски сеанси, нормално 1-2 во недела во период од 1-3 години.
  - Кратки терапии со намален број сеанси (15-20).
- Индикации
  - Примарно се користи кај депресивните растројства. Другите индикации се анксиозност, нервозност, панично растројство и злоупотреба на супстанции.
- Во неодамнешните години развојот на спознајната терапија се карактеризира со јака тенденција за развој на системски тераписки процес кој ќе ги задоволи следниве критериуми:
  - Терапија базирана на проширена теорија која е поддржана со докази од истражување.
  - Операционализирана терапија и тераписки процес поврзан на теоретски концепти.
  - Ефектот од терапијата да е докажан со студии.
- Спознајната терапија е најобемно студирана форма на терапија, и нејзината ефикасност е дадена многу поточно отколку за другите терапии во контролните, случајно направени студии. Проучување на ефектот се прави полесно со помош на стандардизирани прирачници кои овозможуваат повторување на процесот на терапија на еден контролиран начин.

СЕМЕЈНА ТЕРАПИЈА

- Корените на семејната терапија се во психодинамската теорија, спознајната теорија и систем-ориентираното семејно истражување.
- Предмет
  - Растројства во семејната интеракција или кај еден од членовите на семејството.
- Цел
  - Модификување на интеракција во семејството за да се констатираат јаките страни на семејството.
- Индикации
  - Се јавува особено кај силните психијатриски растројства кај кои проблемите на зависност се централни.
  - Кај кризните интервенции семејната терапија може да ја реши блокираната ситуација (на пример, криза на развод или детска независност).

ИНТЕРПЕРСОНАЛНА ПСИХОТЕРАПИЈА

- Предмет
  - Основната идеја е дека менталните растројства настануваат во една психосоцијална интерперсонална определница. Интерперсоналната психотерапија се фокусира на тековните односи на интеракција. Пренесувањето и искуствата од детството не се опфатени во процесот на терапијата, иако нивната важност

не се негира. Тековните односи се сметаат за најбитни и поради тоа се во фокусот.

- Индикации
  - Првобитно развиена само за третман на акутна депресија. Методот, сепак, бил подготвен за користење кај други ментални растројства.
- Методи
  - Опфатени се 4 главни проблеми:
    - Конфликти во улогите;
    - Интерперсонална недоволност;
    - Продолжена реакција на жалост; и
    - Промени во улогите.
- Цел
  - Помош на пациентот да создаде соодветни стратегии за справување со општествените и интеракциски проблеми.
- Времетраење
  - Обично ограничено на 12-16 недели.

ГРУПНА ПСИХОТЕРАПИЈА

- Многу техники користени во индивидуална терапија се применети во групите. Методите кои се користат во групна терапија може да бидат психодинамски, интерперсонални и спознајни. Психодрамата е посебна форма на групна терапија во која внатрешните конфликти се одвиваат во вид на игра.

ПОДДРЖЛИВА ПСИХОТЕРАПИЈА

- Предмет
  - Психодинамска поддржувачка психотерапија се користи посебно за третман на пациенти со силни растројства на личноста.
- Цел
  - Подобра контрола на симптомите и пореалистичен став спрема болеста. Главните теми вклучуваат пронаоѓање решенија за секојдневните проблеми: живеење, домаќинство, работа. Еднакво е важно решавање на акутните семејни конфликти и сортирање на старосно специфичните развојни проблеми, како што се односите, сексуалноста, осаменоста, хобијата, религиозните прашања.
- Метод
  - Главниот терапевтски елемент е континуитет на однос на поддржувачка терапија и сметање на пациентот како личност. Теоретските основи за поддржливата терапија може да произлезат од неколку рамки. Психодинамското искуство, веројатно, е најзначајно во разбирање на пациентот и во надзорот на процесот на терапијата. Сознајниот пристап, исто така, секогаш е важен.
- Овде опишаниот процес е посебна клиничка примена на поддржлива психотерапија, која има значителна улога во третман на психоза.

КРАТКИ ПСИХОТЕРАПИИ

- Кратка психотерапија е заедничко име за група различни техники на психотерапија кои се временски ограничени (5-20 сеанси), кои може да се базираат на различни

теоретски основи.
- Најпознати се:
  - Психодинамско фокусирана кратка психотерапија;
  - Интервенција при криза;
  - Когнитивна кратка психотерапија;
  - Когнитивно-аналитичка терапија;
  - Кратка психотерапија ориентирана на решавање проблем;
  - Терапија помеѓу лица.

ЕФИКАСНОСТ НА ПСИХОТЕРАПИИТЕ

- Метаанализите покажале дека психотерапијата е високо ефикасна. Во просек, повеќе од 90% од пациентите кои биле на психотерапија значително се подобриле, споредено со контролните групи кои не биле на психотерапија. Ефектот останува и по 5 години.
- Недостасуваат ефикасни студии со долгорочно следење.
  - Споредбата на различни техники на психотерапија со помош на методологија на ефикасни студии е многу повеќе покомпликувано истражување на проблемот отколку, на пример, споредбата на фармакотерапиите. До тој степен корисни и прифатливи методи за споредба на психотерапиите нема на располагање. Повеќето ментални нарушувања се долготрајни. За несреќа, ефикасни студии се немаат зафатено со прашањето со долготраен ефект. Најголемиот број (99%) од студиите за ефективноста и ефикасноста на терапиите се за кратките терапии, а проценете за ефективност се ограничени поради краткотрајните резултати. Некои од метаанализите ја потврдуваат ефикасноста на психотерапиите по пат на комбинирање на резултатите на стотина обиди кои биле направени. Согласно со овие студии, ефективноста на психотерапијата, споредено со група која немала третман, е еднаква на онаа кај пациенти третирани со психофармаколошки лекови.
- Споредбата на долгорочни и краткорочни терапии не е можна.
  - Проблемите кои се поврзани со методите на истражување посебно се компликувани кога се прави настап со контролиран обид на долги психотерапевтски процеси, бидејќи употреба на случајно проектирана студија во долги психотерапии е исклучително тешко. Затоа нема контролирани обиди кои би поминале во споредба на долга психоаналитичка терапија со кратки психотерапии.

ОДРЕДУВАЊЕ ПРИОРИТЕТИ ВО ПСИХОТЕРАПИЈАТА

- Со оглед на тоа да ресурсите се ограничени, одлуките треба да се однесуваат на тоа кој да се побара за психотерапија. Јохан Кулберг од Шведска (1995) презентирал модел за дефинирање на приоритет во психотерапијата кој ги зема предвид и превентивните и општествените фактори.

Прв приоритет

- Третман на дијагнозирани психијатриски растројства или симптоми или бариери на нормален психолошки развој. На пример:
  - Растројства на личност со ризик од самоубиство;
  - Анксиозност, растројства на расположението и растројства во исхраната;
  - Опсесивно-компулзивни растројства и ограничени растројства како што се

фобија или присилно коцкање;
- Психоза која се јавува прв пат и кај членови од фамилијата на пациентот;
- Долгорочна психоза (психотерапија на поддршка);
- Долгорочни растројства на личност кои предизвикуваат лично страдање и намалена способност да се живее и да се работи;
- Анксиозност и депресија произлезени од трауматски искуства.

Втор приоритет

- Превентивниот третман за вработените во здравствените центри и во ангажмани каде што е потребно високо познавање на работите.
  - Луѓе кои се грижат околу ментална болест;
  - Луѓе кои работат во образование и на водечки места;
  - Луѓе кои се на креативни задачи, на пример уметнички или научни истражувачи каде што се користи имагинација и се развиваат идеи како основна работа.

Трет приоритет

- Луѓе без одредена ангажираност кои имаат посебни причини за психотерапија.
  - Долгорочни психози;
  - Психотерапија во некои случаи кои биле традиционално сметани како контраиндикација за психотерапија.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Од корист е придодавање хипноза на когнитивно-бихевиористичките психотерапии (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. Gen Hosp Psychiatr 1995;17:414-424
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960172. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1995;63:214-220
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-964303. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Allison DB, Faith MS. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy for obesity: a meta-analytic appraisal. J Consult Clin Psychol 1996;64:513-516
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978373. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 14.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПСИХОТЕРАПИЈА ВО ОПШТАТА ПРАКТИКА

- **Потреба од психотерапија во општата практика**
- **Практични сознанија**
- **Избори за терапија кои се на располагање во општата практика**
- **Советување како помош во психотерапијата во општата практика**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ПОТРЕБА ОД ПСИХОТЕРАПИЈА ВО ОПШТАТА ПРАКТИКА

- Само половина од пациентите во општата практика имаат целосна традиционална лекарска дијагноза. Другите имаат жалби и симптоми кои се однесуваат на психолошки нарушувања, проблеми во семејството или други односи. Еден психолошки пристап би бил од корист во третманот на овие пациенти во општата практика.
- Општите лекари имаат многу пациенти со психосоматски растројства. Многу често вниманието е насочено, главно, на соматските жалби и пациентите се упатуваат во специјалистички клиники каде што ефикасноста на третманот може да е и полош од оној што би бил во рацете на квалификуван лекар од општа практика.

ПРАКТИЧНИ СОЗНАНИЈА

- Сите третмани базирани на односот лекар - пациент имаат психотерапевтски ефекти.
- Со цврсти односи, полесно е за лекарот да потврди дали пациентот има потреба од психотерапија и која терапија да ја одбере.
- Во општата практика посебна психијатриска дијагноза не е секогаш потребна. Многу е поважно да се добие добра слика за пациентот, неговата фамилија и другите општествени состојби. Основно е да се потврди анксиозноста, расположението, чувството за кривица или срам, воодушевување за животот или недостаток на тоа и можните самоубиствени идеи на пациентот.
- Ако лекарот го прошири пристапот со вклучување на семејството, неговата работа може да се дефинира како семејно ориентирана со терапевтски ефект кој се проширува и подалеку од третираниот пациент.

ИЗБОРИ ЗА ТЕРАПИЈА КОИ СЕ НА РАСПОЛАГАЊЕ ВО ОПШТАТА ПРАКТИКА

Поддржлива психотерапија

- Најдобра форма на третман ако пациентот има симптоми од тековна болка и конфликти за кои се смета дека има потреба само од повремена помош.
- Цели и зајакнување на нормалните функции на пациентот, кои се на задоволство

на општиот лекар кој не бил посебно обучуван во психотерапиите.
- Иако преносливоста и противпреносливоста не се разгледуваат во поддржливата психотерапија, лекарот треба да е свесен за овие психолошки феномени.
- Кај поддржливата терапија ставот на лекарот е јасен, човечки, разбирлив и со почит, а истовремено охрабрувачки и убедувачки.
- Мора да се одвои доволно време за терапија на пациентот за да се избегне атмосфера на брзање.
- Лекарот треба да е подготвен да ги контролира неговите сопствени негативни или агресивни чувства на таков начин да не интерферираат со терапијата. Важно е да се напомене дека почетната ненаклонетост спрема пациентот може да се промени со негово разбирање од страна на лекарот.
- Кај терапијата која трае долго, можна опасност е зависноста на односот помеѓу лекарот и пациентот. Во тие случаи, терапијата треба да има цел охрабрување на пациентот да стане независен. Во практика, тоа значи дека сеансите со терапија треба да станат поретки. Пациентот е охрабрен да донесува свои одлуки и се избегнува авторитетен пристап.

Кризни интервенции

- Основните правила за кризните интервенции, главно, се исти како кај поддржливата терапија. Сепак, решенијата мора да бидат најдени побрзо.
- Третманот често почнува во ситуација на итна состојба. Типичен случај е пациент во панична состојба на анксиозност или нерешителност, или на ризик од самоубиство. Идеите за самоубиство преба да се дискутираат отворено за да му се помогне на пациентот да најде надеж, реален оптимизам и нови решенија за решавање на анксиозноста.
- Кај акутните кризи основно е лекарот да остане мирен, убедлив и јасен. Ако пациентот чувствува дека лекарот е заинтересиран за неговата ситуација, ја разбира и не е во брзање, полесно е за него да најде начин за излез од кризата. Овозможувајќи му ја на пациентот можноста да го контактира лекарот преку трелефон, исто така, може да му помогне да се чувствува посигурен.
- Во стартот на терапијата може да биде добро да се комбинира психотерапија и кратка фармакотерапија.
- Кризните интервенции треба да ги земат предвид сите членови на семејството или другите лица кои се засегнати со кризата.

Семејно ориентирана терапија

- Семејната терапија може да е корисна ако еден член од семејството има јаки ментални проблеми, психосоматски проблеми или ако има болест или симптоми во семејството кои може да се однесуваат на тешката животна семејна ситуација.
- Целта е да се помогне на семејните односи да се развијат на таков начин што проблемите или болеста да можат да станат поблаги или да се излечат. Друга цел е да се избегнат понатамошни проблеми и болест во семејството. Терапевтските семејни дискусии, исто така, можат да помогнат семејството да стане пофункционално и да се помогне да се создадат подобри односи во него.
- Во практика, семејната терапија се состои од сочувствување, соочување со ужаленоста, изнаоѓање сили и потенцијал во семејството и подобрување на вештините за решавање на проблемите. Целта е да се започне со процесот кој води кон оздравување без долготрајна терапија.

- Резултатите се најдобри ако целиот мултидисциплинарен тим ја прифати важноста на семејно ориентираната работа и ако некој од тимот има посебна обука во семејната медицина и семејната терапија.

СОВЕТУВАЊЕ КАКО ПОМОШ ВО ПСИХОТЕРАПИЈАТА ВО ОПШТАТА ПРАКТИКА

- Најдобро е лекарот по општа практика да употребува вид психотерапија за која мисли дека најдобро ја познава. Колку повеќе лекарот ѝ посветува на психотерапијата толку повеќе прима пациенти кои имаат корист од тоа. Има многу потреба за психотерапија во почетокот. Многу често ова може да биде и товар за лекарот. Знаците на исцрпеност треба да се препознаат и лекарот треба да има можност да се здобие со едукација или да оди на советувања за психотерапија, на пример за Балинтовата група или индивидуално.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Психосоцијалните третмани (повеќе когнитивно-бихевиоралната терапија) се поефикасни од плацебото, нема третман или вообичаена нега во третманот на амбулантските пациенти со психијатриски растројства (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. Gen Hosp Psychiatr 1995;17:414-424
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960172. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 3.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ПРЕПОЗНАВАЊЕ И ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ ДЕПРЕСИЈА

- **Основни правила**
- **Дефиниција**
- **Фактори на ризик од депресија**
- **Препознавање депресија**
- **Проценителна скала**
- **Симптоми и дијагноза**
- **Диференцијална дијагноза**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Процена на тежината на депресијата; овој чекор е одлучувачки за избор на соодветна форма на третман.
- Да се нотираат психотичните симптоми и да се процени ризикот од самоубиство, ако е потребно да се организира принудна нега.
- Исклучете ја можноста за органска основа на растројството.
- Констатирајте ги другите синдроми кои може да бараат третман и внимание:
  - Анксиозно растројство;
  - Злоупотреба на супстанции;
  - Растројство на личноста;
  - Соматска болест.

ДЕФИНИЦИЈА

- Депресијата може да е:
  - Нормална емоционална реакција која често е придружена со ситуациски промени и загуба;
  - Симптом, синдром; или
  - Тешкотија, симптоматично комплексно и, во најлош случај, психолошко растројство кое е закана за животот.
- Во ICD-10 класификација на дијагнози депресијата е поделена на:
  - Депресивна епизода (F32);
  - Рекурентна депресија (F33) кога е потребно да се земе предвид долготраен третман.
- Симптомите на депресија се различни кај децата, постарите лица, мажите и жените.
- Разновидноста ја прави депресијата тешко препознатлива за пациентот и за лекарот, а со тоа се создаваат и тешкотии и за нејзиниот третман.

ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД ДЕПРЕСИЈА

- Претходна појава на депресија

- Депресивни растројства во семејството
- Женски пол
- Рана зрелост или средни години
- Постнатален период
- Соматски долготрајни болести
- Низок социоекономски статус
- Развод, вдовство или живеење сам
- Долготрајна невработеност
- Злоупотреба на алкохол или лекови

ПРЕПОЗНАВАЊЕ ДЕПРЕСИЈА

- Клиничкото интервју е најефикасен метод за дијагностицирање на депресијата. Препознавањето може да се олесни со спроведување на испитување во смирена, мирна и неоптоварена атмосфера која дозволува поставување прашања кои се однесуваат на расположението.
- За време на интервјуто, пациентот често изнесува само соматски жалби. Поставување прашања од типот: **Каков е вашиот семеен живот** или **Како одат работите на работа** може да помогнат за да се насочи дискусијата кон расположението.
- За време на интервјуто да се оди од општи кон конкретни прашања со цел да се идентификуваат специфичните симптоми на депресија.
- Постоење 24-часовни варијации во интензитетот на симптомите на депресија, при што наутро се најизразени.
- Интервјуто се концентрира на:
  - Растројствата на пациентот и семејството;
  - Историјатот на животот на пациентот;
  - Промени во семејниот амбиент и други персонални односи; промени во студиите и на работа;
  - Искуствата на пациентот поврзани со загуба;
  - Промени во способностите да се функционира;
  - Чувства на анксиозност.

ПРОЦЕНИТЕЛНА СКАЛА

- Можат да се користат разни скали за проценување кои ќе помогнат во препознавање на депресијата (како што се Бековиот **Преглед на депресијата** или Ham-D-Хамилтоновата **Скала на депресии**). Нема значителна разлика во прецизноста помеѓу скалите.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Основни симптоми на депресија се:
  - Депресивно расположение;
  - Губење чувства на задоволство и интерес;
  - Замор;
  - Губење самодоверба и самопочитување;
  - Неумерена самокритика или неосновани чувства на вина;
  - Повторувачки мисли за смрт, самоубиство или суицидално однесување;
  - Недостаток на иницијатива, чувства на нерешителност или неспособност за

концентрација;
  - Психомоторна забавеност или возбуденост;
  - Нарушување на спиењето;
  - Промена во апетитот и тежината.
- Дијагнозата на депресија (F32-F33) бара истовремено постоење на 4 од горенаведените симптоми за период од најмалку 2 недели; покрај тоа, мора да има најмалку 2 од првите 3 споменати симптоми.
- Истовремено постоење на друго ментално растројство (анксиозно растројство, растројство на личноста, злоупотреба на супстанции) или земање лек за овие растројства може да ги прикрие симптомите и на силна депресија.
- Типично е пациентите да ги опишуваат кај лекарите од општа практика соматските чувства кои се однесуваат на депресијата, но не ги опишуваат или се обидуваат да ги скријат промените во расположението кое го имале.

Изразеност на симптомите и функционален капацитет на пациентот

- Дијагнозите на депресија (F32-F33) потврдуваат дека пациентот трпи од изразен синдром на депресија.
- Состојбите на депресија може да се поделат во категории согласно со изразеноста и квалитетот на симптомите.
- Блага депресија: 4-5 симптоми:
  - Пациентот е често способен за работа.
- Умерена депресија: 6-7 симптоми:
  - Пациентот често не е способен за работа и не може да се справи со редовните задачи.
- Јака депресија: 8-10 симптоми:
  - Пациентот има потреба од континуирано надгледување, често и во болницата.
- Психотична депресија:
  - Покрај знаците за јака депресија, пациентот има и психотични симптоми (депресивен ступор, делузии, халуцинации).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Дали пациентот имал случаи на силни промени на расположението кои би биле индикација за биполарно афективно растројство?
- Дали пациентот имал делузии или халуцинации карактеристични за шизофренија кои индицираат на шизофренично растројство?
- Органско настанато растројство може да биде причинето од соматска болест, земање лек или друга хемиска супстанција.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Williams J, Hitchcock Noel P, Cordes J, Ramirez G, Pignonen M. Is this patient clinically depressed? JAMA 2002;287:1160-70.

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ШИЗОФРЕНИЈА

- **Цели**
- **Основни правила**
- **Симптоми**
- **Причини за болеста**
- **Епидемиологија**
- **Дијагноза**
- **Третман**
- **Лекување**
- **Прогноза**
- **Поврзани докази**
- **Референци**
- **Алгоритам 8**

ЦЕЛИ

- Започнување со третман пред првата фаза на психоза.
- Идентификување на продромалните симптоми и првите симптоми на психозата.
- Воведување на семејството на пациентот и другата социјална мрежа во третманот на спречување повторна појава на болеста (**ннд-А**).

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Во причините за појавата на растројството се вклучуваат биолошки, психолошки и социјални фактори.
- Симптомите на шизофренија се должат на сознајните и емоционални нерешителности со различна тежина кои водат во изолација на пациентот, апатија и емоционални проблеми.
- Растројствата на мислите се јавуваат како блокирање на мислата, бизарни асоцијации и размислување.
- Емоционалните проблеми се карактеризираат со некохерентност, недостиг од конзистентност помеѓу мислите и емоциите. Типични се еднолични или несмасни афекти. Пациентот може да има, исто така, бизарни чувства кои тешко се разбираат.

СИМПТОМИ

- Во акутната фаза, пациентот речиси секогаш има халуцинации, најчесто слушни халуцинации. Соматските халуцинации, исто така, се можни, на пример пациентот може да чувствува дека има машина во мозокот или може да има видни или густативни халуцинации.
- Визуелните халуцинации се најмалку застапени и можат да бидат симптом на органска болест на мозокот.

- Исто така, ги има и параноидните делузии. Пациентите може да веруваат дека весниците или телевизијата прават нешто што се однесува на нив. Тие може да чувствуваат дека други луѓе ги контролираат на телепатски начин. Кај најлошиот случај делузиите се параноидни и пациентот може да се обидува да побегне од заканата која тој постојано ја чувствува или почнува агресивно да се брани.
- Можно е кататонично држење кое порано било типичен знак.
- Пациентите со шизофренија често се депресивни и многумина извршуваат самоубиство.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Биолошките фактори можат да бидат предиспозиција за шизофренија, а психолошките фактори може во почетокот да го активираат започнувањето на болеста и да ја одржуваат.
- Шизофренијата има генетичка компонента. Има докази дека настинка за време на втората третина од бременоста го зголемува ризикот од шизофренија кај потомокот.
- Пациентите со шизофренија имаат смалена способност да ги филтрираат сензорските и емоционалните импулси. Ова води кон помал капацитет на толеранција на стрес и симптоми на психосоцијален стрес за време на животните кризи.
- Структуралната слабост ги прави пациентите посебно ранливи на нарушувањата на раната интеракција, на пример на прекумерно поврзување, родителски конфликти и несигурноста на родителските реакции. Личноста на пациентот не се развива нормално, а пациентот има недостаток на чувство на реалност, кое е причина за стресни ситуации кои водат кон психотично раздвојување.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Застапеноста на шизофренијата е приближно 1%. Појавата на шизофренија прв пат е 0.2% на годишно ниво. Симптомите на шизофренија зависат од културната средина: така кататоната шизофренија е широко констатирана кај африканските култури, додека зачестена е параноидната форма во индустријализираниот свет.

ДИЈАГНОЗА

- Врз основа на симптомите, со нарушувања кои продолжуваат да траат најмалку 6 месеци и преку промена на функционалниот капацитет.
- Често пациентот почнува да се изолира од другите луѓе пред да го зафати болеста. Пациентот можеби имал чудно чувство на промена на својата личност и може се случила анксиозност или нереални возбуди.
- Активен третман и рехабилитација треба да започнат во оваа фаза за пациентот и за блиските роднини.
- Критичното интервју треба да се направи без брзање, со сочувствување и интерес. Најдобро е неутралното држење кон одговорите на пациентот. Потребно е соматско клиничко испитување за да се утврдат, на пример, халуцинациите предизвикани од невролошки болести.

ТРЕТМАН

- Формите на третман вклучуваат земање лекови, психотерапија (**ннд-В**), семејно

ориентирана и групна терапија и рехабилитација. Комбинација од нив се прави индивидуално, согласно со протоколот за третман.
- Акутна психоза не бара секогаш и хоспитализација. Ако пациентот е кооперативен, третманот може да се спроведе и преку одделението за надворешни пациенти.
- Ако е потребно, пациентот се праќа на принуден третман.
- Тимовите за ментално здравје во заедницата може да ја преземат одговорноста за третман на надворешен пациент (**ннд-С**).

ЛЕКУВАЊЕ

Акутна фаза

- Најефикасни лекови за ослободување од активните психотични симптоми се антипсихотиците; сепак, исто така, тие се користат и за отстранување депресија и анксиозност.
- Кај акутната психотична состојба на анксиозност, најдобри лекови се халоперидол 2.5-5 mg и.м. или и.в. (**ннд-В**), zuclopenthixol 100 mg и.м. (**ннд-D**) (лекот не е регистриран кај нас) комбинирани со clonazepam за постаро лице со нормална тежина (D). Лекот дејствува неколку дена.
- Важно е поранешното искуство на пациентот при избор на медикаменти, бидејќи разни пациенти се предиспонирани на различни несакани последици.
- Помага постепено покачување на дозата при пронаоѓање на најмалата ефикасна доза и при избегнување несакани последици кои можат да предизвикаат пациентот да ги одбие лековите.

Долготрајна терапија

- Дозите на лек се нормално помали кај долготрајниот третман во споредба со акутната ситуација. Доза на chlorpromazine (**ннд-А**) и други таканаречени невролептици со големи дози е 200-400 mg/ден кај акутниот третман и 100-200 mg/ден кај континуираниот третман (**ннд-В**).
- Новите, атипични антипсихотици (risperidone (**ннд-В**), olanzapine (**ннд-В**), quetiapine[10] (**ннд-А**) и ziprasidone[11]) имаат помали несакани последици отколку традиционалните невролептици (**ннд-В**).
- Olanzapine го зголемува ризикот од дијабетес (**ннд-С**).
- Clozapine е поефикасен од типичните невролептични медикаменти за намалување на симптомите и нивното враќање (**ннд-А**).
- Ефикасноста на поновите атипични антипсихотици е еднаква на онаа на clozapine (**ннд-С**).
- Дозите на антипсихотици со мали дози е вообичаено: халоперидол 4-12 mg/ден, perphenazine 8-32 mg/ден , risperidone 3-6 mg/ден, и olanzapine 20 mg/ден (**ннд-А**).
- Aripiprazole[12] е нов лек кој има ефект врз подигнување на расположението.
- По психотичната состојба, дозата на лекот постепено се намалува и пациентот се следи зачестено. Кога ќе се види која е минималната ефикасна доза, медикаментот може да се дава континуирано, орално или како долготрајни депо-инјекции (**ннд-С**).
- Повторната појава на симптомите се намалува со континуирано давање на лекот

10 **Недостапно во Р. Македонија**
11 **Недостапно во Р. Македонија**
12 **Недостапно во Р. Македонија**

до 2 години по психотичната фаза (**ннд-А**). По повторувањето, се препорачува да се продолжи со лековите 5 години.

Дополнителни лекови

- Бензодиазепините се корисен додаток на лекот за пациенти кои се со анксиозност и паника. На пример, диазепамот може да се комбинира со невролептичкиот третман, почнувајќи со мала доза и со зголемување на дозата ако е потребно тоа до 10 mg x 3. Овој лек мора да се намали постепено колку што е можно поскоро по изгубување на психотичната анксиозност.
- Кај акутната фаза на шизофренија, таа често е компликувана со депресија, безнадежност и зголемен ризик од самоубиство. Многу пациенти со хронична шизофренија, исто така, се депресивни. Земањето антидепресивни лекови е потребно за шизофреничните пациенти со депресија.
- Констатирано е дека се корисни, во некои случаи, лековите за стабилизирање на расположението, комбинирани со невролептици.

Несакани последици

- Лекарот од општа практика може да се соочи со несакани последици од давањето невролептици: високите дози невролептици може да предизвикаат ортостатичен низок притисок и колапс, високи вредности на тестот за функционирање на црниот дроб, и дури пациентот може да има жолтица. Во такви случаи, лекувањето мора да се смени. Можни се алергиски реакции на лекот.
- Некои пациенти кои земаат chlorpromazine развиваат фотоосетлива реакција која личи на изгореници од сонце. Нивната употреба во летен период не се препорачува.
- Невролошките спротивни ефекти вклучуваат: Паркинсонова болест и екстрапирамидални знаци. Треба да биде забележано особено секое неконтролирано движење во грклан от, јазикот или вратот. Несаканите последици се индикација за консултација со специјалист.
- Традиционалните невролептици може да предизвикаат срцеви компликации (**ннд-В**).

Семејство

- Со вклучување на семејството и потесните познајници на пациентот кој има шизофренија во третманот од почеток ги намалува повторните појави (**ннд-А**). Исто така, евентуалната рехабилитација е полесна и им се помага на членовите на семејството да ги надминат сопствените кризи.
- Важно е да му се помогне на семејството да ја разбере потребата на пациентот за изолација и заштита како позитивна реакција и да му се помогне на семејството да го избегне критичното наметливо однесување спрема пациентот.
- Пациентот кој има потреба од долготрајна нега, семејството и социјалната мрежа може да се поддржат преку семејна интервенција и преку едукација и насочување. Целта е да се создаде поддржувачка мрежа која му овозможува на пациентот доволно време да биде сам, но е приемлива и охрабрувачка. Очекувањата и барањата поставени на пациентот треба да се умерени.

Индивидуална психотерапија

- Индивидуалната психотерапија може да му помогне на пациентот да ја контролира болеста подобро, да ги препознае јаките и слабите страни и да најде нови реше-

нија за стресните ситуации.
- Спознајната терапија за пациенти со шизофренија го намалува ризикот од повторна појава (**ннд-В**).

Примарна наспроти специјалистичка нега

- Одговорноста за грижа е одредена од страна на матичните лекари.
- Пациент со шизофренија при прва појава на епозида мора да се подложи на грижа од страна на специјалист.
- Пациенти со нестабилна болест имаат потреба од специјалистичко ниво на згрижување, но може да се надгледува и од страна на лекар од општа практика кој има можности да добива консултации од специјалист.
- Терапијата со Clozapine е почетна кај специјализираната нега, но може да биде проследена и во примарната нега.

ПРОГНОЗА

- Шизофренијата е тешка болест, но прогнозите не се секогаш негативни. Согласно со податоците од следење на болеста, 25-30% од пациентите со прв настан на шизофренична психоза се излечени и немаат симптоми по 5-10 години. Само 10-20% остануваат болни, до обем кај кои има потреба од дневна нега. Другите пациенти се излекуваат задоволително за да можат да бидат општествено способни за живот.
- Тековните симптоми на шизофренија варираат: пациентот може да има повторени епизоди на психоза, но може да е речиси без симптоми во преостанатиот дел од времето.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Негувањето на луѓето со акутна психоза во дневните болници може да доведе до значително намалување на бројот на луѓе кои имаат потреба од болничка нега, а со подобрување на резултатот кај пациентот (**ннд-А**).
- Краткотрајно ослободување од симптомите на шизофренија може да се постигне со електроконвулзивна терапија (**ннд-В**).
- Нема значителни разлики помеѓу risperidone и clozapine, olanzapine или amisulpiride (**ннд-С**).
- Quetiapine е ефикасен како стандарден антипсихотичен лек и има слични спротивни ефекти (предизвикува помалку дистонија, но повеќе сушење на устата и несоница отколку првата генерација антипсихотични лекови) (**ннд-А**).
- Психоедукацијата го намалува ризикот од повторна егзацербација на болеста (**ннд-В**).
- Вежба, како додатна терапија, изгледа дека контролира некои симптоми на шизофреничниот пациент (**ннд-В**).
- Третманот на домашните кризи во комбинација со пакет на тековна домашна нега е веројатно ефикасен и прифатлив за пациентите и семејството (**ннд-В**).
- Вработувањето како поддршка ги подобрува шансите за добивање конкурентно вработување (**ннд-С**).
- Нема доказ, од контролираните обиди за резултатите во дневните центри, за силна ментална болест (**ннд-D**).
- И конвенционалните и поновите антипсихотици ги следи зголемување на тежина-

та. Меѓу поновите изгледа дека clozapine има најголем потенцијал да ја зголеми тежината, а ziprasidone најмал (**ннд-С**).

- Пациентите третирани со оланзапине или рисперидоне покажуваат малку поголемо сеопфатно подобрување отколку пациенти третирани со халоперидол или друг конвенционален антипсихотичен лек (**ннд-В**).
- Изгледа дека литиумот не е ефикасен за шизофренијата ако се користи сам, а можната корист од литиумот за зголемување на антипсихотиците е неубедлива (**ннд-В**).
- Trifluoperazine[13] има антипсихотична ефикасност слична на другите општо употребувани невролептици за луѓе со шизофренија. Екстрапирамидалните нус ефекти може да бидат поверојатни отколку со помалку јаките од постара генерација антипсихотици (**ннд-А**).
- Хипнозата може да биде од помош за луѓе со шизофренија, но квалитетни докази за тоа нема во случајно направените студии (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000088. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000524. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Tyler P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHT) for people with severe mental ilnesses and disordered personality. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000270. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Waraich PS, Adams CE, Roque M, Hamill KM, Marti J. Haloperidol dose for the acute phase of schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003082. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
5. Fenton M, Coutinho E, Campbell C. Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000525. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
6. Thornley B, Adams CE, Awad G. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000284. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
7. Barbui C, Saraceno B, Liberati A, Garattini S. Low-dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. European Psychiatry 1996;11:306-313.
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-961859. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
9. Bollini P, Pampallona S, Orza MJ, Adams MR, Chalmers TC. Antipsychotic drugs: Is more worse? A meta-analysis of the published randomized controlled trials. Psychological Medicine 1994;24:307-316.
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database

13 **Недостапно во Р. Македонија**

no.: DARE-940125. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
11. Kennedy F, Song F, Hunter R, Clark A, Gilbody S. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000440. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
12. de Oliveira IR, Miranda-Scippa AM, de Sena EP, Pereira EL, Ribeiro mg, de Castro-e-Silva E, Bacaltchuk J. Risperidone versus haloperidol in the treatment of schizophrenia: a meta-analysis comparing their efficacy and safety. J Clin Pharmal Therap 1996;21:349-358
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970218. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
14. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone and sertindole compared to conventional antipsychotis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophrenia Research 1999;35:51-68
15. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-993710. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
16. Lawrie S. Quetiapine in schizophrenia. Clinical Evidence 2000;4:564-565
17. Koro CE, Fedder DO, LÝtalien GJ, Weiss SS, Magder LS, Kreyenbuhl J et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. BMJ 2002;325:243.
18. Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000059. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
19. Newer atypical antipsychotic medication in comparison to clozapine: a systematic review of randomized trials. Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody S. Schizophr Res 2002;56:1-10.
20. Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S. Olanzapine for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001359. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
21. Sultana A, Reilly J, Fenton M. Thioridazine for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001944. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
22. Glassman AH, Bigger JT Jr. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. Am J Psychiatry 2001;158:1774-82.
23. Quraishi S, David A. Depot haloperidol decanoate for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001361. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
24. Quraishi S, David A. Depot flupenthixol decanoate for schizophrenia or other similar psychotic disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001470. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
25. Lawrie S. Continued treatment with antipsychotic drugs in schizophrenia. Clinical Evidence 2000;4:568-569
26. Tharyan P. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000076. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
27. Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic

Reviews, Cochrane Library number: CD002306. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
28. Lawrie S. Quetiapine in schizophrenia. Clinical Evidence 2000;4:564-565
29. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation in schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002831. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
30. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001087. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
31. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatric Services 1997;48:335-346
32. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970407. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
33. Catty J, Burns T, Comas A. Day centres for severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001710. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
34. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, Weiden PJ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. American Journal of Psychiatry 1999;156:1686-1696
35. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-992233. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 9.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ТРЕТМАН НА ДЕМЕНЦИЈА

- **Мерки за поддршка при амбулантска нега**
- **Трансфер на пациентот од дома до институција**
- **Фактори кои ги влошуваат симптомите на деменција**
- **Принципи на терапијата со лекови**
- **Примери на терапија со лекови**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

МЕРКИ ЗА ПОДДРШКА ПРИ АМБУЛАНТСКА НЕГА

- Најважно е да се поддржат оние што се грижат за пациентот дома. Пациентите со прогресивна деменција кои живеат сами наскоро имаат потреба од институционализирана нега (болница или дом за стари лица) ако не се со адекватна поддршка.
- Редовни посети на здравствен центар или домашни посети, на пример секој трет месец, се потребни за да се решат проблемите при нивното зголемување.
- Да се организираат посети од страна на сестра и други основни услуги[14].

14 **Кај нас не постои служба за домашни посети**

- Да се организира краткотрајна или дневна нега согласно со потребите на членот на семејството одговорен за домашната нега[15].

ТРАНСФЕР НА ПАЦИЕНТОТ ОД ДОМА ДО ИНСТИТУЦИЈА

- Најопшти причини за перманентна институционализација се:
  - Нарушување на однесувањето, посебно агресија (најчест случај);
  - Стрес или болест на давателот на негата;
  - Губење на моторните функции;
  - Неактивности во секојдневниот живот (одење во тоалет, перење);
  - Неспособност на задршка на уринатa (модерните пелени се добри);
  - Неспособност за препознавање на родниниte и домашната околина;
  - Неспокојство преку ноќта (соодветна терапија со лек навечер обично помага).
- Кога членот од семејството сака да престане со домашната нега, причините за неговата намера треба да се продискутираат. Ако причините не можат да се надминат, треба да се организира долготраен третман во институција. Давателот на негата со знаење на расположливата поддршка (и искуството во користење на расположливите услуги) е најдобриот експерт кога се разгледува можноста за продолжена домашна нега.
- Дневните визити од страна на сестра и ноќните патроли го продолжуваат домашниот третман на пациентот кој живее сам. Во некои случаи може да се користат и електронски методи на надзор. Случајно предизвикан оган и загубувањето се најголемите опасности. Кога болеста напредува, следното решение е дом за старци или домашна единица со ноќна патрола[16].

ФАКТОРИ КОИ ГИ ВЛОШУВААТ СИМПТОМИТЕ НА ДЕМЕНЦИЈА

- Треба да се одредат факторите кои го нарушуваат функционалниот капацитет на пациентот и ако е можно, да се отстранат. Работите кои треба да се отстранат се:
  - Непознати места (да се патува само со некого од семејството);
  - Останување сам за подолг временски период;
  - Премногу стимулуси (на пример, пригоди со премногу непознати лица);
  - Темнина (соодветно светло и во текот на ноќта);
  - Сите инфекции (уринарната инфекција е најопшта појава);
  - Операции и анестезии: само кога е неопходно тоа (‘рбетната анестезија не значи дека е побезбедна од општата анестезија);
  - Топло време (топлина, губење течност);
  - Прекумерно земање лекови.

ПРИНЦИПИ НА ТЕРАПИЈА СО ЛЕКОВИ

- Седативни лекови треба да се користат само во мали дози и само кога е потребно тоа. Навечер дозата може да е повисока, со оглед на тоа дека неспокојството е штетно преку ноќта.
- Кај Алцхајмеровата болест и кај васкуларната деменција, терапијата со антидепресиви треба да се примени кога има сомневање за депресија или анксиозност (**ннд-**

15 **Кај нас не постои служба за домашни посети**
16 **Кај нас не постои служба за домашни посети**

C). Неспокојството и агресијата може да бидат предизвикани од анксиозност, во тој случај антидепресивите може да бидат ефикасни.

- Повеќето бензодиазепини и невролептици може да се употребат, но почетните дози мора да се мали. Новите атипични антипсихотици (risperidone, quetiapine) треба да се преферираат, бидејќи имаат помалку спротивни ефекти. Реакцијата е индивидуална и за да се постигнат најдобрите резултати може да биде корисно да се тестираат неколку лекови. Од друга страна, кај акутните ситуации, повисоките дози се препорачуваат.
- Donepezil, rivastigmine, galantamine и memantine кај Алцхајмерова болест[17].

ПРИМЕРИ НА ТЕРАПИЈА СО ЛЕКОВИ

- Бензодиазепини
  - Oxazepam 7.5-30 mg за преку ноќ, и за преку ден ако е потребно тоа;
  - Temazepam 10-30 mg за преку ноќ, ако е потребно; за третман на анксиозност, исто така, 5-10 mg преку ден; брзо дејствување [18].
- Невролептици (**ннд-А**)
  - Risperidone за агресивни и психотични симптоми 0.25-0.5 mg 2x дневно;
  - Haloperidol за агресивност, анксиозност и неспокојство 0.25-0.5 mg x 2-3 дневно; ефикасен најмалку за агресијата (**ннд-С**), но со појава на екстрапирамидални нус ефекти.
- Антидепресивни лекови (**ннд-С**)
  - Paroxetine 5-10 mg 1x дневно; активира
  - Citalopram 10-20 mg 1x дневно; активира
  - Sertraline 25-50 mg x 1
  - Mirtazapine 15-30 mg x 1 навечер (седатив)[19].

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Ориентацијата кон реалноста може да е корисна за сознавањето и за однесувањето кај оние што имаат деменција (**ннд-С**).
- Разните бихевиористички третмани може да имаат некаков ефект за растројствата на однесување кај деменцијата (**ннд-С**).
- CDCIG[20] може да понуди умерена краткотрајна корист кај спознајните и нарушувања во однесувањето поврзани со хронични мозочни растројства кај постарите лица (**ннд-С**).
- Подобрување на субјективното мемориско функционирање е најдобро постигнато со подобрување на вештините (мнемоничен тренинг) и развој на поадаптивни ставови за извршувањето на меморијата (модификација на очекувањата) (**ннд-С**).
- Изгледа дека не е ефикасна терапијата на хормонска замена кај одржувањето на спознајната функција кај жените со Алцхајмерова болест (**ннд-В**).
- Тренинзи со рехабилитација на спознавањето можеби не е ефективно за подобрување на спознајната функција кај пациентите со рана фаза на Алцхајмерова болест и васкуларна деменција (**ннд-С**).
- Фолната киселина или фолната киселина комбинирана со витамин Б12 веројатно

17 **Сите лекови се недостапни на нашиот пазар**
18 **Наведените бензодијазепини ги нема на нашиот пазар**
19 Седира
20 Cytidinediphosphocholine

не е ефикасна за спознавањето и за расположението, или за опаѓање на спознавањето кај различните форми на деменција (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Lanctot KL, Best TM, Mittman N, Liu BA, Oh PI, Einarson TE, Naranjo CA. Efficacy and safety of neuroleptics in hehavioural disorders associated with dementia. J Clin Psychiatr 1998;59:550-561
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981935. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
3. Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002852. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
4. Olin J, Schneider L, Novit A, Luczak S. Hydergine for dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000359. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
5. Fioravanti M, Flicker L. Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003159. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
6. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation in dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001119. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
7. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches for behavioural disorders in dementia: a systematic literature review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999;33:789-799
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20000194. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
9. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDCIG) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000269. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
10. Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults: a meta-analysis. Psychology and Ageing 1997;12:150-161
11. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973479. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 19.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во мај 2007 година**

ТРЕТМАН НА ЗАВИСНИЦИ ОД ЛЕКОВИ

- **Основни правила**
- **Општи соматски болести, симптоми и знаци**
- **Психијатриски болести, симптоми и знаци**
- **Испитувања во здравстен центар**
- **Вакцинации**
- **Терапија со лекови**
- **Препораки за понатамошен третман**
- **Откажување, замена и одржување на третманот на зависност од опојни средства**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Лекарот може да се сретне со зависник од лекови во секоја ситуација. Важно е да се препознае зависноста (алкохол, лекови) и секогаш да се дејствува професионално и соодветно.
- Зависникот може да се обиде да дојде до лекови. Тој може да боледува од акутна психоза со анксиозност и халуцинации, акутен хепатитис, ендокардитис или која било болест од пневмонија до сепса, епилептичен напад, итн.
- Зависникот, исто така, може да бара прекинување или замена на терапијата. Лекарот не треба да верува дека заменувањето во амбулантска нега, со помош на codeine, ethylmorphine, dextropropoxyphene или трамадол, кој би го барал пациентот, би бил успешен. Употребата на buprenorphine и метадон при повлекување со замена или терапија на одржување е ограничена на специјализирани клиники или треба да се спроведат под нивен надзор.
- Поради заканата од ширење сида и хепатитис Ц и Б, ризиците придружени со интравенска употреба на лекот треба да е дискутирана при сите контакти со зависното лице.

ОПШТИ СОМАТСКИ БОЛЕСТИ, СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Компликации со централниот нервен систем, рабдомиолиза и оштетување на периферниот притисок предизвикано од прекумерна доза и губење свест сè повеќе се среќаваат.
- Епидемии на хепатитис А се случуваат меѓу оние што користат дроги.
- Вирусни инфекции.
- Хепатитис Ц е честа појава кај пациенти кои користат и.в. лекови (приближно 40%), понекогаш заедно со хепатитис Б. Кај акутните случаи, симптомите вклучуваат жолтица, слаба општа состојба и зголемување на црниот дроб. Најголемиот број

случаи се асимптоматични носители на болест.
- Инфекција предизвикана од убод со игла, па сè до ендокардитис.
- Убодите со игла можат да се каде било по кожата плус лакотната зона. Пациентите кои користеле лекови со инјекции за подолг временски период често вшприцуваат помеѓу прстите на раката и нозете.
- Пациентите кои користат dextroprorohoxyphene во инјекција може да имаат длабоки некротизирани шуплини во кожата.
- Корисниците на марихуана често имаат еритематозен конјунктивитис и мукозни мембрани во усната шуплина.
- Корисниците на опојни средства имаат мали неактивни зеници.
- Корисниците на амфетамин се често хиперподвижни, имаат висок крвен притисок и тахикардија.
- Сè е поголем бројот на млади бремени жени кои се зависници од хероин, амфетамин или употребуваат комбинација на супстанци, кои се неспособни да ја прекинат навиката без третман.

ПСИХИЈАТРИСКИ БОЛЕСТИ, СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Се среќаваат анксиозност, мала контрола на импулсите, промени во расположението.
- Повеќето пациенти имаат растројство на личноста со злоупотреба на алкохол и лекови.
- Зголемен е бројот на лица кои се хронични зависници од лекови со психијатриско растројство (шизофренија).
- Посебно да се внимава на психотичните симптоми.
  - Параноидни и халуциногени симптоми бараат третман во психијатриска болница во затворено одделение;
  - Благите параноидни симптоми (чувство дека си следен) и слични халуцинации (пациентот слуша како го повикуваат неговото име или ѕвони телефонот) често се повлекуваат дури и без невролептичен третман, и пациентот е запознат со овие симптоми.
- Акутната депресија е типична во случаи на злоупотреба на амфетамин или кокаин; хронична депресија и апатија може да биде придружена со кој било лек, примарно или секундарно.
- Повеќето пациенти кои злоупотребуваат лекови, исто така, се и тешки етиличари.
- Анксиозноста, нарушувања во спиењето и нус ефекти од злоупотребените лекови ги имаат направено многуте зависници од лекови дополнително зависни на бензодиазепини.

ИСПИТУВАЊА ВО ЗДРАВСТВЕН ЦЕНТАР

- Основни тестови се: крвна слика, ЦРП, црнодробни ензими, серум ХБсАг, хепатитис Ц-антитела, сида-антитела и тест на урината за присуство на дроги.
- Количински тест на урината за присуство на дроги.
  - Се открива, на пример, марихуана, опојни средства (освен buprenorphine, tramadol и dextroprorohoxyphene), амфетамини, бензодиазепини и кокаин. Ако тестот на buprenofin е потребен, тој се бара посебно.
- Кодеин (средства против кашлање кои содржат кодеин) и комбинации на парацетамол-кодеин може да дадат позитивни резултати.

- Други лабораториски тестови и рендгенски снимања спрема наодите на клиничките знаци.

ВАКЦИНАЦИИ

- Сите лица кои користат и.в. лекови и тие кои се во близок контакт со нив треба да се вакцинираат против хепатитис Б. Потребата за вакцинација треба да се спроведе секогаш кога клиничките наоди даваат подлога за тоа.

ТЕРАПИЈА СО ЛЕКОВИ

- Бензодиазепин треба да се одбегнува; од друга страна, тој е важен за дијагностицирање можна зависност на бензодиазепин и за организирање третман.
- Ако има ризик од грчења (зависност од барбитурат или бензодиазепин, претходни грчења), се користат carbamazepine и, за пациенти со хепатитис Ц, oxcarbazepine. Овие лекови, исто така, можат да се користат во третман на проблеми на агресија и промена на расположението.
- Психози и анксиозност предизвикани од амфетамин или други стимуланси може да се третираат, на пример, со melperone[21] 25 mg 3x на ден или flupenthixol[22] 0.5-1 mg 3x на ден. Ако симптомите се поинтензивни, халоперидолот е ефикасен во мали дози.
- Да се преферираат мали периоди максимално од 3 до 5 дена со кратко дејствувачки бензодиазепини. Ако несоницата трае подолг период, да се препише промазине или седативен трицикличен антидепресив ако се има добар и стабилен однос пациент - доктор.
- Кај продолжените депресии, citalopram[23] и sulpiride, на пример, се безбедни алтернативи. Заедничката употреба на серотонински инхибитори и деривати на амфетамин може да доведе до опасни нус ефекти кои треба да се одбегнуваат.
- Терапија на повлекување и замена на зависност од опојни супстанции, види подолу.

ПРЕПОРАКИ ЗА ПОНАТАМОШЕН ТРЕТМАН

- Ако соматската состојба бара акутно внимание на специјалист на ниво на оддел, да се препорача пациентот соодветно на нормалните критериуми за тоа; сепак, корисно е да се дискутираат можностите на третирање на зависноста која е во почетна фаза.
- Да се разгледа испраќање на психијатриска нега ако пациентот е психотичен.
- Кај сериозни случаи на злоупотреба на супстанции, да се примени задолжителна нега.
- Да се разгледаат можностите за третман во вашиот сопствен ареал и да се достави информацијата на вашето работно место; со тоа се намалува анксиозноста и чувствата на омраза и беспомошност, а ресурсите да се насочат кон оној што ги третира пациентите.

21 **Недостапно во Р. Македонија**
22 **Недостапно во Р. Македонија**
23 **Недостапно во Р. Македонија**

ОТКАЖУВАЊЕ, ЗАМЕНА И ОДРЖУВАЊЕ НА ТРЕТМАНОТ НА ЗАВИСНОСТ ОД ОПОЈНИ СРЕДСТВА

Терапија со откажување

- Buprenorphine[24] е најдобар избор за откажувањето кај зависност од опојни средства (**ннд-С**).
- Кај третманот на откажување, лекувањето е започнато под надзор со една доза од 2-4 mg по поминати најмалку 6 часа од последната доза на хероин. Ако пациентот користел метадон, треба да е поминато најмалку 24-48 часа во зависност од дозата. Максималната доза за време на првите 24 часа е 8 mg.
- Дозата се покачува за време на првите 3 дена од терапијата до 10-12 mg, а лекот се прекинува по 5-8 дена со доза која се намалува ако целта е да се прекине употребата на хероин.
- Ако лицето кое бара откажување користело долго време buprenorphine, третманот треба да се реализира во период од 1-2 месеца со постепено намалување на дозата. Buprenorphine може да се започне за да се контролираат проблемите при откажување и може да се употреби во доволни дози за потребното време во текот на соматската болест ако проблемите при откажување ја нарушуваат клиничката состојба на пациентот и ја спречуваат терапијата (види ја локалната регулатива).
- Clonidine chloride[25] или lofexidine (**ннд-С**) може да се употребат за контрола на проблемите при откажување од опојни средства при зависност од благи опојни средства, на пример, во адолесценцијата до 18 години со кратка историја на употреба на опојно средство. Другите индикации на clonidine и lofexidine се:
  - Проблеми при откажување активирани при започнување на лекувањето или некое друго buprenorphine долгодејствувачко против опојно средство;
  - Фаза на дисконтинуитет на откажувањето со помош на buprenorphine ако проблемите станат премногу отежнувачки;
  - Можно активирање на проблемите при откажување кога пациентот се префрла од buprenorphine на naltrexone (**ннд-С**).
- Почетната доза на clonidine е 75-200 μg x 2-4. Максималната дневна доза е 1-1.2 mg. Следењето на крвниот притисок е битно.
- Lofexidine[26] се користи сè повеќе за повлекување од опојните средства, бидејќи лекот не го намалува крвниот притисок толку лесно и пациентот го одобрува лекот како подобар. Дозата е 1-2 таблети препишани 2-3 пати на ден сè до доза од 12 таблети дневно (2.4 mg).
- Lofexidine може да се употребува 7-10 дена при повлекување од хероин. Терапијата трае 2-3 недели за симптомите за фазата на намалување на buprenorphine. Со clonidine и lofexidine како дополнителни лекови се потребни: антиинфламаторни аналгетици, levomepromazine во мали дози, често, исто така, и loperamide за дијарејата и мали дози бензодиазепин.
- Брзо и успешно откажувањее од опојните средства без замена или терапија на одржување сосема е неверојатно, ако зависноста станала хронична. Наместо брзо откажување, buprenorphine може да се употреби за долготрајно откажување (еден месец) или за краткотрајна (помалку од една година) терапија на замена кај која целта е извлекување. Оваа опција на третман е добра за пациентите кои корис-

24 **Недостапно во Р. Македонија**
25 **Недостапно во Р. Македонија**
26 **Недостапно во Р. Македонија**

теле buprenorphine со години при самолекување и кои сакаат да се обидат да се извлечат. При откажувањето, дури и кога ќе откаже забавената програма, лекот може да се продолжи да се употребува како терапија на замена.

Терапија на замена

- Buprenorphine[27] (**ннд-В**) или methadone може да се употребат како замена (**ннд-В**). Доброто сообразување се постигнува со дневни дози на buprenorphine од 16-24 mg. Кај рутинската терапија, 32 mg се смета за максимална дневна доза. Констатирано е дека умерените дози метадон се еднакво ефикасни како и високите дози buprenorphine. Ако висока доза buprenorphine (16-32 mg/ден) не е доволна за намалување на желбата за опојно средство или на симптомите за повлекување, метадонот е подобра алтернатива.
- Кога се користи за замена, buprenorphine почнува да се дава како повлекување (види погоре). Дозата е подигната согласно со реакцијата на 2-4 mg на ден сè до оптималниот опсег на третманот од 12 до 24 mg. Се следи желбата на пациентот за опојно средство, проблемите при откажување пред следната доза и можната истовремена употреба на внесување супстанција со инјекција. Можната употреба на бензодиазепин кој се акумулирал со тек на времето постепено се намалува кога е постигнат оптималниот опсег на замена. Ако бензодиазепинот бил користен во многу високи дози, тој може да предизвика смиреност кога е покачена дозата на buprenorphine, а брзината на покачувањата на дозата треба да се намали.
- Метадонското лекување почнува со 10-20 mg со следење на состојбата на пациентот. За првите 24 часа максималната доза е 30-40 mg. Дозирањето се покачува за 5 mg на ден сè до дневна доза од 50 mg, потоа интервалот помеѓу зголемување на дозата се продолжува на 3-7 дена согласно со реакцијата. Да се има предвид дека за разлика од buprenorphine, метадонот е токсична супстанција и зголемувањето на дозата води во стабилизација само за една недела. Со метадон, нивото на лекување кое одговара на високи дози на buprenorphine се постигнува со 60-80 mg. Сепак, кај најголемиот дел од пациентите толеранцијата на метадон се развива постепено во тек на првата недела од третманот по постигнување на стабилната фаза, предизвикувајќи проблеми при откажување и потреба од зголемување на дозата. Кај долгорочната терапија, дозата на метадон се подесува индивидуално. Сепак, поголема група пациенти се однесуваат добро со 80-120 mg на ден (**ннд-А**).
- Замената обично се дава под надзор. Во зависност од законодавството во секоја земја, пациентот, исто така, може да прими дози за примена дома. За ова е потребна добра усогласеност. Со buprenorphine пациентот може да продолжи кон надгледувани поретки дозирања (секој втор ден или 3 пати неделно со 2 или 3 дневни дози дадени на местото на негата). Можат да се дадат максимално 8 дневни дози на пациент кој задоволува. Пациентот треба да има формулар за лекување со кој ќе се потврди неговото право да ги прима лековите за терапијата. Во овој формулар треба да се дадат упатствата за дозирање и чување на лекот. Метадонот треба да се чува во контејнер под брава, со оглед на тоа дека веќе една дневна доза е смртоносна за постаро лице кое е без толеранција на метадон.
- Кон крајот на 2002 година, ФДА ја одобри комбинацијата која содржи buprenorphine (8 mg) и naloxone (2 mg) за употреба во примарната нега (**ннд-В**). Вшприцувањето на лекот со инјекција е непријатно за зависниците од хероин, со што се очекува да

27 **Недостапно во Р. Македонија**

се спречи погрешната употреба со инјекцијата. Buprenorphine – naloxone (**ннд-B**) комбинацијата ги забрзува проблемите при откажување кога се даваат интравенозно на лица кои се зависници од опојни средства. Ова може да резултира во намален ризик од давање инекција и дистрибуција на улица, овозможувајќи пофлексибилна замена и практика на одржување во иднина. Buprenorphine-имплантите и депо-подготовката се одвиваат во клиниката. Нивната идна употреба може да овозможи и побезбеден третман на замена и одржување.

- Naltrexone е опција за пациентите кои сакаат да престанат со мачната терапија на замена која се дава под надзор, но тоа е со ризик на повратна болеста поради проблемите при откажување и желбата за опојно средство (**ннд-C**). Лекувањето започнува по повлекување со buprenorphine со мала доза (на пример, 12.5 mg) која се покачува постепено. Ако проблемите при откажување се појават кога е сменет лекот, може да се употреби clonidine или lofexidine за ублажување (види за симптомите за повлекување погоре). Naltrexone треба да се даде под надзор за првите 3 месеци, така што пациентот да се навикне на намалување на желбата за опојното средство предизвикана од лекот. Naltrexone може да се препише за лекување во сопствена режија. Сепак, интензивниот однос лекар - пациент треба да продолжи по првите 3 месеци заради детекција и превенција на можни влошувања уште во раната фаза.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Терапијата за одржување на метадонот има значителен и поволен ефект на недозволена употреба на средства за опивање, криминални активности и ризик од сида (**ннд-B**).
- Терапијата за одржување на метадонот можеби има помалку отпишувања од LAAM-терапијата, но имајќи ги предвид потенцијалните практични и опреативни користи од LAAM во некои ситуации, LAAM е важна алтернатива на метадонот (**ннд-B**).
- Бавното намалување со привремената замена на опојното средство (метадон) кое дејствува долго време може да ја намали строгоста на откажувањето, но тоа не воведува апстиненција (**ннд-B**).
- Buprenorphine е најмалку ефикасен или е подобар од clonidine во подобрување на знаците и проблемите при откажување од хероин, а можно и од метадонот во краток временски рок (**ннд-C**).
- Диазепамот е веројатно помалку ефекасен од фенобарбитонот или од опојното средство за третман на синдромот на неонатална апстиненција (**ннд-C**).
- Нема доказ за поддржување на carbamazepine (**ннд-D**) антидепресиви (**ннд-B**) или допамин агонист (**ннд-B**) за зависност од кокаин.
- Ниеден лек не се покажал од значајна корист во третманот на зависност од амфетамин (**ннд-D**).
- Терапијата со семејни двојки е супериорна во споредба со несемејните облици во третманот на злоупотреба на лекови (**ннд-A**).
- Едукација на младите луѓе може да има само многу скромен ефект врз однесувањето на употреба на дрога (**ннд-C**).
- Интервенциите кои се базираат на надминување се ефективни во воведување промена на однесувањето кај корисници на дрога по пат на инјекции (**ннд-C**).
- Управување со непредвидените околноси (систем на стимули и дестимули за да се направи употребата на надоместувањето на дрогата понеатрактивна) изгледа дека ја намалува употребата на надоместувањето на дрогата кај пациенти со третман

со метадон (**ннд-В**).
- Со додаток на секаква психосоцијална поддршка на стандардниот третман на одржување со метадон, значително се подобрува неупотребата на хероин за време на третманот (**ннд-А**).
- Психосоцијалните третмани се ефикасни во рамките на комплетирање на третманот, резултатите од следењето и усогласувањето (**ннд-В**).
- Третманот со орално надоместување кај корисници на опојни средства преку инјекција може да ги намали однесувањата кои се однесуваат на дрогата, но не и оние кои се однесуваат на сексот, со висок ризик од пренесување сида (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Gowing L, Farrell M, Ali R, White J. Alpha2 adrenergic agonists for opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002024. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
2. Gowing L, Ali R, White J. Opioid antagonists and adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002021. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
3. Kirchmayer U, Davoli M, Verster A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001333. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. Addiction 1998;93:515-532
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988671. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Clark N, Lintzeris N, Gijsbers A, Whelan G, Dunlop A, Ritter A, Ling W. LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002210. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
7. Glanz M, Klawansky S, McAullife W, Chalmers T. Methadone versus L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction: a meta-analysis of the randomized, controlled trials. American Journal of Addiction 1997;6:339-349
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983193. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
9. Amato L, Davoli M, Ferri M, Ali R. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003409. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
10. Gowing L, Ali R, White J. Buprenorfine for the management of opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002025. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
11. Theis JG, Selby P, Ikizler Y, Koren G. Current management of the neonatal abstinence syndrome: a critical analysis of evidence. Biology of the Neonate 1997;71:345-356
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973556. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
13. Lima AR, Lima MS, Soares BGO, Churchill R, Farrell M. Carbamazepine for cocain dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002023. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software

14. Lima MS, Reisser AAP, Soares BGO, Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002950. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
15. Soares BGO, Lima MS, Reisser AAP, Farrell M. Dopamine agonists for cocaine dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003352. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
16. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittirattanapaiboon P. Treatments for amphetamine dependence and abuse. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003022. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
17. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychological Bulletin 1997;122:170-191
18. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973647. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
19. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. Addiction 1998;93:1457-1487
20. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-998456. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
21. Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. Public Health 1999;113:19-30
22. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-991406. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 14.7.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јули 2007 година**

ТРЕТМАН НА НЕСОНИЦА

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Потребна информација**
- **Клинички карактеристики**
- **Општи совети за пациентот**
- **Фармакотерапија**
- **Посебни случаи**
- **Спротивни реакции од хипнозата**
- **Зависност и проблеми при откажување**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Пред да се започне со давање лекови, да се види дали несоницата на пациентот може да се елиминира со промени во начинот на живеење.
- Да се идентификува депресијата, психотичното растројство или апнеја при спиење како причина со оглед на тоа што нивниот третман се разликува значително од третманот на несоницата предизвикана од други причини.
- Наместо редовна употреба, треба да се охрабри повремена или краткотрајна употреба на хипнотици.
- Потребата од постепено прекинување на лековите треба да му се објасни на пациентот во почетокот на третманот.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Хроничната несоница е општа појава кај населението (до 10%).

ПОТРЕБНА ИНФОРМАЦИЈА

- Колку пациентот спие преку денот, вклучувајќи ја дремката попладне.
- Дали пациентот има тешкотии при заспивањето или останува буден сè до раните часови?
- Дали несоницата предизвикува замореност преку ден или други симптоми?
  - Пациентите со проблеми на заспивање, главно, не се жалат на неспиењето, туку на умореноста, кратки епизоди на сон преку денот, надразливост и амнезија. Да се избегнуваат хипнотици!
- Дали несоницата е повремена или секоја ноќ?
- Фактори на диета, посебно употреба на кафе и алкохол.
  - Дури и 2-3 филџани кафе може да влијаат на квалитетот на сонот.
  - Алкохолот го намалува бројот на брзи движења на очите во сон и периодите на длабок сон.

- Лекови што ги користи пациентот
  - Бета-блокаторите може да предизвикаат кошмари.
  - Диуретици земени навечер може да го наполнат мочниот меур и да доведат до неспокоен сон.

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Ако причината за несоница не е јасна, разгледајте ги психијатриските и соматските растројства и лекови кои може да предизвикаат несоница, посебно кај постарите пациенти.
- Зголемена клеточна маса на простатата може да го разбуди пациентот.
- Хроничната срцева слабост може да предизвика несоница. Треба да се направи ЕКГ и рендгенско снимање на градите.
- Може да се направи испитување на крвната слика и седиментацијата за да се исклучи анемијата и општите медицински состојби.
- Да се испита дали пациентот е депресивен.

ОПШТИ СОВЕТИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

- Секогаш да се оди во кревет во исто време, вклучувајќи ги и викендите (**ннд-С**).
- Да не се останува буден во кревет, но да се стане ако не можете да заспиете за еден и пол час, и вратете се кога ќе се заморите.
- Обидете се да се будите редовно во исто време.
- Не читајте, не гледајте телевизија или не работите во кревет (**ннд-С**).
- Избегнувајте ги дремките попладне (подолги од 20-30 минути).
- Редовно вежбајте (најмалку 3-4 пати во неделата) (**ннд-С**), но не вежбајте навечер ако тоа влијае на заспивањето.
- Да се намали консумирањето алкохол, кафе, цигари и таблетки за спиење.
- Да се провери дали собата за спиење е тивка, темна и пријатно ладна.
- Да се избегнува навечер интензивно размислување и емоции.

ФАРМАКОТЕРАПИЈА

- Најдобриот третман за повремена несоница со тешкотии на заспивање е мала доза небензодиазепин хипнотици (**ннд-А**) (zaleplon, zolpiden, С zopiclone) или кратко или средно активниот бензодиазепин.
- Ако пацинетот се буди во раните часови, oxazepam и nitrazepam се соодветни лекови (последниот со долг полуживот може да предизвика проблеми кај постарите луѓе). Zaleplon може, ако е потребно, да се земе 4 часа пред времето на будење. Пациентот мора наутро да ја провери својата состојба, на пример пред да управува автомобил.
- Ако пациентот не користел таблети за спиење пред тоа препишани во мал број (10-30), да се побара пацинетот да закаже нова средба ако има потреба од повеќе лекови. Да се охрабри пациентот да зема лек за време на викенди.

ПОСЕБНИ СЛУЧАИ

- Ако пациентот со повремена несоница има анксиозност преку денот, бензодиазепинот со долготрајно дејство може да е одбраниот лек за тоа.

- Ако пациентот е депресивен и се буди преку ноќ, исправниот третман можеби е мала доза седативен антидепресив (doxepin, trimipramine, amitriptyline, mianserin, mirtazapine), За разлика од бензодиазепинот, овие лекови треба да се земаат редовно секоја вечер. Пациентот се следи и се проверува потребата за друг вид третман на депресијата.
- Кај јаките растројства на спиењето, невролептиците (levomepromazine, chlorprothixene) може да се поефикасни од бензодиазепинот. На пример, конфузните и вознемирените пациенти може да користат невролептици. Невролептикот како третман за несоницата не е адекватен кај пациенти со почеток на психози; ако се сомнева на постоење психоза, треба да се консултира психијатар.
- Ако бензодиазепин и сличните лекови се контраиндицирани, алтернатива се седативните антихистаминици, на пример hydroxyzine.

СПРОТИВНИ РЕАКЦИИ ОД ХИПНОЗАТА

- Кога ефектот од земањето лекови ќе исчезне, може да се развие несоница. Ова создава тешкотии на заспивање и будење преку ноќ по употреба на лекови. Дури и краткотрајна употреба на лекови води кон појава на несоница. Симптомот е констатиран особено по уптребата на бензодиазепин со краткотрајно дејство и може да се појави рано наутро кога дејствувањето избувнува наеднаш. Од друга страна, симптомите можат да се јават и ноќе по откажувањето и вариираат согласно со времетраењето и дозата на лекот.
- Повратната анксиозност, исто така, е можна, во случаи кога пациентот се чувствува ненормално активен и/или вознемирен дента по земање на бензодиазепинот.
- Употребата на бензодиазепин со долготрајно дејство може да предизвика проблеми во психомоториката и спознајните функции дента по земање на лекот.
- Бензодиазепинот може да влијае и на меморијата (напредна амнезија)
- Се среќава и конфузија ако спиењето е прекинато. Може да има и вртоглавица и падови. Ова може да биде проблем, посебно со високорафиниран бензодиазепин со кратко дејствување (midazolam и triazolam).

ЗАВИСНОСТ И ПРОБЛЕМИ ПРИ ОТКАЖУВАЊЕ

- Бензодиазепинот е најдобро да се намали со преполовување на дозата 1 или 2 дена пред крајот на третманот.
- Кратките периоди на земање лек и умерените дози се најдобар начин за превенција од проблеми при откажување од дрога.
- Ако пациентот зел високи дози во долги периоди, дисконтинуитетот треба да се одвива постепено.
- Проблемите со откажување се јавуваат 5-7 дена по престанувањето на дејствувањето на дрогите со долготрајно дејство, и кратко (и веројатно се појаки) по завршување на третманот со лековите со краткотрајно дејство.
- Промената на бензодиазепин со долготрајно дејство може понекогаш да помогне при дисконтинуитетот.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Психолошките интервенции се со потенцијал да го подобрат спиењето кај пациенти кои имаат несоница (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatr 1994;151:1172-1180
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940445. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Benzodiaxepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment strategy. JAMA 1997;278:2170-2177
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988111. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Lobo BL, Greene WL. Zolpidem–distinct from triazolam? (review). Ann Pharmacother 1997;31:625-632
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970668. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
7. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003161. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
8. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1995;63:79-89
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-955023. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 23.2.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во февруари 2007 година**

ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

- **Дефиниција**
- **Мозочно-васкуларни растројства поврзани со васкуларна деменција**
- **Клинички симптоми и знаци**
- **Поттипови васкуларна деменција**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ДЕФИНИЦИЈА

- Деменција која се јавува поради разни васкуларни фактори (ризични фактори, мозочен удар) кои дејствуваат на мозокот, а се наречени васкуларни деменции. Тоа не е една посебна болест, туку синдром со различни причинители и клинички манифестации.
- Васкуларната деменција, исто така, е наречена и повеќеинфарктна деменција.

МОЗОЧНО-ВАСКУЛАРНИ РАСТРОЈСТВА ПОВРЗАНИ СО ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

- Атеротромбичен удар
- Срцево емболичен удар
- Лакунарни инфаркти
- Хемодинамична причина
- Исхемични лезии на белата маса (WMLs)
- Интрачерепно крвавење
- Разни болести на мозочните садови
- Некои хематолошки болести

КЛИНИЧКИ СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Сознајното нарушување релативно брзо се појавува (денови до недели).
- Често нагло влошување и флуктуирачки тек на симптомите.
- Често појавата, сепак, е подмолна и симптомите брзо се развиваат.
- Клиничките наоди кои покажуваат централно оштетување на мозокот често се среќаваат и кај благите деменции.
  - Едностранична моторна слабост или несмасност.
  - Булбарни знаци: нарушена артикулација на говор и тешкотија при голтање.
  - Растројство во одењето: хемиплегичен или апраксичен-атаксичен.
- Личноста и увидот се зачувани релативно долго. Емоционалните нарушувања се присутни: анксиозност, афективна лабилност.
- Пациентот често има кардио или мозочно-васкуларна болест.
- Абнормални лабораториски наоди може да укажуваат на постоење на некои болести, на пример хиперлипидемија, дијабетес.
- КТ и магнетното резонантно сликање на мозокот покажуваат инфаркти и/или исхемичен WMLs.
- Кај понапредните случаи, забавување на ЕЕГ, а често и фокална абнормалност.

ПОТТИПОВИ ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

- **Мозочно-васкуларна деменција** (мултиинфарктна деменција) сугерира на атеротромбични и срцеви емболички инфаркти. Кај **кортикалниот поттип**, типични се афазија и хемиплегија со придружено нарушување на одот. Почетокот на намалување на меморијата и **на способноста за анализирање податоци** е ненадеен и симптомите се постепено нагласени.
- Кај **супкортикалната (на мали крвни садови) деменција**, доминираат промените во малите крвни садови на мозокот, лакунарните инфарктни состојби и исхемични промени во белата маса. Типични симптоми се растројство во говорот (нарушена артикулација на говорот) и **нарушување на мотериката и сензибилитетот**. Почетокот на нарушувањето на процесот на информирање е вообичаено подмолен и прогресот е побавен од кортикалната форма.

ТРЕТМАН

- Влијанието од третманот на ризичните фактори (односно висок крвен притисок, низок крвен притисок, срцева аритмија, нарушувања на гликозата и метаболизам на

мастите) на мозочно-васкуларните растројства не е целосно дефинирано. Сепак, веројатно е дека таквите третмани имаат превентивно значење.
- Третманот на ризичните фактори на мозочно-васкуларните растројства, како и секундарната превенција ги следи напатствијата за третманот од мозочен удар. Ефектот од одредените лекови (ацетилсалицилната киселина (**ннд-D**) дипиридамол, антикоагуланти) на васкуларната деменција не е проверен со клинички студии.
- Согласно со прелиминарните резултати, acetylcholinesterase[28] инхибиторите (donepezil, galantamine)[29] може да имаат некаков ефект кај симптоматскиот третман. Засега, ниеден лек нема официјална индикација за таква употреба.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Codergocrine mesylate (hydergine) (**ннд-С**)[30] може да биде од корист кај некои форми на деменција.
- Дементните и депресивните пациенти најдобро може да се разликуваат со давање мемориска задача која користи **задоцнето сеќавање по одвлекување внимание** (**ннд-С**).
- Исхемичен резултат на Хачински (ХИС) е корисен за разликување на Алцхајмеровата болест и повеќе инфарктните деменции за цели на истражување (**ннд-В**).
- Donepezil[31] ја подобрува спознајната функција, клиничкиот глобален впечаток и активностите на дневното преживување кај пациентите со веројатни или можни благи до умерени васкуларно спознајни нарушувања по 6 месеци на третман во споредба со плацебото (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Meyer JS, Rogers RL, McClintic K, Mortel KF, Lotfi J. Randomized clinical trial of daily aspirin therapy in multi-infarct dementia. A pilot study. J Am Ger Soc 1989;37:549-555
2. Williams PS, Spector A, Orrell M, Rands G. Aspirin for vascular dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001296. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Olin J, Schneider L, Novit A, Luczak S. Hydergine for dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000359. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Lachner G, Engel RR. Differentiation of dementia and depression by memory tests: a meta-analysis. J Nerv Ment Dis 1994;182:34-39
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-940210. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
6. Meta-analysis of the Hachinski Ischaemic Score in pathologically verified dementias. Neurology 1997;49:10^{9}6-1105
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971349. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 18.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

28 **Недостапно во Р. Македонија**
29 **Недостапно во Р. Македонија**
30 Кај нас се користи Redergin (Dihidroergotoxin) од таа група лекови)
31 **Недостапно во Р. Македонија**

УТВРДУВАЊЕ НА ФИЗИЧКОТО И НА МЕНТАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАЊЕ

- **Функционална способност**
- **Тест на деменција**
- **Тестирање на депресијата**
- **Референци**

ФУНКЦИОНАЛНА СПОСОБНОСТ

- Многу различни тестови и методи се користени за утврдување на физичкото и сознајното функционирање на старите лица. Нема меѓународен консензус за тоа кои тестови се најповолни за утврдување на староста.
- Може да се користат скали за:
  1. Утврдување на потребата за институционална нега;
  2. Преглед на функционалната неспособност и на болестите;
  3. Одредување на целите за рехабилитација и управување и следење на нивните ефекти;
  4. Продолжено следење на физичкото функционирање во староста во услови на долготрајна нега и споредба на разните места за нега;
  5. Епидемиолошки испитувања.
- Различни скали одговараат на овие различни функции.
- Подолу се дадени 4 скали. Првата скала е **Бартеловиот индекс** кој на широко се употребува кај старите лица кои живеат дома. Оваа скала е лесна и брза за употреба, и добро е проверена. Сигурна е и наполно осетлива на промените во физичкото функционирање. Може да се употреби застарите лица во домашна нега, чија потреба за институционална нега треба да се утврди, како и за продложување на рехабилитација на старите пациенти. Оваа скала е препорачана од скандинавските професори по геријатрија.
- **Кацовиот АДЛ-индекс** се користи нашироко во институциите и не е многу осетлив во утврдувањето на функционалното нарушување кај старите пациенти кои живеат дома. Сепак, нашироко се користи кај старите пациенти згрижени дома.
- **Тестовите за мерење на ИАДЛ-функционирањето** (инструментални активности во секојдневниот живот) се надодаваат на скалата на функционалното нарушување кај старите лица кои живеат дома. Следува и **ИАДЛ-тестот на Лоутон и Броди.**

Табела 1. Бартелов индекс. Скала за мерење на физичката функционалност

1. Хранење	Неспособен да јаде сам	0
	Има потреба од помош при сечење, мачкање путер итн. или бара модификувана диета	5
	Независен	10
2. Пренос (од кревет до стол и назад)	Неспособен, нема рамнотежа при седењето	0
	Голема помош (еден или двајца, физичка; може да седи)	5
	Мала помош (вербална или физичка)	10
	Независен	15
3. Подготвување	Има потреба од помош за личната нега	0
	Независна нега на лице/заби/бричење (предвидена опрема)	5
4. Употреба на тоалет	Зависник	0
	Има потреба од некаква помош, но може да прави нешто и сам	5
	Независен (во и по тоалет, облекување, бришење)	10
5. Бањање	Зависен	0
	Независен (или во туширање)	5
6. Подвижност на рамна површна	Неподвижен или <50 м	0
	Независен со количка, вклучувајќи ги и аглите, > 50 м	5
	Оди со помош на едно лице (вербално или физички) >50 м	10
	Оди независно 50 м, може да користи каква било помош, (на пример, стап)	15
7. Качување или симнување по скали	Неспособен да оди по скали	0
	Има потреба од помош (вербална, физичка или средство за носење)	5
	Независен	10
8. Облекување и соблекување	Зависен	0
	Има потреба од помош, но може околу половина да го направи без помош	5
	Независен (вклучувајќи копчиња, патент, врвци, итн)	10
9. Дебело црево	Невоздржан (или има потреба од давање клистер)	0
	Повремени незгоди	5
	Воздржан	10
10.Мочен меур	Невоздржан, или со катетер и неспособен да управува сам	0
	Повремени незгоди	5
	Воздржан	10
max 100 поени		

Табела 2. Кацов АДЛ-индекс за утврдување активности во секојдневниот живот

Пациентите се поделени спрема нивната функционална независност (на левата страна) и на зависните (на десната страна, дадени со потенцирани букви) што се користи за класификација на пациентите во разни Кац класи			
Класификација на пациентите во различни класи на независност согласно со нивната функционална способност			
А – независен во сите 6 функции			
Б – независен во сите освен во една функција			
В – независен во сите освен во бањање и во една дополнителна функција			
Г – независен во сите освен во бањањето, облекувањето и една дополнителна функција			
Д – независен во сите освен во бањање, облекување, во тоалет и една дополнителна функција			
Ѓ – независен во сите освен во бањање, облекување, во тоалет, пренос и една дополнителна функција			
Е – Зависен во сите 6 функции			
Друго - ако пациентот не може да биде класифициран со помош на горното			
Бањање	Нема помош (влегува/излегува од када ако кадата е средство за бањање)	Прима помош за бањање на еден дел од телото (грб или нозе)	**Прима помош за бањање за повеќе делови од телото (или не се бања)**
Облекување	Зема облека и се облекува без помош	Зема облека и се облекува без помош освен за врзување на чевлите	**Прима помош за земање алишта или облекување или останува делумно и целосно необлечен**
Тоалет	Оди до мијалникот, сам се мие, ја средува облеката без помош (може да користи средство за помош, како што се стап, направа за одење, или количка, и може да го средува креветот/комодата, наутро празнење)	**Прима помош за да оди до тоалет или за миење или за уредување на алиштата по употреба или за средување на креветот/комодата**	**Не оди во тоалет за празнење**
Пренос	Оди во и од количка, оди во и од кревет без помош (може да користи средство за помош, како што се стап, направа за одење)	**Се движи кон и од креветот или столот со помош**	**Не излегува од кревет**
Воздржување	Го контролира мокрењето и состојбата на меурот сосема сам	**Има повремени незгоди**	**Надзорот помага во контролата на мочењето и на меурот; се користи катетер или воздржан**
Хранење	Се храни без помош	Се храни сам освен кога треба помош при сечење месо или мачкање путер	**Прима помош при јадење или делумно се храни, или сосема; се користи сонда или интравенозна течност**

Табела 3. ИАДЛ-скала (инструментални активности во секојдневниот живот), Лоутон

1. Способност да користи телефон	1	Телефонира по сопствена иницијатива, ги гледа и ги користи броевите
	1	Ги користи неколкуте добро познати броеви
	1	Одговара, но не бара
	0	Не користи телефон
2. Купување	1	Независно се грижи за сите потребни купувања
	0	Независно купува само помали набавки
	0	Треба да биде придружен при купувањата
	0	Сосема неспособен за купување
3. Приготвување храна	1	Планира, приготвува и служи соодветни јадења независно
	0	Приготвува соодветно јадење ако му се достават артиклите
	0	Загрева и служи готова храна, или приготвува јадења, но држи соодветна диета
	0	Има потреба храната да му се приготвува и служи
4. Водење на домаќинството	1	Сам ја одржува куќата или со повремена помош (на пример, за тешката работа, со домашна помош)
	1	Ги врши лесните домашни работи, како што се миење садови и местење на креветот
	1	Ги врши дневните задачи, но не може да одржува прифатливо ниво на чистота
	1	Има потреба од помош за одржување
	0	Не учествува во какво било одржување
5. Перење	1	Сосема сам се пере
	1	Пере помали парчиња, како што се чорапи
	0	Други перат
6. Пренос	1	Користи јавен превоз или вози сопствено возило
	1	Користи такси, но не користи јавен транспорт
	1	Користи јавен транспорт кога му се помага или е со придружба
	0	Користи ограничено такси или автомобил со помош или со друго лице
	0	Воопшто не патува
7. Одговорност за сопствено лекување	1	Одговорно ги користи лековите во препишаните дози и временски интервали
	0	Ја презема одговорноста ако лековите се подготвени однапред во соодветни дозирања
	0	Неспособен за употреба на лековите
8. Способност да раководи со финансиите	1	Управува со финансиските работи независно (буџет, пишува чекови, ја плаќа рентата и сметките, оди во банка), води сметка за приходите
	1	Управува со секојдневните набавки, но има потреба од помош за одење во банка, поголеми набавки итн.
	0	Неспособен за манипулирање со парите

ТЕСТ НА ДЕМЕНЦИЈА

- Функционирањето на сознавањето може да се утврди, на пример, со помош на MMCE (мини-ментално испитување на состојбата) (**ннд-В**). Тестот не е посебен за деменција: на пример, акутниот делириум може да влијае на резултатот. Тестот не е добар за пациенти со нарушен говор.

ТЕСТИРАЊЕ НА ДЕПРЕСИЈАТА

- Многу тестови се користат за тестирање на депресијата. Еден од најупотребуваните е геријатрискатата скала за тест на депресија (ГДС)

Табела 4. Геријатриската скала за тест на депресија, ГДС

Упатства за пациентот: прашањата се однесуваат на секојдневното расположение, однесување и чувства. Одберете го одговорот кој е најдобар одраз на тоа како сте се чувствувале последната недела. Прашањата ќе се читаат и треба да се одговори со ДА или НЕ		
	ДА	**НЕ**
1. Дали сте, во основа, задоволен со вашиот живот?	0	1
2. Дали ги имате прескокнато многу од вашите активности и интересирања?	1	0
3. Дали чувствувате дека вашиот живот е празен?	1	0
4. Дали често се досадувате?	1	0
5. Дали имате надеж за иднината?	0	1
6. Дали сте вознемирени од мислите дека не можете да излезете од вашите ставови?	1	0
7. Дали сте добро расположени во поголем дел од времето?	0	1
8. Дали се плашите дека нешто лошо ќе ви се случи?	1	0
9. Дали се чувствувате среќни во поголем дел од времето?	0	1
10. Дали често се чувствувате беспомошен?	1	0
11. Дали често се чувствувате неспокоен и вознемирен?	1	0
12. Дали повеќе сакате да останете дома отколку да излезете и да правите нешто?	1	0
13. Дали често сте загрижени за иднината?	1	0
14. Дали мислите дека имате повеќе проблеми со меморијата во однос на другите?	1	0
15. Дали мислите дека е прекрасно да се биде жив?	0	1
16. Дали често се чувствувате малодушен и тажен?	1	0
17. Дали мислите дека сте многу безвредни такви какви што сте сега?	1	0
18. Дали се грижите многу за минатото?	1	0
19. Дали го сметате животот за многу возбудлив?	0	1
20. Дали ви е тешко да започнете нови проекти?	1	0
21. Дали се чувствувате полни со енергија?	0	1
22. Дали чувствувате дека вашата ситуација е безнадежна?	1	0
23. Дали мислите дека повеќето луѓе се подобри од вас?	1	0
24. Дали сте често вознемирени за мали нешта?	1	0
25. Дали често се чувствувате како да плачете?	1	0

Упатства за пациентот: прашањата се однесуваат на секојдневното расположение, однесување и чувства. Одберете го одговорот кој е најдобар одраз на тоа како сте се чувствувале последната недела. Прашањата ќе се читаат и треба да се одговори со ДА или НЕ		
	ДА	**НЕ**
26. Дали имате тешкотии да се концентрирате?	1	0
27. Дали уживате да станувате наутро?	0	1
28. Дали сакате повеќе да ги избегнувате општествените настани?	1	0
29. Дали лесно донесувате одлуки?	0	1
30. Дали свеста ви е бистра како што е вообичаено?	0	1
Вкупен резултат	**0–10**	Нормално
	11–20	**Умерена депресија**
	21–30	**Јака депресија**

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Med J 1965;14(2):61-5
2. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL. Gerontologist 1970;10:20-9
3. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-monitoring and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86
4. Yesavage JA, Brink TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-83;17:37-49
5. Mulligan R, Mackinnon A, Jorm AF et al. A comparison of alternative methods of screening for dementia in clinical setting. Arch Neurol 1996;53:532-6.

1. **EBM Guidelines, 5.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во април 2007 година**

РИЗИЦИ ОД САМОУБИСТВО ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Ризични фактори кај адолесцентното самоубиство**
- **Симптоми**
- **Препознавање и утврдување**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Самоубиствените мисли, обидите за самоубиство и извршените самоубиства се ретки во детството, но можноста за тоа се зголемува за време на адолесценцијата.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишната застапеност на самоубиствени мисли кај адолесцентите е приближно 10-15%, а на обиди за самоубиство е приближно 2-5%.
- Самоубиствените размислувања и обиди за самоубиство се позастапени кај девојките, но околу 80% од сите самоубиства се извршени од машките.

РИЗИЧНИ ФАКТОРИ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТНОТО САМОУБИСТВО

- Еден од тројца се има обидено да изврши самоубиство.
- Околу 60% од адолесцентите кои извршиле самоубиство зборувале со друг за своите самоубиствени размислувања. Сепак, машките често зборуваат само со своите врсници.
- Психијатриски растројства претходат на самоубиството во повеќе од 90% од случаите, при што најмалку половина отпаѓаат на растројства во расположението.
- Најмалку една четвртина страдале од сериозна злоупотреба на супстанции.
- Најзастапена причина за самоубиство и обид за самоубиство е прекин на однос или расправа со некој близок.

СИМПТОМИ

- Самоубиственото однесување во адолесценцијата е често поврзано со тековните психосоцијални проблеми, како што се расправии, жалост и разочарување.
- Растројствата на расположението, сериозна злоупотреба на супстанции и, особено кај машките, воопшто антисоцијално однесување.

ПРЕПОЗНАВАЊЕ И УТВРДУВАЊЕ

- Самодеструктивното однесување во адолесценцијата е цврсто поврзано со депресијата и злоупотребата на супстанции.
- Кога се има сомневање за постоење депресија кај адолесцентот, треба да се смета на зачеток на самоубиствени мисли и обиди за самоубиство.
- Да се испитаат животните околности и семејната ситуација.
- Да се процени типот и степенот на соодветното психијатриско растројство и/или злоупотреба на супстанции.
- Да се провери дали пациентот имал обиди за самоубиство во минатото.
- Да се утврди дали пациентот навистина сака да умре, дали има планови или аранжмани за извршување самоубиство.

ТРЕТМАН

- Секогаш да се има согласност за договарање состаноци за следење на состојбата и да се охрабрува пациентот да продолжи со третманот.
- Да се овозможи лесен пристап до третманот.
- Ако самодеструктивноста е поврзана со јака депресија, третманот на депресијата треба веднаш да започне, без одложување.
- Селективните серотонински инхибитори (ССРИ) се прв избор за психофармаколошки третман на депресиран адолесцент со самоубиствени намери.
- Секогаш да се прифати на психијатриска консултација адолесцент кој се обидел да изврши самоубиство, колку што е можно поскоро толку подобро.
- Психијатриската хоспитализација треба да се има предвид (**ннд-С**) ако самоубиствено настроен адолесцент има тегоби од:
  - Психотично растројство;
  - Тежок степен на депресија;
  - Биполарно растројство;
  - Силно агресивно однесување;
  - Голема злоупотреба на супстанции или зависност од нив;
  - Ако била неуспешна негата во заедницата по претходниот самоубиствен настан.
- Хоспитализацијата се смета за потребна по сериозен обид за самоубиство, ако адолесцентот има активни самоубиствени размислувања и ако семејството на адолесцентот не може да даде ефикасна поддршка.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Програмите за превенција од самоубиство може да бидат ефикасни во младоста со висок ризик, но нема доволно докази дали да се поддржи или да не се поддржи програмата за превенција од самоубиство базирана на наставниот план во училиштата (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991;48:834-9
2. Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Risk factors for serious suicide attempts among youths

aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996;35:1174-82
3. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman CJ, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993a;32:521-9
4. Gould M, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry 1996;53:1155-62
5. Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry 1996;53:339-48
6. Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J: Adolescence and suicide. A review of psychological autopsy studies. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry 1993;2:10-18
7. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, Zelenak JP. Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993b;32:95-105
8. Brent D, Kolko D. The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In: Blumenthal S, Kupfer D. (ed.) Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. pp. 253-302. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990
9. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. British Medical Journal 1993;306:1641-4
10. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, van Rossem R, Graae F, Cantwell C, Castro-Blanco D, Miller S, Feldman J. Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room programme for adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:654-63
11. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Pediatric Drugs 2003;5:243-265
12. Spirito A, Boergers J, Donaldson D, Bishop D, Lewander W. An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(4):435-42.
13. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry. 2000;34:420-36

1. **EBM Guidelines,17.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ ОД СТРАНА НА АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Идентификација на проблемот**
- **Третман**
- **Коморбидитет**
- **Лекување**
- **Соработка со службите за детска заштита**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Идентификување на употребата на супстанции од страна на адолесцентите и интервенирање, со оглед на тоа дека и повремена употреба може да резултира во сериозни здравствени ризици.
- Идентификување можни самоубиствени тенденции и одлучување психотичниот пациент да се подложи на итна психијатриска нега.
- Контактирање на родителите на адолесцентот под 18-годишна возраст, иако употребата на супстанциите изгледа дека била повремена.
- Процена на ситуацијата од гледна точка на детска заштита и контактирање на службите за детска заштита, кога е потребно тоа.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Во последните 10 години употребата на алкохол и дрога е зголемена кај адолесцентите.
- Само неколку експериментатори развиваат зависност од супстанции или започнуваат со злоупотреба на алкохол или дрога.
- Согласно со испитување на здравјето во училиштата во Финска, направено 1998-1999 година, 11% од децата кои се во деветти клас од основните училишта експериментирале со марихуана или хашиш (2% користеле супстанции 5 пати или повеќе пати). Наодите биле 15% и 5% кај учениците од втора година во средните училишта и 20% и 7% за ученици од втора година во училиштата со насочено образование.

ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА ПРОБЛЕМОТ

- Адолесцентот директно се подложува на третман во случај на токсикација, збрканост или настан предизвикан од интоксикација.
- Адолесцентот бара помош поради депресија, анксиозност или проблеми со спиењето.
  - Да се испита можна врска помеѓу употреба на супстанции и симптомите.

Младото лице можеби и не ја земало предвид можната поврзаност помеѓу континуираната употреба на марихуана и депресијата.
    - Распрашувањата треба да се директни и непристрасни. Прашањата за симптомите треба да се поставуваат со симпатија, бидејќи адолесцентите често ги интерпретираат испрашувањата поврзани со употреба на супстанции како обвинувања.
- Родителите ја контактираат здравствената грижа, бидејќи има сомневање за употреба на дрога и има проблеми поврзано со тоа, но адолесцентот одбива да дојде на дискусија .
    - Ако има сомневање, родителите треба директно да го прашаат пациентот за нивниото сомневање. Ако лицето злоупотребува дроги или алкохол и одбива да дискутира за тоа со експертите, родителите може да побараат помош од центар за адолесценти за третман на злоупотреба на супстанции.
        - Согласно со семејната терапија, можна е промена и во случај кога на состаноците не доаѓаат сите членови од фамилијата.
- Адолесцентот бара помош за да престане со употреба на супстанциите.

ТРЕТМАН

- Состојбата се разгледува и од соматска и од психијатриска гледна точка.
- Третманот се концентрира повеќе на терапија отколку на лекување со лекови.
- Организирањето на третманот варира во зависност од регионот и земјата. Поголемите урбани центри имаат станици за млади (на возраст од 13 до 25 години) или други центри за третман кои се специјализирани за злоупотреба на супстанции.
- На други места проблемите со злоупотреба на супстанции од страна на адолесцентите се опфатени како дел од другите здравствени центри и социјални служби.
- Употребата на супстанции често пати е само дел од поширок комплекс на проблеми помеѓу пациентите во психијатриските одделенија за млади.
- Семејството на младото лице треба да е вовлечено во третманот. Во случаи кај кои адолесцентот ја гледа како злоупотреба употребата на супстанции, семејната терапија помага во промена на ситуацијата. Согласно со истражувањата, семејната терапија е поефикасна отколку поединечниот третман (**ннд-В**).
- Многу центри за млади за третман против дрога користат третмани без користење лекови, заменувајќи го лекувањето, на пример, со акупунктура за откажување.

КОМОРБИДИТЕТ

- Повеќето млади лица кои злоупотребуваат супстанции, исто така, имаат и други ментални проблеми, најчесто проблеми во однесувањето, растројство поврзано со недостиг од внимание, прекумерна активност или ментално нарушување.
- Психијатриската ситуација на младото лице треба секогаш да се земе предвид кога се третираат проблемите со супстанции кај адолесцентите.
- Кога едно младо лице ги злоупотребува супстанциите и има психијатриски проблеми, корисно е да се концентрираат настојувањата на прекратување на употребата на супстанции.
- Да се проценат и другите проблеми во семејството.

ЛЕКУВАЊЕ

- Упатеноста на лекување со лекови, главно, е одредена од другите ментални проблеми кај аолесцентот. Понекогаш употребата на супстанцијата е вид самотретман со кој младото лице се обидува да ги намали симптомите, на пример на депресија.
- Пациентите најчесто барат лекување на симптомите на анксиозност и нарушување на спиењето. Дел од проблемот можеби се, или може да станат, бензодиазепините и поради тоа нивната употреба за лекување треба да се земе предвид многу внимателно. Невролептиците може да се употребат како средство за лекување во мали дози.
- Терапијата со замена на опијатните средства се дава во центри за третман кои се специјализирани за тој метод.

СОРАБОТКА СО СЛУЖБИТЕ ЗА ДЕТСКА ЗАШТИТА

- Законската регулатива во секоја земја одредува како може активно да настапи службено лице кај проблеми поврзани со употреба на супстанции кај адолесцентите.
- Здравствените центри и службите за детска заштита треба да се согласат за насоките и соработката.
- Ако злоупотребата на супстанции е сериозна (на пример, интравенска употреба на дрога) или адолесцентот има повеќе проблеми или покрај злоупотребата на супстанции е самоубиствено настроен, може да биде потребен присилен третман во институциите за детска заштита (ако тоа е дефинирано во законот).
- За гореспомнатите состојби третманот во институција се препорачува за лица постари од 18 години.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse. a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychol Bull 1997;122:170-91.
2. New Zealand Health Technology Assessment. Adolescent therapeutic day programmes and community-based programmes for seious mental illness and serious drug and alcohol problems: a critical appraisal of the literature. Christchurch: NewZealand Health Technology Assessment (NZHTA). 958374279. NZHTA Report 5. 1998.56.
3. The Health Technology Assessment Database, Database no.: HTA-988953. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 10.6.2003, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

АДОЛЕСЦЕНТ И ДОЛГОТРАЈНА БОЛЕСТ

- **Информација**
- **Развојни процеси во адолесценцијата**
- **Процес на разболување**
- **Долготрајна болест**
- **Третман**
- **Референци**

ИНФОРМАЦИЈА

- Доживување на пубертетот и долгорочна болест во исто време речиси секогаш е проблематичен настан.
- Адолесцент кој страда од долгорочна болест има повеќе мака отколку нормалните тинејџери при соочување со развојот на адолесценцијата.

РАЗВОЈНИ ПРОЦЕСИ ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА

- Адолесценијата е развоен стадиум помеѓу дестството и возрасноста кој трае приближно 10 години. Промените кои се случуваат за време на овој стадиум се надворешни и внатрешни.
  - Реалноста на сопствениот физички и сексуален развој ја изложуваат свеста на адолесцентот на големи притисоци. Новото тело кое функционира сексуално треба да се идентификува како дел од нечија перманентна слика на телото. Разделбата од родителите и менталната повторна идентификација треба да обезбеди доволно простор за растот и развојот на адолесцентот.
  - Адолесцентот може да започне со осознавање на своето битие на нов и пореалистичен начин со помош на пријателите истогодишници и групи од исто ниво.
- Адолесцентот го формира идентитетот на возрасна личност во споменатото опкружување и овој идентитет е комбинација од зајакнатата самопочит, способноста да се ориентира кон иднината и способноста да се има сексуален живот.

ПРОЦЕС НА РАЗБОЛУВАЊЕ

- Дури и мала физичка болест може да значи изненадувачки многу за адолесцентот. Многу закани се поврзани со развојните процеси на адолесценцијата: телото не функционира и несигурноста околу оздравувањето создава анксиозност.
- Адолесцентот може да биде принуден да стане зависен од своите родители и специјалистите, кое тешко се вклопува во развојот на адолесцентот. Во односите на адолесцентот со другите адолесценти од иста возраст може да има проблеми, со оглед на тоа дека искуството дека е различен се зајакнува.

ДОЛГОТРАЈНА БОЛЕСТ

- Можноста за неизлечлива болест или постојани девијации се делови на една долготрајна болест.
- Детето е способно да ја разбере вистинската природа на својата болест само што ќе навлезе во адолесценцијата. Постанува можно адолесцентот да ја разбере долготрајната болест како дел од своето битие.
- Многу од проблемите од соработката на адолесцентот и сестринскиот персонал се создадени од самата ситуација во која адолесцентот ја сфаќа болеста како надворешен непријател. Адолесцентот мора да се приспособи на таквите работи, како третман кој се повторува, можно постојано земање лек и намалување на функционирањето. Долгогодишните болести кои ја оневозможуваат менталната адаптација се болести како што се: дијабетесот, ревматизмот, епилепсијата, астмата, трауми кои предизвикуваат трајни оштетувања на телото, и други болести во кои адолесцентот е принуден да се сретне со фактот дека е сосема различен од другите.
- Менталните реакции, главно, вклучуваат:
  - Проблеми во приспособувањето;
  - Депресивни реакции.
- Силината на реакциите варира, а можат да станат и многу силни, дури да има и обид за самоубиство.
- Врз менталните реакции може да влијаат:
  - Слабата способност на адолесцентот да ги анализира факторите кои се поврзани со болеста;
  - Неспособноста на адолесцентот да ги предвиди работите.

ТРЕТМАН

- Покрај соодветното третирање на основната болест, на адолесцентот треба да му се зборува реалистично, со сочувство, отворено и полно со обзири.
- Снаоѓањето на адолесцентот се промовира со:
  - Можност да зборува за предизвиците поврзани со болеста;
  - Поддршка на довербата во иднина;
  - Реалистичен пристап кон ситуацијата;
  - Перцепција на болеста како дел од сопственото битие;
  - Интеракција помеѓу адолесцентот и персоналот за организација на третманот.
- Курсеви за адаптирање на ситуацијата може да бидат од помош адолесцентот да научи како да се справи со ситуацијата.
- Кога една основна болест се лекува, адолесцентот, вообичаено, се преместува од детска клиника во оддел за третман на возрасни лица. Преместувањето треба добро да се испланира и постепено да се спроведе. Постојаниот однос со лекарот на семејството е корисен за адолесцентите кои страдаат од долгорочна болест.
- Адолесцент кој страда од долгорочна болест не е ментално болен ако плаче, станува растроен или малку растроен, или се спротивставува на третманот на болеста.
- Ако адолесцентот го изложува своето здравје на еден од гореспоменатите начини, консултацијата со психијатар за адолесценти може да биде добар пристап. Упатувањето на посебна нега треба да се изведе дискретно и на младото лице треба конкретно да му се презентира упатувањето на ново место.
- Лекувањето не треба да започне во случај на кризни реакции, сè додека не ја процени ситуацијата психајатар за адолесценти.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mufson L, Firbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1145-1155
2. Windle RC, Windle M. An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect and suicidal behaviors. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:921-929
3. Feehan M, McGee R, Nada Raja S, Williams SM. DSM-III-R disorders in New Zealand 18-years-olds. Australian and New Zealand J Psychiatry 1994;28:87-99
4. Marttunen M. Adolescent suicide in Finland. Publications of the National Public Health Institute. KTL A2. T-Print Ky, Hyvinkää 1994
5. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequet major depression. Arch Gen Psychiatry 1984;41:643-649
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.) DSM-III-R. Am Psychiatric Association, Washington, DC 1987
7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II J Am Child Adolesc Psychiatry 1996;31:1575-1583
8. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:465-473
9. McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R. Depression in young people: Initial presentation and clinical course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:714-722
10. Birmaher B. Brent D, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D, Iyengar S, Ulloan R. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57:29-36
11. Emslie GJ, Rush J, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Rintelman J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1031-1037
12. Leonard HL, March J, Ricler KC, Allen AJ. Pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:725-736
13. Sallee FR, Vrindavanam NS, Deas-Nesmith D, Carson SW, Sethuraman G. Pulse intravenous clomipramine for depressed adolescents: double-blind, controlled trial. Am J Psychiatry 1997;154:668-673
14. Kutcher S. Practitioner review: The pharmacotherapy of adolescent depression. J Child Psychol Psychiatr 1997;38:755-67
15. Brown BA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1602-1610
16. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR: Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30:58-66
17. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorders. BMJ 1998;316:1559-63
18. Marcotte D. Treating depression in adolescence: a review of the effectiveness of cognitive-behavioural treatments. A Youth Adolescence 1997;26:273-283
19. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database

no.: DARE-988532. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
20. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P. Psychological treatment of depression in children and adolescents: a review of treatment research. Br J Psychiatr 1998;173:291-298
21. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981790. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
22. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioural therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998;37:26-34
23. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983371. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
24. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. BMJ 1995;310:897-901
25. Rey JM, Walter G, Half a century of ECT use in young people. Am J Psychiatr 1997;154:595-602
26. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970633. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
27. Asarnow J R, Tompson MC. Depression in Youth: Psychosocial Interventions. Journal of Clinical Child Psychology 2001; 30:33-47.

1. **EBM Guidelines, 9.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ТРАНССЕКСУАЛИЗАМ

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Дијагноза**
- **Третман**
- **Тест во стварноста**
- **Третман со хормон**
- **Хируршки зафат**
- **Рехабилитација**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Транссексуализмот се дефинира како идентификација на нарушување на полот кое припаѓа на категоријата ментални растројства.
- Главната карактеристика на транссексуализмот е контрадикторноста помеѓу идентитетот на сексуалното чувствување и анатомски дефинираниот пол.
- Транссексуалното лице се смета себе си дека припаѓа кон другиот пол, перманентно и неизоставно, и сака да го промени полот и социјално и анатомски за да одговара на својата сопствена слика за себе си.
- Транссексуализмот е крајна форма на растројство на идентитетот на полот во еден континуум на растројства.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Во Холандија, се проценува распространетоста на транссексуализмот дека е 1:11.900 кај мажите и 1:34.000 кај жените..
- Причината за транссексуализмот не е позната, иако има неколку теории кои произлегле врз разни основи.

ДИЈАГНОЗА

- Пациент кај кого постои растројство на идентитет на полот треба да се упати на испитување од страна на мултипрофесионален тим.
- Пред да се подложи на специјално испитување, треба да се исклучи можноста за психотично растројство. Нема потреба од обемни психијатриски испитувања.
- Дијагнозата за транссексуалност има потреба од темелно психијатриско испитување кое трае најмалку шест месеци и се состои од чести контакти со пациентот.

ТРЕТМАН

- По дефинирање на дијагнозата, пациентот и тимот кој го има испитувано го прават заедно планот за третман и рехабилитација кој може да опфати разни опции на третманот, како што се психотерапија, третман на можни психијатриски коморбидети и развој кон делумно или наполно општествено и анатомско определување на полот. Планот за третманот секогаш е засебен, за секоја индивидуа.
- Ако одлуката за промена на полот на пациентот е донесена, третманот се спроведува во три фази.
- Овие три фази на третманот се состојат од хормонска терапија по дијагностицирањето и таканаречениот тест во реалниот живот. Ако се успешни, процесот може да продолжи во хируршки зафат за промена на полот. Хормонската терапија и хируршкиот зафат може да се имплементираат само ако пациентот ги задоволува барањата за способност и зрелост.

ТЕСТ ВО СТВАРНОСТА

- Пациентот почнува да живее согласно со улогата на саканиот пол.
- Одлуката за полот не се донесува пред да се направи оваа фаза, бидејќи е битно да се види како влијае промената врз семејството, работата и идните перспективи на пациентот.
- Во најголемиот број случаи, во овој момент, пациентот го менува своето име.
- Се проценува колку е задоволен пациентот со својот живот и колку се справува со професионалните и општествените односи.

ТРЕТМАН СО ХОРМОН

- Хормонската терапија може да започне само по фазата на дијагностицирање дека пациентот ги задоволува барањата за зрелост и способност. Пациентот мора да има најмалку 18 години и да е темелно запознат со општествените и медицинските ризици на хормонската терапија. Идентитетот на полот мора да биде чист и не смее да покаже, на пример, силно асоцијално или психотично однесување, самодеструктивност или да има проблеми со злоупотреба на супстанции.
- Психијатарот од мултипрофесионалниот тим кој го има испитувано пациентот го

препишува упатот за хормонски третман. Гинеколог или интернист кој е добро запознат со ендокринологијата може да ја даде хормонската терапија.
- Многу од ефектите на хормонскиот третман се делумно реверзибилни дури и по неколку години третман.
- Следењето на третманот може да е одговорност, по соодветно обучување, на лекар од општа практика или на специјалист.

ХИРУРШКИ ЗАФАТ

- Одлуката за започнување на хируршкиот третман е направен од страна на мултипрофесионален тим по успешен целосен тест во реалниот живот кој продолжил најмалку 12 месеци.
- Во тој момент пациентот може да бара дозвола за кастрирање.
- Кај промена од жена во маж, хируршките процедури вклучуваат хистеректамија, салпингофоректомија, вагинектомија, метоидопластика, скротопластика, уретропластика и фалопластика. Промената од маж во жена опфаќа орхиектомија, пенектомија и вагинопластика. Се користат неколку хируршки техники.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА

- Трансексуалниот пациент може да има потреба од упат за консултација со специјалист за фонијатрија и може да има потреба од говорна терапија или хирургија на тиреоидната ‘рскавица и гласните жици.
- Отстранувањето на влакната на телото, односно епилацијата, исто така, е потребна за рехабилитација кај маж во жена.
- Можеби пациентите ќе имаат потреба од општествена и психијатриска поддршка во процесот на промена на полот.

1. EBM Guidelines, 4.9.2002, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години
3. Предвидено следно ажурирање во септември 2007 година

НЕКОНТРОЛИРАНО МОКРЕЊЕ

- **Неконтролирано мокрење предизвикано од психолошки фактор**
- **Третман на неконтролирано мокрење**
- **Референци**

НЕКОНТРОЛИРАНО МОКРЕЊЕ ПРЕДИЗВИКАНО ОД ПСИХОЛОШКИ ФАКТОР

- Психолошките фактори предизвикуваат повторна појава на неконтролирано мокрење кај деца кои веќе биле обучени за употреба на тоалет, како и кај деца кои со оглед на возраста би требало да имаат стекнато навика.
- Неконтролираното мокрење може да влијае на здравјето на детето.
- Родителите ги опишуваат карактеристиките на ноќното мокрење со зборови кои се

во согласност со менталната незрелост: немарен, нетрпелив, лесно се лути.
- Внатрешните фактори кои го изложуваат детето на неконтролирано мокрење вклучуваат: страв од напуштање или тешкотии во растот. Неконтролираното мокрење манифестира регресивност во развојот на детето кое може да се смета како повик за подобра средина за менталниот развој.
- Според родителите, децата кои се мократ во себе преку ден имаат најниска самопочит и најмногу стравови и чувства на инфериорност. Овие карактеристики, исто така, можат да бидат секундарни и, всушност, да бидат предизвикани од исмејувањата на другарите.

ТРЕТМАН НА НЕКОНТРОЛИРАНО МОКРЕЊЕ

- Како терапевтско се покажало вниманието спрема детето и неговиот проблем за време на испитувањето. Добриот однос со семејниот лекар промовира успешен напредок.
- Дневникот на детето ја зголемува неговата сопствена одговорност и затоа дава можност за одржување во сува состојба.

Аларми за неконтролирано мокрење

- Терапевтски систем за однесувањето кој се користи од страна на семејниот лекар и семејниот систем за насочување.
- Системот за алармирање на неконтролираното мокрење изгледа дека е најуспешен во случаи кај дете кое е независно, има повеќе интереси, има добар однос со домашните и во случаи кога третманот бил успешно завршен порано (во случаи на повторна појава). Ако детето е емоционално незрело, се тутка кај мајка си, и методот не е од помош.

Desmopressin[32]

- Се зема навечер, лекот ја покачува антидиурезата и во случаи на ноќно влажење, така што ефектот е најголем ноќе кога износот на секретираната урина се намалува. (**ннд-А**)
- Десмопресинот се препорачува посебно во ситуации кога детето се чувствува засрамено поради влажењето, на пример за време на кампување и патувања. Лекот е ефикасен, но неговите ефекти траат само преку ноќта кога е земен. Некои студии прикажуваат долготрајно позитивно дејство во помагањето на детето да остане суво. Тоа може да се однесува и на нормалното созревање и на добар однос лекар - пациент и на одгворност оформена со водење дневник од страна на детето. Со комбинација на аларм и терапија со лекови, се добива супериорен третман во споредба само со третман со аларм.

Трициклични антидепресиви

- Имаат трозначен ефект: антихолинергично и антидепресивно, и го олеснува спиењето. Поради несаканите последици, трицикличните антидепресиви се користат сега само во посебни случаи за депресивните лица за ноќното мокрење и при тоа заедно со психотерапија. Контраиндикациите вклучуваат појава на конвулзии, опструкција на уринарниот тракт и повраќање (**ннд-А**).

32 **Недостапен во Р.Македонија**

Психотерапија

- Се препорачува кога детето има психолошки проблеми, како што се ненаспаност, напнатост или анксиозност. Овој вид третман може да биде корисен кога стресен фактор (семејни кризи) предизвикува секундарното неконтролирано мокрење да продолжи.
- Психотерапијата на детето кое се влажи може да воведе две различни стратегии: кога неконтролираното мокрење е предизвикано од несвесен страв од напуштање, проблемот треба да се донесе до свеста на детето и ако треба да се дискутира со родителите. На овој начин детето може да биде реално закрепнато. Од друга страна, независноста, самоиницијативноста и развојот на сопствените одговорности на детето се акцентираат во третманот на неконтролираното мокрење.
- Детски психијатар или психолог кој работел со деца треба да ја одреди формата и должината на психотерапијата, вообичаено во клиника за семејно советување, во приватен сектор или во психијатриска клиника за деца.

1. **EBM Guidelines, 7.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

РАСТРОЈСТВА НА ПРИСПОСОБУВАЊЕ ВО ДЕТСТВОТО

- **Информација**
- **Епидемиологија**
- **Симптоми и клиничка слика**
- **Третман**

ИНФОРМАЦИЈА

- Кај растројства на приспособување, пациентот има тешкотии во адаптирање на извесен идентификуван психосоцијален стресен фактор и, како резултат на тоа, почнува да има психолошки симптоми. Со други зборови, тоа е реактивно растројство придружено со животната ситуација на пациентот.
- Анксиозност предизвикана од емоционално нарушување и нормална состојба кои се менуваат.
- Индивидуални предиспозиции и ранливоста на детето играат важна улога во причините за појава на растројството.
- Промените во животните околности, загуби, разделба од семејството, тероризирање на училиште или болест може да доведат до растројство во приспособувањето.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Распространетоста на растројствата на приспособување не е точно позната, но според некои студии таа е околу 4%.

- Значителен број од адолесцентите (околу 40%) кои биле упатени во единица за брза помош на психијатриска проверка трпат од растројства на приспособување.

СИМПТОМИ И КЛИНИЧКА СЛИКА

- Симптомите се појавуваат во рок од 1 до 3 месеци по стресна ситуација или трауматски настан.
- Ако симптомите ги има подолго од 6 месеци по исчезнување на стресниот фактор, веројатно е дека во прашање е некое друго психијатриско нарушување.
- Симптомите се слични на многу други ментални растројства. Клиничката слика е строго зависна од староста и развојот на детето.
- Реакцијата на родителите и другите лица блиски до детето, како и нивните способности и можности да го поддржат детето да ја игра веројатно улогата при појава на растројството.
- Кога се донесува дијагнозата, другите ментални растројства мора да бидат исклучени.

Карактеризација на растројствата на приспособување

- Кратка депресивна реакција
- Продолжена депресивна реакција
- Мешана анксиозност и депресивна реакција
- Со предоминантно нарушување на другите емоции (на пример, регресивно однесување)
- Со предоминантно нарушување на однесувањето
- Со мешано нарушување на емоциите и однесувањето

ТРЕТМАН

- Научната информација е скудна.
- Од помош е промената на детското окружување и давањето поддршка и насочување на детето и на семејството. Благите растројства на приспособување може да се третираат во примарната здравствена заштита со помош на споменатите принципи.
- Когнитивните терапии се покажале ефикасни во третманот на појаки форми на растројства на приспособување.
- Согласно со сегашното знаење, оздравувањето на децата од растројство на приспособување е добро. Раната дијагноза и третман се сметаат дека се важни за оздравувањето.
- Посебно, ако трауматскиот настан, исто така, е констатиран како тежок за справување од страна на родителите на детето и ги оптоварува нивните емоционални ресурси како чувари, потребата за индивидуална психолошка поддршка и третман треба внимателно да се испитаат.
- Децата можат да имаат акутни реакции на стресот и посттраумтските растројства (ПТСД). Овие растројства мора да се третираат, бидејќи децата не ги забораваат траумите кои ги имаат. Наместо тоа, тие често имаат потреба од помош за нивно надминување. Техниката со кратки давања поддршка се применува, исто така, кај децата, но често не е доволно тоа, посебно кај деца во предучилишна возраст.

1. **EBM Guidelines, 21.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

АДОЛЕСЦЕНТНА ПСИХОЗА

- **Цели**
- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Причини за болеста**
- **Високоризични групи за психоза**
- **Првобитни симптоми на шизофрено растројство кај адолесцентот**
- **Симптоми на афективен синдром кај адолесцентот**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Препознавање на адолесцентната психоза кога неговиот/нејзиниот функционален капацитет се намалува или се очигледни типичните симптоми на психоза.
- Претпоставување на постоење силно растројство кога однесувањето на адолесцентот е деструктивно, и во случај кога нема симптоми на психоза.
- Кога ситуацијата е акутна, да се упати пациентот директно на болничка нега или да се организира задоволителен надзор согласно со принципите применети за третман на возрасните лица.
- Обид за воспоставување контакт со адолесцентот или неговото семејство или и адолесцентот и семејството кое ќе овозможи дополнителни истражувања од страна на психијатри специјализирани во третман на адолесценти.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Адолесценцијата е период кој се однесува на возраст од 12 до 22 години (15-19 ±3 години), во практика адолесцент е лице 10 години од почетокот на пубертетот.
- Во адолесценцијата физичкиот и менталниот развој се брзи, посебно во почетокот. Оваа брза промена ги оптоварува адолесцентите и ги изложува на ментални растројства, кое е очигледно со зголемување на растројствата кај деца кои стануваат адолесценти.
- Посебното однесување и идеи карактеристични за брзиот развој во адолесценцијата и митот дека си млад и непромислен ја прави дијагнозата на менталните растројства кај адолесцентите многу тешка.
- Во 1970 година, Offer и Offer докажале дека менталното здравје кај адолесцентите има обратна релација со растројствата на поведението и другите симптоми.
- Laufer ги дели адолесцентните психози на следниве три групи:
  - Акутни психотични состојби, кои можат да резултираат, на пример, во обиди за самоубиство.
  - Психотични состојби кај кои растројството, главно, е манифестирано како абнормалност на однесувањето на пациентот или неговиот концепт за светот, односно растројство во јадењето кое е закана за животот, во кое реалноста за

човековото тело се игнорира.
  - Психотична личност, која личи на функционалните психози кај возрасните, на пример синдроми како што е шизофренијата.
- Општо земено, адолесцентите се неспособни за спречување на јаките емоции. Наместо тоа, тие се ослободуваат од емоциите на симболичен многу конкретен вид однесување.
  - Младиот човек, на пример, кој чувствува дека е лишен од сите добри работи поради алкохолизмот на родителите може индиректно да ја изрази својата судбина преку крадење и пиење. Од друга страна, младата девојка која била сексуално злоупотребена може, како одраз на тоа, да нема самопочит и да е на располагање на кој било заинтересиран маж.
- Истите правила важат, во принцип, и за психози, како тие кои можат да се кријат под растројствата на однесување во еден долг временски период. Некој кој се обидел да изврши самоубиство, на пример, можеби се обидел да се ослободи себе си од своето тело, како да е тоа причина настаната од ѓаволот и од проблемите, без да го сфати навреме исходот на чинот.
- Адолесцентите, воопшто, се **поблиски до психоза** отколку возрасните поради нивните послаби ментални одбранбени механизми.
- Менталното здравје на младата личност не може да се третира со истите критериуми како оние користени кај возрасните. Пообемна процена на развојот е централен момент за утврдување на симптомите.
- Воопшто земено, може да се каже дека секој долготраен симптом или вид однесување кој е во конфликт со развојот на здравјето на адолесцентот е вреден за психијатриска процена, бидејќи може да крие некаква ментална болест

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Приближно 10-20% од адолесцентите имаат ментално растројство кое треба да се истражи или да има третман.
- Процените за застапеноста на психозите варираат. Приближно 0.5% од адолесцентите страдаат од психоза слична на шизофренија, а околу 1% имаат психоза. Овие афективни психози се два пати повеќе застапени кај девојките.
- Цифрите се однесуваат на проценатa дека 55% од населението со шизофрени симптоми ги имаат првите знаци на болеста пред да ја достигнат староста од 20 години, а 14% имаат симптоми на возраст до 14 години; 33% од лицата со афективни психози се под староста од 20 години.
- Не се на располагање проценитe за застапеноста на токсичните и другите органски психози.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Генетичките и соматските фактори, како и менталните фактори кои се однесуваат на индивидуата и семејството, се важни за причината на болеста на психоза. Кога причината за болеста е проучена на нивото на индивидуата, често се констатира дека психотичниот адолесцент има страдано од различни нарушувања на адаптирањето и однесувањето во текот на неговиот живот.
- Епилепсијата или други мозочни болести, како што се тумор или растројство на метаболизмот, се можни, но ретко се причина за психоза.

ВИСОКОРИЗИЧНИ ГРУПИ ЗА ПСИХОЗА

- Следните три групи се со висок ризик (40%) на развивање психоза во период од една година од следењето:
  - Адолесценти кои имале симптоми кои личат на блага психоза, која се повторува или која трае подолг временски период, но симптоми кои сè уште не се дојдени до вистинска психоза.
  - Адолесценти кои имале психози, во краток временски период од неколку часа или дел од денот.
  - Адолесценти кои имаат член во семејството со шизофренија или некое друго психотично растројство или кои самите тие имаат шизоиден тип личност и чие функционирање е намалено за 30 или повеќе поени на ГАФ-скалата во текот на последната година.

ПРВОБИТНИ СИМПТОМИ НА ШИЗОФРЕНО РАСТРОЈСТВО КАЈ АДОЛЕСЦЕНТ

- Симптоми на адолесцентот заедно со општи критериуми на шизофренијата (DSM III R):
  - Зголемена пасивност
  - Закочена моторна способност
  - Тенденција за откажување и сомневање
  - Себичност
  - Компулзивни симптоми
  - Емоционална нестабилност
  - Недостаток на контрола на импулсите
  - Асоцијални настапи
  - Слаб успех на училиште и покрај добриот капацитет
  - Делузии и халуцинации
  - Апатија и отсуство на чувство на задоволство (анхедонија)
  - Атипични невролошки или невровегетативни симптоми
  - Дијагноза на шизофренија кај адолесцент е потврдена само по една година од следењето.

СИМПТОМИ НА АФЕКТИВЕН СИНДРОМ КАЈ АДОЛЕСЦЕНТ

- Покрај општите критериуми (DSM III R) за афективниот синдром, има и симптоми на депресија и манија:
  - Замореност, недостиг од енергија;
  - Несоница/прекумерна потреба од спиење;
  - Главоболка, стомачни маки;
  - Надразливост, непријателство;
  - Меланхолија, повлекување;
  - Психомоторна неспособност;
  - Чувства на безвредност;
  - Самообвинувања и чувства на кривица;
  - Размислувања за самоубиство;
  - Асоцијално, абнормално однесување;
  - Бегање во светот на фантазијата.
- Симптоми на манија

  - Еуфорија;
  - Хиперактивност;
  - Брзи, изгубени асоцијации;
  - Прекумерна сексуална активност;
  - Надразнување, агресивност, заканувачко однесување;
  - Невровегетативни симптоми како што се внесување поголеми количини храна, прекин во изметот, потење, прекумерно внесување шекер или сол.
- Симптомите на шизофренија и афективната психоза се слични, во принцип, кај адолесцентите и кај возрасните, освен фактот дека симптомите на делузии и слушни халуцинации може да бидат затскриени зад агресивното однесување или анксиозноста.
- Посебно е тешко да се прави разлика помеѓу психозите и длабоката депресија кај адолесцентот. Параноидната психоза и односните стравови и сомневања може да се израз на барање друштво на асоцијални групи кај кои агресијата и прекумерната употреба на алкохол и дрога е воспоставена како средство на одбрана. Пасивноста, промените во емоционалниот живот и повлекувањето, главно, се видливи и препознатливи симптоми, најмалку во рамките на семејството на тинејџерот.
- Дијагностицирањето на афективната психоза е особено тешко кај адолесценцијата. Маничниот тинејџер ја канализира својата хиперактивност во директна акција и обиди за ослободување на своите неиздржливи чувства за пиење, употреба на дрога или да е на друг начин непромислен: на пример, со прекумерна сексуална активност, агресивност или неразумност во сообраќајот.
- Депресивниот адолесцент не може да ја издржи својата состојба на свеста и чувството на празнина и се обидува да се ослободи од тоа со дејствување на самодеструктивен начин. Размислувањата или однесувањата за самоубиство и самонабедувањето кај адолесцентите се слични на тие кај возрасните.

ТРЕТМАН

- Психотичниот адолесцент, пред сè, се испраќа на психијатриско испитување, или ако ситуацијата е акутна, директно на болничка нега.
- Цел на третманот е да се помогне и да се поддржи адолесцентот преку развојна фаза на таков начин да може да ги користи оптимално своите потенцијали во полнолетството.
- Третманот е обемен по широчина и потрошено време, а односот помеѓу адолесцентот и неговите родители и другите важни возрасни лица е битен. Лековите се користат за редуцурање на психотичните симптоми така што се можни позитивни контакти и се повратува способноста за функционирање.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Електроконвулзивната терапија може да биде ефикасна кај децата и адолесцентите (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Rey JM, Walter G, Half a century of ECT use in young people. Am J Psychiatr 1997;154:595-602
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970633. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 27.5.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во мај 2007 година**

АУТИЗАМ

- **Цели**
- **Општа информација**
- **Епидемиологија**
- **Подлога**
- **Симптоми**
- **Дијагноза**
- **Разни дијагнози**
- **Третман и рехабилитација**
- **Семејството и аутистичното дете**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- За да се постигнат оптимални резултати, аутистичкото дете треба веднаш да се упати на рехабилитација, колку што е можно порано.

ОПШТА ИНФОРМАЦИЈА

- Аутистичките растројства опфаќаат група детски ментални растројства кај кои општествената способност да функционира и неговиот јазик и игра се непропорционални на општиот развој на детето и прилично се абнормални.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Започнува во раните години, главно, пред тригодишна возраст.
- Се среќава 4 пати почесто кај машките отколку кај женските деца.
- Распространетоста на аутизмот се проценува дека изнесува 2-20 случаи на 10.000 деца. Некои аутистички карактеристики имаат 7 пати поголема застапеност.

ПОДЛОГА

- По потекло аутизмот е биолошка појава. Нема познат посебен причински фактор.
- Наследноста веројатно игра важна улога во појавата на аутизмот.
- Кај мала група деца, аутизмот е познато дека е предизвикан од дисфункција на мозокот како резултат, на пример, на сипаници за време на бременоста, неонатален херпес енцефалитис, хромозомски неправилности, слаб Х-синдром, или болест на метаболизмот. ММР-вакцинацијата не се поврзува со аутизмот.

СИМПТОМИ

- Симптомите на аутизам се разликуваат, а состојбата претежнува во текот на животот и во случај ако неговите форми се менуваат со староста.
- Неразвиеност во општествена интеракција
  - Останува сам со себе во друштво на другите.
  - Нема способност да имитира.
- Неразвиеност во комуникацијата и говорот
  - Нема мрморење, фокусирање визија, фацијални изрази или говорен јазик.
  - Многу абнормална невербална комуникација, нема желба да биде присутен, нема смеење.
- Многу ограничена способност да функционира и малку предмети кои го интересираат
  - Повторени движења на телото, како што се нишање или силно удирање со главата.
  - Постојана приврзаност на делови од предмети.
  - Значителна анксиозност поради мали промени во опкружувањето.
- Други абнормални симптоми
  - Стравови, растројства на спиење и јадење.
  - Напади на бес, агресија и самодеструктивност.
- Три од четири аутистични деца се интелектуално ретардирани.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на типични абнормалности во однесувањето и внимателното клиничко испитување.

РАЗНИ ДИЈАГНОЗИ

- Asperger-ов синдром
  - Asperger-овиот синдром и аутизмот се разликуваат во тоа што пациентите со Asperger-ов синдром не се интелектуално ретардирани, ниту имаат јазични неспособности. Нивните други симптоми личат на аутизмот.
- Rett-ов синдром
  - Невролошка болест која се верува дека е наследена со X-хромозомот и се среќава кај девојките.
  - Почнува со аутистички симптоми, но напредува со вклучување на мускулноскелетниот систем и води во целосна неспособност.
- Дезинтегративни растројства (Heller-ова болест)
  - Прекумерно растројство во развојот на детето кај кое поранешниот развој бил нормален, се менува брзо и почнува да има невролошки симптоми и симптоми кои личат на аутизам.

ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

- Насочена и ефективна рехабилитација може да ги намали аутистичките симптоми.
- Целта на рехабилитацијата е да му се помогне на детето да управува со секојдневните активности.
- Секое аутистично дете има потреба од индивидуална програма за рехабилитација.

Таквите програми се најуспешни ако семејствата, персоналот во дневна нега и терапевтите соработуваат.
- Аутистичните деца имаат потреба од помош на персоналот за време на дневната нега и на училиште за да им се помогне да спроведат индивидуална програма на учење, да ја поддржат нивната игра и да им помогнат во личните и во групните активности.
- Терапијата на привлекување се покажала како ефикасна кај некои аутистични деца. Во третманот детето се учи да гледа во очите на привлекувачот и открива контакт со очи со друго лице, вообичаено мајката.
- Третманот може да опфати терапија на комуникација, терапија на учење, музичка или терапија на јавање.

СЕМЕЈСТВОТО И АУТИСТИЧНОТО ДЕТЕ

- Имањето аутистично дете кое е член на семејството е големо оптоварување за семејството.
- Аутистичното дете го врзува целото семејство дома, бидејќи детето не може да се остави да биде само.
- Родителите, вообичаено, знаат дека добиваат најголема помош и поддршка од луѓето со кои се во секојдневен контакт, со инструктори, терапевти за говор и работни (окупациски) терапевти.
- Повремената нега и помошниот персонал се важни видови поддршка на семејството.
- Обука на родителите може да е од корист за децата и родителите во третманот на растројствата од спектрумот на аутизмот (**ннд-С**).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- “Lovaas”- третманот изгледа дека не им помага на деца со аутизам да постигнат нормално функционирање (**ннд-D**).
- Интервенции во однесувањето со применети анализи на однеување приближно 20 часа во неделата или повеќе изгледа дека е ефикасно за предучилишните деца со аутизам, иако нема доказ од добри квалитетни обиди (**ннд-D**).
- Интегративната терапија на слушање нема докажан ефект кај аутизмот (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. DeStefano F, Thompson WW. MMR vaccine and autism: an update of the scientific evidence. Expert Rev Vaccines 2004;3(1):19-22

1. **EBM Guidelines, 3.4.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во април 2007 година**

ТИРАНИЗИРАЊЕ НА УЧИЛИШТЕ

- **Основни правила**
- **Распространетост**
- **Третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Тиранизирањето на училиште е често поврзано со традиционалните игри на провокација и задевање, низ кои децата се смета дека ги вежбаат вештините на социјална интеракција. Всушност, тиранизирањето на училиште добило повеќе форма на насилство отколку на традиционална игра.
- Тиранизирањето вклучува тероризирање, како што се туркање, удирање или клоцање, како и индиректно тиранизирање, како што е социјална манипулација, односно исклучување од групата или ширење озборувања.
- Тиранизирањето на училиште може да е напоредно на физичката и на емоционалната злоупотреба кое често влијае на успех во училиштето и, исто така, води во отсуство од училиште или фобија од училиште.
- Индивидуалците кои се различни во некаков облик, како деца со преголема тежина, депресија или тешкотии при учењето, како и новодојдените во училиштето, стануваат најчеста цел на тиранизирање.

РАСПРОСТРАНЕТОСТ

- Согласно со разните студии, 1/10-1/3 од сите ученици биле тероризирани на училиште.
- Во една финска студија во која 1/3 од децата изјавиле дека биле тероризирани на училиште, само 1/5 од родителите и 10% од наставниците го забележале тероризирањето. Со други зборови, децата кои се тероризирани често се оставени сами на себе.
- Возрасните, главно, се несвесни за тероризирањето и мерките за интервенција тешко се преземаат. Во раните училишни години, децата полесно им зборуваат на возрасните дека биле тероризирани, додека постарите деца често се обидуваат да го скријат тоа.
- Децата вовлечени во тероризирање имаат многу психијатриски проблеми. Особено, децата кои често тероризираат други деца, освен тоа што и самите биле тероризирани, имаат многу психијатриски симптоми и нарушувања.

ТРЕТМАН

- Раната интервенција е важна кај тероризирањето. Согласно со истражувањето, другите деца постепено почнуваат да ги сметаат повторно тероризираните деца негативно во многу работи.
- Констатирано е дека тероризирањето има повеќе криминални следбеници подоцна во животот, и тие, исто така, е поверојатно дека ќе бидат вовлечени во сериозен и рецидивен криминал, како и во прекумерна употреба на алкохол.
- Жртвите се констатирани, многу поверојатно, дека се депресивни и дека имаат

слаба самопочит во подоцнежниоит живот. Долготрајните ефекти од фактот дека си бил тероризиран на училиште влијае врз личниот однос, воопшто, и води кон тешкотии во подоцнежните сексуални односи.

- Училишните професионалци за здравствена нега, заедно со наставниците, треба активно да следат дали тероризирањето постои во училиштето, да дадат поддршка на тие кои се инволвирани во тероризирањето и да соработуваат со сите поединци во училиштето за да се прекине тероризирањето.
- Тероризирањето се случува помеѓу поединци и сите присутни во таа ситуација придонесуваат за тоа преку нивното сопствено однесување и затоа разните воспитни кампањи, програми за интервенција и заеднички договори помеѓу учениците или во целото училиште може да бидат ефикасни.
- Многу деца имаат потреба од психијатриски третман и поддршка како резултат на тероризирањето.
- Често оној што тероризира има потреба од професионална помош. Со прекратување на тероризирањето, корист имаат и тие што тероризираат.
- Дискусии со семејствата на двете страни, тероризираниот и тој што тероризира, се покажале како ефикасни. Пред сè, тие дискусии се водени од страна на наставниците. Помош и поддршка за наставникот може да се даде и од педагошко-психолошката служба во училиштето. Оваа група, во која дел е училишната здравствена нега, исто така, може да направи поопфатен план за интервенција, посебно ако детето има дефинитивни психијатриски проблеми или раните мерки биле неефикасни. Училишната здравствена сестра, на пример, може да учествува во дискусиите со семејствата како партнер на наставникот. Заедничките дискусии со семејствата на тој што тероризирал и жртвите треба да ја решат ситуацијата на тероризирање и имаат цел да се најде начин за прекин на тероризирањето. Потврдена е потребата од психијатриска консултација на децата засегнати во настанот, засебно и индивидуално, но информацијата дадена во претходните дискусии може да помогне да се потврди потребата од консултација.
- Одговорност на училишната здравствена нега е да потврди дали е потребна психијатриската консултација. Информацијата за психијатриските симптоми и нивното траење, општествените способности на детето и способноста да се реализира во училиште треба да се добие од наставникот за докажување. Ако изгледа дека има потреба од закажување психијатриска консултација со детето и неговите родители, треба да се организира за да се договорат дополнителни мерки. Менталните здравствени служби за младината и нивната организација се различни во земјите и тоа треба да се земе предвид кога се планираат понатамошни активности.
- Персоналот за училишна здравствена нега може да го консултираат детските и адолесцентните психијатриски единици.

1. **EBM Guidelines, 15.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во октомври 2007 година**

ДЕПРЕСИЈА ВО ДЕТСТВО

- **Цел**
- **На што личи депресијата кај детето?**
- **Епидемиологија**
- **Дијагноза, симптоми на различна возраст**
- **Разни дијагнози**
- **Процена за депресивно дете**
- **Третман**
- **Прогнози**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛ

- Идентификување на депресијата кај детето, со симптоми кои се комплексни и често раздразнувачки.

НА ШТО ЛИЧИ ДЕПРЕСИЈАТА КАЈ ДЕТЕТО?

- Депресијата кај детето е состојба на меланхолија која ги намалува доживувањата.
- Исчезнува способноста да се биде заинтересиран и да се чувствува радосен и задоволен.
- Депресивните деца се чувствуваат отфрлени. Тие мислат дека никој не се грижи за нив. За нив е тешко да ги прифатат понудите за помош.
- Депресивното дете често изгледа несреќно и мизерно.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Застапеноста на јакаформа на депресија е 0.1-2% кај деца од училишна возраст и 2.5-6% кај адолесценти.
- Поблагите клинички важни форми на депресии настануваат кај околу 4% од децата, а околу 10-40% од децата имаат депресивни искуства.

ДИЈАГНОЗА, СИМПТОМИ НА РАЗЛИЧНА ВОЗРАСТ

Депресија кај бебиња

- Нема официјален критериум за депресија кај бебињата. Студиите покажале дека бебињата имаат симптоми, како одговор на незадоволителна интеракција.
- Депресијата кај бебињата вообичаено е произлезена како интеракција со депресивен родител.
  - Депресивниот родител не бара контакт со очи со бебето и не му зборува на бебето (нема бебешки говор).
  - Држењето на бебето е ретко, често механичко, или бебето се држи на

растојание.
  - Родителот е исцрпен, а бебешката нега изгледа тешка и бара многу работа.
  - Родителот е често загрижен и анксиозен за својата способност да се грижи за бебето.
  - Во најлош случај, родителот може да има идеи за самоубиство или убивање на бебето.
- Депресивното дете избегнува контакт со очите.
- Детската способност да се заинтересира за околината и за другите луѓе е нарушена.
- Детето е пасивно.
- Плачот на бебето е придушен, безволен.
- Нарушувањата на спиењето и јадењето често настануваат кај депресивните деца.
- Когнитивниот и моторниот развој е забавен и може дури да регресира.
- Во екстремен случај, детето може да ја загуби желбата за живот.

Депресија кај деца кои заодуваат

- Депресијата е често манифестирана со надразнетост, незадоволство и здодевност.
- Детето ја има загубено радоста за животот и не сака да си игра.
- Недостатокот на забележување може да се манифестира како неспокојство.
- Детето може да е уморно.
- Детето може да има тешкотии да заспие или може да се разбуди на сред ноќе.
- Во некои случаи, депресијата може да се манифестира себе си како насилнички карактерни гневови или како неспособност да игра со другите.
- Тенденциите за самодеструктивност со депресија може да се манифестираат како обиди да се избега од дома и како склоност кон несреќни случаи.
- Психосоматските симптоми, како што се прекин во изметот, главоболка и абдоминална болка, може да бидат знаци на депресија.
- Промените во апетитот може да бидат знак на депресија.

Депресија кај деца на училишна возраст

- Депресијата често е манифестирана со надразнетост и здодевност.
- Намаленото интересирање за опкружувањето и намаленото уживање во животот водат кон намалено време за слободни активности или кон повлекување од таквите активности.
- Проблемите со концентрација се манифестираат како неспокојство.
- Детето може да е уморно и многу спие или се буди рано наутро.
- Нарушен е успехот во училиште.
- Детето мисли дека е безвредно и има чувства на вина.
- Чувствата на безвредност може да бидат затскриени со преземање улога на кловн. Детето ја маскира безнадежноста со тоа што другите ги тера на смеење.
- Продолжената депресија може да доведе до социјлно повлекување и изолација, а детето е подложно на тероризирање на училиште, при што тероризира и е цел на тероризирање.
- Детската депресија може да доведе и до мисли на самодеструктивност и, во екстремен случај, и дејствува самодеструктивно.
- Детските самоубиства се насилни и често погрешно интерпретирани како несреќен случај.

РАЗНИ ДИЈАГНОЗИ

- Депресијата кај децата може да коиндицира со анксиозно растројство, фобија од училиште и нарушувања во однесувањето.
- Кај децата и адолесцентите, депресијата често е поврзана со разни соматски растројства. Од друга страна, болните деца, исто така, може да изгледаат пасивни и депресивни.
- Нормалните деца, исто така, можат да бидат тажни, уморни и исцрпени, а краткотрајната депресивна реакција може да е развоен феномен, можно поврзан со доживеана загуба или промена.
- Ако депресијата неповолно влијае на детското психолошко справување со работите, на пример кога е со другари или на училиште, или во менталниот развој, треба соодветно да се третира.

ПРОЦЕНА ЗА ДЕПРЕСИВНО ДЕТЕ

- Дијагнозата или третманот на депресијата вообичаено се засновува на процена или консултација со детски психијатар.
- Кога депресивното дете е видено од лекар, во информативен центар или од страна на училишна сестра, ќе бидат интервјуирани, покрај детето, и родителите и, по можност, и другите возрасни, а и наставникот на детето.
- Кога ќе се интервјуира детето, корисно е да се праша за симптомите на депресија (**Дали добро спиете?**) и користете зборови кои се неформални за детето.
- Ако се има сомневање во самоубиствени тенденции, се поставуваат директни прашања (**Дали се чувствувавте толку лошо во последно време што сакавте да се повредите самиот себе или да се убиете?**).
- Ако детето одговара потврдно, родителите треба да се запрашаат дали знаеле колку лошо се чувствува детето и дека имало ризик од самоубиство.
- Покрај тоа, треба да се обрне внимание на појавата на детето и каква било интеракција помеѓу детето и родителите, посебно кога се проценуваат мали деца и деца кои заодуваат.
- Кога депресијата на детето се проценува и се третира, состојбата на целиот живот на семејството треба да се измапира, бидејќи депресијата може да биде поврзана со некои настани во семејството, а родителите секогаш имаат важна улога во третманот на детето.
- Прашалниците (како што е Прашалникот за депресија кај деца - CDI) може да се користи за откривање депресија кај децата од училишна возраст и кај адолесцентите.

ТРЕТМАН

Основни правила

- Депресивното дете има потерба од поддршка од страна на возрасно лице кое е способно да се справи со чувствата на детето безбедно и без вознемирување: напуштеност, беспомошност, лутина и горчина, и кој може, исто така, да појави интересирање во тоа и да се грижи за детето и неговите потреби.
- Родителите или надзорниците на детето мора секогаш да учествуваат во третманот, бидејќи детето е неделив дел од семејството.

- Силината на депресијата, ситуацијата во семејството и третманот овозможуваат системот да го детерминира одбраниот третман.

Депресија кај бебиња и деца кои заодуваат

- Екстремно е важно детето да има задоволително доволна интеракција со возрасното лице. Ова е можно со третирање на депресијата на родителите и поддржување на родителите во интеракцијата, или ако не е можно тоа, да се обезбеди надзорник на детето или за детето кое заодува. Кај потешките случаи може да се воведе интерактивната терапија.
- Универзитетските болници се опремени за давање психијатриски третмани за малите деца и децата кои заодуваат.

Депресија кај деца на училишна возраст

- Краткотрајната депресија е одговор на промена:
  - Може да се третира во советувалиште за ментално здравје на деца и млади или во училиштен диспанзер во соработка со семејството;
  - Бара соодветно следење за да се одреди дали депресијата е повлечена или ако е продолжена, депресијата бара континуиран третман на специјалистичко ниво.
- Индикации за потреба од медицинска специјалистичка нега или друга специјалистичка нега (клиника за детска психијатрија или центри за семејно насочување).
  - Продолжена депресија (која трае повеќе од 2 месеца), и во случај на благи симптоми;
  - Јака депресија која влијае на функционалниот капацитет на детето;
  - Депресија придружена со повеќе или интензивни нарушувања во однесувањето.

Избирање на третманот

- Семејната терапија се предлага особено за помладите деца кога родителите или еден од родителите е депресивен, или детето очевидно било запоставено.
- Индивидуалната терапија е посебно поволна за адолесцентите, но во некои случаи, исто така, и за помладите деца (**ннд-В**).
- Децата со ризик од самоубиство треба веднаш да се упатат на посебен болнички третман. Примарна цел на третманот е да обезбеди физичка безбедност, кој може да биде амбулантски, со редовно следење или во болничко одделение.
- Третманот на хоспитализиран пациент, исто така, е препорачлив кај деца чија депресија значително влијае на неговите училишни перформанси и другите психосоцијални справувања со ситуацијата.
- Селективните серотонински инхибитори на повторното преземање (ССРИ) може да се користат како третман со лекови за јаките и продолжените депресии кај децата. Во последните студии нивната ефикасност била послаба од порано констатираното, а во некои студии размислите за самоубиство биле поврзани со ССРИ.
- Употребата на третман со лекови треба секогаш внимателно да се разгледа од страна на детски психијатар, а третманот треба да се следи.
- Трицикличните антидепресиви не се од корист (**ннд-В**) кај учениците во основното образование.

ПРОГНОЗИ

- Веројатноста од оздравување од првата појава на депресија е речиси 100%.
- Силната депресија кај детето е често продолжна, и вообичаени се повторни појави.
- Депресијата во детството го зголемува ризикот од депресија и самоубиство во адолесценцијата и кај возрасните.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Психолошките интервенции може да бидат ефикасни за превенција на депресијата кај децата и адолесцентите, но тековниот доказ е недоволен за да се оправда воведувањето програми за превенција на депресија (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P. Psychological treatment of depression in children and adolescents: a review of treatment research. Br J Psychiatr 1998;173:291-298
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981790. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
3. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002317. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

1. **EBM Guidelines, 10.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО ВО ДЕТСТВО

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Општа информација**
- **Симптоми**
- **Разни дијагнози**
- **Третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Ако детето има необјасниви соматски симптоми кои одговараат на панично растројство, императивна е консултација со детски психијатар.
- Колку што е можно порана дијагноза е основа за превенција на детето од присвојување на улогата на болест во семејството или поширокаата општествена мрежа.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Повеќе од 10% од децата имаат некаков вид симптоми на анксиозност кои коинцидираат со критериумите за анксиозни растројства или супклинички фобии.
- Согласно со неколку студии, 1.7-7.6% од децата на училишна возраст страдаат од училишна фобија.

ОПШТА ИНФОРМАЦИЈА

- Се смета дека паничното растројство е наследно преку еден автосомален доминантен ген.
- Активирањето на паничното растројство е често претходено од смртта на некој близок, болест или раскинување со девојката или момчето во адолесценцијата.
- Како резултат на непоставена дијагноза или нетретирање на паничното растројство, детето може да развие оневозможувачки форми на однесување на одбегнување, при што најчеста е појавата на отпишување од училиште.

СИМПТОМИ

- Вообичаена старост на појавување е помеѓу 5 и 10 години
- Забрзано чукање на срцето
- Слабост
- Тресење
- Чувство на умирање и полудување
- Кратко дишење
- Вртоглавица
- Напнатост и болка во градите
- Боцкање во прстите и лицето
- Чувство на задушување
- Потење
- Изливи на топлина и ладно
- Замагленост на погледот
- Соматските испитувања често се предвидуваат како први

РАЗНИ ДИЈАГНОЗИ

- Астма
- Хипертиреоидизам
- Невролошко растројство
- Срцева болест
- Несакани последици од лекувањето (salbutamol)
- Влијание на кофеинот

ТРЕТМАН

- Дијагнозата на панично растројство бара истражување од страна на специјалисти и, што е најважно, лекувањето треба да се спроведе под нега на специјализирано лице.
- Се користат и биолошките и психолошките третмани.

- Добрите резултати се постигнати со clomipramine[33] и imipramine[34]. Сега се користат за третман побезбедните серотонински специфични инхибитори, fluoxetine и citalopram.
- Бихевиорална терапија се препорачува за третман на секундарните симптоми на панично растројство. Посебно информацијата добиена од страна на родителите и луѓето кои се грижат за детето се покажала како важна за успех на третманот.

1. **EBM Guidelines, 16.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

РАСТРОЈСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Основни правила**
- **Видови проблеми**
- **Дијагноза**
- **Ризични фактори кај семејство изложено на детски или адолесцентни растројства на поведението**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Повратното антисоцијално или агресивно однесување, како што се крадење, гневно расположение, насилност, уништување на имотот или тероризирање на другите, е типично за растројства на поведението.
- Растројствата на поведението често се поврзани со други психолошки растројства, при што најчесто е хиперактивното растројство на недостиг од внимание (АДХД), растројствата на учење и депресијата.

ВИДОВИ ПРОБЛЕМИ

Растројства во поведението ограничени на семеен контекст

- Прогнозата е попозитивна отколку за другите типови нарушувања.

Растројство на социјализирано поведение

- Детето има добар однос со своите другари и способност да чувствува идентификување со нив. Неговото суперего произлегува од нормите на општеството, но се

33 **Недостапно во Р. Македонија**
34 **Недостапно во Р. Македонија**

усогласува со тие на групата.

Растројство на несоцијализирано поведение

- Детето нема позитивен однос или способност да чувствува сочувствување.

Опозициско пркосно растројство

- Вообичаено се среќава само кај деца на старост под 10 години.
- Поведението на детето е типично недисциплирано без да е сериозно агресивно.

ДИЈАГНОЗА

- За дијагноза треба да има еден воспоставен модел на поведение. Само едно асоцијално или криминално однесување не ја потврдува дијагнозата.

Разни дијагнози

- Растројство на хиперактивност/недостиг од внимание.
- Моторна слабост, тешкотии во цртањето и говорни растројства може да наведат на генерализирано развојно растројство.

РИЗИЧНИ ФАКТОРИ КАЈ СЕМЕЈСТВО ИЗЛОЖЕНО НА ДЕТСКИ ИЛИ АДОЛЕСЦЕНТНИ РАСТРОЈСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО

- Недостиг од правила, договори и регулатива. Децата не знаат што им е дозволено да прават или што се очекува од нив да прават.
- Родителите не следат што прават и чувствуваат нивните деца.
- Последици, наградувањата и казнувањата не се доследни.
- Способноста да се преговара и да се решат проблемите е мала.
- Родителските односи се нестабилни.
- Границата меѓу генерациите е слаба или ја нема.

ТРЕТМАН

- Кога е потребно тоа, лекар од општа практика може во соработка со другиот персонал за здравствена нега да им помогне на родителите да ги развијат нивните способности за поддржување и да им помогнат да ги изразуваат своите чувства вербално (**ннд-В**).
- Често се успешни терапиите со решавање на проблемот.
- Ако проблемот не е решен со овие методи, лекарот од општа практика треба да го консултира центарот за семејно советување или психијатриската клиника за деца.
- Децата со најтешки растројства на поведението треба да се упатат директно во психијатриска клиника за деца.
- Некои деца постари од 12 години се упатуваат во посебни домови за нега на деца или училишта со престој кои кооперираат со психијатриските клиники за деца или адолесценти.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- **Интервенциите кои користат разни медиуми** се умерено ефикасни за растројствата во однесувањето кај децата (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10–17. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003015. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
2. Montgomery P. Media-based behavioural treatments for behavioural disorders in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002206. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

1. **EBM Guidelines, 8.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ДЕПРЕСИЈА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Општа информација**
- **Епидемиологија**
- **Причини за болеста**
- **Симптоми**
- **Третман на депресијата**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОПШТА ИНФОРМАЦИЈА

- Депресивните чувства се општа појава кај адолесцентите: кај најголемиот дел, сепак, ова е нормативен начин на доживување на растот и развојот на младоста.
- При проценувањето на депресијата кај адолесцентот, треба да се земе во разгледување моменталната состојба во развојот на младата личност и настаните во животот кои би можеле да влијаат на расположението.
- Депресијата на еден адолесцент може да биде изложена преку разни симптоми, таа може да биде маскирана, на пример, од страна на хобијата кои се практикуваат фанатично или со нарушувања на поведението (како што се расправање, крадење, злоупотреба на супстанции). Типично е младото лице да изгледа депресивно само кога расправа за депресија.
- Депресијата кај адолесцентот е психијатриско растројство на кое мора да се пристапи сериозно и да се третира соодветно.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Согласно со студиите за населението, застапеноста на тешката депресија (главно депресивно растројство во DSM-III-R) е 3.4%, со застапеност на благата долготрајна депресија (Dysthymia DSM-III-R) од 3.2% и со зачестеност на тешката депресија во животот од 13%. Депресивните состојби, воопшто, се позастапени кај девојките отколку кај момчињата. Согласно со разните студии, околу 40% од депресивните манифестираат некој друг психијатриски коморбидет.
- Тешката депресија кај адолесцент е придружена со зголемен ризик од самоубиство. Кај студиите направени по смртта на адолесцентите кои извршиле самоубиство, 51-80% страдале од тешка депресија. Ризикот од самодеструктивност се зголемува ако злоупотребата на супстанции и асоцијалното растројство се придружени со депресија.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Факторите кои влијаат на развојот на депресијата не се познати во детали, но социодемографските фактори и стресните животни настани се поврзани со депресијата. Депресивните адолесценти имале посиромашни социјални способности отколку другите млади луѓе и имале понегативен поглед спрема себе си отколку другите.
- Ризикот од станување клинички депресивен е поголем ако некој друг член во семејството страдал од тешка депресија или биполарно афективно растројство.

СИМПТОМИ

- Психијатриските симптоми поврзани со нормалниот развој се минливи и не се поврзуваат со директната или индиректната самодеструктивност, а способноста младата личност да функционира не е нарушена.
- Важно е да се прави разлика помеѓу чувствата на депресија кои се нормативни за адолесцентот и патолошката депресија.

Нормативна депресија во адолесценцијата (или жалост поврзана со загуба)

- Чувство на жалост и загуба, плачење
- Менување на расположението: тага, омраза, радост
- Неочекувани промени на самопочитта
- Повремена загриженост за физичката појава
- Мали физички симптоми
- Повремени нарушувања на спиењето
- Затскривање, наизменично зад примитивните (негирање, набедување на другите, раскинување) или созреаните (рационализирање, одбивање) механизми за одбрана.
- Општествените односи не се засегнати, како што се способноста да се ужива во храната и хобито.

Психолошка депресија

- Меланхоличност, здодевност, чувство на празнина или постојана надразливост
- Неконтролирани изливи на чувства
- Тешкотии во концентрацијата

- Чувства на безвредност и срам, понекогаш нереалистични чувства на вина
- Размислувања за смртта, идеи за самоубиство, планови за самоубиство
- Растројства во спиењето (тешкотија да се заспие, будност, рана утринска несоница, кошмари)
- Флуктуации во тежината
- Грижа за сопственото тело до степен на хипохондрија
- Болки и разни соматски жалби
- Мала способност да се радува на што било
- Помалку и послаби односи со другите
- Главно, примитивни одбранбени механизми

Испитување и упатување депресивен адолесцент

- Треба да се исклучат соматските причини за замореноста, апатијата итн.
- Кога се испитува депресивен адолесцент, треба да се има предвид дека младото лице може да има негативен став за него и може да е тешко да зборува со непознато лице. Да се обезбеди време за дискусија и да се постават директни прашања кои ќе овозможат одредување на траењето и на природата на симптомите и нивното влијание во секојдневниот живот. Прашањата кои се однесуваат на училиштето, хобијата и за времето поминато со пријателите се важни. Прашањта кои се однесуваат на самодеструктивните размислувања треба да се постават одделно со оглед на тоа дека може да бараат веднаш да се реагира.
- Структурен прашалник за симптомите, **Beck-ова скала на депресија** (БДИ) (**ннд-В**), може да се искористи за утврдување на јачината на депресијата. БДИ е корисен прегледен метод за детектирање на депресијата, иако дава и некои погрешни позитивни резултати.
- Ако депресијата на адолесцентот е продолжена или симптомите на тешката депресија или самоуништување се потврдени, младата личност треба да се упати на испитување во специјалистичко психијатриско одделение за адолесценти.
- Адолесцентот треба да се упати веднаш ако има ризик од самоубиство. Телефонската консултација со специјалното одделение може да биде корисно за проценувањето.
- Благите депресивни состојби и реакциите на жалост може да се третираат во примарната здравствена нега.

ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА

- Во примарната здравствена нега адолесцентот може да биде третиран со дискусиите за поддршка. Ако е потребно, може да се употреби привремено земање лекови за ублажување на симптомите, на пример хипнотици или анксиолитици во многу кратки давања. Сепак, ако симптомите не се ублажат или способноста на младото лице да функционира се намалува, можеби ќе има потреба од процена од страна на специјалистичко одделение (да се има предвид можноста од телефонска консултација).
- Дијагнозата за тешка депресија, планирањето и следењето на третманот се реализира во специјалистичка единица. Бидејќи значителен дел на ранопојавни депресивни состојби (помалку од 20-годишна возраст) се развиваат во тешки состојби на депресија, битно е да се направи аранжман за долгорочен третман кој ќе ги опфати, исто така, и другите постојни ментални растројства.

- Адолесцентите примарно се третираат со индивидуална терапија, сепак, тесната соработка со родителите и мерките за поддршка на родителството се битен дел од третманот. Рехабилитацијата, исто така, често е потребна (едукација, социјална поддршка).
- Постои научен доказ за ефикасноста од кратката **когнитивно-бихевиорална** терапија (**ннд-В**) во третманот на благата и умерено тешката депресија кај адолесцентите, но не и кај тешките состојби на депресија.
- Исто така, и интерперсоналната психотерапија се покажала како ефикасна во третманот на адолесцентната депресија, која особено го подобрува социјалното функционирање и самопочитта. Нема контролни студии за долгите терапии.
- Нерешените конфликти во односите со родителите влијаат на излекувањето на тешката депресија.
- Третманот на адолесцентната депресија може да има потреба од земање лекови за да се ублажат симптомите, да се возобнови способноста за функционирање и во некои случаи да се овозможи започнување други форми на третман. Контролните студии не можеле да докажат дека трицикличните антидепресиви се поефикасни од плацебото (**ннд-В**), и тие не се препорачуваат за адолесцентите. Спротивно на тоа, ССРИ се покажале како корисни најмалку во третманот на тешката депресија, но понатамошните истражувања се оправдани. Кога се започнува со давање лекови, потребно е внимателно следење од страна на лекар на ефектите и несаканите последици од давањето лекови. Се препорачува земањето на лекот да се продолжи најмалку 4-6 месеци. Ако адолесцентот имал манични или хипоманични фази или има семејна историја на биполарно афективно растројство, не е можно да се започне со ССРИ-лекови, или тие треба да се даваат заедно со антипсихотичните лекови. Почнувањето со лекот и следењето на лекувањето мора да се реализира на испланиран начин.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Електроконвулзивната терапија може да биде ефикасна кај децата и кај адолесцентите (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mufson L, Firbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1145-1155
2. Windle RC, Windle M. An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect and suicidal behaviors. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:921-929
3. Feehan M, McGee R, Nada Raja S, Williams SM. DSM-III-R disorders in New Zealand 18-years-olds. Australian and New Zealand J Psychiatry 1994;28:87-99
4. Marttunen M. Adolescent suicide in Finland. Publications of the National Public Health Institute. KTL A2. T-Print Ky, Hyvinkää 1994
5. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequet major depression. Arch Gen Psychiatry 1984;41:643-649
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.) DSM-III-R. Am Psychiatric Association, Washington, DC 1987
7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II J Am Child Adolesc Psychiatry

1996;31:1575-1583
8. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:465-473
9. McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R. Depression in young people: Initial presentation and clinical course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:714-722
10. Birmaher B. Brent D, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D, Iyengar S, Ulloan R. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57:29-36
11. Emslie GJ, Rush J, Weinberg WA, Kowatch RA, Hughes CW, Carmody T, Rintelman J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1031-1037
12. Leonard HL, March J, Ricler KC, Allen AJ. Pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:725-736
13. Sallee FR, Vrindavanam NS, Deas-Nesmith D, Carson SW, Sethuraman G. Pulse intravenous clomipramine for depressed adolescents: double-blind, controlled trial. Am J Psychiatry 1997;154:668-673
14. Kutcher S. Practitioner review: The pharmacotherapy of adolescent depression. J Child Psychol Psychiatr 1997;38:755-67
15. Brown BA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1602-1610
16. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR: Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30:58-66
17. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorders. BMJ 1998;316:1559-63
18. Marcotte D. Treating depression in adolescence: a review of the effectiveness of cognitive-behavioural treatments. A Youth Adolescence 1997;26:273-283
19. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988532. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
20. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P. Psychological treatment of depression in children and adolescents: a review of treatment research. Br J Psychiatr 1998;173:291-298
21. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981790. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
22. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioural therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998;37:26-34
23. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983371. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
24. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. BMJ 1995;310:897-901
25. Rey JM, Walter G, Half a century of ECT use in young people. Am J Psychiatr 1997;154:595-602
26. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970633. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
27. Asarnow J R, Tompson MC. Depression in Youth: Psychosocial Interventions. Journal of Clinical Child Psychology 2001; 30:33-47.

1. **EBM Guidelines, 21.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

РАСТРОЈСТВА ВО ИСХРАНАТА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Цели**
- **Основни правила**
- **Причини за болеста**
- **Критериуми за дијагностицирање anorexia nervosa**
- **Критериуми за дијагностицирање bulimia nervosa**
- **Симптоми**
- **Лабораториски наоди**
- **Различни дијагнози**
- **Третман**
- **Прогнози**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Да се има предвид дека растројствата на јадење се многу чести кај адолесцентните девојки.
- Треба да се бараат знаците за растројство на јадење, бидејќи пациентите ретко самите го кажуваат тоа.
- Дијагнозата и планирањето на третманот се одговорност на одреден персонал.

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Растројство на јадење се однесува на состојби кога храната и исхраната имаат една инструментална и манипулативна улога: храната станала начин на регулирање на изгледот на телото.
- Спектарот на растројства на јадења е широк. Најчести растројства се anorexia nervosa и bulimia nervosa.
- Дури и малите деца може да имаат различни видови растројство на јадење кое се однесува на тешкотиите во односот помеѓу детето и старателот.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Во моментот се смета дека растројствата на јадење се разновидни. Генетичките и социокултурните фактори, и индивидуалната динамичност, влијаат на растројствата на јадење.

- Типична старост на појава на растројството е адолесценцијата, кога телото се менува и расте.
- Anorexia nervosa типично се појавува меѓу 14 и 16-годишна возраст или околу 18-годишна возраст. Булимијата се јавува типично на возраст меѓу 19 и 20 години.
- Растројствата на јадење се за 10-15 пати почести кај девојките отколку кај момчињата.
- Секоја 150-та девојка на возраст помеѓу 14 и 16 страда од anorexia nervosa.
- Нема епидемиолошки податоци за настанувањето на булимијата, но се смета дека е почеста од anorexia nervosa.

КРИТЕРИУМИ ЗА ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ ANOREXIA NERVOSA

- Пациентот не сака да ја одржува нормалната телесна тежина.
- Тежината на пациентот е најмалку 15% под очекуваната тежина за таа возраст и висина.
- Телото на пациентот изгледа искривено.
- Пациентот е уплашен да не добие во тежина.
- Нема друга болест која би го објаснило губењето тежина.

КРИТЕРИУМИ ЗА ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ BULIMIA NERVOSA

- Желбата да се биде танок, фобичен страв од покачување на тежината.
- Повремени пиења-јадења, за тоа време контролата врз јадењето исчезнува. Потоа, лицето бара начин да се ослободи од консумираната храна, на пример со намерно повраќање и со злоупотреба на лаксативи и диуретици.
- За утврдување дека има растројство од јадење кај пациентот од помош може да биде прашалник за испитување (секој позитивен одговор дава еден поен, 3 или повеќе поени сугерираат дека има растројство на јадење).
  1. Дали се обидувате да повраќате ако се чувствувате непријатно заситени?
  2. Дали сте уплашени од помислата дека не можете да ја контролирате количината храна која ја земате?
  3. Дали имате изгубено повеќе од 6 кг од тежината во последните 3 месеци?
  4. Дали сметате дека сте здебелен и покрај тоа што другите тврдат дека сте под нормалната тежина?
  5. Дали размислувањата за храна доминираат во вашиот живот?

СИМПТОМИ

- Anorexia nervosa се појавува постепено.
- Губењето тежина може да биде многу брзо или многу забавено. Пациентите продолжуваат со одење на училиште, продолжуваат со своите хобија и се чувствуваат дека се големи. Затоа, вообичаено, семејствата се изненадени кога ќе констатираат дека нивното дете страда од неисхранетост.
- Анорексичните адолесценти ги негираат своите симптоми и им е потребно време и трпеливост за да го прифатат третманот.
- Соматските симптоми вклучуваат:
  - Исчезнување на менструацијата;
  - Забавување на метаболизмот, констипација;
  - Забавен пулс, низок крвен притисок;

  - Зацрвенети и ладни екстремитети;
  - Намалување на поткожната маст.
- Булимичните адолесценти се свесни дека нивните навики за јадење не се нормални, но навиката предизвикува толку многу вина и срам што барањето на третман не е лесно.
- Булимијата, исто така, предизвикува и физички симптоми:
  - Нарушување на менструацијата;
  - Нарушувања на електролитите и кисело-алкалниот баланс кој настанува од честото повраќање и оштетување на забната глазура.

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Кај анорексија:
  - Блага анемија
  - Нивото на глукозата во крвта е на долната гранична нормална вредност
- Кај булимија:
  - Хипокалемија
  - Покачена серумска амилаза

РАЗЛИЧНИ ДИЈАГНОЗИ

- Тешки соматски болести, на пример тумор во мозокот.
- Психијатриски болести, тешка депресија, психози, употреба на дроги.

ТРЕТМАН

- Ако симптомите кореспондираат на дијагностичките критериуми за anorexia nervosa, ситуацијата треба да се разгледа со семејството пред да се воспостави третманот.
- Адолесцентот и неговото семејство треба да се свесни за сериозноста на растројството.
- Понекогаш треба време за да се мотивира пациентот да учествува во третманот.
- Третманот е поделен на:
  - обновување на исхраната;
  - психотерапевтски третман.
- Ако состојбата со неисхранетоста се заканува и со животот, пациентот прво се третира во соматско одделение, а потоа пациентот се насочува, ако е можно, на терапија.
- Формите на психотерапија варираат: индивидуалната и семејната терапија дале резултат. Во случаи на булимија, когнитивната терапија и земањето лекови (**ннд-С**) било успешно.
- Кај адолесцентите на возраст помеѓу 14 и 16 години, постигнати се позитивни резултати со третирање на целото семејство, бидејќи адолесцентните симптоми се често поврзани со тешкотиите да се ослободи од семејството.
- Кај постарите пациенти, најдобриот начин за промовирање на оздравувањето е индивидуалниот, со поддршка реализиран долготраен третман.
- Продолжената состојба на неисхранетост и недоволната нега се причина пациентот да се упати на присилен третман.

Медицински третман

- Специјалист почнува со давање третман со лекови.
- Разните психофармаци, на пример невролептици и антидепресиви (**ннд-А**), биле користени во третманот на anorexia nervosa. Контролираните студии докажале дека тие се без поговор корисни само ако растројството е поврзано со присутна депресија.
- Повеќето истражувања за медицински третман на булимија се концентрирале на антидепресиви, особено на fluoxetine, со кој се констатирало дека го намалува пиењето-јадењето и повраќањето за околу 2/3 кај булимичните пациенти (**ннд-А**).

ПРОГНОЗИ

- Раната интервенција ја подобрува прогнозата.
- Растројствата на јадење опфаќаат голема група болести кои е тешко да се третираат. Прогнозите за блиската иднина на анорексичните пациенти е добра, но долготрајната прогноза е лоша. Процентот на морталитет сè уште е 5-16%.
- Недоволно истражно следење е направено за прогнозата за булимија, но се смета дека болеста трае со години.
- Булимијата може да се поврзе со депресија, самодеструктивност, злоупотреба на алкохол и дрога и со други психолошки проблеми.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Нема доволно податоци за да се потврди дали раната интервенција е корисна кај anorexia nervosa (**ннд-D**).
- Комбинацијата од антидепресиви и психотерапија е поефикасна од примена само на психотерапијата, но психотерапијата изгледа дека е поприфатлива кај пациентите (**ннд-С**). Имало незначителен тренд на фаворизирање на примена само на психотерапија во однос на примена само на антидепресиви.
- Доказот за растројства на јадење, внатрешна споредена со надворешна нега, е недоволен за да се донесат цврсти заклучоци (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kinzl J, Biebl W, Herold M. Significance of vomiting for hyperamylasemia and sialadenosis in patients with eating disorders. Int J Eat Disord 1993;13:117-124
2. Meta-analysis of cognitive-behavioural treatment studies for bulimia. Clin Psychol Review 1997;17:703-718
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983171. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
4. Whittal ML, Agras WS, Gould RA. Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. Behaviour Therapy 1999;30:117-135
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-999870. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
6. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003391. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
7. Jimerson DC, Herzog DB, Brotman AW. Pharmacologic approaches in the treatment of eating disorders. Harward Review of Psychiatry 1993;1:82-93

8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983124. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
9. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa–a systematic review of the treatment-outcome literature. Int J Eating Disorders 1997;21:1-15
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970141. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
11. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003385. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
12. Meads C, Gold L, Burls A, Jobanputra P. In-patient versus out-patient care for eating disorders. Birmingham: The University of Birmingham, Department of Public Health and Epidemiology. Report number; 17. 1999. 1-58.
13. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20008253. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 22.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ЕНКОМПРЕЗА (НЕЗАДРЖУВАЊЕ НА ИЗМЕТОТ)

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Симптоми**
- **Дијагностички можности**
- **Испитувања**
- **Третман**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Тренирањето за користење тоалет бара невролошка зрелост и психолошки развој.
- Повеќе од половината од сите деца се обучуваат на употреба на тоалет на возраст од 18 до 24 месеци, и речиси сите деца ја научуваат вештината пред да ја достигнат староста од 2,5 години.
- Граница е 4 години по што понатамошно празнење во алиштата или во креветот се смета за абнормалност и се нарекува енкопреза.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Енкомпрезата е почеста кај машките отколку кај женските деца. Согласно со родителите на машки деца на возраст меѓу 8 и 9 години, 0.6 % се празнат во алиштата

или во креветот еднаш неделно, додека 4.3 % го прават тоа поретко. Кај женските деца бројките се 0.1 % и 2.1 %.

СИМПТОМИ

- На многу начини енкомпрезата е различна од мокрењето. Енкомпрезата се случува, главно, преку ден, додека мокрењето се случува преку ноќ.

Класификација спрема симптомите

- Контролата на движењето на дебелото црево е некомплетна.
  - Детето не е секогаш свесно за празнењето.
  - Проблемот може да се поврзе со доцнење во интелектуалниот развој, невролошки растројства или општествена агресија.
  - Пропустот од ненаправено тренирање на користење тоалет може да е предизвикана од неисправно и недоволно учење или психолошки стрес за време на периодот кога контролата на движењето на дебелото црево требало да биде научена.
- Детето е способно да го контролира психолошкиот процес на дефекација, но тоа се прави на несоодветни места.
  - Симптомот може да е регресивен. Детето може да ја изгуби контролата на движење на дебелото црево кога настанал психолошки стрес. Учењето да не се празни може да се повтори по престанување на стресот, ако состојбата е разбрана и со неа се справува соодветно.
  - Од друга страна, детето може да го иритира семејството со празнењето и да манифестира со тоа агресија.
- Празнењето може да е предизвикано од констипација, собирање на фекалната маса во дебелото црево и течење на течните фекални маси околу зацврстената маса поради блокирањето.
  - Причината може да е постојна борба помеѓу родителот и детето околу тренирањето на употреба на тоалет или болната дефекација, на пример поради повреда на аналниот дел.
- Од психолошка гледна точка, енкопрезата може да се смета како регресивен или агресивен симптом. Некои деца може да манифестираат депресија по пат на празнењето. Тие се индиферентни на чистотата или нивниот сопствен општ развој. Понекогаш енкопрезата може да е израз на страв или ужас од тоалетното седало.

ДИЈАГНОСТИЧКИ МОЖНОСТИ

- Aganglionic megacolon
- Spina bifida
- Анална пукнатина
- Дијареја

ИСПИТУВАЊА

- Анамнезата ги испитува можните органски фактори, развојната историја на детето и семејството, учењето за употреба на тоалет и однесувањето на детето во тоалет.
- Во одредувањето на соматскиот статус, испитувано е нивото на неврофизиолошка-

та зрелост и можните знаци на АДХД, абдоминалниот sид се испитува со пипање (megacolon), се испитува делот на анусот и анусот е подложен на дигитално ректално испитување (должина на аналниот канал).
- Би требало да се прегледа и стапалото: pes cavus - мускулна хипотонија и сензибилитет или недостаток на рефлекс може да сугерираат на ‘рбетно растројство. Кожните абнормалности или вдлабнатини во лумбарната средишнина се индикација за РТГ на ‘рбетот.
- Покрај тоа, се испитува и вообичаениот психијатриски статус.

ТРЕТМАН

- Компонентите на третманот кои се нагласуваат согласно со ситуацијата се:
  - Констатирање дали има констипација и нејзин третман;
  - Бихевиор-тераписка програма за регулирање на дефекацијата (**ннд-С**);
  - Третман на родителите;
  - Болничка нега за да се иницира ефикасен третман;
  - Редовен доволно долг третман, бидејќи голема е веројатноста за повторување на состојбата.
- Ако проблемот е во недостаток на обука за користење тоалет, што е типична ситуација кај малите деца, потребна е програма за учење, вклучувајќи го и следењето и малите награди. Ако тоа не даде резултат во рок од неколку месеци под водство на персонал од примарната здравствена нега, детето е најдобро да се упати на нега кај специјализиран персонал за тоа. Ако односот помеѓу родителот и детето е напрегнат поради симптомот, предвид доаѓа и краток престој во болница, посебно во случаи каде што третманот на констипацијата бара клистирање.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions for defaecation disorders in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002240. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently

1. **EBM Guidelines, 7.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

РАСТРОЈСТВА ВО УЧЕЊЕТО

- **Цел**
- **Подготвеност за училиште**
- **Нарушувања на читање и пишување**
- **Одредени нарушувања при аритметички способности**
- **Одредени нарушувања на говорот и јазикот**
- **Развојни нарушувања на моторните функции**
- **Дијагноза и третман**

ЦЕЛ

- Растројствата во учењето треба да се третираат со стручност и колку што е можно порано.

ПОДГОТВЕНОСТ ЗА УЧИЛИШТЕ

- Сознајните и моторните способности кај училиштен почетник може значително да се разликуваат. На мал број од децата им се дозволува да започнат со училиштето една година порано, или една година подоцна. Одлуката се донесува во консултација помеѓу родителите на детето и специјалистите кои ја потврдуваат подготвеноста за одење на училиште.
- Може да биде тешко да се одлучи да се одложи со одење на училиште, бидејќи училиштето докажува дека го промовира развојот на детето со понуда на стимуланси и можности кои не можат да бидат постигнати дома.
- Детските градинки се често корисни за детето кај кое е одложено одењето на училиште. Речиси една четвртина од децата имаат потреба од посебно индивидуално внимание за време на возраста на одење во детска градинка и првите училишни години поради задоцнување во развојот во спознајниот или моторниот домен.
- Растројството на учење кај членовите на семејството е ризик за детето кој може да се намали со раните превентивни мерки.

НАРУШУВАЊА НА ЧИТАЊЕ И ПИШУВАЊЕ

- Тешкотиите при читање (dyslexia), изговор и пишување (dysgraphia) често се истовремени.
- Овие нарушувања не се еквивалентни на ретардираност.
- Повеќе од 10% од децата имаат тешкотии во учењето на основните училишни вештини и најчест предизвик е стекнувањето на способноста на читање.
- Речиси 6% од возрасните имаат dyslexia и/или dysgraphia.
- Dyslexia-та често може да се објасни и од генетички аспект. Повеќе од 60% од лицата со dyslexia имаат близок роднина кој, исто така, има проблеми со читањето и изговорот.

ОДРЕДЕНИ НАРУШУВАЊА ПРИ АРИТМЕТИЧКИ СПОСОБНОСТИ

- Околу 10-15% од училишните деца имаат проблеми во учењето математика, а околу 3% од овие деца имаат силни развојни нарушувања на способноста на решавање математички проблеми (dyscalculia).
- Dyscalculia-та е развоен недостаток да се разберат основните нумерички концепти, што се изразува, на пример, како тешкотија да се прават нумерички компарации, да се запаметат аритметичките релации и да се научат и да се користат нумеричките симболи.

ОДРЕДЕНИ НАРУШУВАЊА НА ГОВОРОТ И ЈАЗИКОТ

- Кај dysphasia-та учењето на говорот и јазикот е абнормално уште во раните фази на развојот.
- Ако детето не користи изрази кои се состојат од еден збор на возраст до 24 месеци или реченици на возраст до 32 месеци, треба да се сомнева на dysphasia.
- Од гледна точка на различните дијагнози, битно е да се прави разлика помеѓу растројството на развојниот јазик и растројството на слухот.
- Нарушувањата во јазикот можат да продолжат и во возрасниот период, бидејќи има тешкотии во употребата или разбирање на јазикот.
- Приближно 3% од населението страда од dysphasia.
- Ризикот од нарушување на јазикот е најголем кај децата со доцнење во развојот на јазикот на возраст од 2 до 5 години и историјат на семејството со присутно нарушување на јазикот, односно dyslexia.
- Интервенциите за поддршка на развојот на јазикот треба да започнат колку што е можно порано.

РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА НА МОТОРНИТЕ ФУНКЦИИ

- Околу 2-5% од децата страдаат од растројство на развојна координација, dyspraxia.
- Растројството на развојната координација се манифестира како невообичаена моторна инсуфициенција која не се поврзува со интелектуална ретардираност или општата медицинска состојба.
- Моторната инсуфициенција е често дел од пошироки развојни проблеми, како МБД синдромот (денес често наречен АДХД, растројство на хиперактивност/ недостаток на внимание).

ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН

- Дијагнозата има потреба од истражување од страна на психолог, по можност невропсихолог, и наставник за посебно образование.
- Растројствата на учење може да се третираат со посебно учење. Од голема помош може да биде користењето компјутер при вежбањето на вештините кои се потребни за интензивната обука, ако тоа е направено на забавен начин доволен да го задржи интересирањето на детето сè додека не се постигнат целите на учењето.
- Нетретираните растројства на посебното учење влијаат штетно на иднината на детето.
- Ако детето не го прима потребното охрабрување за да се мотивира да направи посебен напор, растројствата на учење може да доведат до други, многу потешки

тешкотиии, во најлош случај, до рано напуштање на училиштето.
- Констатирано е дека раната поддршка на тешкотиите на учење е ефикасна превенција за создавање секундарни проблеми.

1. **EBM Guidelines, 23.9.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во септември 2007 година**

МАРГИНАЛИЗАЦИЈА НА АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Основни правила**
- **Распространетост**
- **Причини за маргинализација**
- **Здравствени проблеми на маргинализираните адолесценти**
- **Средба со маргинализиран адолесцент и упатување на третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Адолесцентите кои се маргинализирани поради нивните општествени и ментални проблеми примаат мало внимание од страна на здравствената нега.
- Маргинализацијата може да е финален резултат од многу осиромашувачки состојби: адолесцентот станува симултано полош во однос на другите од аспект на нивната економска состојба, образование, животни услови и учење на способностите потребни за живот.
- Процесот на маргинализација е комплексен, но често е комбиниран со обемни здравствени проблеми.

РАСПРОСТРАНЕТОСТ

- Маргинализираните адолесценти, главно, се машките.
- Најчести детски психијатриски пациенти се машките, но на возраст од 13-14 години засегнати се повеќе девојките.
- Со зголемување на момчињата на кои им е потребна здравствена нега, се зголемува потребата и на оние на кои им е потребна услуга од детска нега.

ПРИЧИНИ ЗА МАРГИНАЛИЗАЦИЈА

- Силни ментални растројства (депресија, психоза, растројство во развојот)
- Асоцијално однесување
- Употреба на алкохол и дрога
- Неповолно животно опкружување.

ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ НА МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ АДОЛЕСЦЕНТИ

- Следниве три важни фактори се поврзани со самоубиствата: употреба на алкохол, асоцијално однесување и депресија.
- Проблемите често се забележани, но средствата за помош се недоволни. Во службите за здравствена нега, адолесцентот може често да се смета како слабо мотивиран и дека му е посветено малку време.
- Колку повеќе проблемот се оддалечува од адолесцентот толку поголема е холистичката помош што ја прима.

СРЕДБА СО МАРГИНАЛИЗИРАН АДОЛЕСЦЕНТ И УПАТУВАЊЕ НА ТРЕТМАН

- Можно ментално растројство кое води во маргинализација треба да се констатира и да се третира.
- Адолесцентот може да биде упатен на испитување за рехабилитација.
- Мора да се поддржи стручното водење на случајот и да се разгледаат можностите за реализација на стручното насочување.
- Стручните лица во разните служби треба да соработуваат во помошта на адолесцентот со проблеми на неисхранетост.
- Треба да се биде запознат со автономниот развој на адолесцентот и да се знае како да се потврди неговата подготвеност за преземање одговорност за него и за третманот.

1. **EBM Guidelines, 24.2.2003, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во февруари 2008 година**

МЕДИЦИНСКИ ИСПИТУВАЊА ВО КЛИНИКИ ЗА ДЕЦА

- **Вовед**
- **6-8 недели**
- **4 месеци**
- **8 месеци**
- **18 месеци**
- **3 години**
- **5 години**
- **Опрема**
- **Поврзани докази**
- **Референци**
- **Алгоритам 9-10**

ВОВЕД[35]

- Во Финска, сите деца редовно се испитуваат од страна на педијатар пред да се пуштат од породилиште. Во клиниката за детско здравје лекарот го прегледува детето на секои 6-8 недели, 8 месеци, 18 месеци и 5 години, и секогаш кога е можно тоа, на 4 месеци и на 3 години. Овие прегледи се опишани во оваа статија.
- Целта на програмираните прегледи во клиниката за детско здравје треба да вклучи не само преглед на постоење болест и абнормалности, туку и здравствено советување на целото семејство. Иако оваа статија се концентрира на физичките знаци и симптоми, треба да се обрне внимание на детскиот ментален статус, неговото општествено опкружување (семејство) и ризичните фактори. Треба да се обрне внимание на секаква констатација.
- При секоја посета треба да се обезбеди здравствен работник. Ако политиката на клиниката е таква лекарот да направи секогаш преглед на детето на 4 месеци и на 3 години кога е упатено од страна на здравствен посетител, треба да се обезбеди доволно време за овие прегледи. Лекар во клиника за детско здравје треба да е способен да ги идентификува отстапувањата од нормална состојба. Затоа, тој мора да е добро упатен во нормалниот развој на децата на сите возрасти, и во случај кога не ги прегледува директно децата од една одредена група.
- Според финските упатства, здравствените посетители го гледаат детето и неговото семејство почесто од лекарот: најмалку месечно, сè додека детето не стане старо 6 месеци, а потоа на годишно ниво. Чести посети се потребни, на пример за следење на растот на детето и за решавање состојби поврзани со здравствена промоција (совети за диета, совети за одгледување и вакцинација). Овие теми не се опфатени во статијата.
- Одредување на задачата од страна на лекарот и здравствениот посетител за време на програмираните визити треба да се дефинираат внимателно, имајќи го предвид ис-

35 Се однесува само на Финска

куството и стручноста на двете страни. Главната задача на лекарот е да го дефинира наодот за каква било абнормалност, ризични фактори, ресурси и севкупната состојба на детето. Потоа треба да ги објасни наодите на детето и на семејството и да работи заедно со семејството на планирање какви било потребни понатамошни мерки.
- Пред одењето во клиника, лекарот и здравствениот посетител треба да се запознат добро со случајот на семејствата кои доаѓаат на клиника.

ОД 6 ДО 8 НЕДЕЛИ

Цели

- Дијагнози на развојна дисплазија на колкот на оваа возраст е краен рок за тоа.
- Детекција на конгенитална катаракта.
- Детекција на конгенитално нарушување на слухот.
- Детекција на церебрална парализа од тежок степен и поголеми нарушувања на видот.
- Треба да се констатираат секакви проблеми во интеракцијата помеѓу детето и родителот, како и можна депресија кај мајката.

Медицинско испитување

- Да се прегледаат сите забелешки внесени од страна на здравствениот посетител (семејната ситуација, општите забелешки) и забелешките на гинекологот од породилиштето. Да се констатира должината на бременоста, какви било абнормалности и ризични фактори.
- Разговарајте со родителот. Постпарталната депресија е општа појава и интервенцијата е оправдана, во корист на мајката и на детето, бидејќи проблемите на интеракција може да имаат поголеми импликации. Ако е потребно, да се закажат нови средби.
- Ако прегледот наведува на абнормалност во детскиот развој, треба да се повтори по краток временски интервал (две недели).
- Пред да се изврши прегледот, врз детето да се провери напредокот во должината, тежината и обемот на главата во споредба со мерењата направени од страна на здравствениот посетител.
- Детето треба да е легнато на грб на леглото за прегледи:
  1. Општ впечаток, мускулен тонус, будност. Се оправдува упатување на понатамошен преглед ако општата здравствена состојба на детето е абнормална (итно упатување) или има мал напредок во тежината. Знаците кои наведуваат на срцеви проблеми кај детето вклучуваат замореност за време на хранење, атипично бледило и потење, како и зачестено дишење (над 40 во минута).
  2. Интеракција и контакт со родителот. Детето треба да изгледа задоволно при лежење и да одговара со насмевка. Реакцијата на родителот треба да е топла и со чувство.
  3. Преглед и распрашување за оралните моторни функции и да се забележи секаква вокализација: детето треба да е способно да цица без никакви проблеми и да прави кратки вокални звуци.
  4. Разгледување на фиксирањето на очите спрема светлина. Детето треба да е способно да прави кратки контакти со очите и да го следи светлото најмалку 90 степени од едната до другата страна и преку средишната линија. Отсуство на фиксирање на погледот или nystagmus може да биде индикација за нарушување на видот.

5. Проверка на големината на зеницата и реакцијата на светло и да се провери црвениот рефлекс со помош на офталмоскоп.
6. Аускултација на срцето и да се напипа феморалниот пулс. Отсуство на феморалниот пулс е индикација за мерење на крвниот притисок во долните екстремитети.
7. Да се напипа главата и черепните шевови, како и абдоменот: црниот дроб, слезината, можните наслојки. Да се провери и кожата.
8. Да се напипаат тестисите или да се испита вулвалната регија. Ако тестисите не се симнати, да се информираат родителите и тестисите да се испитаат повторно при следната проверка.
9. Да се разгледа држењето на детето (да се има предвид дека е нормален феномен асиметричниот тоничен вратен рефлекс) и спонтаните движења. Да се испита мускулниот тонус со свиткување на телото, и тонусот на екстремитетите со свиткување на зглобовите. Да се провери дали зглобовите на ногата се свитливи со мал притисок со колкот и испружените колена и дали колкот може пасивно целосно да се свитка. Да се проверат стапалата, да нема структурални аномалии.
10. Со држење на детето под рацете, да се проверат рефлексите на задржување и на застанување. Способноста да се задржи целата тежина на телото не е знак дека има хипертонија.
11. Да се провери контролата на главата: здравото и будно дете треба да е способно да ја држи главата издигната кога телото се држи под агол од 45 степени од хоризонталата. Детето треба да е способно, исто така, да ја држи главата во моментот кога се става во седечка положба. Неможност да ја задржи главата е знак за понатамошни испитувања од страна на детски невролог.
12. Да се провери дали детето е способно да ја крене главата од испружена позиција за да го ослободи носот.
13. Да се следи и да се праша за отворањето на раката кое треба да се случува повремено.
14. Да се направи Ортолани-тестот и тест на провокација за да се види да не има дислокација на колкот. Да се прегледа разликата во нозете и асиметријата на збрчканоста на кожата. Ако се констатира што и да е, а Ортолани-тестот е негативен, да се направи пета-задник тестот. И најмало сомневање во конгенитална дислокација на колкот е индикација за специјалистичка консултација.
15. Да се провери дали детето реагира на бучава (мало звонче), дали реагира сепнувачки, трепка со очите или престанува да слуша. Ако нема очевидна реакција, да се праша дали има реакции на бучава дома (за време на лесен сон). Ако има какво било сомневање или ако родителите се сомневаат на нарушување на слухот, детето да се испита повторно по 1-2 недели и да се упати на понатамошни испитувања кај специјалист, ако е потребно тоа.

4 МЕСЕЦИ

Цели

- Детектирање на хипертонија, абнормален став на телото или движења, или асиметрија за да се започне со физиотерапија.
- Идентификација на какви било грчевити движења кои настануваат веднаш по бу-

дење а кои наведуваат инфантилни спазми. Ако има сомневање за тоа, да се упати детето на понатамошно испитување.
- Утврдување на можната потреба на семејството за дополнителна поддршка и организирање помош ако е потребно тоа.
- Можно е здравствениот посетител да ги реши сите гореспоменати проблеми. Локалните аранжмани можат да се договорат со помош на лекар кој ги гледа забелешките за случаите кај сите деца кои доаѓаат за нивната 4-месечна проверка и тогаш ќе биде прегледан само тој за кого смета дека е потребно тоа. Лекарот треба да дискутира за детето и за семејството со здравствениот посетител и да му даде поддршка на здравствениот посетител за да се овозможи секаков проблем и ризичен фактор колку што е можно порано да биде разгледан.

Медицинско испитување

- Да се зборува со родителот прво за ситуацијата дома и да се праша дали родителите имаат какви било посебни грижи.
- Да се провери напредувањето на должината на детето, тежината и обемот на главата и да се прегледаат забелешките направени од страна на здравствениот посетител (вакцинации, општи забелешки).
- Ако прегледот наведува на абнормалности во развојот на детето, прегледот да се повтори по краток временски интервал (4 недели):
  1. Општ впечаток и будност.
  2. Интеракција и контакт со родителот. Детето треба да се насмевнува како одговор на насмевка или глас. Треба да е способно да мрмори, гуга и да се смее гласно и да прави разни звуци како реакција на зборувањето.
  3. Детето треба да е легнато на грб и да е соблечено. Да се провери способноста на детето да ги фиксира очите со движење на црвен предмет или на вашето лице во неговото видно поле. Ако детето не ги следи со очите вашите движења, да се праша мајката дали таа има согледувања за очниот контакт. Неспособноста на детето да следи еден објект за време на прегледот, или спрема опсервациите на родителите, е индикација дека има абнормалност која оправдува понатамошно испитување.
  4. Да се провери рефлексот на светлина (Hirschberg-ов тест) и рефлексот на црвено. Страбизмот и отсуство на рефлекс на црвено оправдуваат интервенција од специјалист.
  5. Да се провери слухот (престанување да слуша мало ѕвонче). Да се обрне посебно внимание на слухот ако детето малку испушта вокали, родителите се сомневаат на нарушување на слухот, или семејството или бременоста (предвремена, асфиксија, инфекции) сугерираат постоење ризик од слушен дефект.
  6. Да се наслушне срцето и да се опипаат феморалните пулсови.
  7. Да се разгледаат и да се распраша за употребата на горните екстремитети: рацете не се стегнати во тупаница кога се одмора, рацете се заедно кога е на грб, ги става рацете во уста, ги исправа рацете кон објект и се обидува да го фати објектот со половина отворена дланка.
  8. Да се провери контролата на главата со извлекување на детето нагоре за околу 45 степени во однос на хоризонталата. Главата треба да го следи телото или да заостанува не повеќе од 10-15 степени. Детето треба да е способно да ја држи главата и горниот дел од телото цврсто кога е во седечка пози-

ција. Ако контролата на главата е сиромашна, наскоро прегледот треба да се повтори, и ако нема подобрување, детето треба да се упати на понатамошно испитување.

9. Да се согледа држењето на детето и да се проверат неонаталните рефлекси (Моровите рефлекси, рефлексот на зграпчување, асиметричниот тоничен вратен рефлекс и рефлексот на газење). Ако овие рефлекси се јасно отсутни, потребни се понатамошни испитувања. Да се истестира мускулниот тонус на екстремитетите и да се провери дали зглобовите на нозете се свитливи со мал притисок со колкот и испруженото колено. Каква било констатација за постоење блага хипертонија, хипотонија или асиметрија оправдува медицински преглед за 5 месеци.
10. Инспекција на кожата. Да се исклучи алергија на храна (млеко) како причина за постојана, обемна или влошена атипична егзема. Што се однесува на други кожни и цревни жалби, да се провери прво дали симптомот е абнормален и дали бара понатамошно испитување или дали е манифестација на нормално детство.
11. Да се опипа абдоменот: црниот дроб, слезината и можните наслојки. Да се прегледа вулвалната регија или тестисите. Ако еден од тестисите не е симнат, да се констатира состојбата. Ако двата не се симнати, да се упати детето кај педијатриски хирург.
12. Детето да се стави во испружена позиција и да се констатира како го држи горниот дел од телото. Детето нормално може самото да се одржи така што лакотот е во вертикална позиција во однос на рамениот зглоб или се пред него. Свиткувањето на лакотот и горните екстремитети под абдоменот е индикација дека треба да се направи упат за испитување.
13. Да се провери одвлекувањето на колкот и да се спроведе Ортолани-тестот. Ако се забележува крутост во колковите (колената не можат да се одвлечат кон испитната маса) или одвлекувањето е асиметрично, има разлика во должината на нозете или се слуша клик при Ортолани-тестот, детето треба да се упати на педијатриски хирург.

8 МЕСЕЦИ

Цели

- Детекција на несимнати тестиси, како последен рок за тоа.
- Детекција на моторна абнормалност со цел да се примени (доволно рано) физиотерапија. Асиметричност веќе би требало да е дијагностицирана!
- Детекција на страбизам.
- Детекција на нарушен вид и слух (тест на здравствениот посетител).
- Детекција на предвербални проблеми. Детето би требало да е способно да јаде храна која е со соодветна конзистентност, да имитира звуци и да испушта гласови во полисилабичен облик. Ако е потребно, да се упати на терапевт за говор, со оглед дека слухот на детето е нормален.
- Детекција на силни нарушувања на интеракција. Да се види дали детето избегнува контакт со родителот (додека се држи, контакт со поглед); можна е индикација за абнормална интеракција родител - дете или психосоцијална скудност.
- Идентификување можна потреба за екстра-поддршка и организирање помош, ако е потребно тоа.

Медицинско испитување

- Да се зборува со родителот прво за ситуацијата дома и да се праша дали родителите имаат какви било посебни грижи.
- Да се провери напредувањето на должината на детето, тежината и обемот на главата и да се прегледаат забелешките направени од страна на здравствениот посетител (вакцинации, општи забелешки).
- Ако прегледот наведува на абнормалност во развојот на детето, да се консултираат соодветни специјалисти (физиотерапевт). Тие се често во можност да им дадат на родителите совет за развој на детето. Изолиран наод е ретко од големо значење.
  1. Општ впечаток и будност.
  2. Да се разгледа способноста на детето на интеракција: желба да биде држано, контакт со очи, реакција на вокализација, диференцијација помеѓу домашни и страни лица.
  3. Да се разгледа и да се праша за оралните моторни функции и да се констатира каква било вокализација: детето треба да е способно да јаде со лажица, да џвака и да голта. Треба да има реактивна повеќесложна вокализација.
  4. Хирсцхбергов тест и тест на покривање за да се констатира постоење страбизам. Ако е детектиран страбизам, детето да се упати кај офталмолог. Да се провери способноста да се следи движењето на предмет кој се движи горедолу и лево-десно.
  5. Да се разгледа и да се распраша за цврстото зграпчување со двете раце. Способноста да се врши пренос на објекти од едната на другата рака. Ставање на работите во уста. Асиметријата во користење на рацете е ретка во овој период. Ако постои, детето да се упати на понатамошни испитувања.
  6. Слушање на срцето.
  7. Проверка на кожата и пипкање на абдоменот, на тестисите. Ако се има високи скротални тестиси или криптохидизам, прегледот треба да се повтори на старост од 10 месеци. Може детето да се упати веднаш на понатамошен преглед.
  8. Да се прегледа дали зглобовите на нозете се симетрично дорзално свиткани спонтано додека колковите и колената се раширени (често само пасивна дорзална флексија е изнудена за време на прегледот, додека за спонтаната дорзална флексија треба да се праша). Немање или асиметрична дорзална флексија е индикација за упатување на испитување.
  9. Да се провери дали детето може да го издржи горниот дел од телото со зајакнати горни ектремитети кога лежи испружено, и дали може тежината да ја потпре на едната рака додека со другата се обидува да земе некој објект (способност да фати играчка без да се загуби рамнотежа). Ако не е можно тоа, се оди на понатамошни испитувања.
  10. Се испитуваат заштитните рефлекси на главата нанапред и настрана. Ако заштитните рефлекси сосема ги нема, тестот треба да се повтори по еден месец, и ако сè уште ги нема, детето треба да се упати на понатамошни испитувања. Ако детето седи цврсто на подот без да се држи со прав грб и крената глава, тоа е доволно и нема потреба од понатамошни испитувања.
  11. Носење на тежината на исправени нозе. Да се прегледа симетријата и дали детето ја издржува својата тежина на стапалата или само на прстите, и дали нозете се вкрстуваат. Стоење на прстите се случува кај околу 10 % од нормалните деца на таа возраст, но вкрстување на нозете и спазми се секогаш

абнормални. Ако детето не ја издржува својата тежина, прегледот треба да се повтори, и ако нема подобрување, да се упати оправдано на понатамошно испитување.

12. Тестот на слухот се прави така што се проверува дали детето слуша вртејќи ја главата кон изворот на звукот кој е одзади. Ако детето не реагира на звукот од мал аудиометар, тестот на слушање се повторува со мало ѕвонче. Ако детето има тешкотии во локализација на изворот на звукот, тестот треба да се повтори по 1-2 недели. Да се испитаат слушните мембрани. Ако проблемот опстојува, а нема течност зад мембраната, детето треба да се упати на специјалист за уши.
13. Вид: детето треба да го следи објектот кој паѓа од маса, да се наведне за играчка, и да се фокусира на топче од 8 mm на растојание од 30 cm.

18 МЕСЕЦИ

Цели

- Детекција на страбизам.
- Детекција на поголеми абнормалности во менталниот развој.
- Детекција на задоцнет говор со рана интервенција.
- Повторна процена на намалување на храната наметната на детето со алергии. Многуте рестрикции може да се откажат со почеток од оваа старост и натаму.
- Идентификување на можните потреби на семејството за дополнителна поддршка и организирање помош, ако е потребно тоа.

Медицинско испитување

- Да се зборува со родителот прво за ситуацијата дома и да се праша дали родителите имаат какви било посебни грижи.
- Да се провери напредувањето на должината на детето, тежината и обемот на главата и да се прегледаат забелешките направени од страна на здравствениот посетител (вакцинации, општи забелешки).
  1. Општ впечаток и будност.
  2. Да се разгледа способноста на детето на интеракција: желба да биде држано, контакт со очи. Детето покажува вознемиреност од непознати лица на оваа возраст како најдоцна појава.
  3. Говор: детето треба да има неколку соодветно употребувани зборови.
  4. Користење лажица за јадење и џвакање без проблеми (парентерална опсервација).
  5. Зафат со клешта.
  6. Градење кула од коцки (каков било проблем може да се поврзе со мускулниот тонус, нарушена рака-око координација или неспособност да се имитира).
  7. Соодветно манипулирање со објектите.
  8. Интерес за новата играчка (неспицифичен знак на визуелна опсервација и способност за процесирање).
  9. Способност за дејствување (игра со топка, или игра дај и земи).
  10. Проверка на способноста да се следи со поглед и страбизам: движење на објект горе, долу, настрана.
  11. Hirschberg-ов тест.

12. Реакција на локализирање на звук. Детето би требало да ја сврти главата кон лицето кое го кажува неговото име.
13. Способност да оди без поддршка.
14. Способност да стои без поддршка, на пример кога зема топка од подот.
15. Спонтани движења, право седење, мускулен тонус: да се обрне посебно внимание на асиметричноста и тортиколисот заради визуелни проблеми.
16. Кожа, состојба на горните предни заби, срцеви звуци, абдомен, феморални пулсови, тестиси.

3 ГОДИНИ

Цели

- Детекција на страбизам, краен датум.
- Детекција на помали абнормалности во менталниот развој.
- Детекција на лингвистички проблеми.
- Детекција на хронични болести кои влијаат на растот. Идентификување можна потреба на семејството од дополнителна помош и, ако е потребно, организирање помош.
- Можно е здравствениот посетител да ги среди сите овие проблеми. Можно е договарање локални аранжмани со лекарот, на пример, да ги прегледува забелешките за случајот на сите деца кои доаѓаат на проверка до нивната 3-та година и потоа дискутира со децата и нивните семејства заедно со здравствениот посетител. Целта е лекарот да му даде на здравствениот посетител поддршка, инаку би требало да ја има целата одговорност за следење на развојот на детето, со констатирање секакви ризични фактори на возраст од 18 месеци и 5 години. Медицински преглед се прави за сите нејасни случаи.
- Ако лекарот учествува во прегледот, добро би било да се направи внимателна распределба на задачите помеѓу лекарот и здравствениот посетител. Здравствениот посетител врши преглед на видот и слухот, ја мери висината и тежината и често прави разни тестови поврзани со цртежи, градење со коцки и разбирање на говорот. Главната задача на лекарот е давање мислење за тестовите направени од здравствениот посетител и сеопфатна оцена за случајот. Лекарот донесува оцена и за моторните способности, способноста на детето да комуницира и за физичкиот статус. Потоа тој донесува и дефинитивен заклучок за предметот.

Медицинско испитување

- Да се зборува со родителот прво за ситуацијата дома и да се праша дали родителите имаат какви било посебни грижи.
- Да се провери напредувањето на должината на детето, тежината и обемот на главата и да се прегледаат забелешките направени од страна на здравствениот посетител (вакцинации, општи забелешки). Сите забелешки добиени од дневниот надзорник на детето треба да се земат предвид.
- Ако детето не го помине посебниот испитен тест, тоа е веројатно поради расположението, замореност или друг повремен фактор. Тестот треба да се повтори подоцна. Ако детето оди во дневен престој, можеби ќе има потреба од контактирање со персоналот.
  1. Општ впечаток, абнормални движења.

2. Психолошки развој: детето треба да е способно да чека краток временски период и да толерира кратки отсуства на родителот. Треба да е способно да зборува за настаните кои се однесуваат на него (самонаречување: мене, самиот, јас) да покаже интересирање за другите деца, да ја каже разликата помеѓу реалноста и фикцијата и да е способно да ги користи исправно зборовите тој и таа.
3. Обемни моторни способности: одење, одење на прсти, стоење на една нога, скокање и фрлање топка. Одењето треба да е насочено, ритмично, живо и олабавено. Детето треба да е способно да ја одржува насоката и во случај кога гледа наоколу. Ако е детектирана каква било абнормалност најмалку кај три задачи при тестирање на обемните моторни способности, детето треба да се упати кај физиотерапевт или педијатар невролог за понатамошно испитување. Ако детето не изврши две задачи, испитувањето треба да се повтори по краток временски интервал. Проверката може да се направи и на друго место со примена на истиот пристап.
4. Разбирање на говорот: постапува по малите команди, способно да насочи кон екстремитетите и делови од лицето.
5. Способност за говор: користи кратки реченици со исправна основна граматика.
6. Разбирање на говорот и перцепција: способно да ја каже разликата помеѓу голем и мал на слика, способно да ја направи разликата помеѓу коцките во боја и нивното соодветно место (тестот може да се направи од здравствениот посетител).
7. Препознавање на звуци: го разбира значењето на сличните зборови кои означуваат различни работи (тестот може да се направи од страна на здравствениот посетител)
8. Координација рака-око: способно да намести 7 коцки, да копира круг и хоризонтална и вертикална линија, способно да одврти капак (тестот може да се направи од здравствениот посетител).
9. Гледање: проверка на гледањето на далечина и одблиску со помош на соодветна карта за проверка на гледањето (на пример, ЛХ или ЛЕА-карта) (тестот може да се направи од здравствениот посетител). Ако детето не е кооперативно, тестот може да се направи при следната посета. Проверка дали има страбизам, визуелно и со покривање и со Хирсцхберговиот тест.
10. Ако детето има проблеми во разбирањето или говорењето, да се провери слухот со мал аудиометар или со помош на шепотење на името на детето од далечина од околу 2 метра, од двете страни на детето. Ако говорот на детето е нејасен или скуден, или ако детето има проблеми во разбирање на кратките команди, го менува предметот наместо да одговори на прашањата или не е способно да се концентрира да слуша, да се упати детето на логопед.
11. Кожа, состојба на горните предни заби, фацијална симетрија, наслушнување на срцето, абдоменот, феморалните пулсови, тестисите.

5 ГОДИНИ

Цели

- Оваа возраст е добра за третман на помали физички аномалии со хируршки зафат. Детето е сега ментално доволно зрело, на пример, да толерира кратка разделба од родителите.

- Потврда на зрелоста на детето да се справи со училиштето и идентификацијата на одредени потреби. Многу невролошки проблеми кои можат да водат во тешкотии на учење на училиште се очигледни на оваа возраст и треба да се започне со соодветна поддршка.
- Детектирање и започнување третман на ноќното мокрење.
- Идентификување можна потреба на семејството за дополнителна поддршка и, ако е потребно, организирање на помошта.

Испитување

- Во процедурата се вклучува и прашалник за родителите. Родителите треба да го пополнат прашалникот пред прегледот. Најдобро ако прашалникот се достави по пошта. Покрај прашањата, формуларот треба да има и опис на однесување на нормално дете на возраст од 5 години.
- Ако детето оди во дневен престој, персоналот може да се вклучи во дискусиите, а во однос на статусот на детето, способностите и можните проблеми.
- Здравствениот посетител треба да ги направи најголемиот дел од испитувањата. Лекарот ќе го направи физичкиот преглед и ќе го испита општиот невролошки статус. Сепак, главната задача на лекарот е да донесе заклучок за каква било абнормалност, ризичен фактор, ресурс и за севкупната состојба на детето. Лекарот треба да ги објасни неговите наоди на детето и на семејството и да работи заедно со семејството во планирање секакви понатамошни мерки.

Испитувања од страна на здравствен посетител

1. Општ впечаток, висина, тежина и обем на главата.
2. Основни моторни способности: одење на петиците и на прстите, одење на прстите по права линија во должина од 5 m, стоење на една нога (најмалку 10 секунди без забележително нишање) и скокање на една нога (треба да може да го направи тоа најмалку 10 пати во ритам). Треба да може да фрли и да фати вреќа со грав на растојание од 2 m со рацете одвоени од телото.
3. Интеракција, внимание и мотивација: треба да е способно да се концентрира континуирано на задачите од испитувањето (приближно 25-30 минути). Говорот треба да е адекватен, земајќи ги двете страни во обзир. Неспособноста да се оди од задача на задача може да биде индикација на недостиг од внимание.
4. Говорот и јазичните способности се тестирани со содветен стандардизиран тест. Да се провери дескриптивниот говор, разбирливост на говорот (структура на реченицата, времето) моторна контрола на говорот, меморирање слушни серии, меморирање реченици и зборовни слики, именување на објектите и артикулација, како и разбирање на основните концепти и разните инструкции. Тешкотии во говорот при изговор на еден или два гласа не е причина за грижа ако говорот е од друга страна течен и јазичните способности се соодветни за возраста.
5. Визуелна перцепција: детето треба да може да конструира структура од 6 блока.
6. Координација рака-око: детето треба да може да копира модели (триаголник и комбинација од триаголник и квадрат), да исече круг со помош на ножици, да може да надене 5-6 мониста (бројници) од 1 cm на пластичен конец во рок од една минута.
7. Вид: проверка на видот на блиску и на далеку со помош на соодветна карта. Проверка на страбизам, визуелно. Нормалната визуелна изостреност е над 0.7 (монокуларно и бинокуларно тестирање) и резултатот од тестот не треба да се разликува повеќе од еден ред помеѓу двете очи.

8. Проверка на слухот со аудиометар. Нормалниот слух е 20 dB на 0.25-4 kHz.
9. Крвен притисок.

Испитувања од страна на лекар

- Запознавање со медицинските забелешки и резултати од тестовите, интервју со родителите и преглед на детето. Некои од горните тестови се вклучуваат во медицинското испитување. Особено ако здравствениот посетител бил несигурен за резултатот од соодветниот тест.
- Ако детето има тековни проблеми (на пример, мокрење), тоа треба да се напомене за време на посетата. Да се напоменат причините и потребата од можно напуштање на диета.
  1. Општ впечаток; напредок во тежината, висината и обем на главата.
  2. Diadochokinesia (способност за повторување 5 пати со исто темпо без да се движат горните екстремитети)
  3. Тест прст-нос (треба да може да го изведе тестот без трепет или принудно движење).
  4. Вид: проверка на резултатите од тестот за острина, тест на покривање, Hirschberg-ов тест, конвергенција.
  5. Кожа, состојба на горните предни заби, фацијална симетрија, наслушување на срцето, абдомен, феморални пулсови, тестиси.
  6. Разговор со детето: како детето гледа на своето здравје, кои му се пријатели, кои му се омилени игри. Важно е да се слуша мислењето на детето и да се процени неговата способност за заемно дејствување и да се концентрира. Детето треба да е способно да ги следи едноставните правила, да се концентрира на една игра во период од 10-15 минути и да ужива во играњето.
  7. Да се донесе заклучок за какви било абнормалности, ризични фактори, ресурси и за сеопфатната состојба на детето. Заедно со семејството да се испланира каков било потребен план.

ОПРЕМА

Потребна

- Стетоскоп
- Спатула
- Директно светло (отоскоп без слушалка)
- Офталмоскоп
- Рефлектор
- Пневматски отоскоп + серија на слушалки
- Инструменти за чистење восок од ушите
- Чекан за рефлекси
- Сфигмоманометар (5 цм и 7.5 цм манжетни)
- Дијаграм за визуелно испитување (на пример, со ЛЕА-симболи)
- Опрема за испитување на слухот: ѕвонче, мал аудиометар
- Опрема за невролошко испитување: книги, слики, црвена топка од волна, ѕвонче, ѕвечка, тули, топка, ќеса со грав, молив, ножици, грозје)

Се препорачува

- Doppler-ов стетоскоп
- Тимпанометар или акустичен рефлектометар

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Нема сигурни податоци за ефикасноста на медицинското испрашување за одење на училиште (**ннд-D**).
- Програмите за посета дома имаат потенцијал за намалување на повредите во детството (**ннд-A**).
- Најуспешните интервенции за превенција од повреди во детството се тие каде што пристапот кон законодавството, промените во опкружувањето и едукацијата се комбинирани (**ннд-C**). Едукативниот пристап, сам за себе, е помалку ефикасен (**ннд-A**).
- Ефикасни се неонаталниот преглед за постоење фенилкетонурија (кај населението кај кое доминира оваа болест) и конгениталниот хипертиреоидизам (**ннд-A**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Davis A, Barnford J, Wilson I, Ramkalawan T, Forshaw M, Wright S. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. Health Technology Assessment 1997;1:1-177
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988284. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
3. Barlow J, Stewart-Brown S, Fletcher J. Systematic review of the school entry medical examination. Archives of Diseases in Childhood 1998;78:301-311
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980736. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
5. Roberts I, Kramer M, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury: a systematic review of randomised controlled trials. BMJ 1996;312:29-33
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968023. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
7. Preventing childhood unintentional injuries–what works? A literature review. Injury Prevention 1996;2:140-149
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983113. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
9. Pollitt RJ, Green A, McCabe CJ, Booth A, Cooper NJ, Leonard JV, Nicholl J, Nicholson P, Tunaley JR. Neonatal screening for inborn errors of metabolism: cost, yield and outcome. Health Techn Assess 1997;1:1-203
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988282. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
11. Speller V, Mulligan JA, Law C, Foot B. Preventing injury in children and young people: a review of the literature and current practice. Wessex Institute of Public Health Medicine 1995;1-61
12. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978345. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
13. Coleman P, Munro J, Nicholl J, Harper R, Kent G, Wild D. The effectiveness of interventions to prevent accidental injury to young persons aged 15–24 years: a review of the evidence. Medical Care Research Unit 1996, pp. 1-89
14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968507. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 7.12.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во декември 2007 година**

ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА

- **Информација**
- **Епидемиологија**
- **Причини за болеста**
- **Симптоми**
- **Третман**

ИНФОРМАЦИЈА

- За време на детството, пред пубертетот, често е нормална појава ритуалистично однесување без какви било понатамошни значителни проблеми.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Опсесивно-компулзивните растројства (ОКР) се многу ретки.
- Распространетоста кај децата и кај адолесцентите е констатирано дека изнесува 0.3%-3% во зависност од примерокот и возраста на групата која била опфатена со студија.
- Околу 30-50% од возрасните ОКР-случаи со тоа започнале уште во детството.
- Опсесивно-компулзивното растројство има тенденција да стане хронично.
- Доцнењето во барање психијатриска процена и нега се проценува дека е однос кој има влијание на прогнозата. Се препорачува рана интервенција.
- Раната појава се смета дека е поврзана со зголеменото генетичко оптоварување за причина на болеста.
- Студиите покажале дека блиските роднини на детето имаат високи износи на ОКР и тик-растројства.

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТА

- Причините за болеста и патогенезата на ОКР сè уште е непозната, но се смета дека е од повеќе фактори, вклучувајќи ги биолошките и психолошките фактори. Денес, се преферираат невробиолошките модели.
- Согласно со генетичките студии, предиспозицијата за ОКР е генетичка. Растројството често е придружено со тик-растројствата и двете растројства се најчести кај членовите на непосредното семејство отколку кај населението во општи рамки.
- Фронто-темпоралната дисфункција и дисфункција на базалните ганглии се смета дека имаат дел во причината за болеста.
- Дерегулација на невротрансмитерите (серотонин, допамин и глутамат) се поврзани со патогенезата на ОКР.
- Согласно со психолошките теории, ОКР се поврзува со депресијата и суперегото на индивидуите со ОКР и се смета дека е неразумно силна и рестриктивна.
- ОКР дејствува и е под влијание на семејното функционирање. Цртите на перфекционизам се општи кај семејствата на зафатените индивидуи.

СИМПТОМИ

- Растројството се манифестира како повратно
  - Компулзивни размислувања и опсесии;
  - Компулзии.
- Типични компулзивни мисли вклучуваат разни повратни мисли, предизвици и фантазии кои се компулзивни во свеста. Типично компулзивно однесување вклучува, на пример: континуирано миење на рацете, повторена проверка и осигурување дека разните задачи се завршени, дали електроопремата е исклучена или дали вратата е затворена. Компулзивното ритуалистичко однесување поврзано со одење во кревет, будење, облекување и одење на училиште се заедничка појава кај децата.
- Симптомите значително заземаат време, предизвикуваат забележителна неволја, или резултираат во значително нарушување на дневните рутини како што се општествени, академски или функционирање во работата.
- Индивидуата до извесен степен е свесна за опсесиите и компулзиите дека се неразумни. Сепак, малите деца немаат ваков увид поради нивниот недозреан спознаен развој.
- Студиите имаат констатирано нарушувања во реализацијата, меморијата и визуелно-просторното функционирање кај засегнатите индивидуи.
- Појавата на ОКР во детството е многу често поврзана со други психијатриски растројства, како што се тик, Tourette-ов синдром, тешка депресија, анксиозно растројство и растројство на однесувањето.
- Бета-хемолитична стрептокока инфекција може да предизвика симптоми на опсесија кај некои деца и затоа е вредно да се има историјатот на инфекциите и да се земе примерок од грлото.
- Раната дијагноза и започнување на терапијата се основни за добрата прогноза.

ТРЕТМАН

- Разните методи на психотерапија, како и фармакотерапија, се користат во третманот.
- Когнитивната бихевиорална терапија (ЦБТ) се смета дека е најефикасен психотераписки пристап.
- Лекувањето со серотонергична активност се покажало како ефикасно. Сепак, важно е да се има предвид дека овие лекови не се официјално одобрени за педијатриска употреба.
  - Порано clomipramine бил широко употребуван, но поради несаканите последици, не се препорачува како фарамаколошки агенс за прва употреба.
  - Селективните серотонински инхиботори (ССРИ) кои имаат помалку несакани последици од clomipramine, исто така, се ефикасни. Клиничката реакција и ослободување од ОКР-симптомите се потврдува само по 6-10 недели, и се потребни поголеми дози од оние кај другите растројства кои се лекуваат со ССРИ.
  - Некои пациенти имаат потреба од лекување со лекови во подолг временски период.
- Се препорачува комбинација од ЦБТ и фармакотерапија. Постои хипотеза дека оваа комбинација на модалитети за третман води во поголемо подобрување и во пониски износи на повратна болеста.

- Децата и адолесцентите со ОКР лесно го вовлекуваат семејството во нивните симптоми, што е причина поради која е основно работењето и со семејството.
- Текот на растројството е различен. Враќањето на симптомите е општа појава.

1. **EBM Guidelines, 5.7.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јули 2007 година**

ПСИХИЈАТРИСКА ПРОЦЕНА И УПАТУВАЊЕ НА ТРЕТМАН НА АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Потреба од третман**
- **Испитување на адолесцент**
- **Перспективи во соочување со адолесцентот**
- **Знаци на тешко ментално растројство за кое е потребна консулатација со психијатар специјализиран за проблеми на адолесценти**
- **Психотично искуство во адолесценцијата**
- **Агресија**
- **Психосоматски симптоми**
- **Третман**

ПОТРЕБА ОД ТРЕТМАН

- Адолесцентите имаат потреба од психијатриска нега многу почесто од децата. Околу 20-30% од адолесцентите имаат психијатриски проблеми.
- Најчестите ментални проблеми кои се пречка за функционалната способност почиваат во адолесценцијата на возраст од 16 години.

ИСПИТУВАЊЕ НА АДОЛЕСЦЕНТ

- Самиот адолесцент е најважен извор на информација, но витална дополнителна информација може да се добие преку интервју со родителите.
- Училишниот персонал и персоналот на училишната здравствена нега често ги препознаваат тинејџерските ментални тешкотии во нивната почетна фаза.
- Неколку интервјуа, обезбедување доволно време и слободна атмосфера на помош во испитување на адолесцентот.

ПЕРСПЕКТИВИ ВО СООЧУВАЊЕ СО АДОЛЕСЦЕНТОТ

- Да се има предвид тоа дека адолесцентите не се ни деца ни возрасни.
- Да се охрабри адолесцентот да ги изнесе своите искуства, да се покаже интере-

сирање за тоа.
- Бидете неутрални, избегнувајте заземање страна со намера да му се спротивставувате на тинејџерот.
- Да се направат забелешки за следново:
  - Односот со самиот себе и родителите; како го чувствува своето тело; осетот за реалноста;
  - Односот со властите;
  - Односот со истомислениците, дали адолесцентот има пријатели или дали се повлекува од другите;
  - Дали адолесцентот покажува знаци на тешко ментално растројство кое бара темелно испитување.

ЗНАЦИ НА ТЕШКО МЕНТАЛНО РАСТРОЈСТВО ЗА КОЕ Е ПОТРЕБНА КОНСУЛАТАЦИЈА СО ПСИХИЈАТАР СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА ПРОБЛЕМИ НА АДОЛЕСЦЕНТИ

- Обидите за самоубиство и мислите за самодеструктивност се поврзани со свесна желба да се умре.
- Неконтролирано однесување дома, напади на родителите, кршење мебел, затворање во соба.
- Верување дека телото му е променето или се менува.
- Физичка реакција на усна навреда.
- Повлекување од реалноста, на пример користење и.в. дроги, тешка анорексија, самоповредување.
- Повлекување од социјални односи.

ПСИХОТИЧНО ИСКУСТВО ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

- Психотични настапи во адолесценцијата можат да се поделат во следниве три групи:
  1. Психотичен настап може да се манифестира како обид за самоубиство, самоосакатување или самодеструктивност. Врската на адолесцентот со стварноста е нарушена.
  2. Психотичните акции може да се манифестираат, како што се, на пример, анорексија, употреба на наркотици, оддаденост или тешка депресија.
  3. Симптомите на оваа психоза личи на психозата кај возрасните.

АГРЕСИЈА

- Типична за оваа возраст, важна е за препознавање ситуации во кои агресивното однесување на адолесцентот или изгледот го покриваат личниот развој.
- Знаци на патолошка агресија; види во делот за знаците на тешко ментално растројство.

ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ

- Честа појава кај адолесцентите, настануваат во некои ситуации и се привремени.
- Размислувањата и изгледот кои се поврзани со симптомите треба да се испитаат (на пример, страв од сериозна болест или смрт).

- Општа дискусија и давање реална информација на адолесцентот помага за исчезнување на симптомите.
- Сериозни долготрајни симптоми бараат консултација со психијатар специјализиран за проблеми на адолесценти.

ТРЕТМАН

- Умереност се препорачува кај медицинскиот третман на адолесцентите.
- Да се провери ризикот од зависност пред давањето на анксиолитичниот лек (зависност од алкохол и значителни тешкотии на сепарација наведуваат на ризик од развивање зависност од земање лекови).
- Вообичаено за адолесцентите е битно психотерапевтско испитување. Нивната потреба за психотерапевтски третман е често краткотрајна.
- Често е потребно комбинирање на земањето лекови со психотерапија кога се третираат тешките растројства.
- Кај третманот на адолесцентните психози, често е потребно долготраен престој со болничка нега во одделение за адолесценти со комбинација на давање лекови и психотерапија кое се покажало како успешно.
- Адолесцентната независност и автономија од нивните родители создава етички проблем од аспект на третманот. Кој го има авторитетот за решавање на нештата кои се однесуваат на развој на адолесцентното тело и третмани? Вообичаено се прави обид за почит на автономноста на адолесцентот.

1. **EBM Guidelines, 14.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

ПСИХИЈАТРИСКА БОЛЕСТ КАЈ РОДИТЕЛОТ ОД АСПЕКТ НА ДЕТЕТО

- **Основни правила**
- **Психијатриска болест кај мајката од аспект на нејзиното бебе**
- **Потребата на детето за преглед и за терапија**
- **Третман**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Психијатриската болест на родителот е значителен ризичен фактор за менталното здравје на детето поради наследниот фактор, директни или индиректни ефекти од болеста и другите разгранувања на болеста. Ризикот за менталното здравје на детето се зголемува со акумулирање на проблемите.
- Ситуацијата на децата и потребата од помош која тие може да ја имаат треба да се земе предвид за време на психијатриската нега на родителот.

- Кај тешките психијатриски кризи на родителот, децата треба да имаат кризна терапија.
- Покрај психијатриската болест, родителот може да има и проблем со алкохол или дрога, или да е настроен самоубиствено или да е насилен, додека другиот родител, исто така, може да има ментални проблеми, родителите може да имаат проблеми во нивниот однос, може да има семејно насилство, или семејството да е соочено со економски тешкотии.
- Битна е соодветноста на психијатриската нега на родителот.
- Како резултат на психијатриската болест на родителот, трпи квалитетот на родителството, и со време условите стануваат неоствариви за едно задоволително родителство.
- Кај клиничката оцена на оваа родител-дете интеракција, ресурсите и недостигот од родителството се идентификуваат како случај со случај.
- Децата со психотична мајка имаат зголемен ризик од развивање разни сериозни психички нарушувања.
- Децата на психотични родители ја доживуваат болеста како значително влијание врз нивниот живот.
- Проценатa на менталната состојба на детето треба да е базирана на соработката на мрежата на стручни лица кои ги земаат предвид и гледиштата кои доаѓаат од дневната нега и од училишниот персонал.

ПСИХИЈАТРИСКА БОЛЕСТ КАЈ МАЈКАТА ОД АСПЕКТ НА НЕЈЗИНОТО БЕБЕ

- Биолошкиот развој на мозокот на детето продолжува по раѓањето и зависи од добриот квалитет од раната интеракција, која согласно со современите погледи се базира на интерперсоналната невробиологија.
- Констатирано е дека психотичните мајки се понервозни и помалку внимателни отколку ментално здравата мајка во нивната интеракција со своите бебиња. Тие, исто така, се насмевнуваат, имаат контакт со очи и други контакти, додека помалку си играат со своите бебиња и помалку се осетливи на потребите на бебето.
- Оттаму, констатирано е дека бебињата поретко се смеат и испуштаат звуци и прават помалку контакти во нивната интеракција со психотичната мајка.
- Отсуството на плашливост кај бебето на една психотична мајка е поврзано со нервозата на мајката или несигурноста или непријатните ситуации на хранење и плачење на бебето.
- Сериозните и повратни депресии на мајката и нејзиниот намален функционален капацитет и способност да ги исползува можностите се големи ризици за детето, посебно за време на првите години на детето. Последиците може да станат очевидни, долгорочно гледано, како сериозна симптоматологија кај детето.
- Мајките кои го носат детето на преглед поради депресија се често самите тие депресивни или имаат други често ненадгледувани ментални проблеми (**ннд-С**).
- Мајките кои имаат растројство на јадење ги хранат своите бебиња различно од здравите мајки и има сомневања дека овие абнормални навики за јадењето ги изложуваат децата, посебно ќерките, на растројства на јадење (**ннд-С**).

Утврдување и третман

- Квалитетот на интеракцијата помеѓу психотичната мајка и нејзиното бебе треба секогаш да се разгледа со крајно разработени структурни методи и помошта треба

да се понуди кога е потребна во вид, на пример, на психоедукативно советување, со психотерапија мајка-дете, и со можност на дополнителен надзор. Подоцна ситуацијата треба да се следи од близина.

- И мајката и детето можат да бидат примени во психијатриско одделение во легло за мајка со бебе, или можат да се сретнат со работна група за третирање надворешни пациенти со психијатриски деца. Ако е потребно, бебето може да се однесе во одделение за бебиња во детски дом, а мајката може да биде примена на интензивна дневна интерактивна терапија.
- Таткото, исто така, треба да биде поддржан во преземањето на одговорноста во грижата на детето, а мајката треба да има лице за контакт во делот за нега на надворешен пациент со кого може да контактира секогаш кога е потребно.
- Стручно лице треба да ја процени доволноста на родителството за да се обезбеди менталното здравје на детето.

Веднаш е потребна интервенција кога:

- Бебето е повлечено, незаинтересирано за комуникација, не прави контакт.
- Бебето е депримирано, апатично, многу плашливо, ненадгледувано.
- Има ризик за психичкото здравје и на развојот на бебето.
- Функционалното ниво на мајката за родителство не е задоволително.
- Односот на мајката спрема детето е непријателски и има размислувања кои можат да ја загрозат безбедноста на детето.

Детскиот ризик е зголемен поради психијатриска болест на родителот

- Интерактивните способности и способностите за посветеност на мајката и нејзината можност да ги препознае потребите на нејзиното дете се неадекватни.
- Мајката постојано се прима во болница за време на раните години на детето.
- За време на негата на мајката во болница, подобро е детето да е сместено во институција отколку во фамилија која ќе се грижи за детето.
- Ментално болната мајка нема мрежа за поддршка.
- Симптомите на болеста директно го засегаат детето.
- Односот спрема болниот родител е комплициран или премногу интензивен и детето е предмет на влијание на симптомите (на пример, непријателско однесување).
- Родителите имаат проблеми во нивниот однос или со други работи.
- Основните ресурси на детето се намалени.
- Детето има недостиг од присуство на блиско возрасно лице или од мрежа за поддршка.
- Детето презема премногу одговорности во семејството и е оставено само со себе.
- Потреба на детето за преглед и за терапија треба да се процени кога:
- Детето покажува значителни ментални симптоми (како што се депресија, зборувања за самонаштетување, нарушувања во однесувањето, учество во психотичниот свет на возрасните).
- Родителот се обидел да изврши или извршил самоубиство.
- Болеста на родителот е тешка и хронична.
- Проблемите или симптомите на болеста на родителот се насочени кон детето.
- Има насилство, злоупотреба на супстанции, запоставување или злоупотреба на детето, или сомневање за сексуална злоупотреба на детето во семејството.

ТРЕТМАН

- Семејството на психијатриски пациент треба да биде подложено на семејно испитување насочено кон детето, кога ќе се проценат ситуацијата на детето, родителските ресурси и потребата на детето за помош. Семејството може да биде упатено на семејна терапија во семејно одделение, а детето може да оди на детска психијатриска консултација, ако е потребно тоа. Трауматски настани се можни во семејството.
- Ако детето го дели делузивниот свет на родителот, се препорачува, кај тешките случаи, детето и родителот да бидат разделени. Некои деца стануваат оптоварени со родителството и го носат товарот на одговорност во семејството.
- Детето може да се информира за болеста на родителот, вината на членовите на семејството може да биде намалена, товарот на родителството на детето може да биде намален и може да се активира мрежата за поддршка на детето.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mentjox R,van Houten, C A G,Kooiman C G: Induced Psychotic disorder: Clinical aspects, Theoretical considerations and Some Guidelines of Treatment. Comprehensive psychiatry 1993;34:120-126
2. Ferro T, Verdeli H, Pierre F, Weissman MM. Screening for depression in mothers bringing tehir offspring for evaluation or treatment of depression. Am J Psychiatry 2000;157:375-9.
3. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. Inj J Eat Disorder 1999;25:253-62.
4. Zhang,L.,Xing,G.,Levine,S.,Post,RЙSmith,M. Maternal deprivation induces neuronal death. Society for Neuroscience Abstracts. 1997;23:1113.
5. Niemi LT, Suvisaari JM, Haukka JK et al. Cumulative incidence on mental disorders among offspring of mothers with psychotic disorder. Results from the Helsinki High Risk Study. Department of Mental Health and Alcohol Research, KTL, National Public Health Institute, Helsinki, Finland, British Journal of Psychiatry 2004, Jul; 185:11-7
6. Valiakalayil A, Paulson LA, Tibbo P. Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. The Edmonton Hight Risk Project. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004 Jul;39(7):528-35
7. Siegel, D.J. Towards an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindsight", and neural integration. Infant Ment Healt Journal 2001;22:67-94
8. Luoma I, Kaukonen P, Mäntymaa M et al. A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. Child Psychiatry Hum Dev 2004 Fall;35(1):37-53
9. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al. Maternal depression and childrens antisocial behavior: nature and nurture effects. Arch Gen Psychiatry 2005 Feb;62(2):173-81
10. Jacobsen T, Miller LJ. Mentally ill mothers who have killed: three cases addressing the issue of future parenting capability. Psychiatr Serv 1998 May;49(5):650-7
11. Hans SL, Auerbach JG, Styr B, Marcus J. Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. Schizophr Bull 2004;30(2):303-15

1. **EBM Guidelines, 22.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈА НА ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Основни правила**
- **Посебни карактеристики на третманот**
- **Испитувања пред третманот**
- **Невролептични агенси**
- **Антидепресиви**
- **Лекување анксиозност**
- **Друго лекување кое е соодветно на психофармацевтското лекување**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Употребата на психофармакотерапијата не е многу застапена во третманот на деца и адолесценти.
- Ако лекот се користи соодветно и комбиниран со психотерапевтски третман, може да го отстрани менталното страдање на детето и да го забрза излекувањето.
- Психофармалошкиот третман на деца и, посебно, дијагнозата и почетокот на давање на лекот се одговорност на специјалисти.
- Целиот персонал од здравствената нега треба да има позитивен став без предрасуди кон психофармацевтските средства за да се мотивираат децата и семејствата да го прифатат потребниот третман со лекови.
- Третманот со лекови е корисен, но не е единствена форма на третман на детето или адолесцентот со психолошко растројство.

ПОСЕБНИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ТРЕТМАНОТ

- Поради посебните биохемиски карактеристики на децата, лековите дејствуваат на децата преку различни механизми во споредба со возрасните.
- Поради брзиот метаболизам кај децата, лековите треба почесто да се даваат отколку што е случајот кај возрасните.
- Многу неточни верувања врзани за анксиозноста се поврзани со психофармаколошки средства, кои често се нарекувани транквилизери иако смиреноста е само дел од нивните дејствувања.
- Психофармаколошките средства, исто така, се поврзани со наркотиците. Посебно адолесцентите ги поврзуваат психофармаколошките средства со лудилото или со стравот од станување луд и затоа се има негативен став спрема нив.
- Децата и нивните родители треба внимателно да се подготват за лековите, кажувајќи им зошто се потребни лековите, кои се ефектите и кои се можните несакани последици. Корисно е да се дискутираат општите верувања и стравови кои се поврзани со тертманот со лекови.
- Симптомите на психијатриско растројство и на познатите спротивни ефекти на психофарамаколошките средства треба да се забележуваат со користење табела за симп-

томи која се пополнува од страна на родителите, децата/адолесцентите, за време на хоспитализацијата од сестрите и, посебно во случај на АДХД, од наставникот.

ИСПИТУВАЊА ПРЕД ТРЕТМАНОТ

- Клиничко испитување на соматскиот и невролошкиот статус.
- Се препорачува: целосна крвна слика, серум АСТ, АЛТ и креатинин и, ако е потребно, и други, на пример, серум ТСХ и калциум.
- Пред да се започне со давање лекови, треба да се направи ЕКГ, а исто така и повремено за време на третманот, особено кога се препишани трициклични антидепресиви, литиум или големи дози невролептици.

НЕВРОЛЕПТИЧНИ АГЕНСИ

- Невролептичните агенси се примарно потребни кај психозите во детството и адолесценцијата, вклучувајќи ја и шизофренијата. Сите невролептици имаат многу спротивни ефекти.
- Употребата на мали дози невролептици, посебно на халоперидол, е проучена во третманот на деца и адолесценти, и може да се употреби, на пример, во случаи на аутизам за да се намали анксиозноста и неспокојството и да се подобри способноста на детето да контактира.
- Haloperidol и pimozide[36] биле ефикасни во третманот на тиковите.
- Атипичните невролептици, clozapine, risperidone, olanzapine[37] и quetiapine[38] ги имаат заменето старите невролептици во психофармакотерапија на деца и адолесценти.
- Многу студии со отворени обиди наведуваат на антиагресивен ефект на атипичните невролептици.

АНТИДЕПРЕСИВИ

Серотонински специфични инхибитори на повторно земање (ССРИ)

- Серотонински селективни инхибитори на повторно земање се користат во фармакотерапијата на депресијата, паничното растројство и опсесивно-компулзивните растројства кај децата и адолесцентите. Тие не се толку ефикасни кај возрасните.
- Поради сериозните спротивни ефекти, вклучувајќи непријателство и самоубиствена настроеност, сите ССРИ, освен fluoxetine, се забранети за употреба за пациенти помлади од 18 години.
- ССРИ се помалку токсични и имаат поблаги спротивни ефекти отколку трицикличните антидепресиви.
- Сè уште не се познати долгорочните ефекти од ССРИ.

Инхибитор на моноаминска оксидаза (МАО)

- Употребата на moclobemide[39] кај децата е многу малку простудирана. Лекот е употребуван во третманот на тешките депресии, растројства на вниманието и хиперки-

36 **Недостапно во Р. Македонија**
37 **Недостапно во Р. Македонија**
38 **Недостапно во Р. Македонија**
39 **Недостапно во Р. Македонија**

незија со скромни резултати кај децата и адолесцентите.
- Комбинираната фармакотерапија со серотонергични агенси може да доведе до серотонински синдром, што значи дека е контраиндикативен.

Трициклични антидепресиви

- Резултатите кај децата биле контроверзни, во распон од добри до слични на плацебо.
- Констатирано е дека Imipramine дејствува кај тешката депресија кај адолесцентите подобро отколку кај децата, но не толку добро кај возрасните.
- Трицикличните антидепресиви биле користени за третман на растројства во вниманието, хиперкинезија, опсесивно-компулзивни растројства, училишна фобија, анксиозност од разделба и генерализирана анксиозност. Imipramine е ефикасен во третман на месечарството и ноќните кошмари.
- Поради спротивните ефекти, употребата на трицикличните антидепресиви е намалена во детската психијатрија.

ЛЕКУВАЊЕ АНКСИОЗНОСТ

- Има мало научно познавање за употребата на анксиолитичните медикаменти во третманот на децата.
- Анксиолитичните лекови најмногу се користат за третирање растројства во спиењето, како што се ноќни напади на ужас и месечарство кога симптомите се тешки и го нарушуваат спиењето.
- Лоразепам и алпразолам се користат за третман на училишни фобии и други состојби на страв.
- Не се препорачува долготрајна употреба на анксиолитички лекови. Таквите лекови примарно се користат кај краткотрајниот третман на откажување.
- Отворените обиди покажале скромна реакција до 4 недели со buspirone[40] кај деца со анксиозни растројства, но изгледа дека ефикасноста е помала во третманот на возрасните.

ДРУГО ЛЕКУВАЊЕ КОЕ Е СООДВЕТНО НА ПСИХОФАРМАЦЕВТСКОТО ЛЕКУВАЊЕ

- Стимулантите methylphenidate[41] и D-amphetamine[42] и норадренергички специфичниот atomoxetine[43] се ефикасни во третманот на деца и адолесценти со АДХД.
- Carbamazepine е ефикасен во третман на детската хиперактивност, растројствата на агресивно поведение и биполарните растројства. Се смета дека е побезбеден од невролептиците поради поблагите спротивни ефекти.
- Ефикасен е и валпроате во третман на растројството на биполарно расположение и агресивното однесување.
- Литиумот се користи за третман на растројствата на агресивно поведение и афективните болести.
- Дејствувањето на clonidine е проучуван за третман на хиперкинетичките деца со растројства на намалено внимание и деца кои страдаат од тик или Tourette-ов синдром. Дозите се помали кога се третира хипертонијата.

40 **Недостапно во Р. Македонија**
41 **Недостапно во Р. Македонија**
42 **Недостапно во Р. Македонија**
43 **Недостапно во Р. Македонија**

РЕФЕРЕНЦИ

1. Ambrosini PJ, Bianchi MD, Rabinovich H and Elia J. Antidepressant Treatments in Children and Adolescents: II. Anxiety, Physical, and Behavioral Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32(3):483-493
2. Gadow KD. Clinical Issues in Child and Adolescent Psychopharmacology. J Consult Clin Psychol 1991;6(59):842-852
3. Ryan ND. The pharmacologic treatment of child and adolecent depression. Psychiatr Clin North Am 1992;1(15):29-40

1. **EBM Guidelines, 8.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2006 година**

ПРЕПОЗНАВАЊЕ И ТРЕТМАН НА СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА НА ДЕТЕ

- **Цели**
- **Епидемиологија**
- **Сомневање за сексуална злоупотреба**
- **Симптоми**
- **Препознавање**
- **Брзо дејствување**
- **Дополнителни мерки**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ЦЕЛИ

- Стремеж да се подобри ситуацијата на детето и да се обезбеди ментална поддршка.
- Помош на детето и на семејството наместо да се обвинува или осудува.
- Да се обезбеди правна заштита на детето, семејството и на стручните лица. Гарантирање објективно справување со ситуацијата и контрола на анксиозноста.
- Помош на полицијата во истражување на злосторството.
- Консултирање специјалист (детски психијатар или друго лице со соодветна стручност) пред да се преземат мерки.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- 7% од девојките и 4% од момчињата на возраст од 15 години биле сексуално вознемирувани, општо земено, од некој надвор од семејството.
- Распространетоста на инцестот татко-ќерка изнесува приближно 0.3%.

СОМНЕВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА

- Детето зборува за тоа
  - Вообичаено, има добри причини да му се верува на детето, но е битно да се утврди веродостојноста на информацијата.
- Злоупотребата е откриена за време на други испитувања
  - Посебно во овие околности тимски пристап на ситуацијата како целина е потребен за да се обезбеди професионалните истражни лица да не ја надградат интерпретацијата на ситуацијата.
- Возрасно лице заклучува дека злоупотребата се случила
  - Сите извештаи и сомневања треба да се истражат.
  - Прво, треба да се надзира детето (на пример, во дневен престој или на училиште) и да се соберат информации за околностите.
  - Се смета дека прекумерниот страв од сексуална злоупотреба е поврзан со разводите.
- Однесувањето и симптомите кај детето се сигнали за проблеми (види понатаму).

СИМПТОМИ

- Следниве симптоми, исто така, може да се поврзат со други проблематични ситуации, но треба секогаш да се истражат:
- Физички посматрања
  - Венерични болести
  - Јадеж, леукореја, отеченост или гноење на гениталиите
  - Бременост
  - Модринки, контузии, исечници и слично на невообичаени места (на пример, на рацете, внатрешна страна на бутините)
- Психосоматски симптоми
  - Константи големи тешкотии во јадењето
  - Нарушување на спиењето, ноќни кошмари
  - Неконтролирано мокрење
- Бихевиорални симптоми
  - Депресија и повлекување
  - Неспокојство и анксиозност
  - Заводлив пристап кон возрасните
  - Прекумерно неспокојство
  - Сексуално експлицитно однесување, принудна или јавна мастурбација
  - Детето изгледа заплашено од кој било од родителите и е преплашено од допирањата
  - Бегање од дома
  - Ненадејно повлекување во однесувањето (на пример, цицање на палецот, неконтролирано мокрење)
  - Самоказнување (на пример, самопонижување), во најлош случај самоубиство.
- Не покажуваат сите сексуално злоупотребени деца промена во однесувањето. Некои даваат сè од себе да не се открие злоупотребата.

ПРЕПОЗНАВАЊЕ

- Само 20%-50% од сексуално злоупотребените деца покажуваат јасни физички знаци за тоа.
- Модринки, знаци на сперма, искинати алишта и слично се надворешни знаци.
- Ако најавената злоупотреба се случила не подоцна од 3 дена, може да се забележат знаци од сперма, секрети, влакна од алишта и слично при лабораториските тестови.

БРЗО ДЕЈСТВУВАЊЕ

- Акутните случаи се истражуваат како итни случаи.
- Другите итни случаи треба да се истражат само ако го бара тоа полицијата.
- Истражувањето треба да го водат најмалку две стручни лица за да се обезбеди:
  - Законска заштита на клиентите и на стручните лица;
  - Објективно спроведување на ситуацијата;
  - Контрола на професионалното неспокојство;
  - Лицата кои ја водат истрагата треба да се искусни во полето или треба да имаат добиено најмалку упатства како да водат такви истраги.

Психијатриско и психолошко испитување на детето

- Цел на психолошкото испитување на детето е да:
  - му се даде ментална поддршка на детето;
  - се одреди неговата ментална состојба;
  - се добие информација за можната злоупотреба за прелиминарната истрага од страна на полицијата;
  - се испита можноста за непосредна опасност дома.
- Истрагата треба да се спроведе во согласност со следниве насоки:
  - Да се одбере мирно место за да се спречат нарушувања и прекини однадвор.
  - Лицето кое го води интервјуто треба да е секогаш лице запознато со развој на деца, како што е психолог или детски психијатар.
  - Сѐ што ќе рече детето и што ќе прашаат истражителите треба да се забележи збор по збор на касетофон или на видео.
  - Истражителите не смее да даваат своја верзија за тоа што се случило.
  - Истражувањето може да биде надополнето со психолошки тестови, опсервација на детската игра и со цртежи.

Соматско испитување на детето

- Цел на соматското испитување е да се:
  - поддржи отстранувањето на затвореноста на детето;
  - испита здравствената состојба на детето;
  - разгледаат можни физички оштетувања;
  - Провери можна венерична болест или бременост или и двете;
  - Упатување на детето за прекин на бременост, ако е потребно.
- Битно е да се изгради позитивен однос со детето пред соматското испитување. Возрасно лице може да го придружува детето, се разбира не осомниченият измамник. Испитувањето може да биде и можност за психолошка поддршка на детето, коментирајќи дека деловите на неговото/нејзиното тело се нормални. Често е сосема нормално за детето да зборува за злоупотребата за време на испитувањето.

Може да е од корист да се постават дополнителни прашања, но да се избегнува атмосфера на водење истрага.

- Испитувањето треба да се спроведе согласно со следниве процедури:
  - Прво се врши нормално педијатриско испитување.
  - Покрај деловите на устата, градите, задникот и телото, да се испитаат и раменањата и бутините дали има сомнителни знаци.
  - Гениталиите и аналната зона се испитуваат како што следува:
    1. Со помош на асистент детето е во позиција на жаба на неговите раце и нозе на масата за испитување.
    2. Доволна е проверката.
    3. Се проверува состојбата на хименот.
    4. Ако наведената сексуална злоупотреба се случила не подоцна од 3 дена, да се земат примероци од вагината и од анусот со навлажен памучен брис.
  - Секоја повреда се фотографира со оглед на тоа дека брзо заздравуваат.

ДОПОЛНИТЕЛНИ МЕРКИ

- Ако има доказ за сексуална злоупотреба или ако детето има потреба од дејствување на социјалната служба поради други причини, за инцидентот треба да се извести центарот за социјална работа. Властите ги разгледуваат можностите за поддршка на семејството и потребата за земање на детето во заштита. Потребата од третман (**ннд-С**) на детето и на семејството се реализира преку кооперативни усилби на преставници на неколку општински бироа.
- Ако злоупотребата е веројатна, центарот за социјална работа за тоа треба да ја извести и полицијата.
- Ако има сомневање за злосторство, распрашувањата секогаш ги води полицијата.
- Кога има сомнение за инцест, да се има предвид дека постои можност дека и другите деца во семејството можеби биле сексуално злоупотребени.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Превенцијата да се избегне да се стане жртва е успешна со излагање за концептите на сексуалната злоупотреба на децата и за вештините за самозаштита (**ннд-С**).
- Третман на сексуалните престапници може да биде корисно, но има недостаток на поврзани докази (**ннд-С**).
- Интервенциите со групна терапија имаат корисен ефект на психолошкото здравје кај возрасните кои имаат преживеано злоупотреба. Не се констатирани значителни разлики помеѓу долготрајната и краткотрајната терапија (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Finkelhor D. The sexual abuse of children. Current research reviewed. Psychiatric Annals 1987;17:233-241
2. Sariola H, Uutela A. The prevalence of child sexual abuse in Finland. Child Abuse й Neglect 1994;18:827-835
3. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1995;34:1408-1423
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database

no.: DARE-963487. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. Child Abuse and Neglect 1997;21:975-987
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-983175. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
7. Nagayama Hall CG. Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. J Consult Clin Psychol 1995;63:802-809
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-963253. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 21.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2006 година**

ПОВРАТНИ ПСИХОГЕНИ СТОМАЧНИ БОЛКИ И ГЛАВОБОЛКИ КАЈ ДЕЦА

- **Основни правила**
- **Подлога**
- **Третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Најголемиот дел од проблемите може да се третираат во примарната здравствена нега
- Важно е да се направи соматско испитување за да се исклучат органски причини. Истовремено, може да се направи шема на психолошката состојба на детето и семејството.

ПОДЛОГА

- Повратната стомачна болка е детски начин на одговор на емоционалниот стрес дома и на училиште.
- Децата кои страдаат од психогени стомачни болки се типично срамежливи, внимателни и чувствителни. Имаат воспоставено високи стандарди за нив и може да имаат тешкотии во изразување на своите чувства.
- Повратните стомачни болки и главоболки се типични, исто така, кај членовите на семејството на овие деца.
- Психогените стомачни болки и главоболки се појавуваат и кај децата и кај адолесцентите.

ТРЕТМАН

- Важно е да се направи соматско испитување, бидејќи многумина се излечени откако е утврдена соматската причина за болките.

- Детето и семејството може да бидат охрабрени во изразување на своите чувства на вербален начин и можат да бидат суптилно насочени да ја согледаат можната поврзаност на симптомите со расположението и атмосферата.
- Ако не помагаат стандардните методи, треба да се консултира психолог или детски психијатар.

1. **EBM Guidelines, 7.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2006 година**

РИЗИЦИ ОД САМОУБИСТВО ВО АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

- **Основни правила**
- **Епидемиологија**
- **Ризични фактори за адолесцентно самоубиство**
- **Симптоми**
- **Препознавање и утврдување**
- **Третман**
- **Поврзани докази**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Самоубиствени мисли, обиди и извршување самоубиство се ретки во детството, но во текот на адолесценцијата тие се зголемуваат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишната застапеност на самоубиствените мисли кај адолесцентите е приближно 10-15%, а на обиди за самоубиство приближно 2-5%.
- Самоубиствените мисли и обиди се почести кај девојките, но околу 80% од сите самоубиства отпаѓаат на момчињата.

РИЗИЧНИ ФАКТОРИ ЗА АДОЛЕСЦЕНТНО САМОУБИСТВО

- Еден од тројца се обидел пред тоа да изврши самоубиство.
- Околу 60% од адолесцентите кои извршиле самоубиство зборувале за своите самоубиствени размислувања на други лица. Момчињата за тоа зборуваат често со своите другари.
- Психијатриските растројства му претходат на самоубиството во повеќе од 90% од случаите, при што најмалку кај половината случаи тоа било растројство на расположението.
- Најмалку една четвртина страдала од сериозна злоупотреба на супстанции.

- Најзастапени причини за самоубиство и за обиди за самоубиство се прекин во односите или расправија со некој близок.

СИМПТОМИ

- Самоубиственото однесување во адолесценцијата е често поврзано со тековните психолошки проблеми, како што се аргументите жалост и разочарување.
- Растројства на расположението, сериозна злоупотреба на супстанции и, особено кај машките, асоцијално однесување.

ПРЕПОЗНАВАЊЕ И УТВРДУВАЊЕ

- Самодеструктивното однесување во адолесценцијата е цврсто поврзано со депресија и злоупотреба на супстанции.
- Кога се има депресија кај адолесцент, треба да се земе предвид, исто така, и можноста за самоубиствени мисли и обиди за самоубиство.
- Да се испитаат тековните животни околности и семејната ситуација.
- Да се направи процена за типот и за големината на односното психијатриско ртастројство и/или злоупотреба.
- Распрашување дали пациентот се обидел да изврши самоубиство во минатото.
- Да се испита дали пациентот навистина сака да умре. Дали има самоубиствени планови или аранжмани за тоа.

ТРЕТМАН

- Секогаш да се договорат состаноци за следење на состојбата и за охрабрување на пациентот да продолжи со третманот.
- Пристапот кон третманот да се направи да биде лесен.
- Ако самодеструктивноста е придружна со тешката депресија, третманот на депресијата треба да се започне без одложување.
- Селективните серитонински инхибитори (ССРИ) се лек на избор во психофармаколошкиот третман на депресивниот адолесцент со самоубиствени тенденции.
- Секогаш да се упати адолесцентот кој има обид за самоубиство на психијатриска консултација, подобро колку што е можно побргу.
- Психијатриската хоспитализација треба да се разгледа (**ннд-С**) ако самоубиствениот адолесцент страда од:
  - Психотично растројство
  - тешка форма на депресија
  - Биполарно растројство
  - Силно агресивно однесување
  - Голема злоупотреба или зависност од супстанции
  - Ако е неуспешна негата од страна на заедницата на претходниот самоубиствен обид.
- Хоспитализацијата се оправдува и по сериозни самоубиствени обиди (висока смртност или големи самоубиствени намери) ако адолесцентот имал активни самоубиствени размислувања и ако семејството на адолесцентот не може да даде задоволителна поддршка.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Програмите за превенција на самоубиства може да се ефикасни кај младината со голем ризик. Но, нема задоволителен доказ за тоа дали да се поддржуваат или не во училиште програмите за превенција од самоубиство базирани на соодветна програма (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991;48:834-9
2. Beautrais A, Joyce P, Mulder R. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996;35:1174-82
3. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman CJ, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993a;32:521-9
4. Gould M, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry 1996;53:1155-62
5. Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry 1996;53:339-48
6. Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J: Adolescence and suicide. A review of psychological autopsy studies. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry 1993;2:10-18
7. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, Zelenak JP. Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993b;32:95-105
8. Brent D, Kolko D. The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In: Blumenthal S, Kupfer D. (ed.) Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. pp. 253-302. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990
9. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. British Medical Journal 1993;306:1641-4
10. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, van Rossem R, Graae F, Cantwell C, Castro-Blanco D, Miller S, Feldman J. Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room programme for adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:654-63
11. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Pediatric Drugs 2003;5:243-265
12. Spirito A, Boergers J, Donaldson D, Bishop D, Lewander W. An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(4):435-42.
13. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry. 2000;34:420-36
14. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. Am J Psychiatry. 2003;160:10^{9}3-9

1. **EBM Guidelines, 17.3.2005, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2007 година**

САМОУБИСТВЕНО ОДНЕСУВАЊЕ ВО ДЕТСТВО И АДОЛЕСЦЕНЦИЈА

- **Информација**
- **Епидемиологија**
- **Подлога**
- **Симптоми**
- **Третман**

ИНФОРМАЦИЈА

- Децата планираат и можат да го спроведат актот на самоубиство на многу начини, со скокање или да се втурне во сообраќајот, но, исто така, и со бесење или пукање во себе, или со земање отровна супстанција, вклучувајќи лекови и алкохол.
- Со оглед на методите кои ги користат децата и адолесцентите, нивните самоубиства се веројатно често класифицирани како несреќен случај или друг вид несреќа.
- Самоубиствата извршени од млади луѓе не се препорачува да бидат објавувани во весниците и статиите со оглед на тоа што таквото однесување не треба да се случува кај младите.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Самоубиствените мисли се чести кај децата и кај адолесцентите и речиси секогаш се поврзани со другите симптоми од психопатологијата.
- Идеите за самоубиство и самоубиственото однесување се имаат зголемено во последните неколку декади. Самоубиствата пред пубертетот се ретки, но затоа значително се зголемени во адолесценцијата.
- Машките извршуваат самоубиство многу почесто од девојките.
- Децата кои се упатени во брза помош на психијатриска консултација имаат самоубиствено однесување.
- Ризикот од самоубиствен акт во понатамошниот живот, општо земено, е висок, но ризикот е тешко да се процени кај детето или кај адолесцентот.

ПОДЛОГА

- Децата настроени на самоубиство се депресивни и често доаѓаат од хаотични семејства.
- Тешките доживувања и стресни животни ситуации, како што се развод на родителите, загуба на некој на училиште или од родителите го предиспонираат младиот човек да дејствува на самоубиствен начин.
- Другите ризични фактори се употреба на алкохол и дроги, претходни самоубиствени акти, сексуална ориентација во малцинствата, и доживеана физичка и сексуална злоупотреба.

СИМПТОМИ

- Самоубиственото однесување вклучува размислувања и изразена желба да се умре, како и самоубиствени обиди и извршени самоубиства.
- Децата и адолесцентите ја прецењуваат смртноста на разните самоубиствени методи, така што младите со значителен степен на самоубиствени намери може да не успеат во обидот за спроведување на смртниот чин.
- Идеите за самоубиство и однесување изразени од страна на децата и адолесцентите треба секогаш сериозно да се земат предвид. Манипулативните закани за извршување самоубиство не е секогаш лесно да се одвојат од сериоизните самоубиствени идеи.
- Секогаш да се обрне внимание на можната депресија, другите психички симптоми и злоупотреба на супстанции.
- Кај младите деца самоубиственото однесување може да се манифестира со бегање или случувања незгоди.
- Деструктивните растројства, асоцијалното однесување, злоупотребата на супстанции, како и стравот од разделување и растројства на расположението се поврзани со идеите за самоубиство кај децата, а особено кај адолесцентите.
- Децата кои се закануваат со самоубиство сакаат нивното опкружување да разбере колку многу се разочарани и ако нивната ситуација не биде и забележана, тие може и да ги реализираат своите планови.

ТРЕТМАН

- Вклучува точна потврда и интервенција како психијатриски третман на придружното ментално растројство кој ќе се спроведе подоцна. Самоубиствено настроениот младинец треба секогаш да се упати на психијатриска консултација.
- Секогаш да се обрне внимание на можна депресија или други психијатриски симптоми и растројства, како и на употреба на алкохол и дрога.
- Сериозноста на самоубиственото однесување треба да се потврди со помош на добивање на следнава информација:
  - Дали момчето разбира што значи самоубиството?
  - Кои се симптомите на самоубиственото поведение и во кои ситуации момчето ги експонира?
  - Дали детето или адолесцентот го планирал во детали актот на самоубиство?
  - Дали момчето е анксиозно или е вознемирено?
  - Дали семејството е способно да го заштити детето од самоубиствените импулси во секој момент?
  - Проценување на ризичните фактори за кои е познато дека се поврзани со самоубиствени идеи и обиди.
- Итен прием во болница е потребен ако:
  - Идеите или однесувањето за самоубиство се покажуваат постојано за време на консултацијата;
  - Психолошката состојба на момчето е девијантна и неговата нестабилна состојба го прави однесувањето непредвидливо;
  - Родителите не можат да гарантираат безбедно опкружување и постојан надзор сè додека се одвива консултацијата во службата за ментално здравје;
  - Родителите не се во можност да го поддржат момчето поради нивните сопствени психолошки реакции.

- Ако не е потребен итен прием на детето
  - Да се упати момчето на психијатриска консултација колку што е можно поскоро. Да се провери преку телефон дали консултацијата ќе се реализира без одложување;
  - Дискусија со родителите за безбедното опкружување и проверка дека во домот не се на располагање оружје, алкохол, дрога и други штетни материјали;
  - Советување на родителите да ја контактираат итната помош ако е потребно тоа;
  - Да се има контакт со семејството, на пример преку телефон, сè додека се одвива консултацијата во центарот за ментално здравје. Важно е да се поддржи семејството во спроведување на планираните акции, со оглед на тоа дека тенденцијата за негирање на идеите за самоубиство на детето е прилично висока ако самоубиствените симптоми во извесен обем се ублажуваат.
- Третманот се планира индивидуално и, генерално, започнува со кризна терапија, болница за нега на внатрешни и надворешни пациенти, и продолжува како индивидуална или семејна терапија.

1. **EBM Guidelines, 15.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во октомври 2006 година**

РАСТРОЈСТВА НА НЕВОЛНО ДВИЖЕЊЕ (ТИК) ВО ДЕТСТВО

- **Основни правила**
- **Дефиниција**
- **Класификација**
- **Епидемиологија**
- **Клиничка слика**
- **Дијагностички можности**
- **Подлога за тиковите**
- **Третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Продолжените (повеќе од 2 месеца) тикови имаат потреба од консултација со детски психијатар.

ДЕФИНИЦИЈА

- Тик-растројството значи ненадејни, повторливи и ненамерни конвулзивни грчења или вокални симптоми на еден ист мускул или група мускули. Битно е дека движењата и звуците се испразнувачки, повторливи и аритмични, а симптомите се ненамерни.

КЛАСИФИКАЦИЈА

- Тиковите се поделени во повремени тикови, хронични тикови и Tourette-ов синдром.
- Хроничните тикови и Tourette-овиот синдром се сметат дека имаат слична заднина, единствената разлика е нивото на тежината на болеста. Критериумите за дијагноза на двете болести се дека симптомите започнале пред пациентот да наполни 21 година.
- Мислењата за причините за повремените тикови варира.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Застапеноста на хроничните тикови е повеќе од 4%.
- Појавата на Tourette-овиот синдром е помалку од 1% од целото население.
- Просечната старост на започнување на хроничните моторни тикови е околу 7 години, а за Tourette-овиот синдром е иста или малку повеќе. Вообичаено, симптомите почнуваат на возраст од 4 до 15 години, но Tourette-овиот синдром се има случено и кај деца под 1 година старост.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Тиковите може да се случат на целото тело, вообичаено во делот на главата, посебно мускулите на лицето и горниот дел од телото.
- Највообичаени типови моторни тикови се тресење на главата, гримаси, подигнување на веѓите, намигнување со очите, брчкање на носот, грчење на устата, подигнување на рамењата и свиткување на екстремитетите.
- Симптомите на вокалниот тик се воздишки, проевање, кашлање, шмркање, стенкање, фрчење и викање.
- Покомплексни симптоми на вокалните тикови вклучуваат ненадејни изливи на непристојни зборови и реченици (coprolalia), од кои 30% е Tourette-овиот синдром од кој страдаат пациентите.
- Тиковите, генерално, се поврзани со голем број други растројства во однесувањето, како што се нарушувања на вниманието, растројства на учење, пелтечење и други говорни растројства, растројства во поведението, опсесивно-компулзивни симптоми, панични напади, фобии итн.

ДИЈАГНОСТИЧКИ МОЖНОСТИ

- Екстремна моторна активност или неспокојство кај малите деца.
- Hyperkinesia.
- Chorea и athetosis во блага форма.
- Компулзивни движења кои се поврзани со ЦП-симптомите.

ПОДЛОГА ЗА ТИКОВИТЕ

- Направени се обиди да се објасни заднината на тиковите со фактори на индивидуална психологија, семејна психологија и, исто така, со биолошки фактори.
- Tourette-овиот синдром се мисли дека е растројство на наследен единечен ген. Се цени дека 1.2% од населението го има овој ген и дека околу половина од нив манифестира некоја форма од симптомите.

- Покрај постоење на тиковите, луѓето кои имаат Tourette-ов синдром имаат растројство на вниманието 10 пати, растројство на поведението 17 пати, панични напади 13 пати и депресија 11 пати почесто од здравите лица.
- Покрај наследноста, се смета дека другите фактори ги промовираат симптомите. Посебните ситуации кои ја предизвикуваат анксиозноста ги зголемуваат симптомите кај ранливите лица.

ТРЕТМАН

- Текот на тиковите и на Tourette-овиот синдром може да варираат значително. Спонтаните повторни појавувања се случуваат, а со тоа симптомот може лесно да се следи неколку месеци. Корисни се дискусии за поддршка и информирање со детето и семејството. Ако симптомот опстојува долго време, потребно е посебно испитување и третман.
- Тешките случаи се третираат со психотерапија и лекови. Пред започнување на третманот, дијагнозата треба да се потврди со темелно психијатриско и психосоцијално испитување кое е комплементарно на невролошките испитувања.
- Најдобри резултати од постојните психотерапии покажала бихевиористичката терапија. Покрај терапијата, битни се соодветната информација, совет и насоки.
- Haloperidol и pimozide[44] се користат како лекови. Исто така, и clonidine е употребуван за третман на тиковите, но се смета дека не е толку ефикасен како претходно спомнатите лекови.
- Пред да се започне со лековите, детето кое страда од од тикови треба да се упати на испитување спроведено од специјалист за детска психијатрија, и лековите мора да се даваат спрема упатствата на детскиот психијатар.

1. **EBM Guidelines, 25.3.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во март 2006 година**

44 **Недостапно во Р. Македонија**

ТРЕТИРАЊЕ ПСИХОЛОШКИ ПРОБЛЕМИ НА ИНТЕЛЕКТУАЛНО НЕСПОСОБНИТЕ ЛИЦА ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

- **Цели**
- **Психолошки проблеми**
- **Растројства на расположението**
- **Одредени предизвици во психолошкиот развој на интелектуално онеспособеното лице**
- **Утврдување на соматските причини**
- **Дали е сè в ред? И најмала помош може да го подобри квалитетот на животот**
- **Симптомите на ID-лицето се дел од заедницата**
- **Учењето е поврзано со симптоми**
- **Животни кризи**
- **Како се справуваат другите?**
- **Принципи на рационално лекување**
- **Поврзани докази**
- **Референци**
- **Алгоритам 11-16**

ЦЕЛИ

- Препознавање на состојбите кои бараат поспецифична потврда за можна ментална болест или психијатриско растројство.
- Идентификување можни соматски причини и нивно третирање.
- Обезбедување психијатриска прва помош кога е потребно тоа.
- Обезбедување понатамошна процена и третман на пациентот во соодветно одделение.

ПСИХОЛОШКИ ПРОБЛЕМИ

- Интелектуалната неспособност (ID) е дефинирана како потпросечен интелект. Честите коморбидитети (епилепсија, физички хендикеп, сензорски дефекти) причинуваат дополнителни проблеми.
- Застапеноста на менталните болести и психолошки растројства кај интелектуално неспособните е висок како и кај нормалното население. Сепак, поради различната појава и однесување на ID-луѓето, понекогаш е тешко да се детектираат овие болести.

РАСТРОЈСТВА НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО

- Пациентот може да биде неспособен да го каже своето расположение, доживувањето на самопочитта или надежите. Разликите во менталната будност гледана од другите може да е причина за промени во расположението.
- Периодичните промени кои се манифестираат како недостаток на енергија и неспокојство може да се индикација за биполарно растројство на расположението.
- Понекогаш интелектуално неспособното лице може да зборува отворено за идеите за самоубиство.
- Депресијата продолжува да биде потценета кај ID-населението.

Маниризам, стереотипност

- Аутистичките состојби, особено, може да вклучат разни состојби на чудно однесување и маниризам без да стои зад тоа некоја ментална болест.
- На пример, слепо лице може да го користи сетилото за мирис за да се ориентира во околината или лице со слаб вид може да бара светлина и да мавта со прстите пред неговите очи.

Неконтролирано мокрење преку ноќ

- Третманот се состои од аларм за неконтролирано мокрење, imipramine, desmopressin[45] назален спреј (minirin) (да се имаат предвид контраиндикациите).

Физичко и психолошко насилство, сексуална злоупотреба

- Дискриминацијата/злоупотребата не се ретки, но потврда за настаните е често тешка.

Преживање

- Симптомот може да е придружен со reflux oesophagitis кое бара третман.

Неспокојство, растројства на однесувањето, агресија

- Може да е придружено со соматски болести, ментални растројства или проблеми на општествена интеракција.

Однесување на самоповредување

- Заднината на причината може да е соматска. Потребно е интезивно испитување, особено ако однесувањето не се случило порано (удирање на главата и откинување на ноктите биле во почетокот речиси единствените симптоми кај една 17-годишна аутистична девојка по перфорација на жолчката).
- Ситуацијата е често подобрена со програма за екстензивна рехабилитација.
- Ако е потребно тоа, треба да се планира програма за терапевтско подучување за однесување (**ннд-С**).

Нарушена сексуалност

- Мастурбацијата во присуство на други луѓе може често да биде исклучена со подучување за соодветна интимност и со одредување јасни граници/ограничувања.
- Организирање активности, работа и хобија често се многу корисни.

45 **Недостапно во Р. Македонија**

Други проблеми

- Некои посебни состојби (Prader–Willi-ов синдром) се поврзуваат со особените психолошки проблеми.

ОДРЕДЕНИ ПРЕДИЗВИЦИ ВО ПСИХОЛОШКИОТ РАЗВОЈ НА ИНТЕЛЕКТУАЛНО ОНЕСПОСОБЕНО ЛИЦЕ

- Одредено оштетување на мозокот влијае на способноста на учење, разбирање и на личноста.
- Потврда на причината за болеста, дополнителен хендикеп, физички хендикеп, сензорски хендикеп, тешкотии во комуникацијата, епилепсија и други болести го прават лицето цел на постојано следење и физички контакт во разните старосни периоди.
- Со оглед дека третманот е во болница, пациентот е постојано одделен од неговите родители.
- Идентитетот се базира на дијагнозата, која може да се случи тешко да е разбирлива.
- Раниот живот на ID-детето е затскриен од разочараните и депресивни родители, а способноста на семејството да се поврати од шокот варира.
- Фактот дека детето има потреба од помош на дневна база дејствува на начинот на кој е создаден концептот на независност.
- Афективните врски понекогаш се искривени и може да опфатат сожалување, восхит на изведбата на детето без оглед на хендикепот, искуствата на одбивање или чувствата на срам од родителите, криење на детето од другите и директно насилство. Во спротивни случаи, детето има улога на миленик или на маскота.
- Сексуалните односи се компликувани, а пронаоѓање соодветен партнер може да биде тешко. Другите луѓе може нема да ја прифатат сексуалноста и состаноците. Имањето деца е вообичаено надвор од дискусија, дури и во случај кога лицето се смета себеси дека е способно за родителство и ги сака децата.

УТВРДУВАЊЕ СОМАТСКИ ПРИЧИНИ

- Неспокојството кај ID-лице може да резултира од соматска болка (да се имаат предвид следниве причини: изместување на колкот, фрактури, желудечно-езофагусен рефлукс или пептичен чир, расипување на забите или синусит).
- Агресии кои се случуваат, како што се напади или други растројства на однесување, можат да се поврзани со епилепсија: болеста можеби започнала или е дијагностицирана порано, но се презентира со нови симптоми, пациентот се упатува на невролог.
- Понекогаш лековите за епилепсија може да предизвикаат психолошки симптоми. Carbamazepine и clonazepine може да да предизвикаат симптоми на токсичност дури и кај терапевтските дози. Антиепилептиците имаат неколку интеракции. Erythromycin ја зголемува концентрацијата на carbamazepine, а tetracyclines ја зголемува онаа на phenytoin до токсични нивоа.
- Дисфункцијата на тиреоидната жлезда е често поврзана со Down-овиот синдром. Нефункционирањето предизвикува депресија, а преголемото производство води во клиничка слика на вознемиреност - следење, не само ТСХ-нивоа.
- И во случај кога причината за интелектуалното ниво е дефинирана, симптомите

може да резултираат од нов интракраниjален процес.
- Лековите треба внимателно да се проценат: полифармацијата може да предизвика психолошки несакани последици, на пример: антихолинергенични несакани последици да се акумулираат (imipramine[46] + невролептик + лекови за Паркинсонова болест).

ДАЛИ Е СÈ В РЕД? И НАЈМАЛА ПОМОШ МОЖЕ ДА ГО ПОДОБРИ КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ

- Животот на ID-лицето често се разликува од нормалниот живот на многу начини и може да е вознемирувачки различен во очите на здраво лице. ID-лицето, сепак, може да биде благодарно и за минорна помош и не ја споредува својата ситуација со идеалите одредени од другите луѓе. Кога се планира една програма на обемна рехабилитација, да се бара место каде може да се реализира помошта.
- Успешно биле употребени во третманот на менталните нарушувања и на другите приоди со решавање на проблемот, методите на теравпетско однесување, психодинамичните индивидуални и групни терапии и разните форми на креативна активност.

СИМПТОМИТЕ НА ID-ЛИЦЕТО СЕ ДЕЛ ОД ЗАЕДНИЦАТА

- Често ID-лицето има грижливо заштитено место или позиција во социјалната група. Поместување на оваа позиција може да предизвика симптоми.
- Со голем напор, групата креира група правила. Идентификување и дискутирање за напорите може да води во ослободување од погрешни врски.
- Нејасните очекувања и ограничувања или противречната постапка може да има потреба од обединување (еден член од персоналот може да е стриктен, додека друг не).

УЧЕЊЕТО Е ПОВРЗАНО СО СИМПТОМИ

- Неспокојството или другите симптоми може да се начин да се заобиколат вистинските тешкотии во учењето.
- Симптомите може да бидат најдобар начин во постигнување на задоволувачката цел, или само да се привлече внимание.

ЖИВОТНИ КРИЗИ

- Ефектите од кризите може да се продолжат на долг временски период, лицето не може да ги разбере настаните, симптомите може да настанат долго потоа.
  - Период на активна рехабилитација кога лицето почнува понезависен живот;
  - Промена во семејството, бебе, болест или смрт;
  - Напуштање на домот, одење во нова куќа, домување со поддршка, итн.;
  - Кризата ја има направено личноста посвесна за својот хендикеп и за тоа дека е различен.

46 **Недостапно во Р. Македонија**

КАКО СЕ СПРАВУВААТ ДРУГИТЕ?

- За оние околу интелектуално неспособниот често е и физички и ментално тешко во секојдневниот живот. Исцрпеноста на родителите, членовите на семејството или непосредните даватели на нега може прво да манифестираат симптоми на ID-лицето. Чувството за должност може да ги спречи другите да зборуваат/да ја признаат нивната замореност. Понекогаш многумина од членовите на семејството прават огромни жртви, бидејќи ID, всушност, е член на семејството.
  - Покажуваат грижа за семејството, за давателите на нега и прашуваат како тие се справуваат со ситуацијата.
  - Дали е некој депримиран?
  - Како живее семејството, дали има други луѓе кои ги посетуваат, дали ги сметаат другите како што тие го очекуваат тоа, колку време и на каков начин членовите на семејството поминуваат со ID-лицето?
  - Дали секој има доволно време за сопствена рекреација?
- Посебни служби и организации за здравствена нега за ID даваат услуги и тренажни курсеви за адаптација, краткорочна нега, кампови, персонал за поддршка и групни активности. Ова може да му помогне на семејството да се справи со ситуацијата.

ПРИНЦИПИ НА РАЦИОНАЛНО ЛЕКУВАЊЕ

- Точно да се одреди целниот симптом за да може да се процени промената (на пример, користењето тоалет наутро трае 2 часа, 3 пати во денот по 30 мин за изливи на лутината).
- Основно правило е да се препише само еден психофарамацевтски лек во исто време. Ако полифармацијата е оправдана, да се направи обид со еден нов лек за да може да се процени ефектот. Следењето на резултатите е доволно за донесување процена (недели, месеци).
- Да не се препишуваат два невролептика истовремено (особено ако се слични).
- Да се третираат очигледните ментални болести и тешките ментални растројства со лекови во согласност со принципите користени за третирање на луѓето со нормална интелигенција.
- Да не се препишуваат јаки долготрејни психофармацевтски средства за неспокојство пред да се направи обид со други методи во негата на ID-лицето.
- Неспокојството, агресијата и растројствата на однесување може да се третираат, на пример, со следниве препарати:
  - Carbamazepine (забавено, постепени промени во дозирањето, употреба на исти серумски концентрации како кај епилепсијата);
  - Невролептици (употреба на лекови со кои сте запознати);
  - Пропранолол (забавено, постепени промени во дозирањето, следење на пулсот и на крвниот притисок);
  - Литиум (како за манијата);
  - Антидепресиви.
- Кога се проценуваат ефектите и несаканите последици од третманот, да се земе предвид мислењето, по можност, на три лица: самиот пациент, член на семејството или персонал и претставник од училиштето или од работното место.
- Да не се заборави да се следи фармаколошкиот третман, да се провери дали целите се постигнати, да се определи дозирањето и да се прекине со неефикасните третмани.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Доказот за ефикасноста на когнитивно-бихевиористичките и бихевиористичките интервенции на насочена агресија нанадвор кај децата и возрасните со интелектуални неспособности е недостаточен (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Didden R, Duker PC, Korzilius H. Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviours with individuals who have mental retardation. Am J Ment Retard 1997;101:387-399
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973364. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 14.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2006 година**

НАСИЛСТВО И ЗЛОУПОТРЕБА НА ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Информација**
- **Опис на насилството**
- **Видови насилство кои најчесто се среќаваат во здравствената нега**
- **Епидемиологија**
- **Последици од насилството и злоупотребата**
- **Фактори**
- **Третман**
- **Превенција**

ИНФОРМАЦИЈА

- Секое доживеано насилство (на пример, присутност за време на насилен чин или цел на насилен чин), а особено семејното насилство, е штетно за детето, без оглед на тоа што нема физички оштетувања.
- Насилството помеѓу децата, тиранизирањето, се среќава кај значителен број деца.

ОПИС НА НАСИЛСТВОТО

- Насилството може да се подели на физичко, хемиско, психолошко, сексуално, социоекономско и согласно со контекстот.
- Разни видови насилство можат да се раздвојат во активни и пасивни форми. На пример, удирање на детето е активно насилство, додека занемарување на соод-

ветната нега на детето е пасивно насилство. Детето се смета дека е запоставено ако се занемарени неговите физички и ментални потребни.
- Münchhausen синдромот е ретка форма на злоупотреба која е насочена кон детето. Возрасно лице, најчесто мајката на детето, создава симптоми за детето со кои настојува да го прикаже како болно, кое како последица има непотребни медицински испитувања. Симптомите констатирани кај детето, се чини, воопшто не го загрижува родителот.

ВИДОВИ НАСИЛСТВО КОИ НАЈЧЕСТО СЕ СРЕЌАВААТ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА НЕГА

Физичка злоупотреба

- Вклучува, на пример: физички казнувања (во Финска е забрането со закон), плескање, клоцање, соборување, фрлање, исцрпување и занемарување на сопствената нега.
- Потеклото на повредата не се однесува, генерално, на несреќен случај или друг вид несреќа, често има контрадикција помеѓу карактеристиките на повредата и објаснувањето како се случило тоа.
- Детето може да има знаци на коскени фрактури од различен обем или модринки на нетипични места.

Хемиско насилство

- Вклучува, на пример: давање алкохол или други дроги на дете кое плаче за да се смири, неводење грижа за адекватна диета или недавање на лекот на детето кога е потребно.

Психолошко насилство

- Вклучува негирање грижа за детето, љубов или набавки, заплашување, уценување или заканување на детето, како и ментално врзување на детето или ограничување на неговата независност. Психолошкото насилство опфаќа третирање на детето како безвредно или омаловажувајќи го и дискриминирајќи го или покажувајќи омраза.
- Психолошкото насилство врз децата и адолесцентите е општа појава и се среќава дури и за време на консултациите во центрите за здравствена нега. Се смета дека е тешко интервенирањето од страна на професионалците за здравствена нега.

Сексуално насилство

- Вклучува сексуално вознемирување и злоупотреба што го одведува детето во проституција, како и изложување на детето на сексуалност која не е соодветна за возраста или на нивото на развојот.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Насилството и злоупотребата насочени кон деца или адолесценти е тешко да се констатира, бидејќи само мал број од случаите се доставени на внимание на општествените и здравствените власти.

- Ученици на 16-годишна возраст во Финска одговарале на прашалник кој се однесувал на доживеано насилство. Согласно со одговорите, 72% имале блага форма на насилство, а 7-8% биле подложени на тешка форма на насилство.
- Сексуалната злоупотреба е најавена (за возраст од 15 - 16 години) кај 7% од девојчињата и 3% кај момчињата. Веројатноста од сексуална злоупотреба се зголемува со возраста на детето.

ПОСЛЕДИЦИ ОД НАСИЛСТВО И ЗЛОУПОТРЕБА

- Симптомите кои се однесуваат на злоупотреба и негирање се разни и не се специфични.
- Последиците може да бидат физички:
  - Нарушувања на растот;
  - Повреди (во некои случаи повреди на мозокот може да резултираат во ретардираност);
  - Нарушување на биолошкиот ритам (спиењето и јадењето и излачување на хормоните за растење);
  - Нарушувања на саморегулацијата (внимание, уринирање, дефекација).
- Или психолошки:
  - Ментални растројства, депресија, анхедонија;
  - Нарушувања на општествените односи;
  - Непостигнување на задачите;
  - Мала самопочит;
  - Неспособност да се контролира, агресивност;
  - Повлекување, бегање од дома, хипербудност;
  - Во тешки случаи, симптоми на посттрауматско стресно растројство (ПТСД).

ФАКТОРИ

- Злоупотребата и запоставувањето на детето или адолесцентот е придружено со психопатологија на родителите и со општествените фактори.
- Родителите кои ги злоупотребуваат своите деца и самите биле злоупотребувани во детството или во адолесценцијата.
- Злоупотребата често се случува на места кај кои комбинација од разочарување и ментални проблеми им забрануваат на родителите да дејствуваат на возрасен начин.
- Ризични фактори на семејното насилство се изолација на семејството, сиромашните општествени околности и финансиски проблеми.
- Депресивните мајки ретко ги злоупотребуваат своите деца физички, но децата често се запоставени.
- Ризикот од злоупотреба често се зголемува ако детето е предвреме созреано, многу плаче, има физичка повреда, ретардирано е или е хронично болно.

ТРЕТМАН

- Злоупотребата на детето или адолесцентот бара соработка помеѓу властите (детска социјална грижа, здравствена нега, полиција).
- Законодавството во врска со третманот и малтретирањето на децата се разликува во разни земји.
- Задача на професионалците од здравствената нега е да ја информираат социјал-

ната служба за грижа на децата за злоупотребата која ги надминува правилата на доверливост во многу западни земји. Во Финска властите во центрите за социјална грижа на децата се одговорни да ја контактираат полицијата, ако е потребно.

- Во Финска се направени упатства со стручен консензус за потребата од понатамошно испитување на можно физичко злоупотребување. Согласно со него, испитувањето се препорачува ако се најдени следниве повреди:
  - Сите фрактури кај детето помладо од 1 година.
  - Фрактури на ребро, надлактница, лопатката или 'рбетот кај деца помлади од 5 години.
  - Сите фрактури на черепот кога:
    - Има какви било оштетувања во черепот (контузија или излив на крв);
    - Пукнатината на фрактурата е поголема од 1 mm;
    - Фрактурата е во парчиња;
    - Фрактурата е од двете страни;
    - Фрактурата е во задниот дел од черепот.
  - Ако се има сомневање на синдром на потресено бебе.
  - Сите изгореници и исеченици кои се јасни или се нанесени со врели објекти.
  - Ако модринките ги има во голем број и не се наоѓаат на типични места (нозете, предниот дел на рацете и челото).
  - Сите фрактури и повреди кај децата од која било возраст кога има неусогласеност помеѓу анамнезната информација и наодите во клиничкото испитување или кога изгледа дека е можна злоупотреба.
- Злоупотребеното дете или адолесцент треба да се упати на соодветна психијатриска оцена и превенција.
- Кога се потврдува ризикот од понатамошна злоупотреба или запоставување, најмалку следниве фактори се потврдени: траење на злоупотртебата и запоставувањето, фактори на ситуацијата, психолошката состојба на родителите, семејната атмосфера, општествените односи на семејството и соодветните односи на детето.
- Целите на третманот се однесуваат на родителите и на детето.
- Третманот е најчесто индивидуална комбинација на разни терапии и модалитети за поддршка. Властите, исто така, можат да интервенираат со давање економска поддршка на семејството.
- Децата и адолесцентите кои се злоупотребени или запоставени може да имаат потреба од добродателска нега за време на испитувањето или продолжено. Одлуката за овој вид нега ја донесуваат властите на социјалната грижа за деца.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Битно е да се нагласи, покрај тертманот, и превенцијата.
- Корисните работи опфаќаат:
  - Промовирање на родителската свест за злоупотребата на детето, запоставувањето и психоедукација;
  - Подобрување на економското и психолошкото опкружување на семејствата со деца;
  - Поддршка на родителите и семејствата во стресни ситуации.

1. **EBM Guidelines, 15.10.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во октомври 2007 година**

ПАЦИЕНТ СО ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ

- **Основни правила**
- **Хронична болка и психосоматски синдром**
- **Психијатриски растројства со соматски симптоми**
- **Барање дијагностички тестови, лекови, боледување и пензија**
- **Квалитет на односот лекар - пациент**
- **Други терапии**
- **Референци**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Психосоматските симптоми ретко исчезнуваат сосема. Целта на терапијата треба да е формирање хармоничен кооперативен однос во кој пациентот не бара поголема помош од онаа која лекарот е во состојба да ја даде.
- Пациентот сака неговиот симптом да има свое име и да е потврден. Само по ова пациентот може да го потврди симптомот и да прими третман. Целта да психосоматскиот симптом да има свое име е вид на договор помеѓу лекарот и пациентот. Пациентот не е задоволен сè додека објаснувањата кои му ги дава лекарот за неговите симптоми не кореспондираат со неговите сопствени погледи.
- Да се минимизираат непотребните дијагностички тестирања и да се максимализира употребата на непсихофармаколошки терапии, како што се психолошка поддршка и физички вежби.
- Лекарот не треба да се сомнева никогаш во постоењето на симптомот ниту за неговата нереална големина.
- Способноста на лекарот да слуша и да се спротивставува на пациентот за време на интервјуто е потребно за разбирање на психолошките основи за соматските симптоми.
- Битно е лекарот да дејствува како учител кој му помага на пациентот да разбере како психичките стресови и стравови можат да предизвикаат соматски симптоми и болка со дејствување на автономниот нервен систем и мускулната напнатост. Генерално, не се препорачува симптомите да се наречат дека се психијатриски.

ХРОНИЧНА БОЛКА И ПСИХОСОМАТСКИ СИНДРОМ

- Битно е да се третираат психогените симптоми и болката исто така сериозно како и соматските.
- Пациентите, типично, имаат проблеми во разбирање и изразување на своите емоции (alexithymia: нема зборови за емоциите).
- За да се осознаат животните околности на пациентот, би можело да биде полесно да се започне со прашување на пациентот за присутноста и за тежината на симптомот или болката во разни ситуации во животот.

ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА СО СОМАТСКИ СИМПТОМИ

- Големо депресивно растројство може да има симптоми на синдромот на хронична болка или растројство на соматска исцрпеност. Една четвртина од пациентите со синдром на хронична болка, исто така, го покриваат и критериумот за големо депресивно растројство.
- Пациентите со панично растројство имаат напади со соматски чувства кои произлегуваат од активирањето на автономниот нервен систем (хипервентилација, палпитација, болка во градите, скратено дишење, вртоглавица, слабост, потење, страв од умирање). Кај генерализираното анксиозно растројство, стравот од социјалната ситуација и фобичните симптоми предизвикани со активирање на автономниот нервен систем, исто така, се честа појава.
- Кај шизофренијата, соматскиот симптом е често невообичаен и е дел од поширок параноиден систем.
- Кај одвоените реакции (растројство на конверзија), типичен симптом е губењето физиолошка функција (парализа, слепило), кое има индивидуално психолошко значење за пациентот.
- Соматизационото растројство е хронично растројство кое започнува во адолесценцијата, кога пациентот има неколку соматски тегоби.
- Кај реакција на тага, пациентот често има симптоми на болест предизвикана од загуба на сакано лице. Симптомот може да се активира на годишнината од загубата, на роденденот на починатиот или за време на празничните денови. Ако пациентот има психосоматски симптоми, корисно е да се постави прашање за причината за смртта на саканото лице и да се согледа односот на пациентот спрема загубата.
- Хипохондријата се манифестира како продолжен страв да не се стане болен или од сомневање на болест базирана на лажна интерпретација на телесните симптоми. Факторите на активирање се болест или смрт на сакано лице или сопствена поранешна болест.
- Кај Мунцхаусен синдромот лицето ја бара со цел улогата на пациент. Сепак, без намера да се постигне веднаш корист, како што се економска корист или избегнување на некои задачи. Таквото лице, на пример, може да јаде или да вшприца штетни супстанции или објекти кои предизвикуваат соматски симптоми и со тоа се здобиваат со внимание од страна на лекар.

БАРАЊЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ, ЛЕКОВИ, БОЛЕДУВАЊЕ И ПЕНЗИЈА

- Барањето дијагностички тестови и препишувањето рецепти може да стане дел од односот лекар - пациент, еден неизречен и чесен компромис. Недостигот од оваа практика се трошоците за непотребните дијагностички тестови и третманите и можната зависност или непожелните последици од непотребните лекови.
- Успехот на алтернативната медицина во психосоматските растројства се базира, главно, на ваквиот вид компромис, но и на емпатијата.
- Честа грешка, и често судбоносна за односот лекар - пациент, е да се дискутира за боледувањето или за пензијата како симптоми, како да се одлучувачки фактори. Ако докторот негира боледување или пензија, повикувајќи се на благоста на симптомите, со тоа се врши сомневање на субјективното искуство на пациентот и може да го навреди пациентот.
- Кога лекарот решава да не препишува боледување или да препорача пензија,

треба да го убеди пациентот дека не се сомнева во симптомот на пациентот или во големината на болката.
- Ако психосоматскиот симптом е поврзан со животна криза или исцрпеност, боледување е често потребно. Исцрпеноста често бара отсуство од работа од 2-3 недели, а тешка форма на депресија 2-3 месеца.
- Кога се разгледува прашањето дали пациентот има право на пензија, важно е да се обрне внимание на исцрпеноста на пациентот, здравјето, воопшто, способноста да ги изразува своите чувства, личноста и животната ситуација. Вообичаено е најдобро да се добие мислење од психијатар или психолог уште во почетокот на процесот за можно пензионирање.

КВАЛИТЕТ НА ОДНОСОТ ЛЕКАР - ПАЦИЕНТ

- Ретко се корисни аналитичките и интерпретирачките психотерапии.
- Односот лекар - пациент треба да дава поддршка и утешување.
- Редовен долготраен контакт со соматски лекар дава најдобра можна поддршка на хронично психосоматскиот пациент, може да го подобри функционалниот капацитет на пациентот и да заштеди на ресурсите.
- Третманот треба да почне со градење доверлив и заштитнички однос лекар - пациент (активна дијагностичка стратегија за симптомите, третманите за соодветните симптоми, флексибилен однос спрема алтернативните терапии).
- Посебно во почетокот, подобро е да се избегнува психологозирање на симптомот или интерпретирање на неговото значење.
- Важно е да се убеди пациентот дека односот лекар - пациент може да продолжи без оглед дали симптомот продолжува да постои или исчезнува. Симптомот не треба да е билет за пристап во односот лекар - пациент.
- Не се советува да се даде надеж со лекувањето, туку да се даде реална надеж за постепено ублажување или ослободување од симптомот. Лекарот треба да знае дека порано или подоцна ќе го разочара зависниот пациент.
  - Пое акутната фаза, односот лекар - пациент може да продолжи и во текот на животот на пациентот, прво како чести консултации (на пример, еднаш месечно), а подоцна контактот може да е поредок, но да е редовен.
- За време на консултацијата се дискутира повеќе за тековната животна ситуација на пациентот отколку за симптомот. Иако консултацијата може да е излишна и непланирана и непсихотерапевтска, таквиот однос лекар - пациент може да обезбеди најдобра можна психотерапевтска поддршка на пациентот со хронична болка и со други психосоматски симптоми.
- Целта на односот лекар - пациент е давање безбедност и да се спречи пациентот да се пренасочи кон други третмани и процедури кои ја комплицираат ситуацијата.
- Ако лекарот е на викенд или на пат подолго време, треба да го додели пациентот на колега за итни случаи и да го информира за симптомите и заднината на болеста на пациентот. Овој аранжман е најдобра гаранција дека пациентот нема да се појави во брза помош.

ДРУГИ ТЕРАПИИ

- Семејната терапија може да биде корисна ако симптомот е дел од комуникацијата или постои борба во семејството. Системско, стратегиско и ориентирано семејство

кон решение или мрежни сеанси може да се најефикасни и да се економско средство за влијаење на комуникацијата во рамките на семејството.

- Когнитивната бихевиористичка терапија (**ннд-В**) се покажала како корисна во третманот на необјаснети соматски симптоми.
- Битно е психосоматскиот симптом да се земе сериозно како соматски симптом и да се избегне непотребното интерпретирање и психологизирање.
- Општо земено, се препорачува избегнување фармаколошки третмани. Сепак, изгледа дека антидепресивите се ефикасни за психогената болка и растројства на соматоформната болка (**ннд-В**).
- Состојбите се подобри за рехаблитација ако пациентот не ги доживува како закана за безбедноста на односот пациент - лекар или како средство на лекарот да се ослободи од тешкиот пациент.
- Флексибилниот однос на лекарот спрема алтернативната медицина му овозможува на пациентот да ги избегне многу штетните и скапи експерименти со третманите.
- Некои пациенти со психосоматски симптоми имаат потреба од нивниот симптом или страдање. Хроничниот симптом несвесно се чувствува како помало зло отколку да се биде добар и да се справува со разните консеквенции од тоа да се биде здрав.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Smith GR Jr, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of standarized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. Arch Gen Psychiatry 1995;52:238-43
2. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P et al. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. BMJ 1995;311:1328-32
3. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999;80:1-13
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-990758. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
5. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff RS. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder: a meta-analysis. Psychosomatic Medicine 1998;60:503-509
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981319. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software

1. **EBM Guidelines, 28.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

АДХД И МБД СИНДРОМИ

- **Дефиниции**
- **Епидемиологија и прогноза**
- **Испитувања и процедури**
- **Лекување**
- **Поврзани докази**
- **Референци**
- **Алгоритам 17-20**

ДЕФИНИЦИИ

- Група проблеми кои вклучуваат недостиг од внимание, преголема активност и недостаток на импулс за контрола и денес во меѓународната литература се наречени растројство на хиперактивност/недостиг од внимание (АДХД).
- Во ИЦД-10 веќе не е вклучен терминот минимална мозочна дисфункција (МБД), а сите посебни проблеми треба да се наречат со нивниот исправен термин.
- Терминот МБД е заменет со ДАМП (недостаток на внимание, моторна координација и забележување).
- Особено во САД се користи терминот АДХД, кој е вклучен во системот за класификација на психијатриски болести ДСМ-IV. Комплет на прашања е дефиниран за дијагностички цели и овие прашања може да се употребат за дефинирање дали детето има само едно растројство на недостиг од внимание или проблем на контрола на импулс/хиперактивност или има комбинација од нив.
- ЦНС-симптомите, како оние што предизвикуваат тешкотии при учење и моторната слабост се често поврзани со АДХД, во тој случај АДХД и МБД се идентични концепти.
- Терминот МБД се користи кога проблемите во другите делови се поврзани со растројство на дефицит на внимание:
  - Моторна координација: хиперактивност, забавено движење, мала и голема моторна слабост;
  - Перцепција: тешкотии има, главно, во видот, слухот, чувствувањето и забележувањето на просторот и местоположбата на телото;
  - Јазик: разни проблеми кои се манифестираат на разни начини;
  - Учење: покрај гореспоменатите тешкотии, проблемите може да се предизвикани од тешкотијата во концентрирање, малите износи на внимание или дисфункција во памтењето;
  - Однесување: растројствата во однесувањето и емоционалните проблеми се предизвикани или директно од МБД или се секундарна последица од нефункционирање на социјалната интеракција.
- Концептот на МБД и на другите дијагностички дефиниции ја нагласуваат слабоста на детето. Согласно со неколку студии, станува прашање побргу за рамнотежа помеѓу слабоста или ризичните фактори и спротивните заштитни фактори. Износот на психосоцијална поддршка која ја прима детето е во јака корелација со степенот на тешкотиите на училиште, дури и појаки од биолошките ризични фактори.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ПРОГНОЗА

- Најмалку 5% од децата имаат растројство на недостаток на внимание/хиперактивност, проблеми во моторната координација и тешкотии во перцепцијата во почеток на одење на училиште: секој клас има најмалку едно хиперактивно дете.
- Проблемите се јавуваат уште повеќе кај машките отколку кај девојчињата. Сепак, кај девојчињата помалку очевидните проблеми можат да останат недијагностицирани.
- Една третина од овие деца имаат такви значителни тешкотии за кои е потребен третман и рехабилитација веќе во предучилишна возраст, додека остатокот има потреба од мерки за поддршка на училишна возраст.
- На училишна возраст моторните проблеми често се ублажуваат, иако една третина сè уште страда од слабост како возрасни.
- Проблемите со недостаток на внимание можат да продолжат до возрасниот период и бара нега.

ИСПИТУВАЊА И ПРОЦЕДУРИ

- Раната детекција е важна за точно одредување на рехабилитацијата.
- Дијагнозата се одредува по одредено испитување (педијатар невролог и, ако е потребно, психијатар, терапевт, психолог, итн.) и според дијагнозата се одредуваат мерките за рехабилитација.
- Наместо да се задоцни со стартот на одење во училиште, подобро е детето да оди во училиште и подолго ако е подобро тоа. Овие деца имаат потреба од посебна образовна програма или дополнителен надзор кај некои предмети. Најдобра опција може да биде приспособен наставен план.
- Факторите кои предизвикуваат стрес кај децата, како што се брачните проблеми, занемарување при развод, насилство во семејството итн., исто така, се среќаваат во текот на животот на децата со МБД. Нивните штетни влијанија се позабележливи кај овие деца со посебни тешкотии и персоналот за здравствена нега треба да ги идентификува овие фактори активно на начин да се воспостави соработка со сите страни.
- Семејствата имаат корист од овие приспособени програми, празници за родителите или за семејството, добрата пишана информација, групни активности на врсници од родителските групи и понекогаш од семејна психотерапија.
- Потребна е експертиза за насоките за избор на кариера и за планирање на студиите. Важната транзиција од детство во возрасно лице бара посебно внимание.

ЛЕКУВАЊЕ

- Најдобро документиран краткотраен ефект на симптомите на хиперактивност е постигнат со психостимуланти (methylphenidate[47] (**ннд-В**), dextroamphetamine[48] и magnesium pemoline[49]).
- Терапијата со психостимуланти може да биде најкорисна кај децата кои страдаат од голема хиперактивност, чија внимателност е ненормална во однос на нивната интелигенција и кои немаат симултани емоционални нарушувања.
- Клиничката реакција на терапијата со лекови е тешко да се предвиди и третманот секогаш почнува со обид.

47 **Недостапно во Р. Македонија**
48 **Недостапно во Р. Македонија**
49 **Недостапно во Р. Македонија**

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Carbamazepine може да е ефикасен кај растројство на хиперактивност/недостиг на внимание (**ннд-С**).
- Согласно со индиректните споредби со слаба методологија, антидепресивите и methylphenidate веројатно се еднакво ефикасни кај возрасните со растројство на хиперактивност/недостиг на внимание (**ннд-D**).
- Methylphenidate[50] е поефикасен отколку психолошко-бихевиористички терапии кај АДХД на деца и адолесценти (**ннд-В**).
- Бихевиористичките терапии не се поефикасни од вообичаените терапии во АДХД (**ннд-С**).
- Clonidine изгледа има ефект кај симптомите на растројство на хиперактивност/недостиг на внимание. Сепак, обемот на дејствувањето е помал отколку кај стимулансите, а несаканите последици се исти (**ннд-В**).
- Atomoxetine[51] е подобар од плацебо за третман на растројството на хиперактивност/недостиг на внимание, но нема доказ за поголема ефикасност или побезбеден профил отколку кај користената терапија во овој момент (**ннд-А**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Silva RR, Munoz DM, Alper M. Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psych 1996;35:352-358
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-973023. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Higgins ES. A comparative analysis of antidepressants and stimulants for the treatment of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of Family Practice 1999;48:15-20
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-990302. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
5. Shukla VK, Otten N. Assessment of attention deficit/hyperactivity disorder therapy: a Canadian perspective. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment/ Office Canadien de Coordination de l' Evaluation des Technologies de la Sant,. Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). 12039012. Technology Overview. 1999. 11.
6. The Health Technology Assessment Database, Database no.: HTA-998360. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
7. Jadad AR, Boyle M, Cunningham C, Kim M, Schachar R. Treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Tech. 1999. 1-341.
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20008341. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
9. Ramchandani P, Joughin C, Zwi M. Attention deficit hyperactivity disorder in children. Clinical Evidence 2002;7:262-271

1. **EBM Guidelines, 14.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

50 **Недостапно во Р. Македонија**
51 **Недостапно во Р. Македонија**

АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

- **Вовед**
- **Епидемиологија**
- **Акутна стресна реакција**
- **Психолошка прва помош и ментална нега по голем инцидент**
- **Насоки за психолошка прва помош**
- **Посттрауматско стресно растројство (ПТСД): симптоми и дијагноза**
- **Посттрауматско стресно растројство: третман**
- **Референци**

ВОВЕД

- Психолошките реакции на крајно трауматските настани вообичаено се поделени во две главни категории, односно реакции на стрес и растројства на стрес.
  - **Реакција на стрес**, во принцип, е нормална реакција на екстремно трауматичен настан и не бара секогаш медицинско внимание.
  - **Стресното растројство** вообичаено бара медицинска интервенција.
- Да се разгледа можноста од посттрауматско стресно растројство (ПТСД) ако пациентот има доживеано исклучително стресен и психолошко трауматски инцидент или настан во последните 6 месеци.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- По големо растројство, 50-90% од инволвираните ќе доживеат најмалку краток стресен шок, кој вообичаено го исполнува критериумот за акутна стресна реакција. Симптомите во акутната фаза не мора да го предвидуваат развојот на долготрајните растројства.
- Се проценува дека во зависност од населението, 1-8% ќе доживее ПТСД во некој период од животот. Покрај тоа, до 15% од населението ќе доживее благи форми на болест. Пропорцијата на засегнати лица може да е значително повисока кај населението со предиспозиции.
- Стресните растројства се случуваат помеѓу луѓе на сите возрасти, вклучувајќи ги и децата.
- Типични случаи на растројство вклучуваат големи несреќни случаи, акти на војна и тероризам, сведочење или доживување на насилство и силување кај жените.
- Најголемиот број пациенти со ПТСД ќе бидат, исто така, засегнати од друго растројство на менталното здравје за време на нивниот живот, на пример алкохолизам или афективни растројства.

АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА

Симптоми

- Физичките и емоционалните симптоми на генерализираното анксиозно растројство се јавуваат во рок од еден час од стресното доживување, можно со вклучување на симптомите придружени со социјално однесување или расположение. По изложувањето на стресниот настан, симптомите ќе почнат да се повлекуваат по 8 часа. Ако изложеноста на стресниот настан е продолжена, симптомите може да опстојат и 48 часа.
- Симптомите сосема исчезнуваат во рок од 72 часа.

Други дијагностички можности и истражувања

- Слични акутни симптоми може да се припишат на соматска болест, труење или компликација на повреда.
- Панично растројство.
- Дијагнозата се базира на набљудување и слушање на пациентот.

Третман

- Кај потежок инцидент треба да се следат општите насоки дадени подолу.
- Кратко дејствувачките бензодиазепини или хипнотици можат да се препишат за неколку дена за да се третира анксиозноста или нарушувањата на спиењето.

ПСИХОЛОШКА ПРВА ПОМОШ И МЕНТАЛНА НЕГА ПО ГОЛЕМ ИНЦИДЕНТ

Основни принципи

- Близина
- Итност
- Исчекување
- Едноставност

НАСОКИ ЗА ПСИХОЛОШКА ПРВА ПОМОШ

- Да се земе предвид можноста на повеќебројни повреди.
- Да се провери дали преживеаните можат да се одморат, дали се затоплени и имаат пристап до топли напивки.
- Да се активира психолошка поддршка на самото место или во негова непосредна близина за да им се овозможи на преживеаните да учествуваат во помагање на другите каде што е потребно тоа и да се развие чувството на солидарност со нив. Да се избегне разместување на кој било на непознати места.
- Да се обезбеди сите преживеани да имаат поддршка заедно и ниеден да не остане сам.
- Да се упати психолошка прва помош за да ги подучат неуките од тимот за спасување колку што е можно повеќе.
- Да се започне со кризна интервенција веднаш за да се избегне зацврстување на психолошката траума. Да се понудат можности да се разговара и да се изразат

емоциите за време на првичната шок-фаза, но да не се прават обиди сосила да се скрати оваа фаза.
- Да се имаат предвид разликите помеѓу психолошката прва помош и последователната поддршка (упатување на разни служби за нега, кога ќе стане тоа соодветно).
- Секогаш кога сериозно растроени и растроени панично настроени жртви не можат да се смират со првата помош, да се пренесат во службите за посебен третман да бидат згрижени од страна на тим за справување со стрес.
- Да се избегнува користење психофарамаколошки лекови и да се консултира, ако е можно тоа, психијатар. Ако се препишани средства за смирување, пациентот треба да се одмори и да биде евакуиран на носила.
- Да се обрне посебно внимание на оние што имаат соматска или ментална болест во моментот на растројството.
- Да се даде точна и одговорна информација на преживеаните, роднините и на медиумите. Да се негираат веднаш неточни гласишта.
- Да се внимава на роднините и на другите секундарни жртви.
- Да им се овозможи на преживеаните пристап до нивните починати роднини, ако го сакаат тоа заради збогување. Често оваа практика е корисна за справување со сопствената криза на лицето.

Организирање ментална понатамошна нега

- Општествена, медицинска и психолошка интервенција се потребни веднаш по инцидентот. Уредувањето на менталната последователна нега е одговорност на медицинскиот персонал. Доброволните членови можат да продолжат да нудат некаков вид психолошка поддршка.
- За да се промовира само насочено справување на жртвите, слободна на располагање треба да е пишаната и електронската информација, и да се организираат средби и дискусии итн.
- Оние што се со јаки стресни симптоми во појавна фаза треба да се упатат на згрижување во нивните здравствени центри или во нивните центри за справување со криза или слично.
- Треба да се организира стресна сесија за смирување на ситуацијата за спасување и медицински персонал кој бил изложен на јак психолошки стрес, вообичаено на истиот ден или по 24 часа.
- За примарните и секундарните жртви може да се организира психолошка сесија со прашувања за добвивање информации, вообичаено во рок од 1 до 3 дена по инцидентот. Следново треба да се земе предвид:
  - Психолошката траума доживеана од група членови од ист тип и силина;
  - Индивидуалците кои покажуваат отворени симптоми на повторно доживување или избегнување не треба да се вклучат во групата која е на сесијата за добивање информации. На нив треба да им се понуди индивидуална кризна интервенција;
  - Лицето одговорно за психолошката информативна сесија треба да има адекватна обука за кризна терапија и во контролирање групни движења, и да е добро обучено во практиката на упатување на поединците на понатамошна нега;
  - Психолошкото распрашување е најсоодветно за групи кои ќе работат заедно во иднина, за спасување и медицински персонал. Распрашувањето може да придонесе за подобрување на идниот работен капацитет.

- Сеансите со групно распрашување не ја заменуваат потребата за индивидуална кризна интервенција. Нема доказ дека поединечното психолошко распрашување е корисен третман за превенција на ПТСД.
- Учеството на психолошкото распрашување мора да е сосема доброволно.
- Распрашувањето не смее да се смета за примарна форма на ментална нега на јавни места од вознемирувачки настани. Соодветна информација, советување и можност да се зборува со стручно лице треба вообичаено да се смета како адекватна поддршка.
- Оние што имаат потреба од насочување или нега од страна на социјална служба треба да се упатат на нега кај соодветен персонал.

ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (ПТСД): СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

Симптоми

- Постојано повторно доживување на трауматскиот настан
  - Повратните болни сеќавања на настанот (враќање на сликите и сеќавањата од настанот);
  - Ноќни кошмари за настанот;
  - Одвоени ретроспективни епизоди и чувство на повторно доживување на настанот;
  - Интензивна болка кога е изложен на потсетниците на трауматскиот настан;
  - Психолошки реакции кога е изложен на стимуланс кој личи на некој дел на трауматскиот настан.
- Избегнување стимуланси кои се поврзани со траумата и умртвеност на општото реагирање
  - Напори да се одбегнат мислите, чувствата, активностите, местата или луѓето поврзани со траумата;
  - Неспособност да се потсети на важните аспекти на траумата;
  - Намалено интересирање во позначајни активности, чувство на оддалечување, скратен обем на расположението.
- Постојани симптоми на автономно силно побудување (вегетативна хиперстимулација)
  - Тешко паѓање или останување буден;
  - Надразливост или изливи на лутина;
  - Тешкотии во концентрација;
  - Прекумерна загриженост;
  - Претеран преплашен одговор.
- Дијагнозата на ПТСД се потврдува кога траењето на симптомите трае повеќе од еден месец. Воопшто земено, разликата помеѓу настанот и почетокот на симптомите не треба да надмине 6 месеци, бидејќи причинската врска е сомнителна потоа.
- Критериумот за дијагноза на ПТСД одредува дека лицето треба да било изложено на настанот кој е веројатно дека предизвикува јака болка кај секого. Покрај тоа, критериумот дефиниран од страна на Американската психијатриска асоцијација (ДСМ-IV) нагласува дека субјективното реагирање на лицето е карактеризирано со интензивен страв, беспомошност или ужас.

Дијагностички можности

- Приспособување на растројствата и другите реакции на јакиот стрес.
- Продолжена депресивна реакција по траумата.
- Повратна менталното растројство по изложување на стресот.
- Генерализирано анксиозно растројство без претходен трауматичен настан.
- Промена на личноста по катастрофално доживување.

Дијагностичко испитување

- Внимателно интервју со пациентот и детаљна историја на симптомите, по можност со помош на стандардизирани прашалници.
- Психолошко испитување.
- Исклучување на физичките причини на автономната хиперактивност (на пример, хипертиреоидизам, фактори кои предизвикуваат прекумерна секреција на адреналин, употреба на стимуланси).

ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО: ТРЕТМАН

Психотерапија

- Контактна терапија за поддршка реализирана од страна на лице од општа практика, често комбинирано со фармакотерапија.
- (Лична) индивидуална или групна терапија организирана преку кризен тим за примарна нега (тим за справување со стрес).
- Кризна интервенција или кратко фокусирана психодинамична психотерапија во ментална здравствена единица.
- Краток третман и истражување како внатрешен пациент во психијатриско одделение или општа болница или во отворено одделение на психијатриска болница.
- Кај хроничните случаи, когнитивно-бихевиорална психотерапија во специјализирана единица или од страна на приватен терапевт.

Фармакотерапија

- За намалување на почетната анксиозност и за подобрување на спиењето: нормални дози бензодиазепини со цел да се намали и да се повлечат брзо лековите.
- Антидепресиви: сугериран редослед:
  - Селективни серотонински инхибитори (ССРИ);
  - Серотонин-норадренергични инхибитори;
  - Конвенционални трициклични антидепресиви.
- Ако има индикации, се препорачува да се започне со антидепресив со мала доза која постепено се зголемува. Пациентот треба да се следи поради можните спротивни ефекти. Коректно лекување со лекови вообичаено е утврдено по пат на обид и грешка. Значителна реакција може да се постигне со антидепресивите, и во случаи кога пациентот нема очигледни симптоми на депресија.
- За продолжени растројства на спиењето се преферира еден седативен антидепресив пред одење на спиење.
- Бета-блокатори (особено пропранолол), clonidine или други лекови кои ги намалуваат симпатетичните активности можат да се дадат кога преовладуваат симптомите на автономна хиперактивност.

- Треба да се има предвид дека ПТСД-пациентите се настроени кон самотретман со алкохол.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Post-traumatic stress disorder. Psych Clin N Am 1994;17:nr 2 (6/94)
2. Yehuda R (ed.) Psychological trauma. Review of psychiatry series. American Psychiatric Press Inc, Washington DC, 1998
3. Sporner T (Ed.) Stressbewältigung und Psychotraumatologie im humanitären Hilfseinsatz. Beiträge Wehrmedizin und Wehrpharmazie, Band 10. Beta Verlag, Bonn 1997
4. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva 1992
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DMS-IV). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
6. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy 1998;5:126-144
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-998398. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
8. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van der Linden GJH, Seedat S. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002795. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
9. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000560. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.

1. **EBM Guidelines, 2.6.2004, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година**

РАСТРОЈСТВА НА ПРИСПОСОБУВАЊЕ

- **Основни правила**
- **Дијагноза**
- **Критериуми за дијагностицирање**
- **Дијагноза базирана на основниот симптом**
- **Третман**

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Растројствата на приспособување се реактивни и вообичаено краткотрајни и поврзани со животната ситуација. Се манифестираат како анксиозност, депресија или

симптоми во однесувањето и се јавуваат по големи промени во животот или по психолошки оптоварувачко доживување.
- Дијагноза на растројството на приспособување се прави со исклучување на другите растројства: стресовите може да активираат неколку психолошки растројства, особено тешки состојби на депресија.
- Иако растројствата на приспособување, главно, се благи и повремени, тие не треба да се потценуваат. Растројството на приспособување може да се развие во потешко растројство, особено кај младото лице може да биде придружено со самодеструктивно однесување.

ДИЈАГНОЗА

- И покрај тоа што растројствата на приспособување се едни од најопштите растројства кај пациентите кај лекарите од општа практика, донесување на дијагнозата бара исклучување на другите растројства. Присуство на стрес не значи автоматски дека пациентот има растројство на приспособување.

КРИТЕРИУМИ ЗА ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ

- Емоционалните или симптомите на однесување се развиваат во период од три месеци од појавувањето на стресот.
- Симптомите или карактеристиките на однесувањето се клинички значајни
  - Стресот предизвикува повеќе страдање од очекуваното; или
  - Го нарушува значително општественото и работното функционирање;
  - Растројството не го исполнува критериумот на некои други психолошки растројства кои можат да се релевантни за животната ситуација на пациентот, ниту е влошување на поранешно растројство.
- Симптомите не се болка предизвикана од загуба.
- Кога стресот престанал да влијае на пациентот, симптомите се повлекуваат во рок од 6 месеци.

ДИЈАГНОЗА БАЗИРАНА НА ОСНОВНИОТ СИМПТОМ

- Реактивна депресија
  - Главните симптоми се депресивна состојба, плачење и безнадежност.
- Реактивна анксиозност
  - Главните симптоми се нервоза, загриженост и напнатост.
- Реактивни растројства на однесување
  - Главните манифестации се однесување кое ги крши правата на другите луѓе и ги крши главните старосно поврзани општествени норми и правила (на пример, вандализам, непромислено возење, тепање).
- Реактивно емоционално и растројство на однесување
  - Главните манифестации се емоционалните симптоми и тие поврзани со растројство на однесување.

ТРЕТМАН

- Третманот на растројство на приспособување се спроведува согласно со принципите на кризната психотерапија.

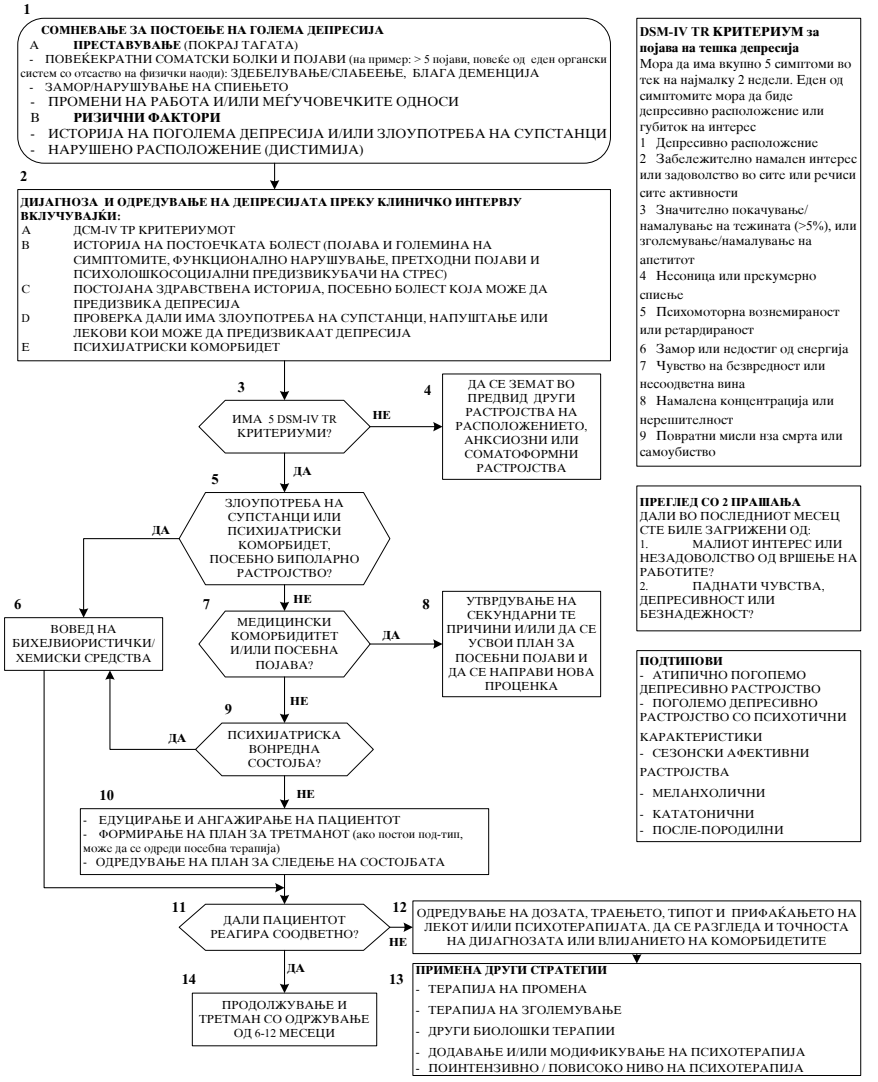
- Потреби на пациентот да биде чуен и разбран. Лицето кое ја обезбедува негата треба да ја прифати психолошката слабост придружена со животната ситуација на пациентот и истовремено мирно му помага на пациентот да согледа дека ситуацијата може да се надмине или да се ублажи.
- Типично со еден или два состанока се ублажува состојбата и пациентот почнува да сфаќа дека може да функционира во новата животна ситуација.
- Потребата од боледување варира од неколку дена до неколку недели.
- Улогата на фармакотерапијата е секундарна. Бензодиазепините може да се употребат за ублажување на тешката анксиозност и тешкотијата да се заспие може да се третира со краткотрајни хипнотици.

1. EBM Guidelines, 29.6.2004, www.ebm-guidelines.com
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање во јуни 2007 година

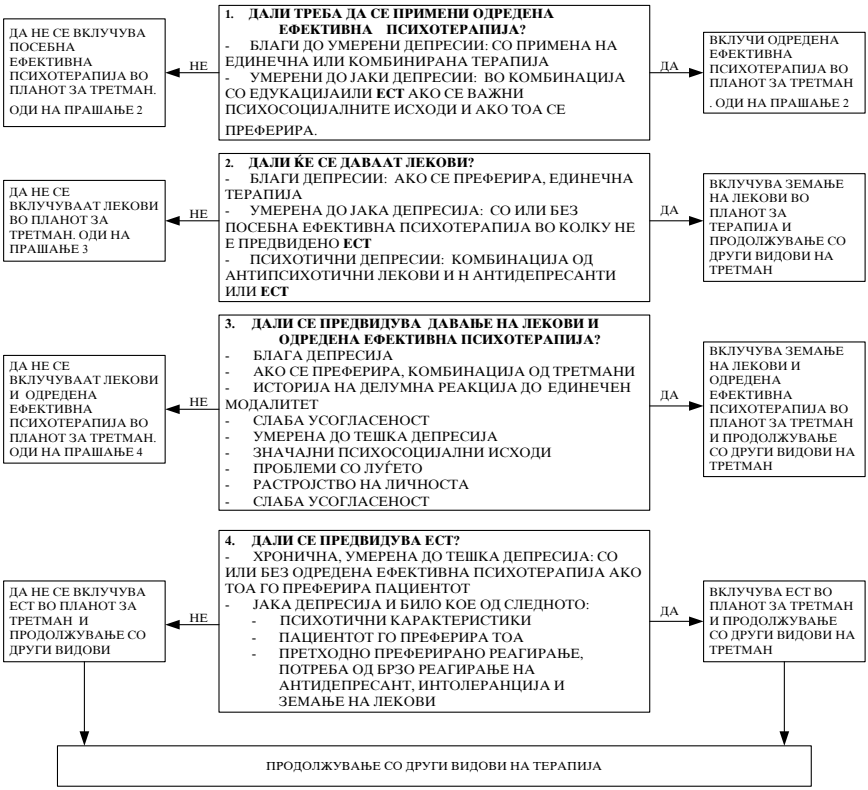
АЛГОРИТМИ

ПСИХИЈАТРИЈА

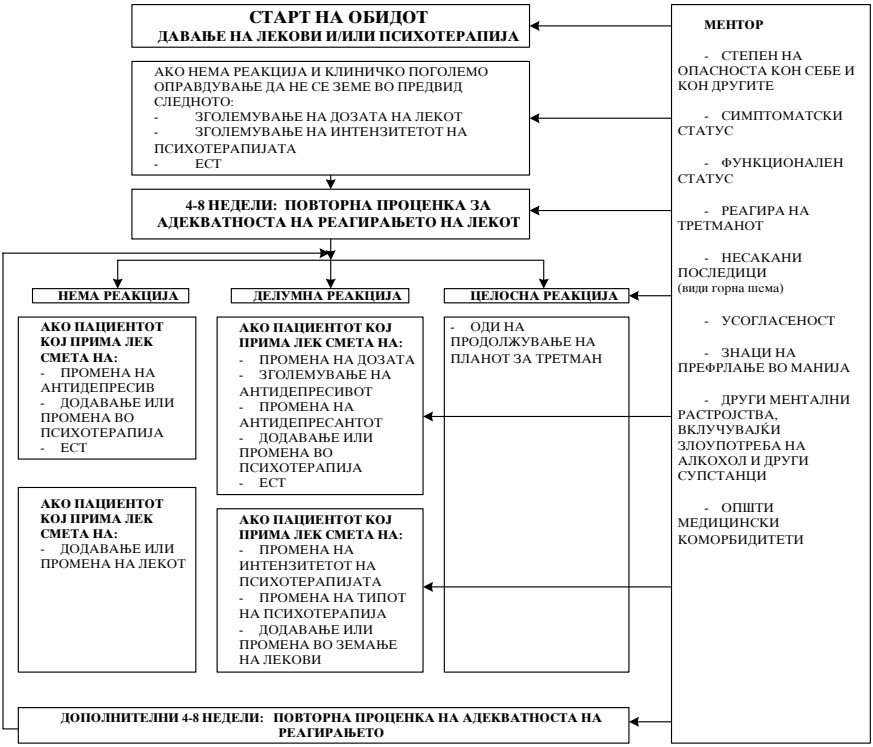
Алгоритам 1. Тешка депресија кај возрасни лица во примарната нега



Алгоритам 2. Избор на модалитети за третман на тешко депресивно растројство

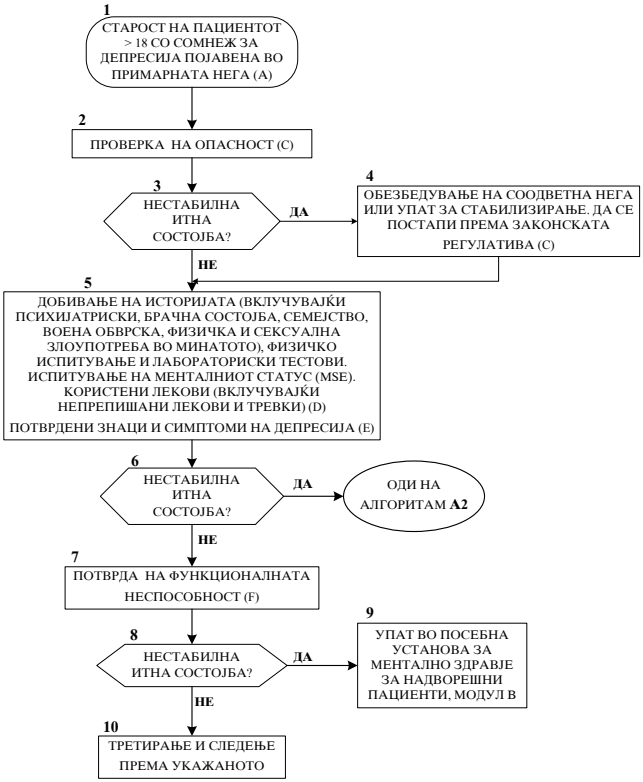


Алгоритам 3. Акутна фаза на третман на тешко депресивно растројство

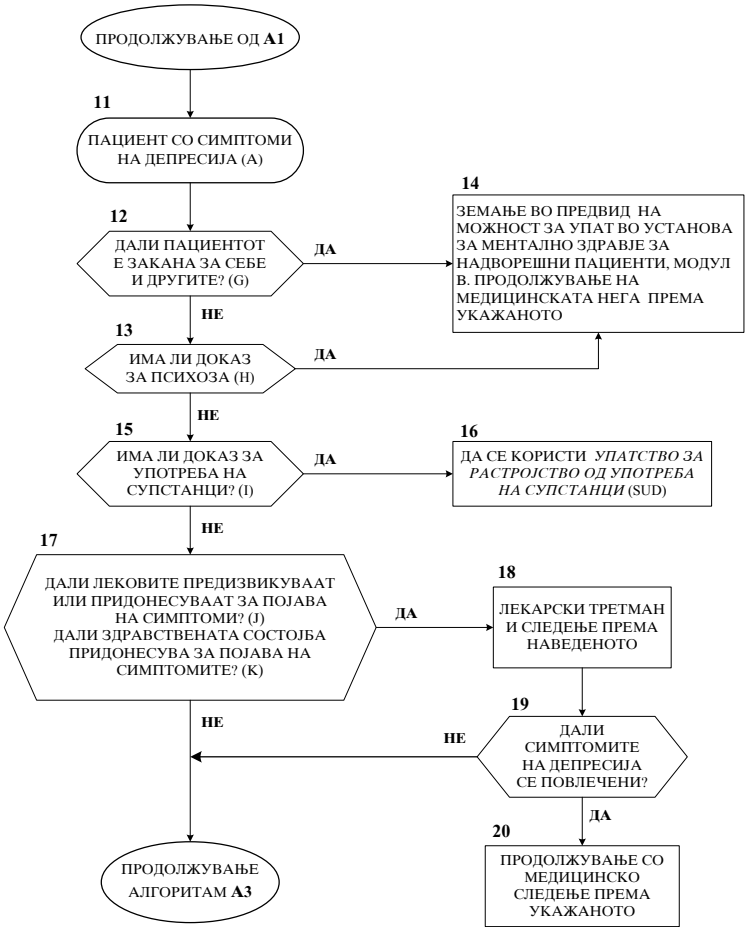


Алгоритам 4а.Справување со тешко депресивно растројство кај возрасните лица во примарната нега.

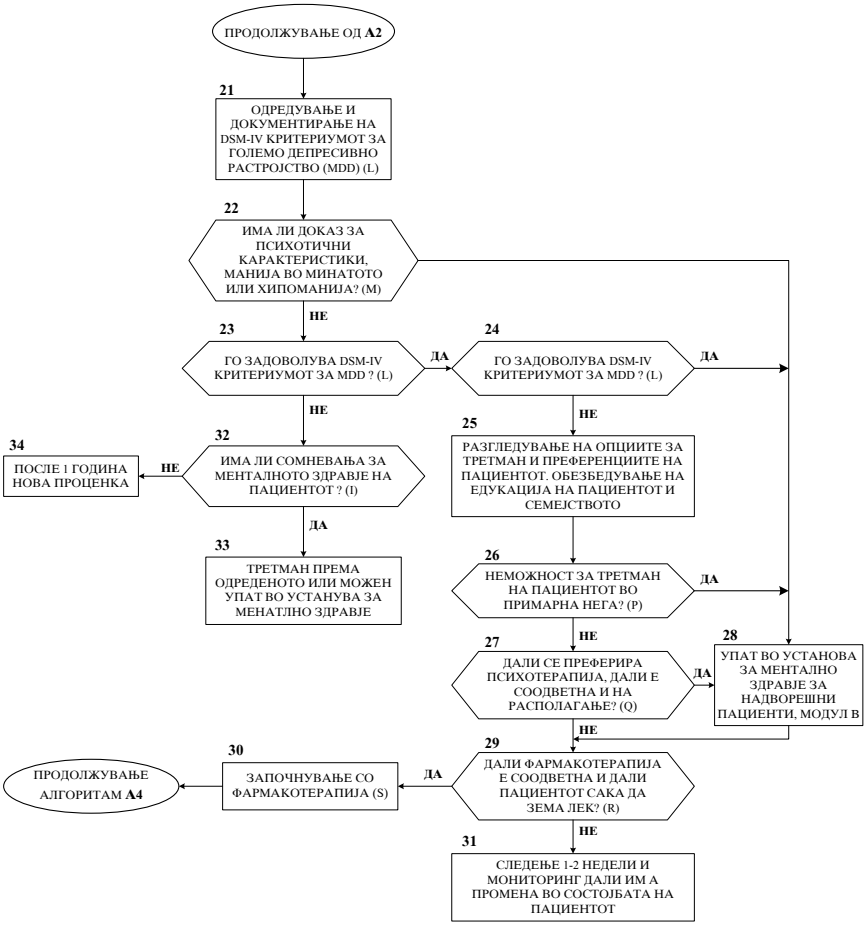
А1 Почетно проценување



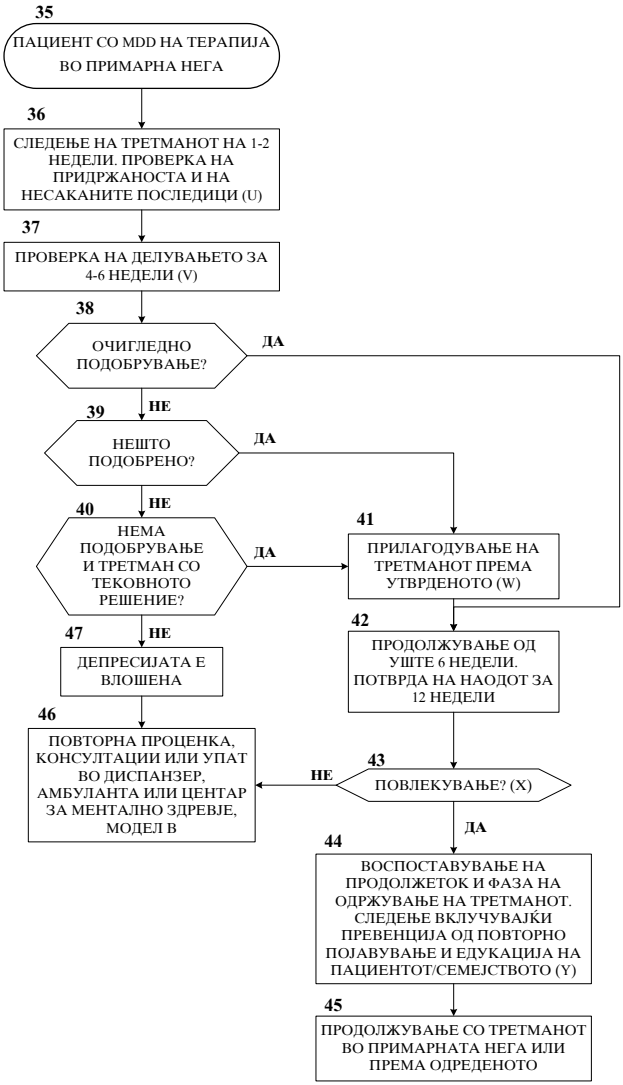
Алгоритам 4б. Справување со тешко депресивно растројство кај возрасните лица во примарната нега.
А2 Воспоставување на дијагноза



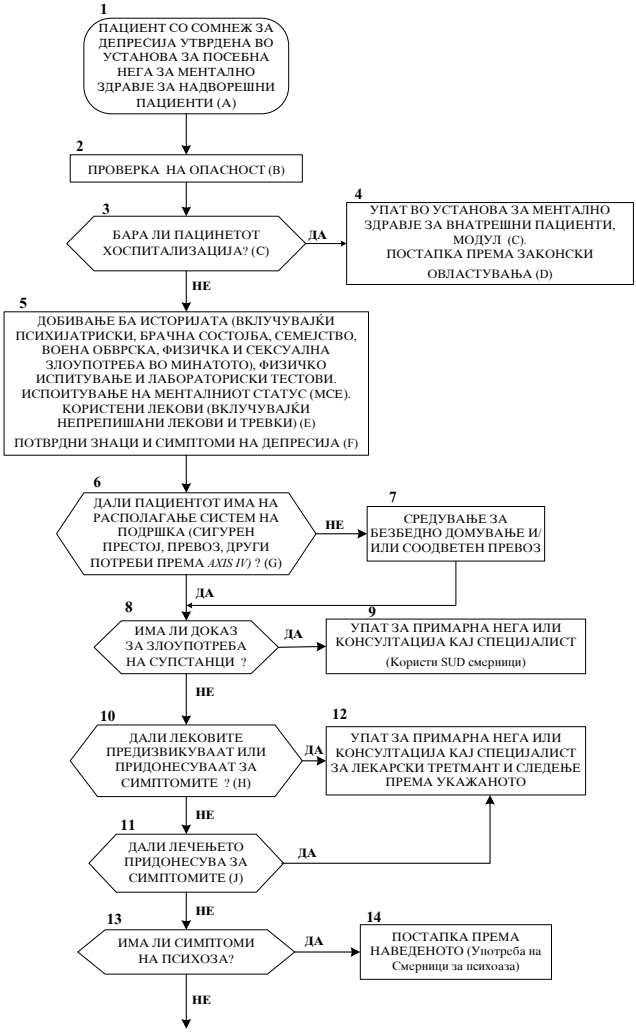
Алгоритам 4в. Справување со тешко депресивно растројство кај возрасните лица во примарната нега.
А3 Почетно проценување и третман



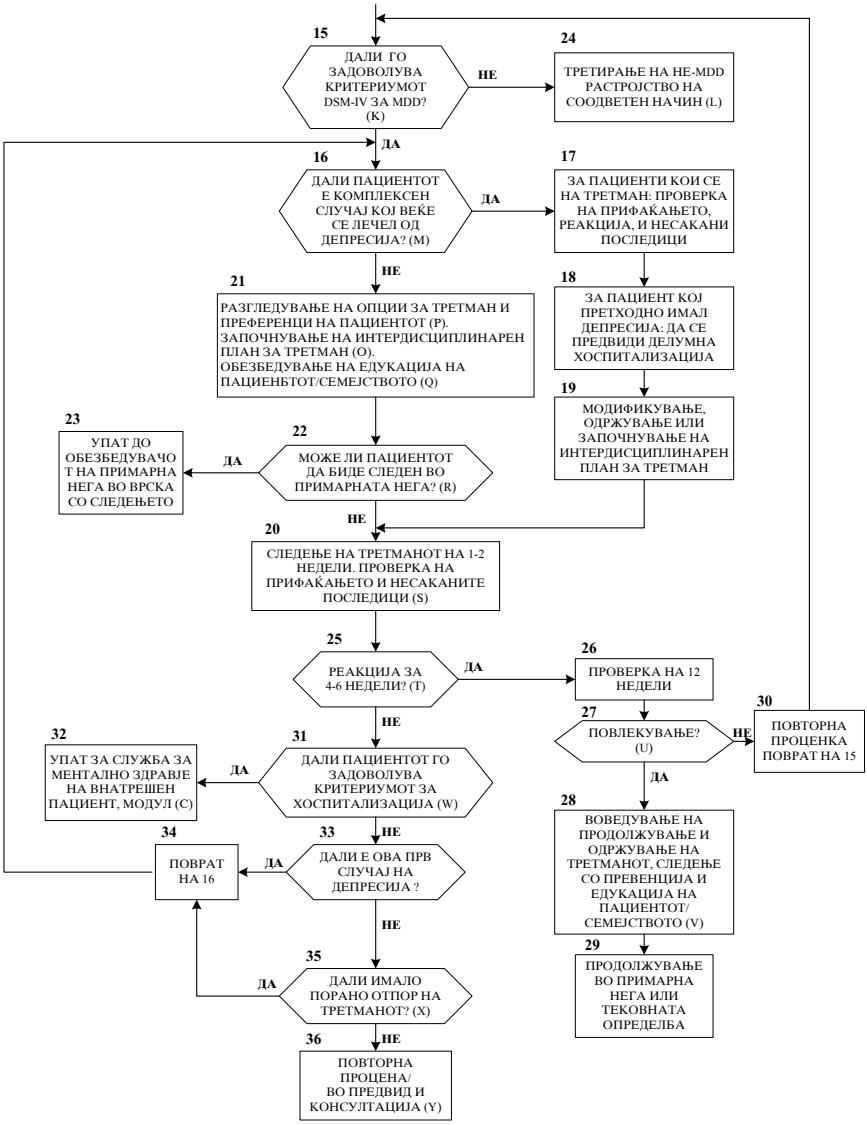
Алгоритам 4г. Справување со тешко депресивно растројство кај возрасните лица во примарната нега.
А4 Следење на третманот



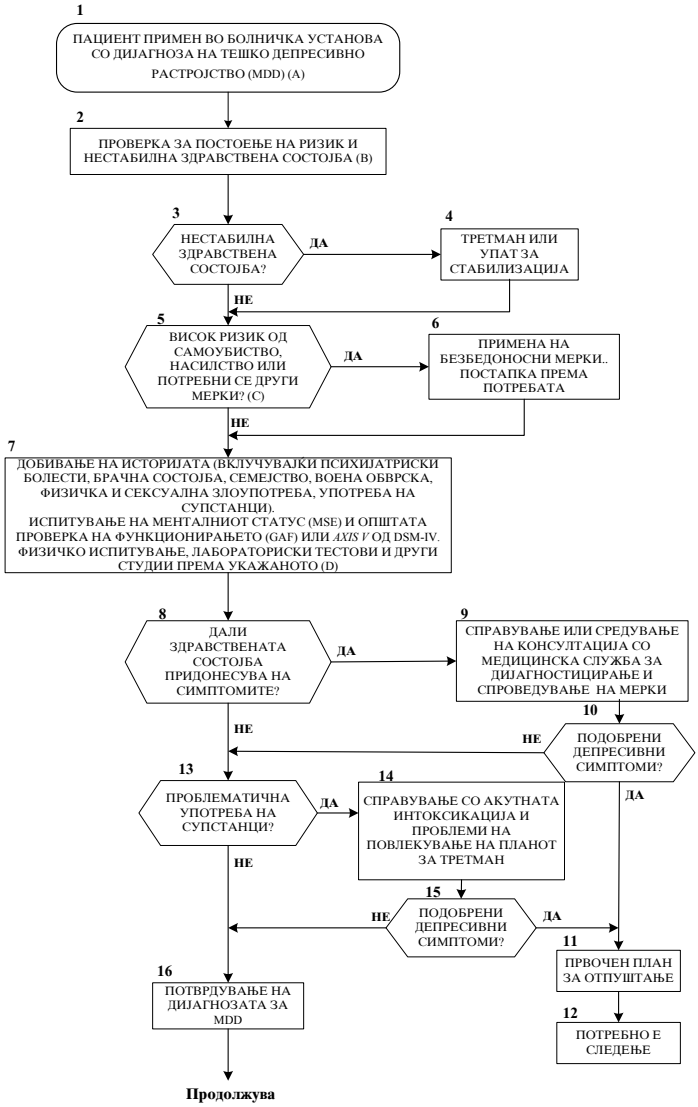
Алгоритам 5. В Справување со тешко депресивно растројство во диспанзери, амбуланти,поликлиники, центри за ментално здравје

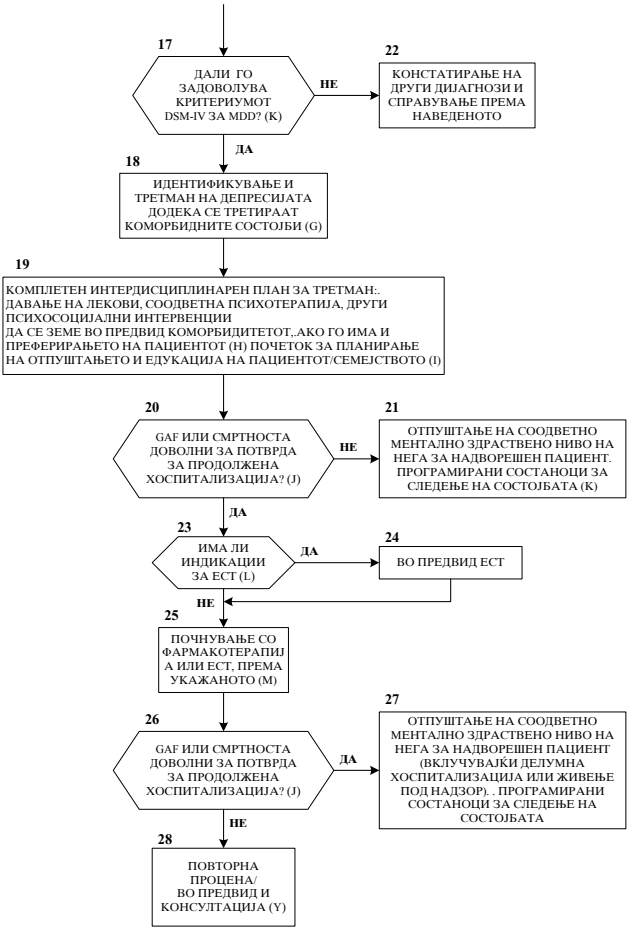


Продолжува

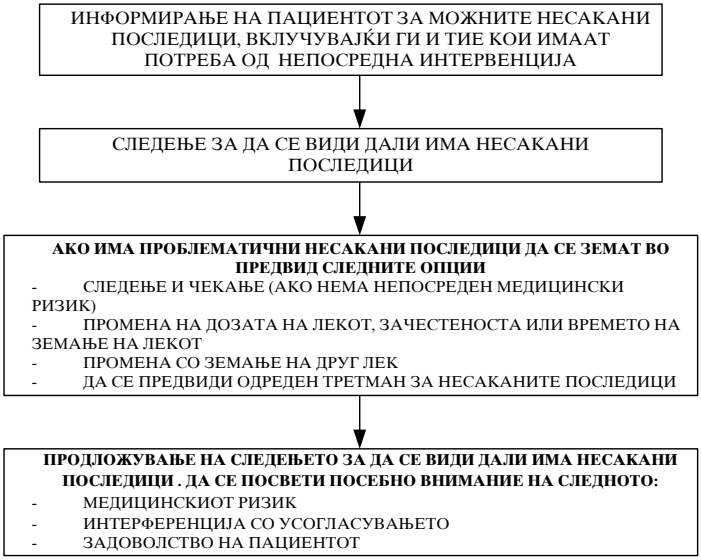

15
ДАЛИ ГО ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМОТ DSM-IV ЗА MDD? (K)
НЕ
24
ТРЕТИРАЊЕ НА НЕ-MDD РАСТРОЈСТВО НА СООДВЕТЕН НАЧИН (L)
ДА
16
ДАЛИ ПАЦИЕНТОТ Е КОМПЛЕКСЕН СЛУЧАЈ КОЈ ВЕЌЕ СЕ ЛЕЧЕЛ ОД ДЕПРЕСИЈА? (M)
ДА
17
ЗА ПАЦИЕНТИ КОИ СЕ НА ТРЕТМАН: ПРОВЕРКА НА ПРИФАЌАЊЕТО, РЕАКЦИЈА, И НЕСАКАНИ ПОСЛЕДИЦИ
НЕ
21
РАЗГЛЕДУВАЊЕ НА ОПЦИИ ЗА ТРЕТМАН И ПРЕФЕРЕНЦИ НА ПАЦИЕНТОТ (P). ЗАПОЧНУВАЊЕ НА ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН ПЛАН ЗА ТРЕТМАН (O). ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНБТОТ/СЕМЕЈСТВОТО (Q)
18
ЗА ПАЦИЕНТ КОЈ ПРЕТХОДНО ИМАЛ ДЕПРЕСИЈА: ДА СЕ ПРЕДВИДИ ДЕЛУМНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА
19
МОДИФИКУВАЊЕ, ОДРЖУВАЊЕ ИЛИ ЗАПОЧНУВАЊЕ НА ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН ПЛАН ЗА ТРЕТМАН
23
УПАТ ДО ОБЕЗБЕДУВАЧОТ НА ПРИМАРНА НЕГА ВО ВРСКА СО СЛЕДЕЊЕТО
ДА
22
МОЖЕ ЛИ ПАЦИЕНТОТ ДА БИДЕ СЛЕДЕН ВО ПРИМАРНАТА НЕГА? (R)
НЕ
20
СЛЕДЕЊЕ НА ТРЕТМАНОТ НА 1-2 НЕДЕЛИ. ПРОВЕРКА НА ПРИФАЌАЊЕТО И НЕСАКАНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ (S)
25
РЕАКЦИЈА ЗА 4-6 НЕДЕЛИ? (T)
ДА
26
ПРОВЕРКА НА 12 НЕДЕЛИ
27
ПОВЛЕКУВАЊЕ? (U)
НЕ
30
ПОВТОРНА ПРОЦЕНКА ПОВРАТ НА 15
ДА
28
ВОВЕДУВАЊЕ НА ПРОДОЛЖУВАЊЕ И ОДРЖУВАЊЕ НА ТРЕТМАНОТ, СЛЕДЕЊЕ СО ПРЕВЕНЦИЈА И ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТОТ/ СЕМЕЈСТВОТО (V)
29
ПРОДОЛЖУВАЊЕ ВО ПРИМАРНА НЕГА ИЛИ ТЕКОВНАТА ОПРЕДЕЛБА
НЕ
31
ДАЛИ ПАЦИЕНТОТ ГО ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМОТ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА (W)
ДА
32
УПАТ ЗА СЛУЖБА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ НА ВНАТРЕШЕН ПАЦИЕНТ, МОДУЛ (C)
НЕ
33
ДАЛИ Е ОВА ПРВ СЛУЧАЈ НА ДЕПРЕСИЈА ?
ДА
34
ПОВРАТ НА 16
НЕ
35
ДАЛИ ИМАЛО ПОРАНО ОТПОР НА ТРЕТМАНОТ? (X)
ДА
НЕ
36
ПОВТОРНА ПРОЦЕНА/ ВО ПРЕДВИД И КОНСУЛТАЦИЈА (Y)

Алгоритам 6. С Тешко депресивно растројство во болнички установи



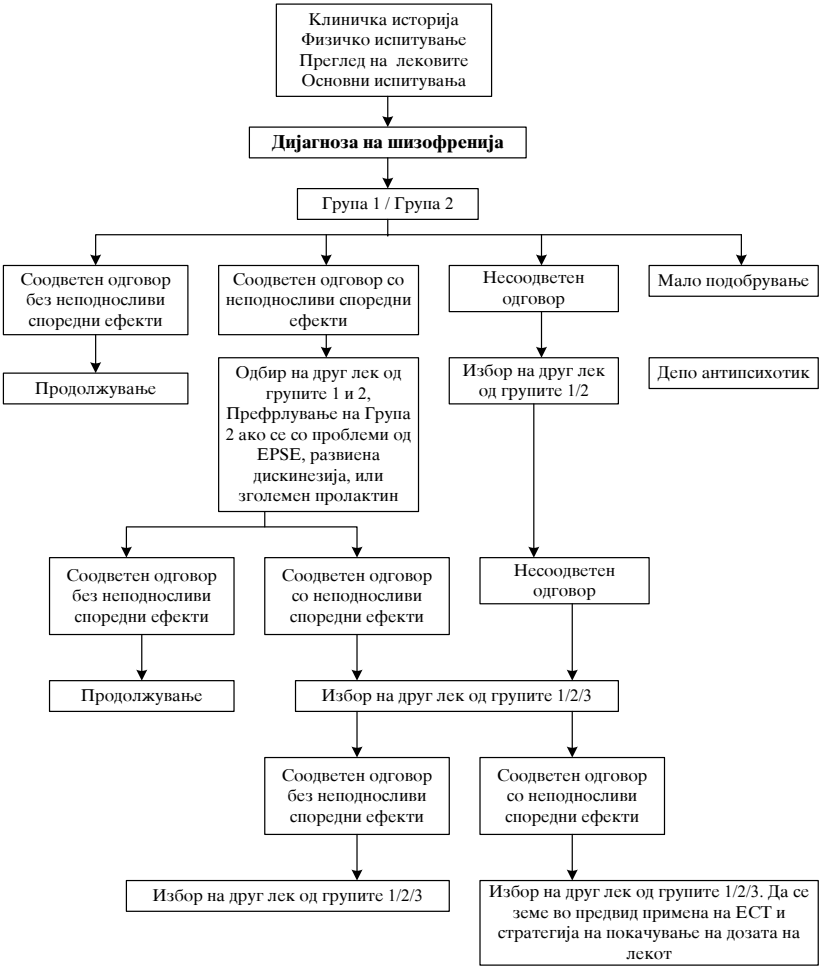

17
ДАЛИ ГО ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМОТ DSM-IV ЗА MDD? (K)
НЕ
22
КОНСТАТИРАЊЕ НА ДРУГИ ДИЈАГНОЗИ И СПРАВУВАЊЕ ПРЕМА НАВЕДЕНОТО
ДА
18
ИДЕНТИФИКУВАЊЕ И ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА ДОДЕКА СЕ ТРЕТИРААТ КОМОРБИДНИТЕ СОСТОЈБИ (G)
19
КОМПЛЕТЕН ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН ПЛАН ЗА ТРЕТМАН:. ДАВАЊЕ НА ЛЕКОВИ, СООДВЕТНА ПСИХОТЕРАПИЈА, ДРУГИ ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ДА СЕ ЗЕМЕ ВО ПРЕДВИД КОМОРБИДИТЕТОТ.,АКО ГО ИМА И ПРЕФЕРИРАЊЕТО НА ПАЦИЕНТОТ (H) ПОЧЕТОК ЗА ПЛАНИРАЊЕ НА ОТПУШТАЊЕТО И ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТОТ/СЕМЕЈСТВОТО (I)
20
GAF ИЛИ СМРТНОСТА ДОВОЛНИ ЗА ПОТВРДА ЗА ПРОДОЛЖЕНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА? (J)
НЕ
21
ОТПУШТАЊЕ НА СООДВЕТНО МЕНТАЛНО ЗДРАСТВЕНО НИВО НА НЕГА ЗА НАДВОРЕШЕН ПАЦИЕНТ. ПРОГРАМИРАНИ СОСТАНОЦИ ЗА СЛЕДЕЊЕ НА СОСТОЈБАТА (K)
ДА
23
ИМА ЛИ ИНДИКАЦИИ ЗА ECT (L)
ДА
24
ВО ПРЕДВИД ECT
НЕ
25
ПОЧНУВАЊЕ СО ФАРМАКОТЕРАПИЈА ИЛИ ECT, ПРЕМА УКАЖАНОТО (M)
26
GAF ИЛИ СМРТНОСТА ДОВОЛНИ ЗА ПОТВРДА ЗА ПРОДОЛЖЕНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА? (J)
ДА
27
ОТПУШТАЊЕ НА СООДВЕТНО МЕНТАЛНО ЗДРАСТВЕНО НИВО НА НЕГА ЗА НАДВОРЕШЕН ПАЦИЕНТ (ВКЛУЧУВАЈЌИ ДЕЛУМНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА ИЛИ ЖИВЕЊЕ ПОД НАДЗОР). . ПРОГРАМИРАНИ СОСТАНОЦИ ЗА СЛЕДЕЊЕ НА СОСТОЈБАТА
НЕ
28
ПОВТОРНА ПРОЦЕНА/ ВО ПРЕДВИД И КОНСУЛТАЦИЈА (Y)

Алгоритам 7. Справување со несакани последици од земање на лекови

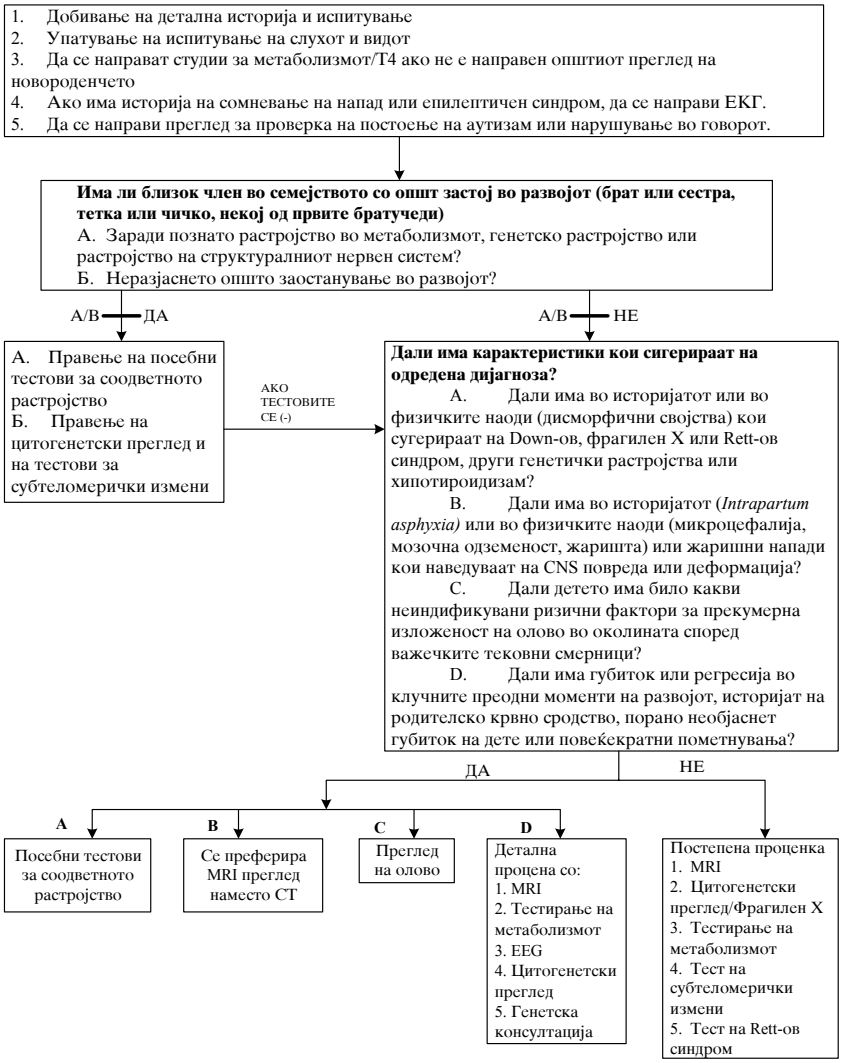


Алгоритам 8. Фармаколошки третман на шизофренија во акутна фаза

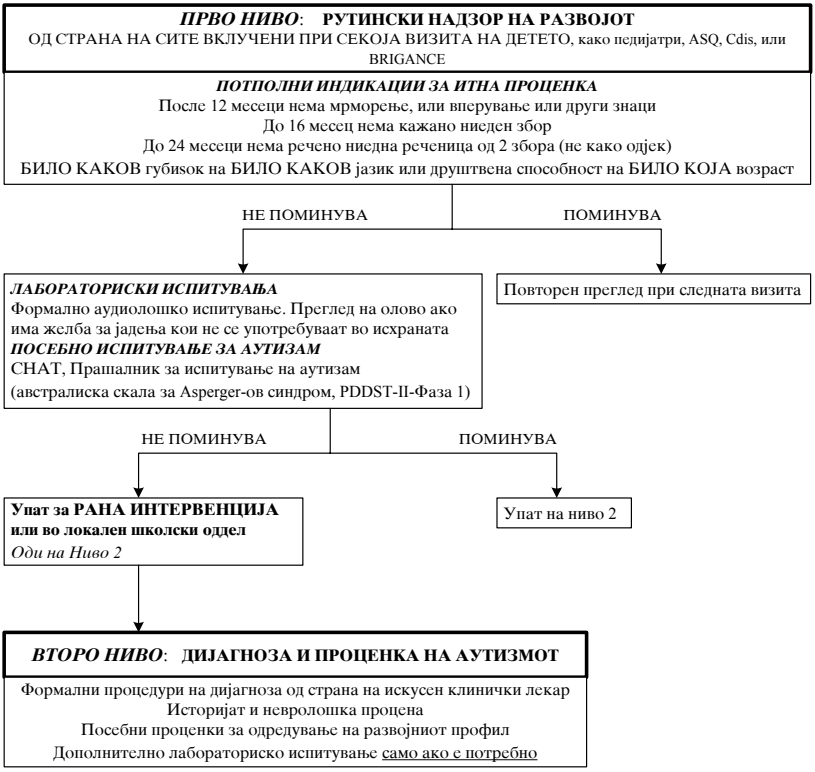
ГРУПА 1: **Типични антипсихотици**
ГРУПА 2: **Атипични антипсихотици, како Amisulpride, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone**
ГРУПА 3: **Clozapine**



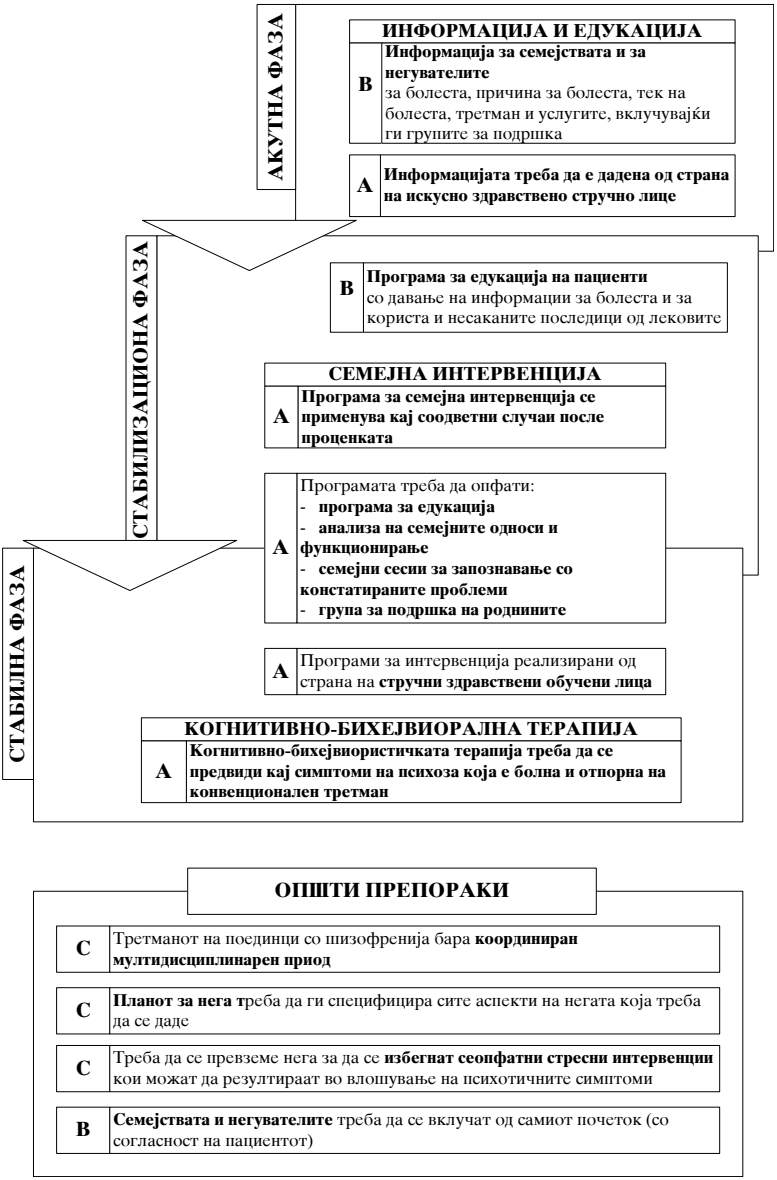
Алгоритам 9. Алгоритам за оценување на дете со општо заостанување во развојот



Алгоритам 10. Алгоритам на параметри во пракса



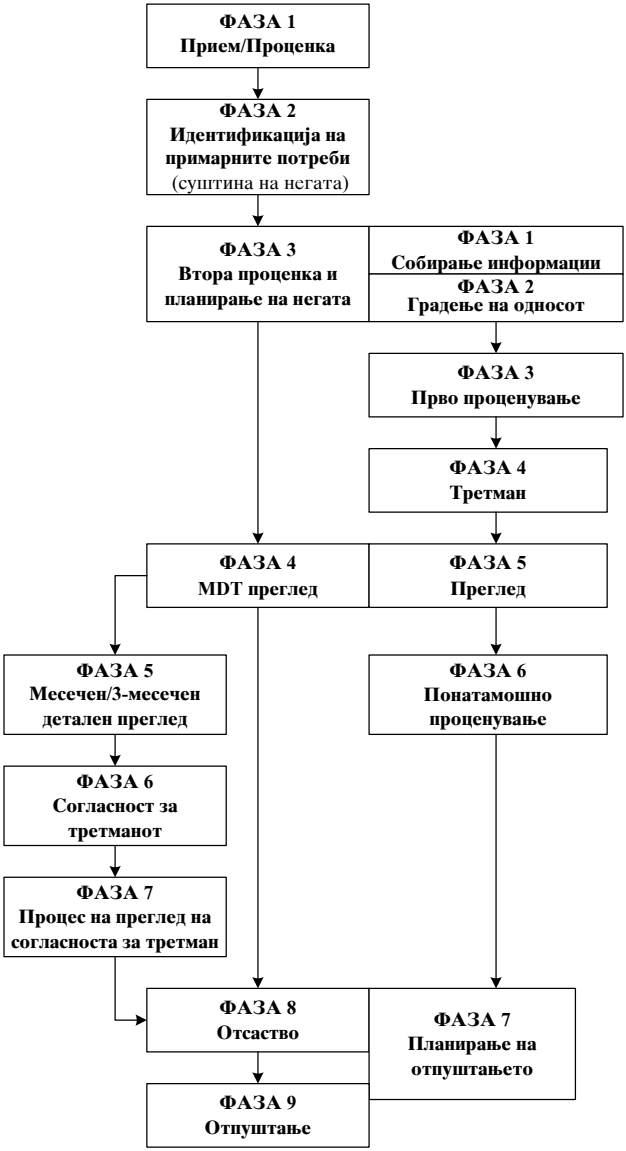
Алгоритам 11. Скратен референтен водич



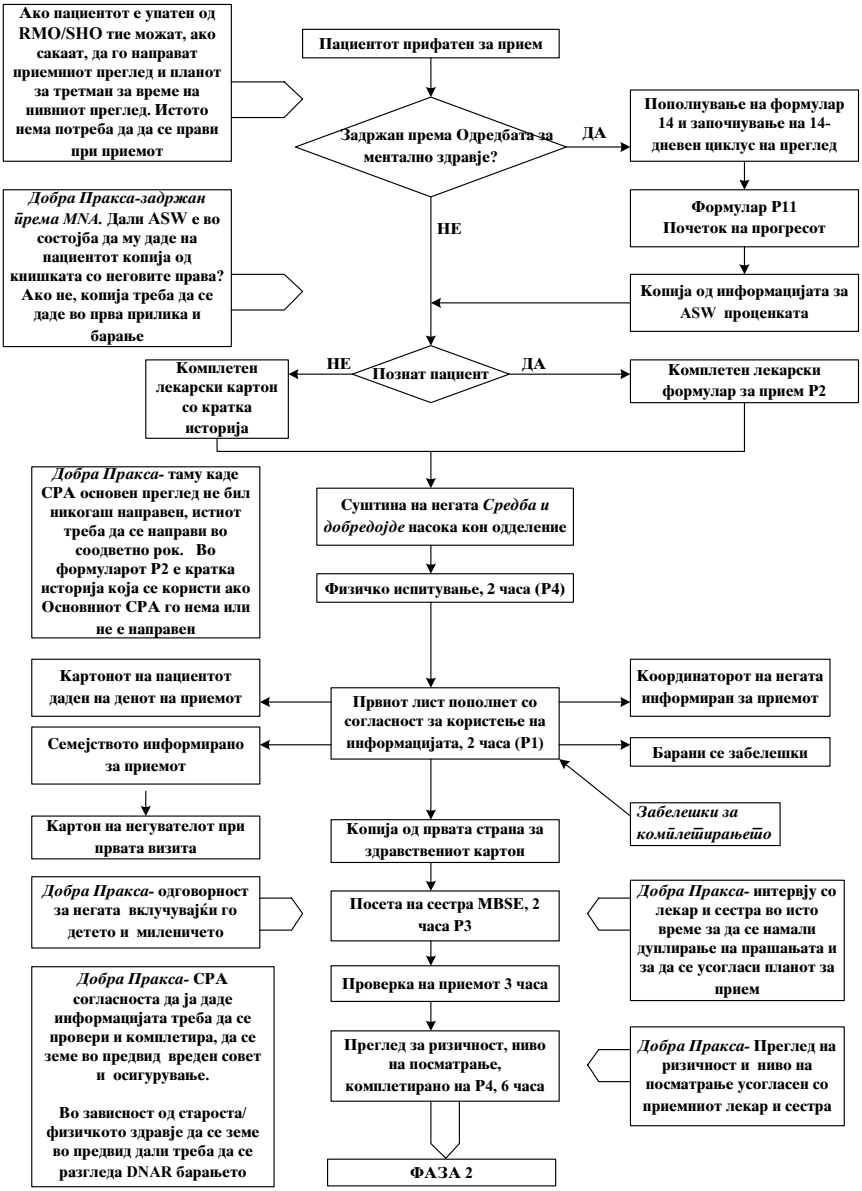
ОПШТИ ПРЕПОРАКИ

C	Третманот на поединци со шизофренија бара **координиран мултидисциплинарен приод**
C	**Планот за нега т**реба да ги специфицира сите аспекти на негата која треба да се даде
C	Треба да се превземе нега за да се **избегнат сеопфатни стресни интервенции** кои можат да резултираат во влошување на психотичните симптоми
B	**Семејствата и негувателите** треба да се вклучат од самиот почеток (со согласност на пациентот)

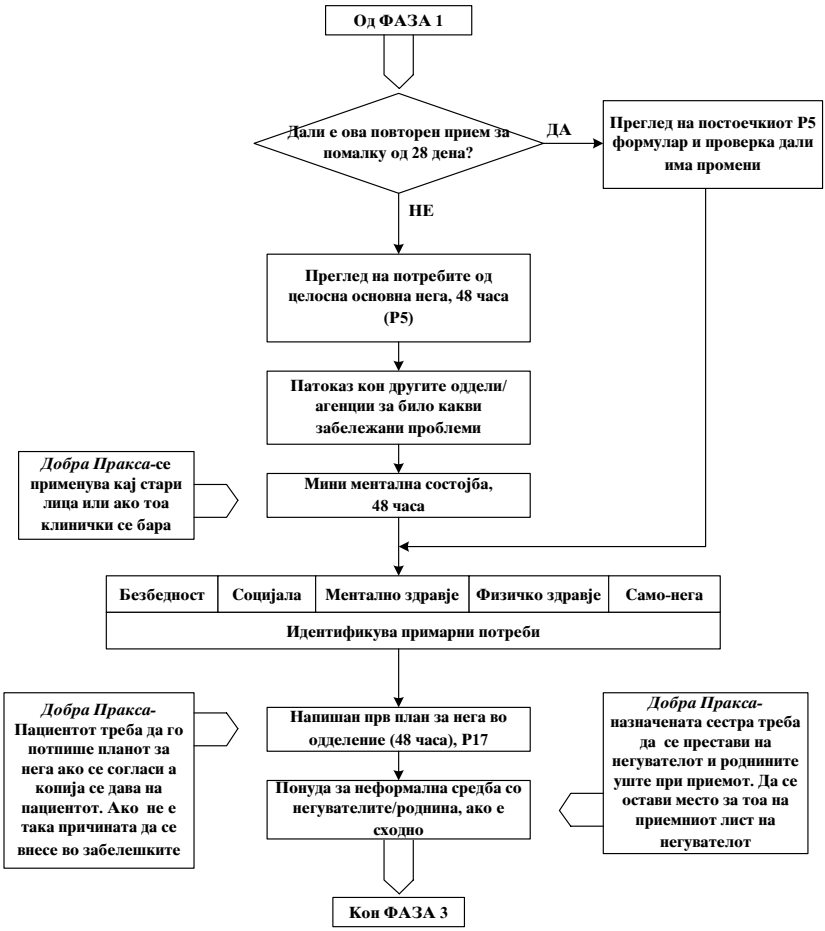
Алгоритам 12. Движење на обединетата нега на внатрешен пациент



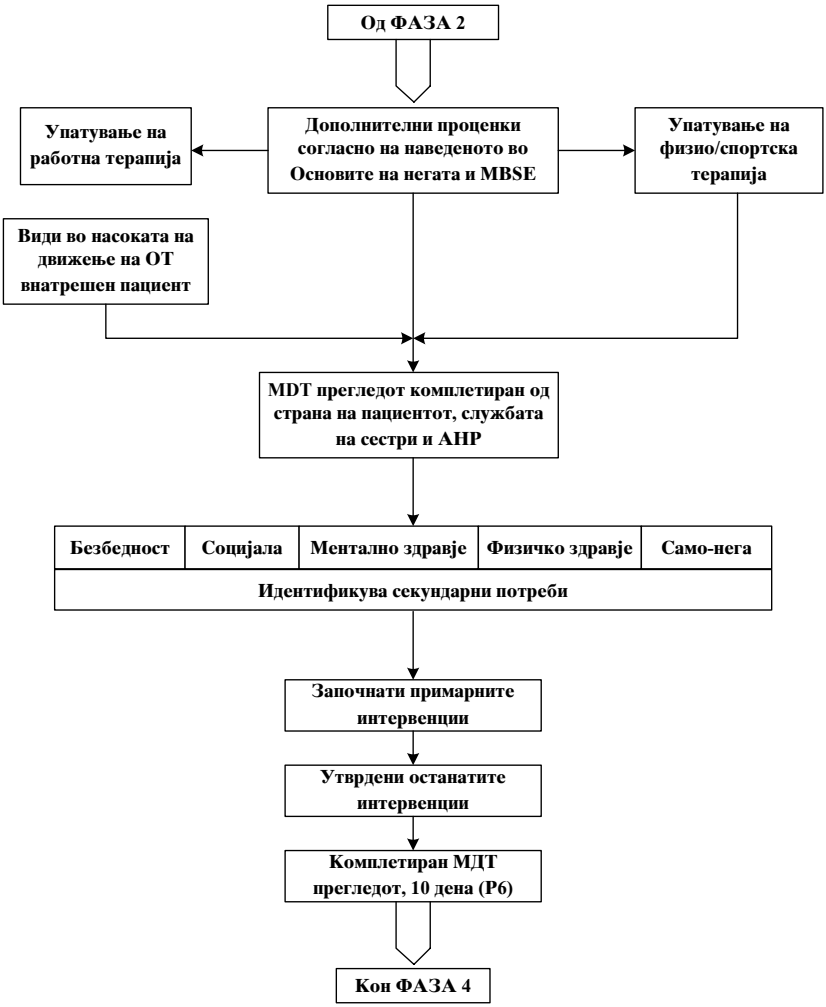
Алгоритам 12а. Фаза 1- Прием/проценување Ден Први



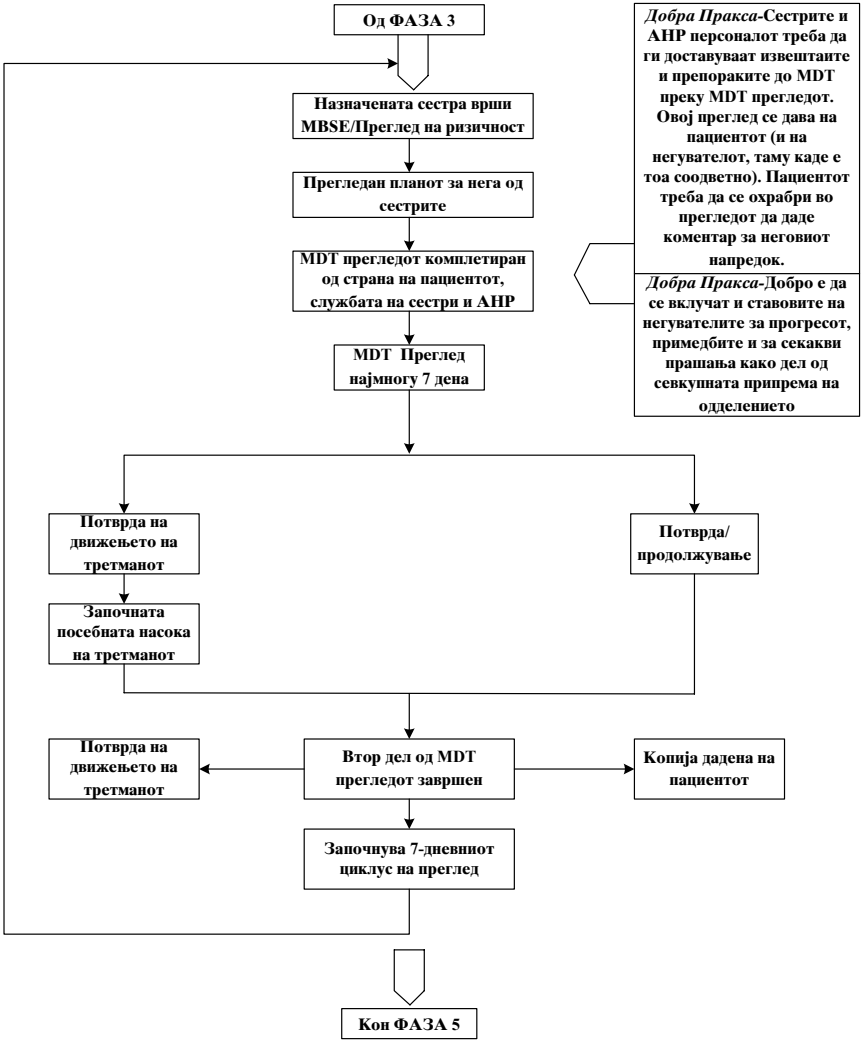
Алгоритам 12б. Фаза 2- Идентификување на примарните потреби Ден Втори



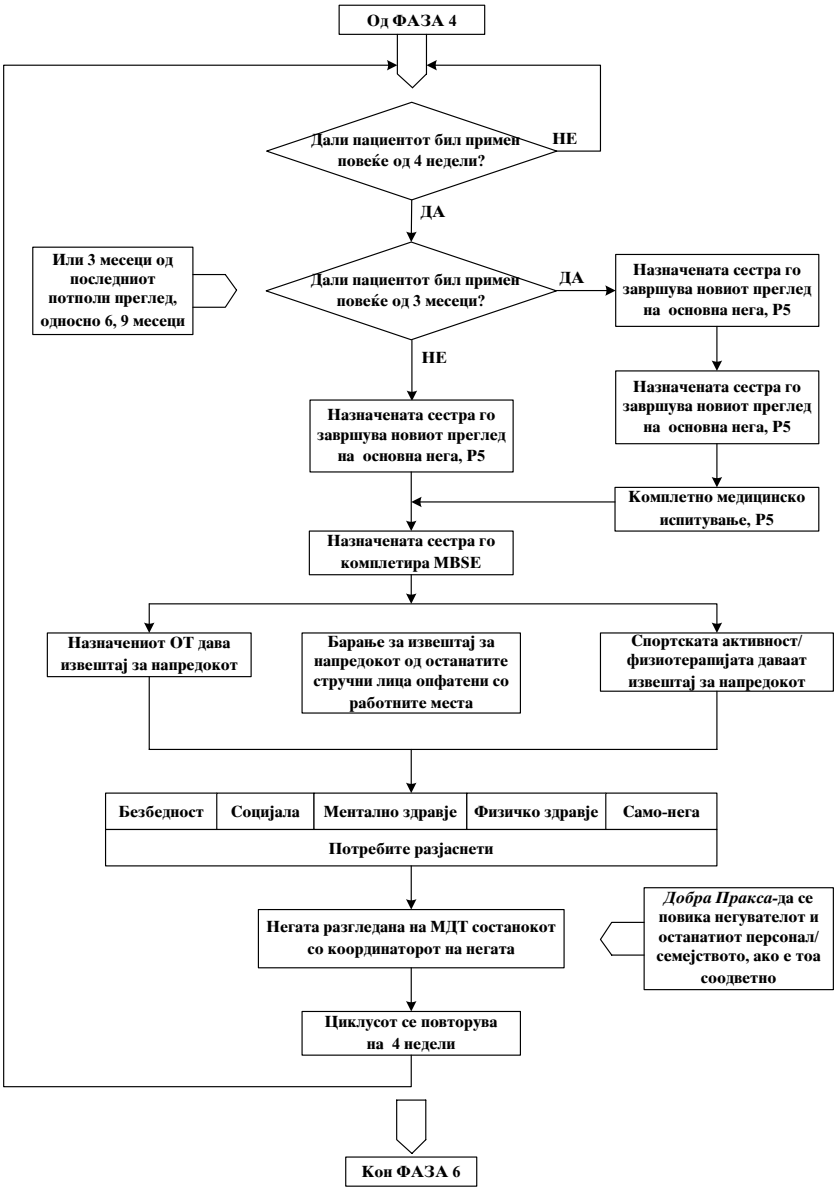
Алгоритам 12в. Фаза 3- Идентификување на секундарните потреби и планирање на негата



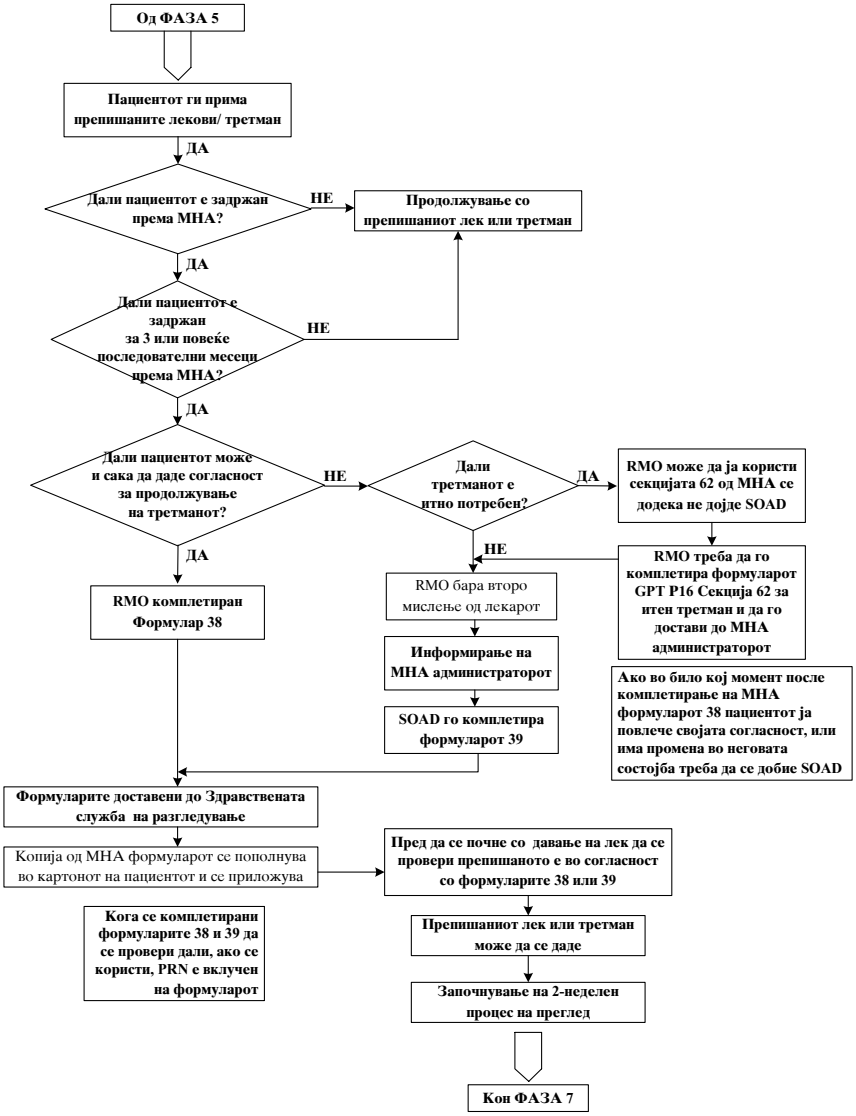
Алгоритам 12г. Фаза 4- MDT Преглед



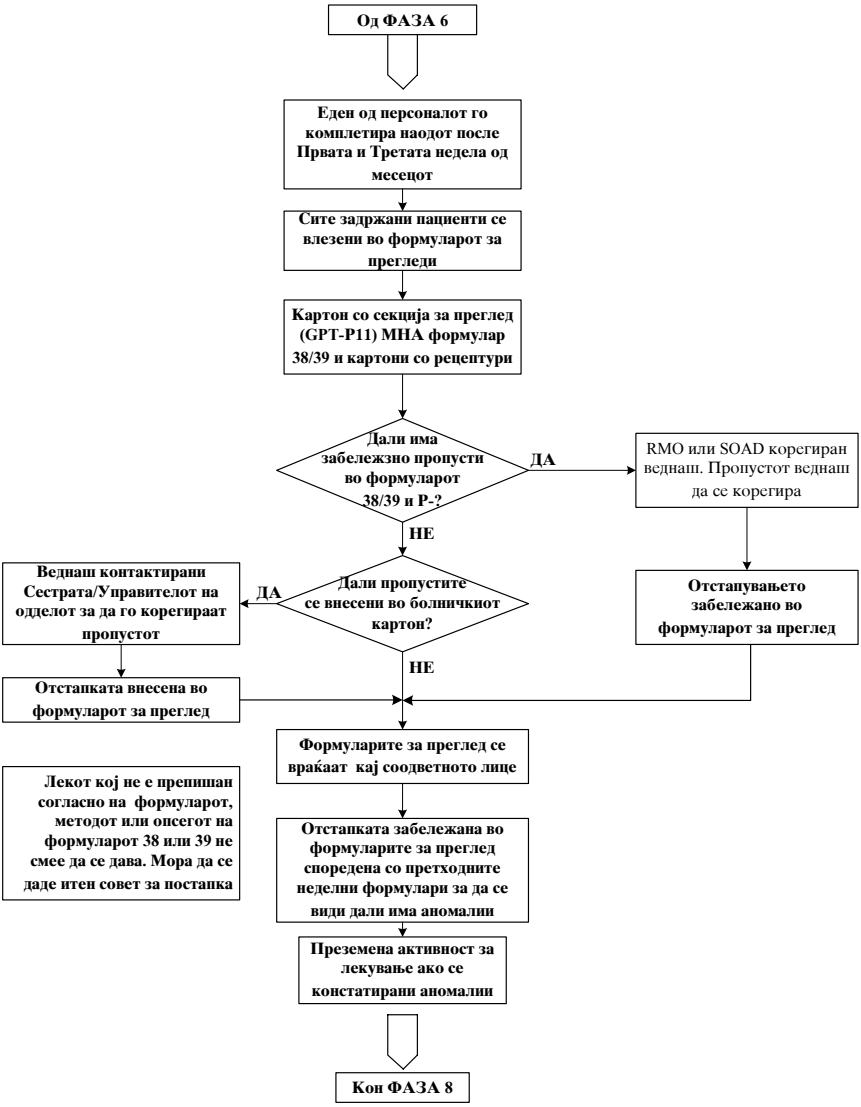
Алгоритам 12д. Фаза 5- Месечен/ 3-месечен преглед



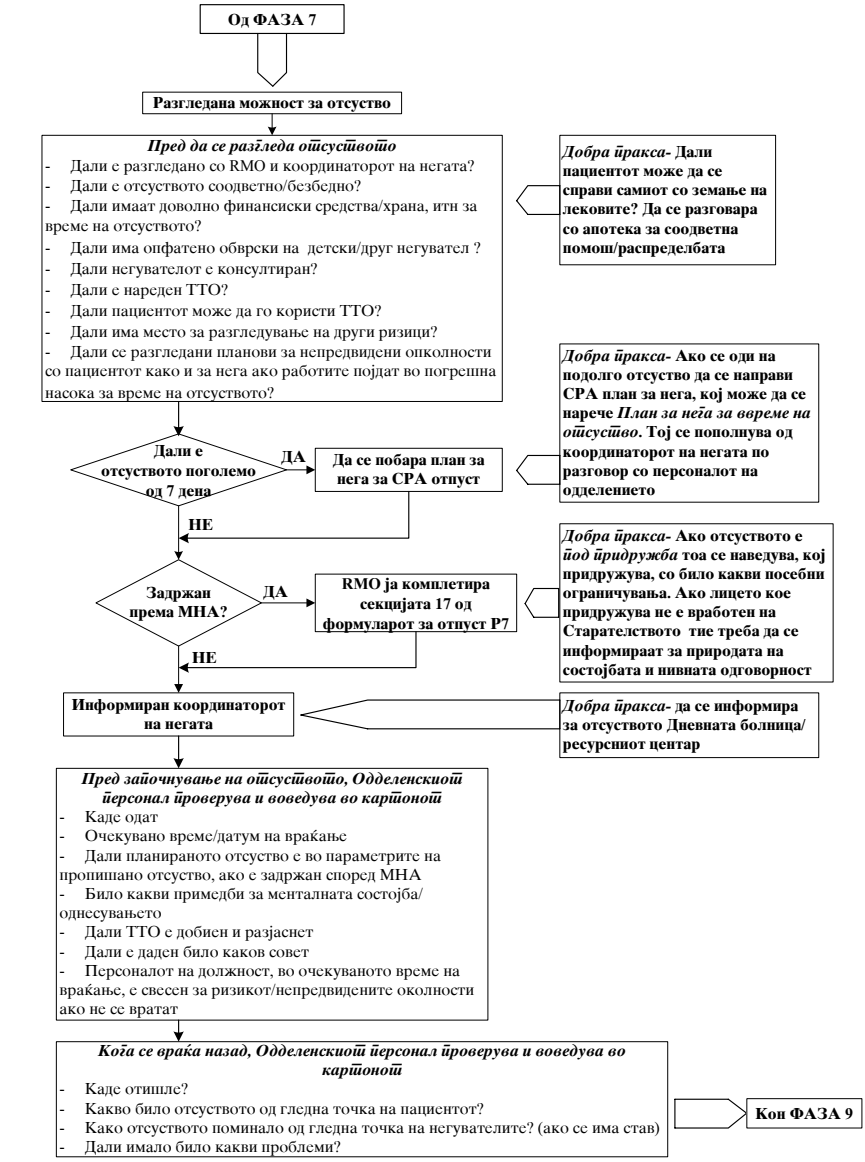
Алгоритам 12ѓ. Фаза 6- Согласност за третман спрема Одредбите за ментално здравје



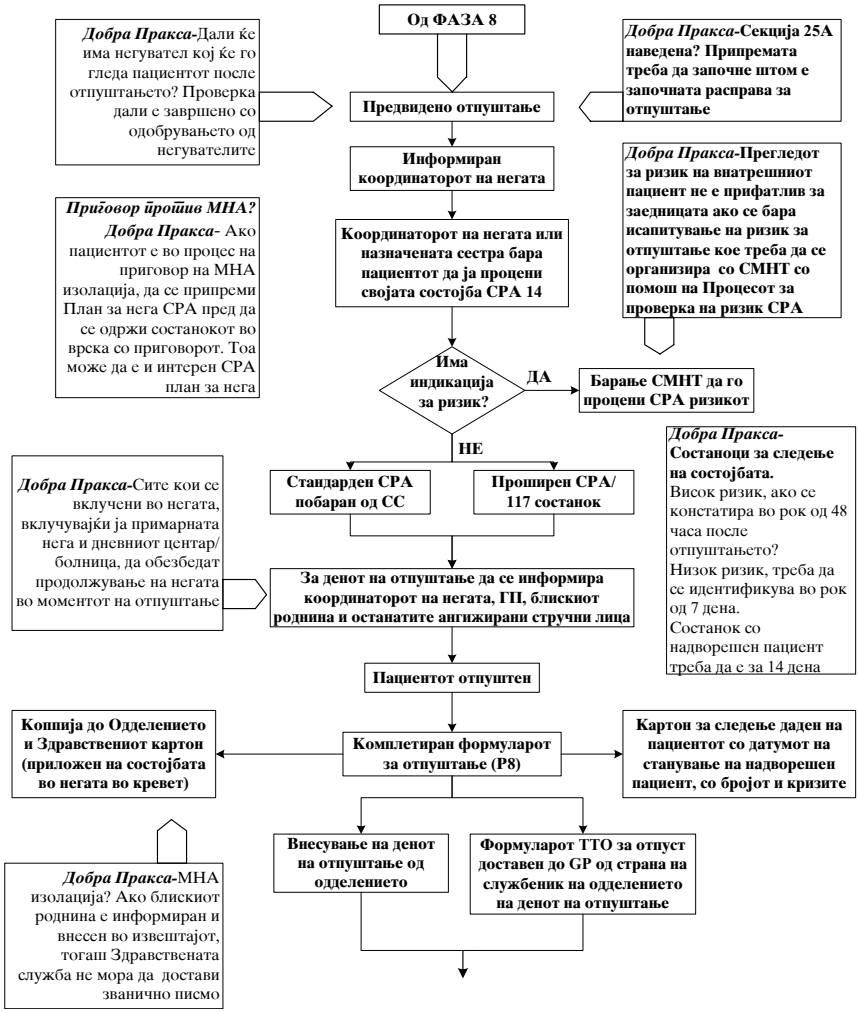
Алгоритам 12е. Фаза 7- Согласност за третман/ Секција на запис на Прегледот на циклусот



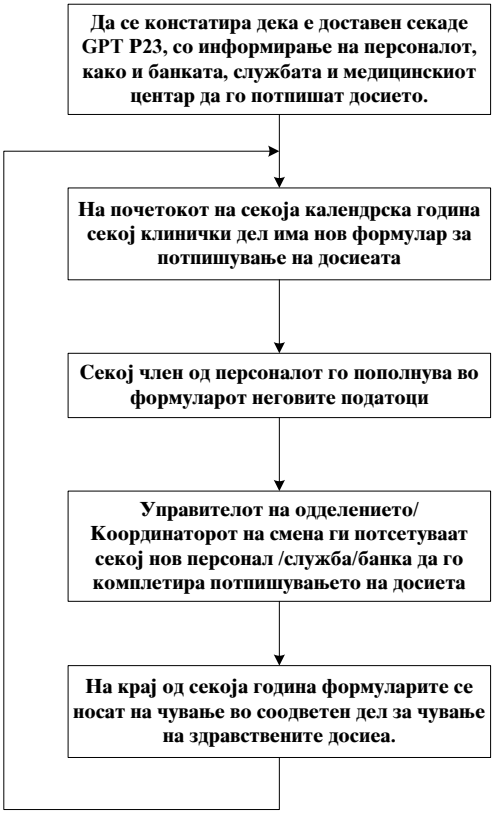
Алгоритам 12ж. Фаза 8- Процес на отсуство



Алгоритам 12з. Фаза 9- Отпуштање

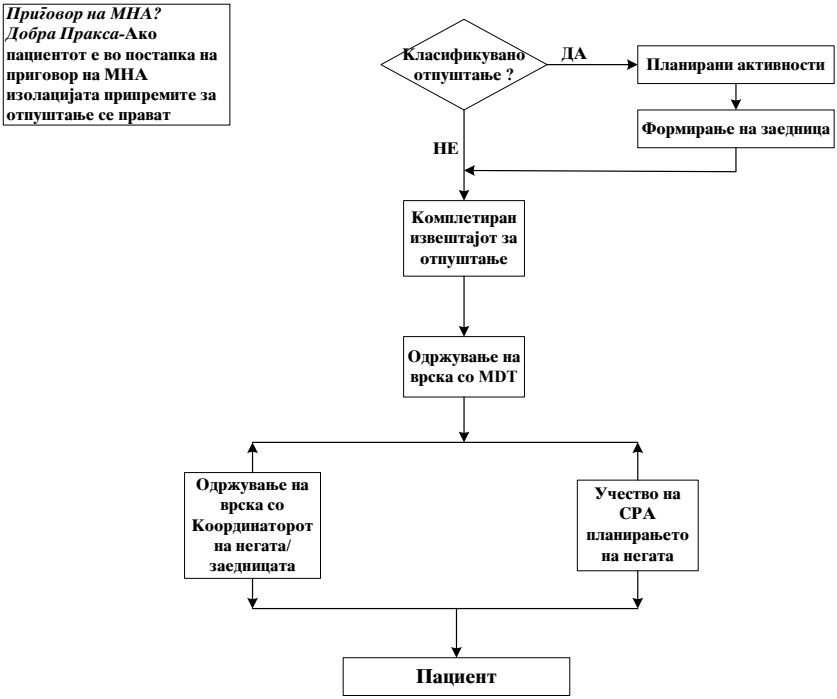


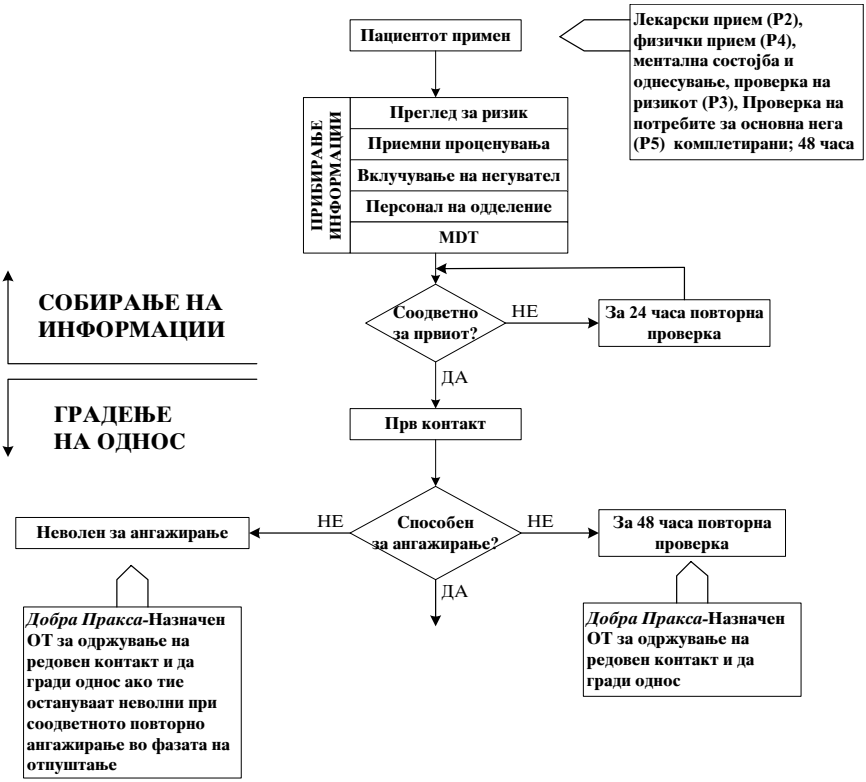
Алгоритам 12s. Процес на водење на досие

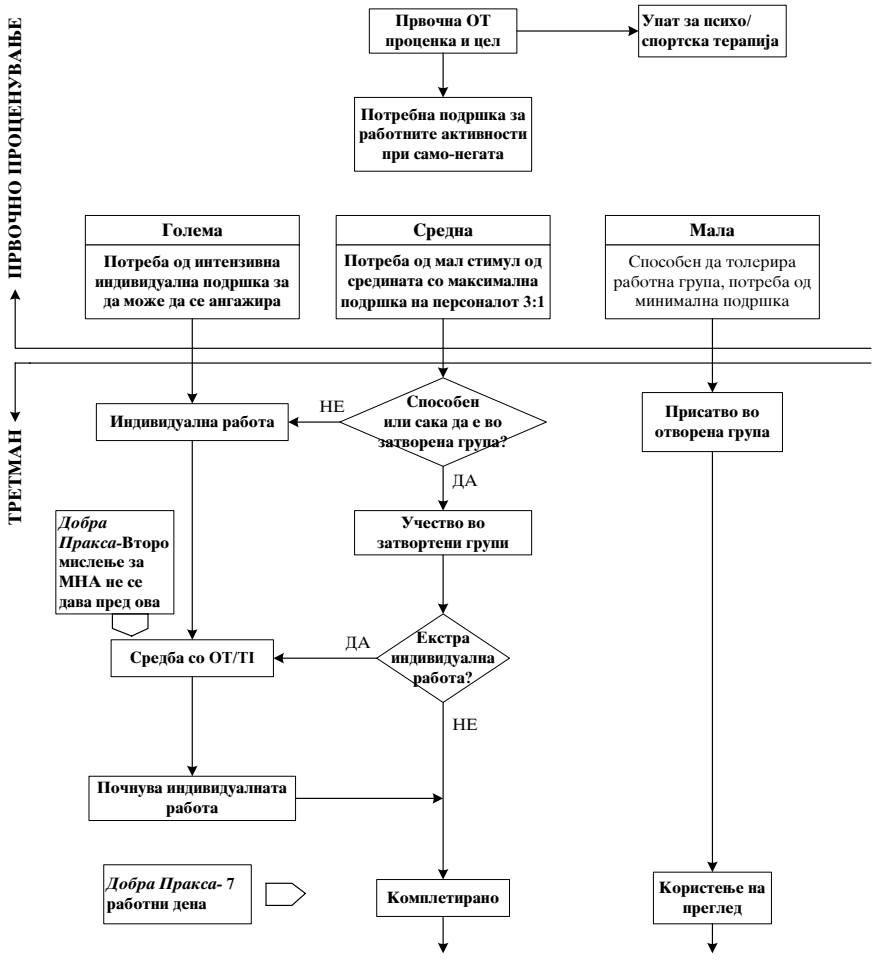


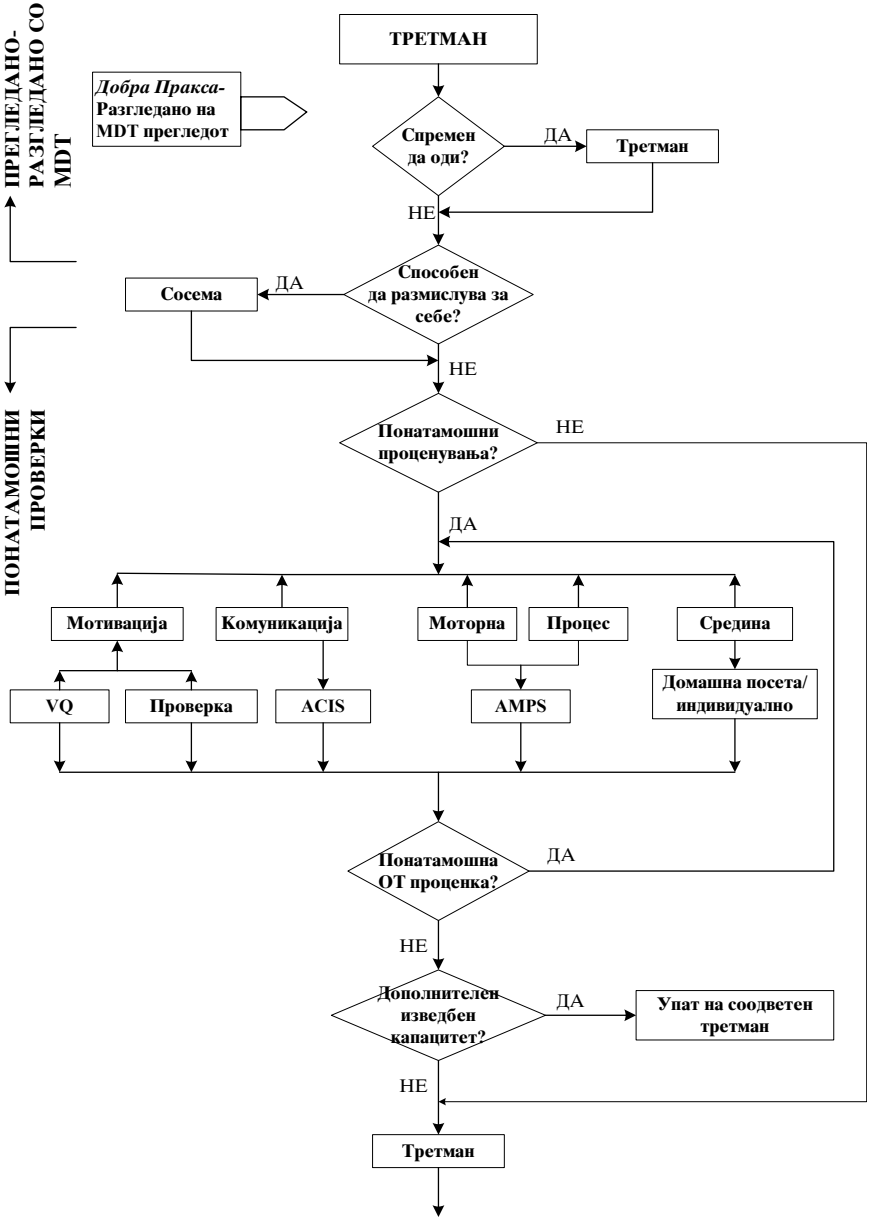
Рационален пристап
Со постојана ротација на персоналот, заедно со промена на имињата и на потписите, битно е досијеата да бидат ажурирани со тековните потпишувања и со првобитното употребено во секоја одредена зона. Со тоа пристапот е лесен за потребите на истражување на жалбите и прегледите.

Алгоритам 13. Планирање на отпуштањето

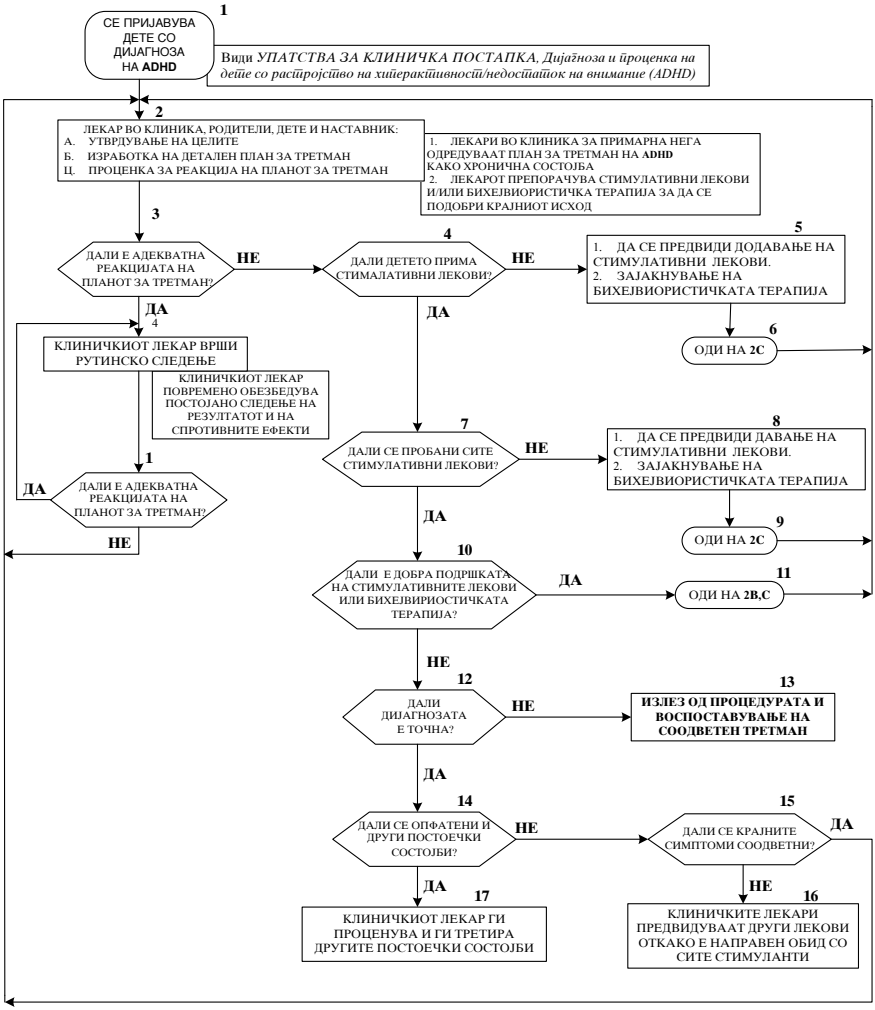



Пациентот примен
Лекарски прием (P2), физички прием (P4), ментална состојба и однесување, проверка на ризикот (P3), Проверка на потребите за основна нега (P5) комплетирани; 48 часа
ПРИБИРАЊЕ ИНФОРМАЦИИ
Преглед за ризик
Приемни проценувања
Вклучување на негувател
Персонал на одделение
MDT
СОБИРАЊЕ НА ИНФОРМАЦИИ
Соодветно за првиот?
НЕ
За 24 часа повторна проверка
ДА
ГРАДЕЊЕ НА ОДНОС
Прв контакт
Способен за ангажирање?
НЕ
Неволен за ангажирање
НЕ
За 48 часа повторна проверка
ДА
Добра Пракса-Назначен ОТ за одржување на редовен контакт и да гради однос ако тие остануваат неволни при соодветното повторно ангажирање во фазата на отпуштање
Добра Пракса-Назначен ОТ за одржување на редовен контакт и да гради однос

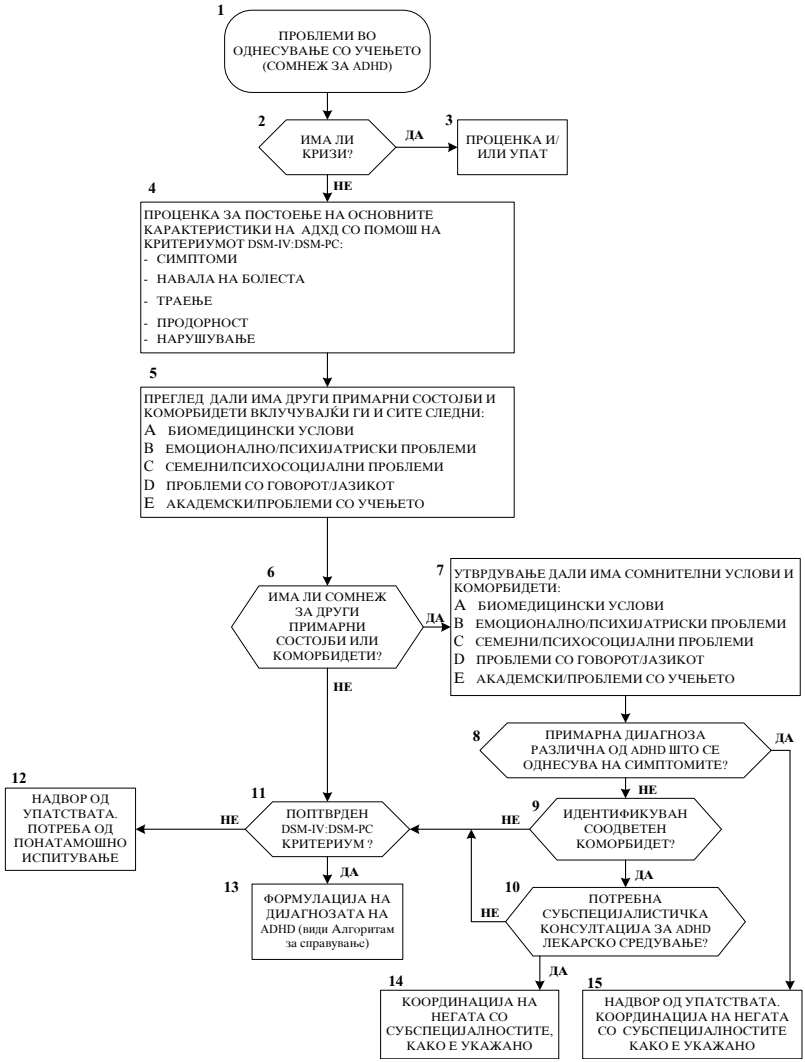

ПРВОЧНО ПРОЦЕНУВАЊЕ
ТРЕТМАН
Првочна ОТ проценка и цел
Упат за психо/ спортска терапија
Потребна подршка за работните активности при само-негата
Голема
Потреба од интензивна индивидуална подршка за да може да се ангажира
Средна
Потреба од мал стимул од средината со максимална подршка на персоналот 3:1
Мала
Способен да толерира работна група, потреба од минимална подршка
Индивидуална работа
НЕ
Способен или сака да е во затворена група?
Присатво во отворена група
ДА
Добра Пракса-Второ мислење за МНА не се дава пред ова
Учество во затвортени групи
Средба со ОТ/ТІ
ДА
Екстра индивидуална работа?
НЕ
Почнува индивидуалната работа
Добра Пракса- 7 работни дена
Комплетирано
Користење на преглед


ПРЕГЛЕДАНО-РАЗГЛЕДАНО СО MDT
ТРЕТМАН
Добра Пракса- Разгледано на MDT прегледот
Спремен да оди?
ДА
Третман
НЕ
Способен да размислува за себе?
ДА
Сосема
НЕ
ПОНАТАМОШНИ ПРОВЕРКИ
Понатамошни проценувања?
НЕ
ДА
Мотивација
Комуникација
Моторна
Процес
Средина
VQ
Проверка
ACIS
AMPS
Домашна посета/ индивидуално
Понатамошна ОТ проценка?
ДА
НЕ
Дополнителен изведбен капацитет?
ДА
Упат на соодветен третман
НЕ
Третман

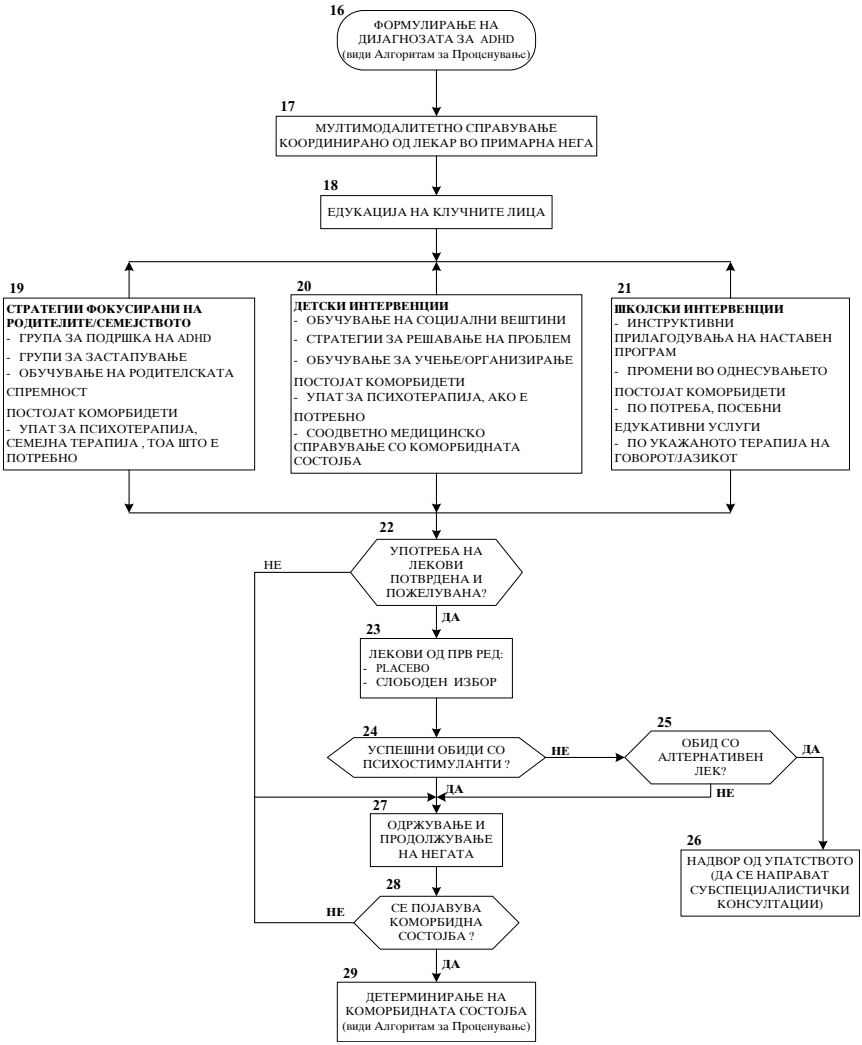
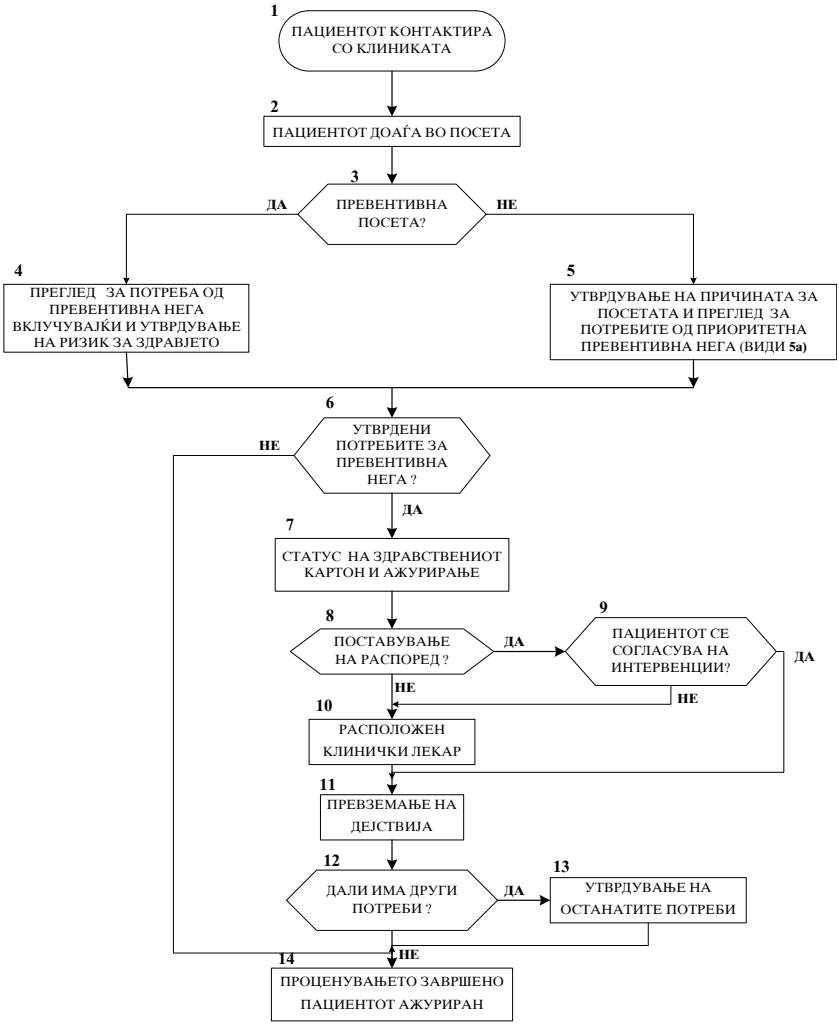
Алгоритам 17. Дијагноза и проценка на дете со растројство на хиперактивност/недостаток на внимание (ADHD)



Алгоритам 18. Дијагноза и справување со растројството на хиперактивност/недостиг на внимание во примарната нега кај деца од школска возраст и адолесценти. Алгоритам за проценување



Алгоритам 19. Дијагноза и справување со растројството на хиперактивност/недостиг на внимание во примарната нега кај деца на школска возраст и адолесценти. Алгоритам за справување



Алгоритам 20. Превентивни услуги на децата и адолесцентите