

Водич за интервенции за mhGAP

за ментални, невролошки растројства и растројства
предизвикани од употреба на супстанции во
неспецијализирани здравствени установи

Верзија 2.0



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe



Mental Health Gap Action Programme

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.

1.Mental Disorders - prevention and control. 2.Nervous System Diseases. 3.Psychotic Disorders. 4.Substance-Related Disorders. 5.Guideline. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 154979 0 (NLM classification: WM 140)

© World Health Organization 2016

Сите права се задржани. Публикациите на Светската здравствена организација се достапни на веб страницата на СЗО (<http://www.who.int>) или може да се купат од WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int).

Барањата за дозвола за репродукција или преведување на публикации на СЗО - без разлика дали за продажба или за некомерцијална дистрибуција - треба да се достават до WHO Press преку веб страницата на СЗО (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html).

Називите и начинот на кој материјалот се изразени во оваа публикација не подразбираат изразување на мислење од страна на Светската здравствена организација во врска со правниот статус на која било земја, територија, град или област или на нивните надлежни органи, или во врска со определувањето на нивните граници. Испрекинатите линии со точки или цртички на картите ги претставуваат приближните гранични линии за кои можеби сè уште не е постигнат целосен договор.

Спомнувањето на конкретни компании или производи на одредени производители не значи дека Светската здравствена организација ги одобрува или препорачува истите и ги претпочита во однос на други од слична природа што не се споменати. Освен во случај на грешка или пропуст, имињата на патентираните производи се претставени со големи почетни букви.

Светската здравствена организација ги презеде сите разумни мерки на претпазливост за проверка на информациите содржани во оваа публикација. Меѓутоа, објавениот материјал се дистрибуира без никаква изрична или имплицитна гаранција. Одговорноста за толкувањето и користењето на материјалот е на читателот. Во никој случај Светската здравствена организација не одговара за штетите кои може да произлезат од користењето на материјалот.

Водич за интервенции за mhGAP

за ментални, невролошки растројства и растројства
предизвикани од употреба на супстанции во
неспецијализирани здравствени установи

Верзија
2.0



Mental Health Gap Action Programme



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

mhGAP Водич » 2.0 Содржина

Предговор.....	iii	» ОГП Основна грижа и пракса	5
Благодарност	iv	» ГД Главен дијаграм	16
Вовед	1	» ДЕП Депресија	19
Како да се користи верзија 2 на mhGAP Водичот.....	3	» ПСИ Психози	33
		» ЕПИ Епилепсија	51
		» МЗД Ментално здравје кај деца и адолесценти	69
		» ДЕМ Деменција	93
		» СУП Растројства од употреба на супстанции	105
		» САМ Самоповредување/самоубиство	131
		» ДРУ Други значајни ментално здравствени проблеми	141
		Имплементација на mhGAP-Водичот	151
		Глосар	159

mhGAP-Водич» 2.0

Предговор

Менталните, невролошките растројства и растројствата од употреба на супстанции (МНС) се со висока превалентност и претставуваат голем товар на болест и попреченост на глобано ниво. Останува голем јаз помеѓу расположливите капацитети и ресурси на здравствените системи, меѓу она што итно е потребно и она што е достапно за намалување на товарот. Речиси 1 од 10 лица има ментално растројство, но само 1% од глобалната здравствена работна сила обезбедува грижа за менталното здравје. МНС влијаат значително на способноста на децата да учат и способноста на возрасните да функционираат во семејствата, на работа и во општеството воопшто.

Препознавајќи ја потребата да се обезбедат услуги за луѓето со МНС и нивните негуватели и да се премости јазот помеѓу расположливите ресурси и големата потреба за овие услуги, Одделот за ментално здравје и употреба на супстанции на СЗО ја започна Акциската програма за надминување на јазот во областа на менталното здравје (mhGAP) во 2008 година. Клучните цели на mhGAP се да се зајакнат заложбите на владите, меѓународните организации и другите заинтересирани страни да ја зголемат распределбата на финансиските и човечките ресурси за неа на МНС и да постигнат многу поголема покриеност со клучните интервенции во земјите со ниски и средни приходи. Преку овие цели, mhGAP обезбедува насоки засновани на докази и алатки за постигнување на целите од Акцискиот план за сеопфатно ментално здравје од 2013-2020 година.

Во 2010 г., Водичот за интервенции на mhGAP (mhGAP Водич) за МНС за неспецијализирани здравствени установи, беше осмислен како помош во спроведувањето на mhGAP. Како едноставна техничка алатка базирана на насоките од mhGAP, Водичот претставува интегрирано управување со приоритетните МНС состојби преку користење на протоколи за клиничко донесување одлуки. Преовладува погрешното верување дека сите ментално здравствени интервенции се комплексни и дека може да ги извршат само специјализирани лица. Недамнешните истражувања покажуваат дека е

изводливо фармаколошките и психосоцијалните интервенции да бидат изведени во неспецијализирани здравствени установи. Од неговото објавување во 2010 г. mhGAP Водичот се користи во најразлични средини, од страна на министерства за здравство, академски институции, НВО и други филантропски фондации и истражувачи за зголемување на обемот на ментално здравствените услуги. Верзија 1.0 од mhGAP Водичот се користи во повеќе од 90 земји во сите региони на СЗО и материјалите од mhGAP се преведени на повеќе од 20 јазици, вклучувајќи ги бте службени јазици на ОН.

Пет години по објавувањето на првата верзија, упатствата за mhGAP беа ажурирани врз основа на новите објавени истражувања, а ревидираните упатства беа објавени во 2015 г. Сега, со задоволство ја претставуваме верзија 2.0 на mhGAP Водичот, која не само што ги одразува овие промени, туку и содржи голем број наоди од практичната примена за да се подобри водичот во неговата јасност и употребливост.

Се надеваме дека овој водич и понатаму ќе биде клучната техничка алатка за обезбедување неа за лицата со МНС растројства во целиот свет и ќе де доближи до постигнување на целта за универзална здравствена покриеност.

Шекар Саксина

Директор на Оддел за ментално здравје и употреба на супстанции на СЗО



mhGAP Водич »2.0 Благодарност до

Визија и концепт

Shekhar Saxena, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO.

Координација и уредување

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Придонеси од

Корисни материјали, помош и совети се добиени од техничкиот персонал од седиштето на СЗО, вработените во регионалните канцелари на СЗО и канцелариите во земјите, како и од многу меѓународни експерти. Нивното учество е од суштествено значење за подготовката на верзија 2.0 од Водичот за интервенции за mhGAP.

Седиште на СЗО

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Регионални канцеларии на СЗО и канцеларии во земјите

Nazneen Anwar, Regional Office for South East Asia; Florence Baingana, WHO Sierra Leone; Andrea Bruni, Regional Office for Americas; Anderson Chimusoro, WHO Zimbabwe; Manuel de Lara, WHO Turkey; Bahtygul Karriyeva, WHO Turkmenistan; R Kesavan, WHO Liberia; Devora Kestel, Regional Office for Americas; Lars Foddgard Moller, Regional Office for Europe; Maristela Goldnadel Monteiro, Regional Office for Americas; Matthijs Muijen, Regional Office for Europe; Julius Muron, WHO Liberia; Sebastiana Da Gama Nkomo, Regional Office for Africa; Jorge Jacinto Rodriguez, Regional Office for Americas; Khalid Saeed, Regional Office for Eastern Mediterranean; Caroline Saye, WHO Liberia; Yutaro Setoya, WHO Fiji; Xiao Sobel, Regional Office for Western Pacific; Saydah Taylor, WHO Liberia; Salma Tlili, WHO Guinea; Xiangdong Wang, Regional Office for Western Pacific; Eyad Yanes, WHO Syria.

Меѓународни експерти

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Административна поддршка

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Практиканти

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Техничка ревизија

Следните меѓународни експерти даода повратни информации и коментари за изготвување на ажурираните mhGAP Упатства и/или верзија 2.0 на mhGAP Водичот.

Albert Akpalu, College of Health Sciences, University of Ghana and Epilepsy Society of Ghana, Ghana; Sophia Achab*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Geneva, Switzerland; Emiliano Albanese*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/HUG, Geneva, Switzerland; Robert Ali*, Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA), WHO Collaborating Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems, University of Adelaide, Australia; Fredrick Altice, Yale University School of Medicine and School of Public Health, New Haven, USA; José Ayuso-Mateos, Universidad Autonoma de Madrid and CIBER, Spain; Corrado Barbui*, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, University of Verona, Italy; Gretchen Birbeck, Michigan State University, Michigan, USA; Anja Busse, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria; Vladimir Carli*, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; Sudipto Chatterjee*, Parivartan Trust and Sangath, India; Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Friendship Bench Project, Harare, Zimbabwe; Janice Cooper, Carter Center, Liberia; Wilhelmus (Pim) Cuijpers*, Vrije University, Amsterdam, Netherlands; Gauri Divan, Sangath, Goa, India; Christopher Dowrick*, Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, UK; Joshua Duncan, Building Back better Project, CBM, Sierra Leone; Julian Eaton*, CBM International, Togo and London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK; Rabih El Chammay, Ministry of Health,

Beirut, Lebanon; Peter Hughes, Royal College of Psychiatrists, UK; Asma Humayun*, Meditrina Health Care, Islamabad, Pakistan; Gabriel Ivbijaro*, Wood Street Medical Centre, London, UK; Nathalie Jette*, Hotchkiss Brain Institute and O'Brien Institute for Public Health, University of Calgary, Canada; Lynne Jones, National Health Service, UK; Marc Laporta, Department of Psychiatry, McGill Montreal, WHO PAHO Collaborating Center for Research and Douglas Mental Health University Institute, Montreal, Canada; Anita Marini, Cittadinanza NGO, Rimini, Italy; Farrah Mateen, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, USA; Zhao Min, Shanghai* Drug Abuse Treatment Centre, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China; Charles Newton*, Kenya Medical Research Institute, Kilifi, Kenya; Olayinka Omigbodun*, Centre for Child and Adolescent Mental Health (CCAMH), University College Hospital, Ibadan, Nigeria; Akwasi Osei*, Ministry of Health, Accra, Ghana; Amrita Parekh, Dasra, Mumbai, India; Alfredo Pemjean*, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chile; Hemamali Perera, Faculty of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Suicide Research and Prevention Center and Research Methods Consulting Center, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine and WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Huilongguan Hospital, Beijing, China; Martin Prince*, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, London, UK; Atif Rahman*, Institute of Psychology, Health & Society, University of Liverpool, Liverpool, UK; Richard Rawson*, University of California at Los Angeles Integrated Substance Abuse Programs, California, USA; Tahilia Rebello, Columbia University, USA; Rajesh Sagar, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Ley Sander, UCL Institute of Neurology, London, UK; Alison Schafer, World Vision, Nairobi, Kenya; Kunnukattil S Shaji, Government Medical College, Thrissur, India; Pratap Sharan*, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; Vandad Sharifi Senejani,

Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Islamic Republic of Iran; Kolou Simliwa Dassa*, Ministry of Health, Lome, Togo; Leslie Snider, Peace in Practice, Amsterdam, Netherlands; Chhit Sophal, Ministry of Health, Cambodia; Jessica Maria-Violanda Spagnolo, School of Public Health, University of Montreal, Montreal, Canada; Emmanuel Streel, Public Mental Health and Substance Use Consultant, Belgium; Scott Stroup, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute, New York, USA; Athula Sumathipala, Keele University, UK; Kiran Thakur, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA; Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation, India; Graham Thornicroft* Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK; Mark Tomlinson, Stellenbosch University, South Africa; Nyan Tun, Yangon General Hospital, Myanmar; Carmen Valle, CBM, Freetown, Sierra Leone; Pieter Ventevogel, United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva, Switzerland; Inka Weissbecker*, International Medical Corps, Washington, USA; Mohammad Taghi Yasamy, Geneva, Switzerland; Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Suicide Prevention Centre, Chennai, India; Abe Wassie, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Addis Ababa University and Amanuel Hospital, Ethiopia.

* mhGAP Guideline Update Development Group Members

Дополнителни информации беа обезбедени од следните рецензенти преку придонес во пилот тестирање, повратни информации или дискусии во фокус групи:

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Uganda; Robinah Alambuya, Uganda; Latifa Saleh Al Harbi, Saudi Arabia; Alaa Iddin Al Masri, Jordan; Laila Alnawaz, Turkey; Ebtisam Al Rowdhan, Saudi Arabia; Roseline Aposu, Nigeria; Manar Awwad,

Jordan; Raul Ayala, Mexico; Namsenmoh Aymar, Central African Republic; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Uganda; Rose Beaugrand, Sierra Leone; Tadu Bezu, Ethiopia; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Lebanon; Brian Byekwaso, Uganda; Jules Claude Casumba, South Sudan; Alice Clement, Nigeria; Gretel Acevedo de Pinzon, Panama; Barkon Dwah, Liberia; Mufumba Emmanuel, Uganda; Olivia Gabula, Uganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigeria; Kebeh Selma Gorpudolo, Liberia; Teen K. Grace, Nigeria; Georgina Grundy-Campbell, UK and Turkey; Esubalew Haile, South Sudan; Tayseer Hassoon, Syria; Mahmoud Hegazy, Turkey; Zeinab Hijazi, Lebanon; Fred Kangawo, Uganda; Sylvester Katontoka, Zambia; Fred Kiyuba, Uganda; Humphrey Kofie, Ghana; Moussa Kolie, Guinea; Samer Laila, Turkey; Richard Luvaluka, Uganda; Paul Lwevola, Uganda; Scovia Makoma, Uganda; João Marçal-Grilo, UK; Soo Cecilia Mbaidoo, Nigeria; Colette McInerney, Laos; Saeed Nadia, UK; Ruth Nakachwa, Uganda; Juliet Namuganza, Uganda; Emily Namulondo, Uganda; Margaret Namusobya, Uganda; Amada N. Ndorbor, Liberia; Sheila Ndyanabangi, Uganda; Joel Ngbede, Nigeria; Fred Nkotami, Uganda; Zacharia Nongo, Nigeria; Emeka Nwefoh, Nigeria; Philip Ode, Nigeria; Mary Ogezi, Nigeria; Martha Okpoto, Nigeria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigeria; Mapa H Puloka, Kingdom of Tonga; Muhannad Ramadan, Jordan; Nick Rose, UK; Brigid Ryan, Australia; Joseph s. Quoi, Liberia; Nidhal Saadoon, Turkey; Latifa Saleh, Kingdom of Saudi Arabia; Dawda Samba, Gambia; Nseizere Mitala Shem, Uganda; Michel Soufia, Lebanon; Shadrach J. Suborzu II, Liberia; Wafika Tafran, Syria; Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi, Turkey; Yanibo Terhemmen C., Nigeria; Nongo Terseer, Nigeria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikey, Laos; Joshua Tusaba, Uganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Sierra Leone; Abdulwas Yusufi, Ethiopia.

Следните експерти учествуваа во улога на надворешни рецезенти на ажурираните упатства за mhGAP:

Atalay Alem, Addis Ababa University, Ethiopia; Laura Amato, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; Satinder Aneja, Lady Hardinge Medical College, India; Pierre Bastin, Clinique Beaulieu, Switzerland; Gayle Bell, Institute of Neurology, University College London, UK; Donna Bergen, Rush University Medical Centre, Illinois, USA; José Bertolote, Botucatu Medical School, Brazil; Irene Bighelli, Verona University, Italy; Stephanie Burrows, Centre hospitalier de l'université de Montréal, Canada; Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), Brazil; Tony Charman, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience King's College, UK; Marek Chawarski, Yale School of Medicine, USA; Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Brazil; Carlos Felipe D'Oliveira, National Association for Suicide Prevention, Brazil; Kieren Egan, WHO Collaborating Centre for Mental Health, HUG, Switzerland; Eric Emerson, Centre for Disability Research and Policy, University of Sydney, Australia; Saeed Farooq, Department of Psychiatry, Lady Reading Hospital, Pakistan; Melissa Gladstone, University of Liverpool, UK; Charlotte Hanlon, Addis Ababa University, Ethiopia; Angelina Kakooza, Makerere University, Uganda; Rajesh Kalaria, University of Newcastle, UK; Eirini Karyotaki, Vrije

University, Netherlands; Mark Keezer, University College London, UK; Nicole Lee, Turning Point, Australia; Valentina Lemmi, London School of Economics, UK; Harriet MacMillan, McMaster University, Canada; Carlos Martinez, Ministry of Health, Argentina; Daniel Maggin, University of Illinois, USA; Silvia Minozzi, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; Zuzana Mitrova, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; James Mugisha, National Association for Suicide Prevention, Uganda; Adesola Ogunniy, University College Hospital, Nigeria; Denis Padruchny, Information and Training Centre of Psychiatry and Narcology, Belarus; Amrita Parekh, Public Health Foundation of India; Khara Sauro, University of Calgary, Canada; Shoba Raja, Basic Needs, India; Brian Reichow, Child Study Centre, Yale School of Medicine, USA; Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità, Italy; Suvasini Sharma, Lady Hardinge Medical College and associated Kalawati Saran Children's Hospital, India; Pratibha Singhi, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, India; Lorenzo Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza University of Rome, Italy; Wietse Tol, Peter Alderman Foundation, Uganda; Sarah Skeen, Stellenbosch University, South Africa; Manjari Tripathi, All India Institute of Medical Sciences, India; Ambros Uchtenhagen, University of Zurich, Switzerland; Chris Underhill, Basic Needs, UK; Anna Williams, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience King's College, UK.

Подготовка од

Графички дизајн и уредување: Erica Lefstad

Координација на печатењето: Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin, WHO, Geneva.

Финансиска поддршка

Финансиска поддршка за подготовката и печатењето на Водичот за интервенции обезбедија следниве организации:

Autism Speaks, USA; CBM; Fountain House Inc.; Government of Japan; Government of the Republic of Korea; Government of Switzerland; National Institute of Mental Health, USA; Syngenta.

ВОВЕД

Акциска програма за надминување на јазот во менталното здравје (mhGAP) – Историјат

Според СЗО Атлас за ментално здравје од 2014 година, повеќе од 45% од светската популација живее во земја каде што има помалку од 1 психијатар на секои 100.000 луѓе, а има уште помалку невролози. Јасно е дека потпирањето исклучиво на специјалисти за услуги потребни на лицата со ментални, невролошки растројства и растројства од употребата на супстанции (МНС) ќе спречи милиони луѓе да пристапат до услугите што им се потребни. Дури и кога се достапни, интервенциите честопати не се квалитетни или проверени. Акциската програма за надминување на јазот во менталното здравје (mhGAP) досега беше развиена со цел да се зголеми обемот на грижата за МНС растројствата.

Пристапот mhGAP се состои од интервенции за превенција и управување со приоритетни МНС состојби, идентификувани врз основа на докази за ефективност и изводливост на зголемувањето на овие интервенции во земјите со ниски и средни приходи. Приоритетните состојби беа идентификувани врз основа на следните критериуми: дали се голем товар (во однос на смртноста, морбидитетот и попреченостите), дали создаваат големи економски трошоци или од нив произлегува кршење на човековите права. Овие приоритетни состојби вклучуваат депресија, психози, самоповредување/самоубиство, епилепсија, деменција, растројства предизвикани од употребата на супстанции и ментални и бихевиорални растројства кај деца и адолесценти. Водичот за интервенции на mhGAP (mhGAP Водич) е ресурс што го олеснува следењето на упатствата од mhGAP, кои се базирани на докази, во неспецијализирани здравствени установи.

Прифаќањето на mhGAP-IG верзијата 1.0 од страна на земјите-членки на СЗО и другите засегнати страни е извонредно и јасно ја покажува потребата од таква алатка. Верзија 1.0 на mhGAP Водичот се користеше на ниво на држава преку различни методи: најчесто како клучна алатка во пристапот за зголемување на обемот на ментално здравствените услуги, чекор-по-чекор, на регионално, национално и поднационално ниво;

како алатка за градење на капацитети кај голем број најразлични здравствени професионалци и парапрофесионалци; и како референтно упатство за развивање и ажурирање на дипломските и постдипломските наставни програми за даватели на здравствени услуги.

Изготвување на верзија 2.0 од Водичот за интервенции за mhGAP

Ажурираните Упатства на mhGAP и повратните информации и евалуацијата од корисниците на верзија 1.0 од Водичот ја обликуваа ревизијата и изготвувањето на оваа ажурирана верзија на Водичот. Комплетното ажурирање на упатствата за mhGAP согласно методологијата на СЗО за изготвување упатства, што вклучува процес на разгледување на доказите, синтеза и развој на препораки со учество на меѓународен панел од индивидуални експерти и институции со соодветно искуство: клиничари, истражувачи, програмски менаџери, креатори на политики и корисници на услуги, беше извршено и објавено во 2015 г. Деталните методи и ажурирани препораки може да се најдат во Центарот со ресурси и докази за mhGAP. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Добиени се повратни информации од експерти во сите региони на СЗО кои го користеа пакетот од Водичот за интервенции на mhGAP во изминатите три години за да обучат неспецијализирани здравствени работници и да обезбедат МНС услуги на неколку локации за имплементација. Прелиминарен нацрт на верзија 2.0 на mhGAP Водичот, заснована на стручни и теренски наоди, потоа беше споделена меѓу широката група на рецензенти ширум светот, овозможувајќи различност на мислењата во овој интензивен процес на ревизија. Овој процес инкорпорираше повратни информации од низа крајни корисници, вклучително и неспецијализирани даватели на здравствена заштита и лица со МНС растројства во сите региони на СЗО. Повратните информации од крајните корисници беа собрани преку

прашалник и локално посредувани дискусии на фокус групи, координирани од СЗО. Одговорите од рецензентите собрани преку овој процес се вклучени во верзија 2.0 од Водичот.

Згора на тоа, неколку корисници на Водичот нагласија дека употребата на хартиен формат е прилично ограничувачка, и предложија дека електронска или интернет-базирана (е-) или мобилна (м-) верзија на Водичот може да е корисна во однос на полесна употреба, дополнителна функционалност и заштеда на средства. Затоа верзија 2.0 на mhGAP Водичот е дизајнирана и формулирана со цел да функционира во различни формати: хартиен, електронски и мобиле, со тоа што тековно се развива електронската верзија и ќе биде објавена набрзо.

Заедно со овие многубројни повратни информации, ажурираните упатства за mhGAP од 2015 година и е-верзијата, клучните ажурирања на Водичот вклучуваат:

- » Ажурирана содржина во различни делови согласно нови докази, повратни информации и препораки од корисници.
- » Вертикален алгоритам модел што овозможува рационализирана и поедноставена клиничка процена.
- » Вклучен нов алгоритам за контролни прегледи.
- » Два нови модели: Основна грижа и пракса (што е ажурирана верзија на поглавјето Општи принципи на грижата од верзија 1.0) и модул за имплементација.
- » Ревиирани модули за Психози (интегрира и психоза и биполарно растројство), Ментални и бихевиорални растројства кај деца и адолесценти (вклучува развојни, бихевиорални и емоционални растројства), и растројства од употреба на супстанции (вклучувајќи ги и растројствата предизвикани од употреба на алкохол и од употреба на дрога).

Користење на верзија 2.0 на Водичот

Водичот е модел што треба да прилагоди на уникатната национална или локална ситуација. Корисниците може да изберат кои од приоритетните состојби или интервенции ќе ги прилагодат и спроведат, во зависност од контекстуалните разлики во распространетоста и достапноста на ресурсите. Ова е потребно за да се осигури дека ќе бидат покриени состојбите што најмногу придонесуваат кон товарот на болеста во специфична земја, и дека Водичот 2.0 е соодветен за локалните услови што влијаат на третманот на лицата со МНС состојби во здравствена установа. Процесот на прилагодување треба да се користи да се договори унифициран пристап кон за техничките прашања за различните болести - што бара вклученост на клучните национални актери. Водичот треба да се преведе и да се осигури дека интервенциите се прифатливи во социјално културолошки контекст и се соодветни во локалниот здравствен систем.

Целната група на корисници на Водичот се неспецијализирани даватели на здравствени услуги кои работат во установи од примарна и секундарна здравствена заштита. Овие даватели на услуги вклучуваат лекари, медицински сестри и други членови на работната сила во здравствената заштита. Иако Водичот ќе го спроведуваат примарно лица што не се специјалисти, истиот може да им користи на специјалистите за ментално здравје. И покрај ова, специјалистите имаат суштинска и значајна улога во обучување, поддршка и надзор, и Водичот укажува каде е потребен пристап до специјалисти за консултација или упатување, за подобрување на користењето на малиот број ресурси. Специјалистите, исто така, би имале корист од обуката за јавно-здравствени аспекти на програмата и организацијата на услуги. Имплементацијата на Водичот идеално бара координирано делување од страна на експерти и менаџери за јавно здравје и специјалисти со искуство од јавното здравство. Затоа, обуката за користење на Водичот е најдобро да биде дел од системски пристап кој вклучува здравствени планери, менаџери и креатори на политики, така што предложените интервенции се поддржани од потребната инфраструктура/ресурси, на пр. достапност на основни лекови. Исто така потребно е постојано да се спроведуваат обуки за Водичот, со воспоставени механизми за обезбедување соодветна поддршка, надзор и обуки за потсетување на давателите на здравствени услуги.

Како се користи Водичот 2.0

Водичот е модел што е потребно да се прилагоди за употреба во земјата каде се спроведува. Корисниците може да изберат група од приоритетни состојби или интервенции кои ќе ги адаптираат и спроведат, во зависност од контекстот.

» Верзија 2.0 на Водичот започнува со “Основна грижа и пракса”, збир на добри клинички практики и општи упатства за интеракции на давателите на здравствени услуги со лица со потреба од грижа за ментално здравје. Сите корисници на Водичот треба да се запознаат со овие принципи и да ги следат.

» Водичот содржи „Главен дијаграм“ со информации за вообичаени манифестации на приоритетните состојби. Ова го води клиничарот кон релевантните модули. Прво треба да се лекуваат најсериозните состојби. Во верзија 2.0, Главниот дијаграм е дополнет со нов дел - Итни МНС случаи. Овој дел служи како помошна алатка за идентификување и лекување на итни случаи.

» Модулите, поделени по различните состојби, се алатка за клиничко донесување одлуки и управување. Секој модул е во различна боја за полесно разликување. На почетокот од секој модул има вовед што објаснува кои состојби се покриени и кус преглед на главните чекори за процена и управување.

» Секој од модулите се состои од три дела:

-  **Процена**
-  **Управување**
-  **Контрола**

 **Делот за процена** е претставен преку дијаграми за процесот, со повеќе точки на клиничка проценка. Секој модул почнува со вообичаени манифестации на потенцијалната состојба, по што следи серија прашања за клиничка процена кои може да се одговорат со да или не, кои пак одговори го насочуваат корисникот дали да продолжи кон следното упатство или да утврди дијагноза. Важно е корисниците да почнат од најгорниот дел од дијаграмот и да ги поминат сите чекори за да развијат сеопфатна клиничка слика и план за управување (третман).

 **Делот за управување** се состои од детали за интервенција кои информираат како се управува со конкретната утврдена дијагноза. Кога е потребно, наведени се технички психосоцијални и фармаколошки интервенции.

 **Делот за контрола** дава детални информации за како да се продолжи клиничкото управување и детални упатства за управување со случајот.

» Водичот 2.0 користи серија симболи за нагласување одредени аспекти во модулите. Списокот на симболите и нивното објаснување е даден на следната страница. Во текот на модулите, важни точки се исто така истакнати како клучни клинички совети.

» Вклучен е и модул за спроведување на Водичот, што претставува резиме на потребните чекори за ова спроведување.

» На крајот од водичот, даден е речник на термини користени во Водичот за интервенции 2.0.

Визуелни елементи и симболи



Процена



Управување



Контрола



Упати во болница



Лек



Психосоцијална интервенција



Консулирај специјалист



Деца/адолесценти



Жени на репродуктивна возраст, бремени жени или доилки



Возрасни



Постари возрасни



ПРЕТПАЗЛИВО



Немој



Дополнителни информации

ОСНОВНА ГРИЖА И ПРАКСА

Овој модул ги посочува начелата за основна грижа за сите лица што бараат здравствена заштита, вклучувајќи ги оние со МНС, и нивните негуватели. Првиот дел од овој модул ги покрива општите начела на клиничка грижа и се стреми кон поттикнување почит за приватноста на лицата што бараат грижа за МНС состојби, поттикнување добри односи меѓу давателите на здравствени услуги, корисниците на услуги и нивните негуватели, и се осигураат дека грижата ќе биде обезбедена не неосудувачки, нестигматизирачки и поддржувачки начин.

Вториот дел ги покрива основите на ментално здравствената клиничка пракса и се стреми давателите на здравствена заштита да добијат увид во методот на процена и управување со МНС состојби во неспецијализирани установи.

А. ОПШТИ ПРИНЦИПИ

- Користете ефективни комуникациски вештини
- Поттикнете почит и достоинство

Б. ОСНОВИ НА КЛИНИЧКАТА ПРАКСА ВО ОДНОС НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

- Извршете физички здравствен преглед
- Спроведете процена за МНС
- Управувајте со МНС

А. ОПШТИ ПРИНЦИПИ

I. Користење ефективни комуникациски вештини

Користењето на ефективни комуникациски вештини им овозможува на ДЗУ да обезбедат квалитетна грижа за возрасни, адолесценти и деца со состојби на ментални, невролошки растројства и растројства предизвикани од употреба на супстанции (МНС). Разгледајте ги следните основни вештини и совети за комуникација

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #1

Создадете средина што олеснува отворена комуникација

- » Доколку е возможно одржете приватна средба.
- » Бидете културни и поставете се пријателски при запознавањето.
- » Гледајте во очи и користете го говорот на телото и изрази на лицето за да влеее доверба
- » Објаснете дека информациите кажани за време на средбата остануваат доверливи и нема да бидат споделени без претходна согласност.
- » Ако е присутен негувател, предложете разговор насамо (освен за мали деца) и побарајте согласност за споделување на информации.
- » Кога интервјуирате млада девојка, повикајте уште една вработена од женски пол да присуствува.

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #2

Вклучете го лицето

- » Вклучете го лицето (а со согласност и негувателот и семејството) во сите аспекти од процената и управувањето, колку е можно повеќе. Ова важи и за деца, адолесценти и постари возрасни лица

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #3

Започнете со слушање

- » Активно слушајте. Бидете емпатични и чувствителни .
- » Дозволете му на лицето да зборува без да го прекинете
- » При нејаснотии, бидете трпеливи и побарајте појаснување.
- » За деца користете јазик што го разбираат. На пр, прашајте за интереси (играчки, пријатели, школо, итн.).
- » За адолесценти, појаснете дека ги разбирате нивните чувства и ситуација.

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #4

Секогаш имајте пријателски однос, почит и не осудувајте

- » Секогаш однесувајте се со почит
- » Не ги судете луѓето по однесувањето и изгледот.
- » Останете смирани и трпеливи.

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #5

Користете вештини за добра вербална комуникација

- » Користете едноставен јазик. Бидете јасни и концизни.
- » Користете отворени прашања, резимирање и појаснување
- » Резимирајте и повторете ги клучните поенти
- » Дозволете му на лицето да поставува прашања за дадените информации

КОМУНИКАЦИСКИ СОВЕТ #6

Покажете чувствителност кога лицата откриваат тешки искуства (на пр. сексуален напад, насилство или самоповредување)

- » Бидете почувствителни со тешки теми
- » Потсетете го лицето дека она што ќе го сподели ќе остане само меѓу вас
- » Препознајте дека на лицето веројатно му било тешко да ги сподели информациите

II. Поттикнете почит и достоинство

Лицата со МНС состојби треба да се третираат со почит и достоинство на културно соодветен начин. Како давател на здравствени услуги, вложете максимални напори за почитување и промовирање на волјата и желбите на лицата со МНС и да ги поддржите и мотивирате нив и нивните негуватели на најинклузивен начин. Лицата со МНС честопати се поранливи на прекршување на човековите права. Затоа, од суштинско значење во здравствената заштита е давателите на услуги да ги промовираат правата на луѓето со МНС во согласност со меѓународните стандарди за човекови права, вклучувајќи ја и Конвенцијата на ОН за правата на лицата со попреченост (КПЛП)*.

*За повеќе информации за КПЛП: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

ТРЕБА

- » Лицата со МНС состојби да се третираат со почит и достоинство.
- » Да се штити приватноста на лицата со МНС состојби.
- » Да се осигури приватност во клиничка средина.
- » Секогаш да се даде пристап до информации и објаснат ризиците и придобивките од предлог третман писмено, ако е возможно.
- » Лицето да се согласи со третманот.
- » Да се промовира автономија и независно живеење во заедницата.
- » Да им се обезбеди на лицата со МНС состојби пристап до можности за донесување одлуки со поддршка

НЕ ТРЕБА

- » Да се дискриминираат лицата со МНС состојби.
- » Да се игнорираат приоритетите или желбите на лица со МНС состојби.
- » Да се донесуваат одлуки во име на, или на место на лицето со МНС состојба.
- » Да се користи премногу стручен јазик во објаснување на предложениот третман.

В. ОСНОВИ НА МЕНТАЛНА КЛИНИЧКА ПРАКСА

I. Физички преглед

Лица со МНС состојби се под поголем ризик од предвремена смртност од болести што може да се спречат и затоа секогаш мора да добиваат проценка на физичкото здравје како дел од сеопфатна евалуација. Погрижете се да земете соодветна анамнеза, вклучувајќи ги и физичкото здравје и историјата на МНС, проследена со проценка на физичкото здравје за да се идентификуваат истовремените состојби и да се едуцира лицето за превентивни мерки. Овие активности мора секогаш да се преземаат со информирана согласност на лицето.

Физички преглед

- » **Земете детална анамнеза и прашајте за ризик фактори**
Физичка неактивност, лоша исхрана, тутун, штетна употреба на алкохол и/или супстанции, ризично однесување и хронична болест.
- » **Направете физички преглед.**
- » **Размислете за диференцијална дијагноза.**
Исклучете физичка болест и проверете кои се основните причини за манифестациите на МНС со анамнеза, физички преглед и основни лабораториски испитувања.
- » **Идентификувајте коморбидитети.**
Често едно лице може да има повеќе од една МНС истовремено. Кога тоа ќе се случи важно е да се открие и управува со таквите состојби.



КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Лицата со сериозни ментални заболувања е 2 до 3 пати поверојатно дека би починале од болести што може да се спречат, како инфекции и кардиоваскуларни болести. Фокусирајте се на намалување на ризикот преку образование и следење.

Управување со физичко здравје

- » Коморбидитетите лекувајте ги истовремено со МНС.
Доколку е потребно, повикајте специјалист.
- » Информирајте за променливи ризик фактори за спречување болести и охрабнете водење здрав живот.
- » За да го поддржат физичкото здравје на лицата со МНС состојби, давателите на здравствени услуги треба:
 - Советувајте за важноста на физичката активност и здрава исхрана
 - Информирајте за штетноста на алкохолот.
 - Поттикнете прекин на употреба на тутун и дрога.
 - Информирајте за други ризични однесувања (т.е. незаштитени сексуални односи).
 - Спроведувајте редовни физички прегледи и вакцинација.
 - Подгответе ги луѓето за развојни животни промени, како што се пубертетот и менопаузата, и обезбедете ја потребната поддршка.
 - Дискусирајте за плановите за бременост и методи на контрацепција со жени на репродуктивна возраст.

II. Спроведете проценка на МНС

Спроведувањето на проценка за МНС состојбите ги вклучува следните чекори. Прво, се разгледува проблемот поради кој лицето е дојдено на преглед, потоа се зема анамнеза, вклучувајќи прашања за минати проблеми со МНС, општи здравствени проблеми, семејна историја на МНС и психосоцијална историја. Набљудувајте го лицето (Испит за ментален статус), воспоставете диференцијална дијагноза и идентификувајте ја МНС состојбата. Како дел од процената, направете физички преглед и основните потребни лабораториски испитувања. Процената се спроведува со информирана согласност на лицето.



ЗЕМАЊЕ АНАМНЕЗА

1 Проблеми поради кои лицето дошло на преглед

Главен симптом или причина зошто лицето бара помош.

- » Прашајте кога, зошто и како почнало.
- » Важно е во оваа фаза да се соберат што е можно повеќе информации за симптомите и ситуацијата на лицето

2 Мината МНС историја

- » Прашајте за слични минати проблеми, хоспитализација или лекови препишани за МНС, и минати обиди за самоубиство.
- » Проверете за употреба на тутун, алкохол и супстанции.

3 Општа здравствена историја

- » Прашајте за други здравствени проблеми и лекови.
- » Добијте листа на лекови што тековно ги прима.
- » Прашајте за алергија на лекови.

4 Семејна историја на МНС

- » Проверете ја можната семејна историја на МНС и прашајте дали некој имал слични симптоми или примил третман за МНС

5 Психосоцијална историја

- » Прашајте што предизвикува стрес, како се справува и поддршка
 - » Прашајте за моменталното социо-професионално функционирање (како лицето функционира дома, на работа и во односите).
 - » Добијте основни информации, вклучително каде живее лицето, степен на образование, историја на работа/вработеност, брачен статус и број/возраст на деца, приход и структура на домаќинството/услови за живеење
- За деца и адолесценти, прашајте дали имаат негувател и за природата и квалитетот на врската меѓу нив.*

Ако се сомневате во постоењето на приоритетна МНС состојба, одете на релевантниот модул за проценка



ПРОЦЕНА ЗА МНС СОСТОЈБИ

1 Физички преглед

» Спроведете таргетиран физички преглед согласно информациите откриени за време на процената на МНС.

2 Испитување на менталниот статус (МСЕ)*

» Прашајте за и забележете го изгледот и однесувањето на лицето, расположението и афектите, содржината на мислите, и сите нарушувања на перцепцијата и когницијата. Погледете го Главниот дијаграм (ГД) за детали.

3 Диференцијална дијагноза

» Преку диференцијална дијагноза елиминирајте ги оние состојби што имаат слични симптоми при манифестирање.

4 Основни лабораториски испитувања

» Побарајте лабораториски испитувања при индикации и ако се достапни, особено за елиминација на физички причинители.

5 Идентификувајте ја МНС состојбата

» Идентификувајте МНС со користење на соодветниот модул.
» Проценете за други МНС симптоми и приоритетни состојби (види Главен дијаграм).
» Следете го соодветниот алгоритам за управување и протоколи за третман.



КЛИНИЧКИ СОВЕТ[†]

Штом се сомневате дека се работи а МНС растројство, секогаш проценете за самоповредување/самоубиство (» САМ)

^{*}Испитувањето на менталниот статус адаптирано за неспецијализирани лица може да вклучува: Однесување и изглед = симптоми и знаци што вклучуваат како лицето изгледа или се однесува; Расположение и афект = симптоми и знаци што вклучуваат регулирање и изразување на емоции или состојби на чувствување; Содржина на мисла = симптоми и знаци што вклучуваат одредени теми на мислите, како делузија, параноја, сомневање и суицидална идеација; Нарушување на перцепцијата = сензорни перцепции кои се јавуваат во отсуство на соодветен (надворешен) стимул (на пр. аудитивни или визуелни халуцинации). Лицето може или нема да има увид во нереалната природа на перцепцијата; Когниција = симптоми, знаци и клинички наоди кои укажуваат на нарушување на менталните способности и процеси поврзани со вниманието, меморијата, расудувањето, просудување, решавањето проблеми, донесувањето одлуки, разбирањето и интеграцијата на овие функции.

III. Управување со МНС состојби

Штом извршите процена, следете го алгоритмот за управување од Водичот за да управувате со МНС растројството. Клучните чекори од управувањето може да ги погледнете долу.



ЧЕКОРИ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО МНС СОСТОЈБИ

*МНС состојбите се хронични и бараат долгорочно следење и контроли.
Управувањето со МНС ги содржи следните чекори.*

- 1 **Развијте план за третман во соработка со лицето и негувателот.**



КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Пишаниот план за третман треба да содржи:

- Фармаколошки интервенции (ако има такви)
- Психосоцијални интервенции
- Упатување
- План за понатамошни контроли
- Како се управува со други истовремени физички и/или МНС состојби

- 2 Секогаш нудете **психосоцијални интервенции** на лицата и негувателите.
- 3 Кога постојат интервенции за тоа, во третманот за МНС растројство вклучете и **фармаколошки интервенции.**

- 4 **Упатете** на специјалист или во болница, доколку има индикации и таква можност.
- 5 Осигурете се дека е воспоставен соодветен план за **контролни прегледи.**
- 6 **Соработувајте со негувателот и семејството** за поддршка на лицето со МНС растројство.
- 7 Поттикнете **силни врски** со службите за вработување, образование, социјална служба (вклучувајќи домување) и други релевантни сектори.
- 8 Изменети планови за третман на **специјални популации.**

I Планирање на третманот

- » Дискутирајте и определете ги целите на третманот согласно подготвеноста и потребите од заштита.
- » Вклучете го негувателот ако се согласи лицето.
- » Охрабрете следење на сопствените симптоми и објаснете кога треба итно да се побара помош.

2 Психосоцијални интервенции

A. Психоедукација

Информирајте го лицето за МНС состојбата, вклучувајќи:

- » Што претставува состојбата, како ќе се развива и кои ќе бидат резултатите.
- » Кои третмани се достапни и како се очекува да помогнат.
- » Колку долго ќе трае третманот.
- » Колку е важно да се држат до третманот, и што самото лице може да стори (на пр. да ги зема лекарствата или да применува релевантни психолошки интервенции како вежби за релаксација) и што негувателите може да сторат да му помогнат да се држи до третманот.
- » Потенцијални несакани ефекти (кратко- и долгорочни) на сите препишани лекови на кои што лицето (и негувателот) треба да внимаваат.
- » Потенцијална вклученост на социјалните работници, лицата што го водат предметот во здравствениот систем, локалните здравствени работници и други лица од доверба во заедницата.
- » Погледнете во делот за управување на релевантните модули за специфични информации за одредено МНС растројство.

Б. Намалување на стресот и зајакнување на социјалната поддршка

Осврнување на тековни психосоцијални стресори:

- » Идентификувајте и дискутирајте за релевантни психосоцијални прашања што создаваат стрес кај лицето и/или влијаат животот, како проблеми со семејството и односите, вработување, домување, финансии, безбедност, пристап до основни средства за живот и услуги, стигма, дискриминација итн.
- » Помогнете му на лицето да се справи со стресот со подучување на техники за решавање проблеми. Проценете и управувајте со секоја ситуација на малтретирање, злоупотреба (на пр. семејно насилство) и запоставување (на пример, деца или постари лица). Разговарајте со лицето за можни упатувања до доверлива агенција за заштита или неформална мрежа за заштита. Контактирајте ги правните и ресурсите на заедницата.
- » Идентификувајте блиско семејство што може да даде поддршка и вклучете ги тие колку може повеќе.
- » Зајакнете ја социјалната поддршка и обидете се да ги реактивирате друштвените кругови на лицето.
- » Откријте кои претходни активности можат да му обезбедат директна или индиректна психо-социјална поддршка на лицето ако пак започне со нив (т.е. семејни собири, дружење со соседите, активности во заедницата, верски активности, итн.).
- » Подучете ги да се справат со стресот преку техники за релаксација.

В. Поттикнете вршење на секодневни активности

- » Обезбедете поддршка за лицето да продолжи со редовните социјални, образовни и работни активности
- » Олеснете вклучување во економски активности
- » Обука за други животни вештини, и/или социјални вештини, ако е потребно.

Г. Психолошки третман

Психолошкиот третман е интервенција што вообичаено бара посветување значително време и што ја вршат специјалисти обучени за тоа. Меѓутоа истата може ефективно да ја обезбеди и обучен персонал што не специјализирал, мешутоа под надзор и преку користење упатства за само помош (со користење на е-програми за ментално здравје или книги за самопомош).

Интервенциите набројани се опишани кусо во глосарот.

Пример интервенција	Препорачана за
Бихевиорална активација	ДЕП
Обука за релаксација	ДЕП
Третман за решавање проблеми	ДЕП
Когнитивно бихевиорална терапија (CBT)	ДЕП, МЗД, САМ, ПСИ
Справување со непредвидени околности	СУП, ПСИ,
Семејно советување или Интерперсонална терапија (ИПТ)	СУП
Мотивациско зајакнување	ДЕП
Обука за родителски вештини	СУП
	МЗД

4 Фармаколошки интервенции



- » Следете ги психофармаколошките насоки во секој модул.
- » Користете фармаколошки интервенции кога се достапни и назначени во алгоритмот за управување и табелата.
- » При избор на соодветни лекови, земете ги предвид несаканите ефекти (краткорочни и долгорочни), ефикасноста на минати терапии, интеракциите со други терапии или болести.
- » Консултирајте се со Националната база или Формуларот на СЗО, по потреба.
- » Едуцирајте го лицето за ризици и придобивки од третманот, потенцијални несакани ефекти, времетраење и важноста на придржувањето.
- » Бидете внимателни кога давате лекови за посебни групи како што се постари луѓе, оние со хронични заболувања, жени кои себремени или дојат и деца/адолесценти. Консултирајте се со специјалист по потреба.

4 Упат до специјалист/болница по потреба

- » Внимавајте за ситуации што може да бараат упатување до специјалист/болница, на пр., терапија не помга, сериозни несакани ефекти со фармаколошки интервенции, физички коморбидитети и/или МНС состојби, ризик од самоповредување/самоубиство.

5 Контрола



- » Договорете контролен преглед по првата процена.
- » По секоја посета, закажете следна контрола и поттикнете го присуството. Закажете го терминот во заемно погодно време.
- » **На почетокот закажувајте почести контроли додека не почне да делува терапијата на симптомите.** Штом симптомите ќе почнат да се подобруваат, закажувајте поретки, но редовни контроли.
- » **На секоја контрола, проценете за:**
 - Делување на терапија, несакани ефекти, придржување и психосоцијални интервенции.
 - Општ здравствен статус (редовно следете го здравјето на лицето).
 - Грижа за себе (на пр. исхрана, хигиена, облека) и вклучувањето во секојдневниот живот.
 - Психосоцијални прашања и/или промена на условите за живеење што може да влијае на управувањето.
 - Разбирањето и очекувањата од терапијата на лицето и негувателот. Поправете ги сите заблуди.
- » **Во текот на целиот период на следење:**
 - Потврдете го напредокот во однос на целите на третманот и поттикнете го придржувањето.
 - Одржувајте редовен контакт со лицето (и негувателот, ако има). Доколку постои друго доверливо лице во заедницата да го поддржува лицето (како што е член на семејството).
 - Објаснете дека лицето може да дојде на клиниката во секое време, помеѓу две контроли, доколку е потребно (на пр. за несакани ефекти од лековите, итн.).

- Имајте план за делување кога лицето не се појавува на состаноци.
- Користете ги ресурсите на семејството и заедницата за да контактирате со луѓе кои не се вратиле на редовните контроли
- Консултирајте се со специјалист ако лицето не се подобри или се влоши.
- Документирајте ги клучните аспекти на интеракциите со личноста и семејството во белешките за случајот.

Погледнете го делот за управување на релевантните модули за информации за следење (контроли) за специфични растројства

6 Вклучување на негувателот

- » Кога е соодветно, и со согласност на засегнатото лице, вклучете го негувателот или член на семејството во грижата за лицето.
- » Посочете му дека сте свесни оти грижата за лица со МНС состојби навистина е тешка на моменти.
- » Објаснете колку е важно да се почитува достоинството и правата на лицето со МНС состојба.
- » Психосоцијален импакт врз негувателот.
- » Кои се потребите на негувателот за обезбедување на потребната поддршка и ресурси за семејниот живот, вработувањето, социјалните активности и здравјето.
- » Охрабрете го вклучувањето во групи за самопомош и поддршка на семејството, ако такви постојат.
- » Со согласност на лицето, информирајте ги негувателите за здравствената состојба на лицето, вклучувајќи прашања поврзани со процена, третман, следење и какви било потенцијални несакани дејства.

7 Соработка со други сектори

- » За да се обезбеди сеопфатна грижа и врз основа на првичната процена, поврзете го лицето со соодветните служби за вработување, образование, социјална грижа (вклучувајќи домување) и служби од други релевантни сектори.

8 Посебни групи



ДЕЦА/АДОЛЕСЦЕНТИ

- » Истражете ја изложеноста на негативни фактори како што се насилство и запоставување кои можат да влијаат на менталното здравје и благосостојба.
- » Проценете ги потребите на негувателите.
- » Помогнете им на адолесцентите што сами ви пристапат, дури и ако не се придружени од родител /старател. Добијте информирана согласност од нив.
- » Овозможете му на детето/адолесцентот да ви се обрати насамо.
- » Адаптирајте го јазикот на нивото на разбирање на детето/адолесцентот.
- » Проверете кои ресурси се достапни во семејството, училиштето и заедницата.



БРЕМЕНИ ЖЕНИ И ДОИЛКИ

- » Ако жената е на репродуктивна возраст, прашајте:
 - Дали дои
 - Дали можеби е бремена
 - Кога последен пат имала циклус, ако е бремена
- » Организирајте грижа од соодветен специјалист.
- » Размислете за консултација со специјалист за ментално здравје доколку е достапен.
- » Бидете внимателни со фармаколошките интервенции - проверете ја токсичноста за фетусот и преминувањето во мајчиното млеко. Консултирајте се со специјалист по потреба.



ПОСТАРИ ЛИЦА

- » Обрнете внимание на психосоцијалните стресори кои се особено релевантни за личноста, почитувајќи ја нивната потреба за автономија.
- » Идентификувајте и третирајте истовремени физички здравствени проблеми и управувајте со сензорни дефицити (како слаб вид или слаб слух) со соодветни уреди (на пр. лупа, слушни помагала).
- » Користете помали дози на лекови.
- » Очекувајте зголемен ризик од интеракции со лекови.
- » Обрнете внимание на потребите на негувателите.

ГЛАВЕН ДИЈАГРАМ



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

Преглед на приоритетни МНС состојби

1. Овие вообичаени манифестации укажуваат на потребата од проценка
2. Ако кај лицето се појавува повеќе од една состојба, треба да се проценат сите состојби поединечно.
3. Сите состојби може да се појават на која било возраст, освен ако не е поинаку наведено.
4.  За акутни симптоми, погледнете ја табелата на страница 18.

ВООБИЧАЕНА МАНИФЕСТАЦИЈА

ПРИОРИТЕТНА СОСТОЈБА

- » Повеќе постојани симптоми без јасна физичка причина
- » Слаба енергија; замор; проблеми со спиењето
- » Постојана тага или депресивно расположение, анксиозност
- » Слаб интерес или задоволство од активности кои порано биле интересни или пријатни

ДЕПРЕСИЈА (ДЕП)

- » Видливи промени во однесување; занемарување вообичаени обврски поврзани со работа, школо, домашни или социјални активности
- » Агитирано, агресивно однесување, намалена или зголемена активност
- » Фиксни погрешни верувања различни од останатите
- » Слушање гласови или гледање нешта што не се таму
- » Неспознавање на сопствените ментални проблеми

ПСИХОЗА (ПСИ)

- » Конвулзивни движења или напади
- » Во текот на конвулзиите: губење или нарушена свест, вкочанетост, ригидност, прегризување на јазикот, повреда, инконтиненција на урина или измет
- » По конвулзија: замор, поспаност, сонливост, конфузија, абнормално однесување, главоболка, болки во мускулите или слабост на едната страна од телото

ЕПИЛЕПСИЈА (ЕПИ)

Детето/адолесцентот доаѓа на преглед за проблеми со здравјето или систематски преглед:

- » Проблем со развојот, емоциите или однесувањето (на пр. невнимание, хиперактивност или постојано пркосно, непослушно и агресивно однесување)
- » Фактори на ризик: неухранетост, злоупотреба и/или занемарување, чести, хронични заболувања (на пр. ХИВ/СИДА или проблеми при раѓање)
- » **Снегувател загрижен/а за детето/адолесцентот:**
Тешкотии во извршувањето на секојдневните активности нормални за возраста

- » Однесување (на пр. преактивно, агресивно, чести и/или силни испади на бес, изолирање, избегнува редовни активности или училиште)

Учител загрижен за детето/адолесцентот

- » Пр. Лесно се дефокусира, го прекинува часот, чести проблеми, тешко му е да ги заврши задачите

Социјален работник загрижен за детето/адолесцентот

- » на пр. Однесување со прекршување на правила или закони, физичка агресија дома или во заедницата

МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ (МЗД)



Common presentations of emotional, behavioral and developmental disorders vary by age in children and adolescents.

- » Пад или проблеми со меморијата (тешка заборавеност) и ориентацијата (свесност за времето, местото и личноста)
- » Проблеми со расположение или однесување како апатија (изгледа незаинтересирано) или раздразливост
- » Загуба на емоционална контрола (лесно се вознемирува, иритабилно или плачливо)
- » Тешкотии во работните, домашните или општествените активности

ДЕМЕНЦИЈА (ДЕМ)



- » Под видливо влијание на алкохол или други супстанции (пр. миризба на алкохол, нејасен говор, забавеност, хаотично однесување)
- » Симптоми на акутен бихевиорален ефект, апстиненција или ефект на продолжена употреба
- » Нефункционално во општеството (тешкотии на работа или дома, неугледен изглед).
- » Знаци на хронично заболување на црниот дроб (абнормални ензими на црн дроб), жолтица (жолта кожа и очи, опипливи и нежни рабови на црниот дроб во рана болест), асцит (течност во абдоменот), ангиом во форма на пајакова мрежа, изменет ментален статус (хепатална енцефалопатија)
- » Проблеми со рамнотежа, движење, координирани движења и нистагмус

- » Случајни наоди: макроцитна анемија, низок број на тромбоцити, покачен среден корпускуларен волумен (MCV)

- » Итен случај поради апстиненција, предозирање или интоксикација. Лицето изгледа забавено, престаимулирано, агитирано, анксиозно или збунето

- » Лицата со растројства предизвикани од употреба на супстанции може да не го пријават тоа. Внимавајте на:
 - Постојани барања за психоактивни лекови, вклучувајќи аналгетици
 - Повреди
 - Инфекции поврзани со интравенска употреба на дрога (ХИВ/СИДА, хепатитис Ц)

РАСТРОЈСТВА ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ (СУП)

Сите лица што доаѓаат на доктор треба да се прашаат за употреба на тутун и алкохол

- » Екстремна безнадежност и очај
- » Тековни и минати мисли, планови или дела на самоповредување/самоубиство
- » Други приоритетни состојби, хронична болка или екстремна емоционална вознемирност

САМОПОВРЕДУВАЊЕ/ САМОУБИСТВО (САМ)

! АКУТНИ манифестации на приоритетни МНС состојби

АКУТНИ МАНИФЕСТАЦИИ	СЕ РАБОТИ ЗА СОСТОЈБА НА	ОДИ НА
» Чин на самоповредување со знаци на труење или интоксикација, крварење од самонанесена рана, губење на свеста и/или екстремна летаргија	МЕДИЦИНСКИ СЕРИОЗЕН ЧИН НА САМОПОВРЕДУВАЊЕ	САМ
» Тековни мисли или планови за самоповредување или самоубиство, или историја на мисли или планови за самоповр./самоуб. кај лице со екстремна агитација, насилство, вознемиреност или некомуникација	НЕПОСРЕДЕН РИЗИК ОД САМОПОВРЕДУВАЊЕ/САМОУБИСТВО	
» Акутни конвулзии со загуба на свест или нарушена свест	ЕПИЛЕПСИЈА	ЕПИ, СУП
» Континуирани конвулзии	СТАТУС ЕПИЛЕПТИКУС	
» Агитирано и/или агресивно однесување	АПСТИНЕНЦИЈАЛНИ СИМПТОМИ ОД АЛКОХОЛ ИЛИ ДРУГ СЕДАТИВ	ДЕМ, ПСИ, СУП
» Мирис на алкохол на здивот, нејасен говор, неинхибирано однесување; нарушување на нивото на свесност, спознавање, перцепција, афект или однесување	АКУТНА АЛКОХОЛНА ИНТОКСИКАЦИЈА	СУП
» Тремор на рацете, потење, повраќање, забрзан пулс и зголемен крвен притисок, агитација, главоболка, гадење, анксиозност; Во тешки случаи напади и конфузија	АПСТИНЕНЦИЈАЛНИ СИМПТОМИ ОД АЛКОХОЛ АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН ДЕЛИРИУМ ОД АЛКОХОЛ	
» Не реагира или минимално реагира, бавно дишење, стеснети зеници	ПРЕДОЗИРАЊЕ СО СЕДАТИВИ ИЛИ ИНТОКСИКАЦИЈА	
» Проширени зеници, возбуденост, брзи мисли, дезориентирано мислење, чудно однесување, неодамнешна употреба на кокаин или други стимуланти, забрзан пулс и зголемен крвен притисок, агресивно, непредвидливо и насилно однесување	АКУТНА ИНТОКСИКАЦИЈА ИЛИ ПРЕДОЗИРАЊЕ СО СТИМУЛАНТИ	

ДЕПРЕСИЈА

Луѓето со депресија доживуваат низа симптоми, вклучително и постојано депресивно расположение или губење на интерес и задоволство најмалку 2 недели.

Луѓето со депресија како што е опишано во овој модул имаат значителни тешкотии со секојдневното функционирање во лични, семејни, социјални, образовни, професионални или други области.

Многу луѓе со депресија страдаат и од симптоми на анксиозност и медицински необјаснети соматски симптоми.

Депресијата најчесто се јавува заедно со други состојби на МНС, како и физички состојби.

Управувањето со симптомите кои не ги исполнуваат целосно критериумите за депресија е опфатено во модулот за Други значајни проблеми со ментално здравје. Оди на » ДРУ.

ДЕП » Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Дали лицето има депресија?
- » Дали има други објаснувања за симптомите?
 - Елиминирај физички состојби
 - Елиминирај историја на манија
 - Елиминирај нормална реакција на недамнешна загуба
- » Процени за други приоритетни МНС



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Депресија
 2. Депресивна епизода во биполарно растројство
 3. Посебни групи
- »  Психосоцијални интервенции
- »  Фармаколошки интервенции



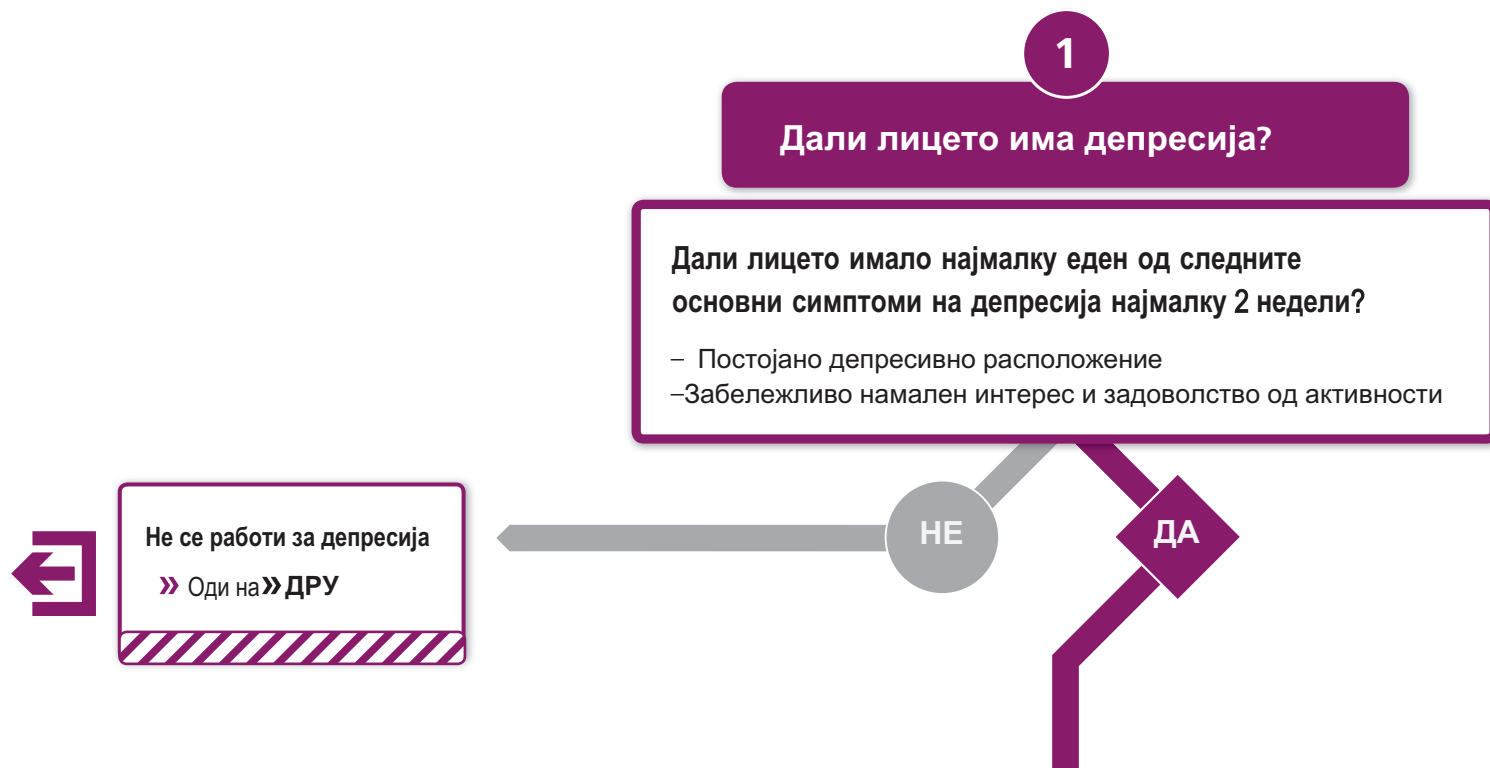
КОНТРОЛА



ДЕП 1 » Процена

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ДЕПРЕСИЈА

- Повеќекратни постојани физички симптоми без јасна причина
- Слаба енергија, замор, проблеми со спиењето
- Постојана тага или депресивно расположение, анксиозност
- Слаб интерес или задоволство од активности кои порано биле интересни или пријатни



Дали лицето имало неколку од следните дополнителни симптоми најмалку 2 недели :

- Нарушен сон или прекумерно спиење
- Неодлучност
- Голема промена на апетит или тежина (намалување или зголемување)
- Видлива агитираност или физички немир
- Чувство на безвредност и вина
- Забавено движење и зборување
- Замор или летаргија
- Безнадежност
- Намалена концентрација
- Суицидални мисли и чинови

НЕ

ДА

Не се работи за депресија

» Оди на »ДРУ

Дали на лицето му е особено тешко да функционира секојдневно во лични, семејни и социјални односи, во училиште, на работа или други околности?

НЕ

ДА

Не се работи за депресија

» Оди на »ДРУ

Види ДЕПРЕСИЈА

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Лицето со депресија може да има психотични симптоми како што се заблуди или халуцинации. Во тој случај, третманот за депресија треба да се прилагоди.

КОНСУЛТИРАЈ СПЕЦИЈАЛИСТ.

2

Дали има други можни објаснувања
за симптомите?

ФАЛИ Е ФИЗИЧКА СОСТОЈБА ШТО МОЖЕ ДА НАЛИКУВА НА ИЛИ ДА ЈА ВЛОШИ ДЕПРЕСИЈАТА
Дали има знаци и симптоми на анемија, неухранетост, хипотироидизам, промени во
расположението од употреба на супстанции и несакани ефекти од лекови (на пр.
промени на расположението од стероиди)?

ДА

» УПРАВУВАЈ СО
ФИЗИЧКАТА СОСТОЈБА

НЕ

Дали депресивните
симптоми се смируваат со
терапија?

ДА

НЕ

Не е потребна
терапија.



ДАЛИ ИМА ИСТОРИЈА НА МАНИЈА?

Дали неколку од следните симптоми се појавиле истовремено, траат најмалку 1 недела и доволно се сериозни за да влијаат на работата и социјалните активности или да бараат хоспитализација или затворање?

- Подобрено расположение и/или раздразливост
- Намалена потреба за сон
- Зголемена активност, чувство на зголемена енергија, зголемена разговорливост или брз говор
- Импулсивни или неразумни однесувања како прекумерно трошење, донесување важни одлуки без планирање и промискуитет

- Загуба на нормални социјални инхибиции што резултира во несоодветно однесување
- Лесно се одвлекува вниманието
- Нереалистично зголемена самодоверба

НЕ

ДА

Веројатна ДЕПРЕСИВНА
ЕПИЗОДА ВО БИПОЛАРНО
РАСТРОЈСТВО



КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Луѓето со депресивна епизода во биполарно растројство се изложени на ризик за манија. Третманот е различен од депресијата.
Мора да се примени протокол 2.

» Оди на **Чекор 3** и потоа **ПРОТОКОЛ 2**

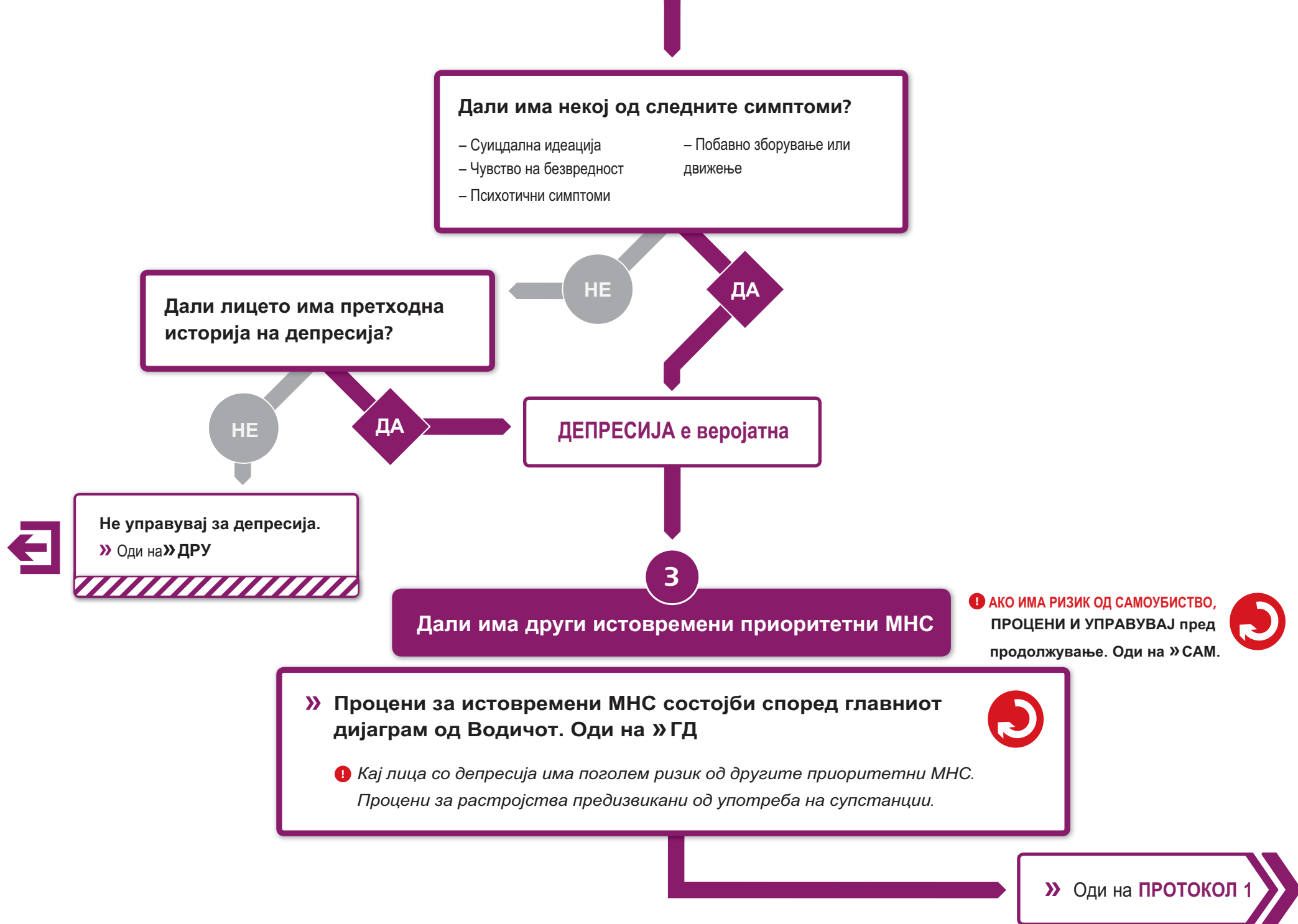
ДАЛИ Е ДОЖИВЕАНА ГОЛЕМА ЗАГУБА (ПР. СМРТЕН
СЛУЧАЈ) ВО МИНАТИТЕ 6 МЕСЕЦИ ?

ДА

НЕ

ДЕПРЕСИЈА е веројатна

» Оди на **ЧЕКОР 3** и потоа **ПРОТОКОЛ 1**





ДЕП 2 » Управување

ПРОТОКОЛ

1

Депресија

- » Психоедуцирајте го лицето и негувателот. (2.1) 
- » Намалете стрес и зајакнете социјална поддршка. (2.2)
- » Поттикнете на вклучување во секојдневни активности и живот во заедницата. (2.3)
- » Размислете за антидепресиви.  (2.5)
- » Размислете за упатување на една од следните краткорочни психотерапии: интерперсонална терапија (ИПТ), когнитивна бихевиорална терапија (КБТ), активација на однесување и советување со решавање проблеми. (2.4)
- »  НЕ управувајте со симптомите со неефективна терапија, на пр. витамински инјекции
- » Понудете редовни контроли 

ПРОТОКОЛ

2

Депресија во биполарно растројство

- » Консултирајте  специјалист
- » Ако специјалист не е веднаш достапен, следете третман за депресија (**ПРОТОКОЛ 1**). Меѓутоа, НИКОГАШ не препишувајте само антидепресиви без стабилизатор на расположението како што се литиум, карбамазепин или валпроат бидејќи антидепресивите може да доведат до манија кај луѓе со биполарно растројство (Оди на **» ПСИ**).
- » Ако се појават симптоми на манија, кажете му на лицето и на негувателите веднаш да го прекинат антидепресивот и да се вратат за помош

Посебни групи

Интервенциите може да се разликуваат во овие групи



ДЕТЕ/АДОЛЕСЦЕНТ

- » За управување со депресија кај деца/адолесценти, отворете **» МЗД**



БРЕМЕНИ ЖЕНИ ИЛИ ДОИЛКИ

- » Следете третман за депресија (**ПРОТОКОЛ 1**) но ако е можно, ИЗБЕГНЕТЕ антидепресиви, особено во првото тромесечје
- » Ако психолошкиот третман не е успешен, размислете за употреба со претпазливост на најниската ефективна доза на антидепресиви.
- » Ако дои, избегнувајте лекови со долго дејство како флуоксетин
- » КОНСУЛТИРАЈТЕ СПЕЦИЈАЛИСТ. 

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ



2.1 Психоедукација: клучни пораки за лицето и негувателите

- » Депресијата е многу честа состојба што може да се случи секому.
- » Појавата на депресија не значи дека личноста е слаба или мрзелива.
- » Негативните ставови на другите (на пр. „Биди силен“, „Дај прибири се“) може да се должат на тоа што депресијата не е видлива, за разлика од скршеница или рана. Исто така, постои заблуда дека луѓето со депресија можат лесно да ги контролираат своите симптоми со чиста волја.
- » Луѓето со депресија имаат тенденција да имаат нереално негативни мислења за себе, нивниот живот и нивната иднина. Нивната моментална ситуација можеби е многу тешка, но депресијата може да предизвика неоправдани мисли за безнадежност и безвредност. Овие гледишта веројатно ќе се подобрат откако ќе се подобри депресијата.
- » Помислите на **самоповредување или самоубиство** се вообичаени. Доколку ги забележат овие мисли, не треба да ги следат, туку треба да се доверат на некое лице на кое му веруваат и веднаш да се вратат за помош.

2.2 Намален стрес и зајакнување на социјална поддршка

- » Проценете и обидете се да ги намалите стресорите. (ЖОП)
- » Повторно активирајте ја претходната социјална мрежа на лицето. Идентификувајте претходни социјални активности кои, доколку се започнат повторно, потенцијално може да обезбедат директна или индиректна психосоцијална поддршка, на пр. семејни собири, посета на соседи и активности во заедницата.

2.3 Вршење секојдневни активности во секојдневни активности и живот во заедницата

- » Дури и ако е тешко, охрабнете го лицето да се обиде да направи што е можно повеќе од следниве:
 - Повторно да започне или продолжи со активности кои претходно биле пријатни.
 - Да се обиде да одржува редовно време на спиење и будење.
 - Да се обиде да биде колку што е можно физички активни.
 - Да се обиде да јаде редовно покрај промените во апетитот.
 - Да минува време со семејство и пријателите на кои им верува.
 - Да се обиде да учествува во заедницата и други социјални активности колку е можно повеќе.
- » Објаснете му на лицето и негувателот дека овие активности може да помогнат да се подобри расположението.

2.4 Краткорочна психотерапија за депресија

- » Овој водич не обезбедува специфични протоколи за спроведување на кратки психолошки интервенции. СЗО, меѓу другите агенции, има развиено прирачници кои ја опишуваат нивната употреба за депресија. Пример за ова е интервенцијата Problem Management Plus, (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), што ја опишува употребата на бихевиорална активација, обука за релаксација, третман за решавање проблеми и зајакнување на социјална поддршка. Исто така, прирачникот за групна интерперсонална терапија (IPT) за депресија ја опишува оваа групна терапија (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/). Thinking Healthy, (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/), ја опишува употребата на когнитивно-бихевиорална терапија за перинатална депресија.

ФАРМАКОЛОШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ



2.5 Размислете за антидепресиви

- » Дискусирајте со лицето и заедно одлучите дали ќе препишете антидепресиви. Објаснете дека:
 - Антидепресивите не создаваат зависност.
 - Важно е лековите да се земаат редовно според насоките
 - Некои несакани дејства може да се појават во првите неколку дена, но обично се повлекуваат.
 - Обично се потребни неколку недели пред да се забележат подобрувања во расположението, интересот или енергијата.
- » Размислете за возраста на лицето, истовремени медицински состојби и профилот на несакани ефекти од лекот.
- » Започнете со само еден лек со најниската почетна доза.
- » Антидепресивите обично треба да се продолжат најмалку 9-12 месеци по исчезнување на симптомите.
- » Лековите никогаш не треба да се прекинат само затоа што лицето доживува одредено подобрување. Едуцирајте го лицето за препорачаната временска рамка за земање лекови

! ВНИМАВАЈТЕ

- » При манична епизода, веднаш прекинете го антидепресивот; може да предизвика манична епизода кај нетретирано биполарно растројство.
- » Не комбинирајте со други антидепресиви, бидејќи тоа може да предизвика серотонин синдром.
- » Антидепресивите може да ја зголемат суицидалната идеација, особено кај адолесценти и млади лица.

Антидепресиви кај посебни групи

АДОЛЕСЦЕНТИ НА 12 ГОДИНИ ИЛИ ПОСТАРИ

- » Ако симптомите перзистираат или се влошат и покрај психосоцијалните интервенции, размислете за флуоксетин (но не и друг ССРИ или ТЦА).
- » Ако препишете флуоксетин, закажете контрола еднаш неделно во првите 4 недели, за следење на самоубиствените тенденции. 

БРЕМЕНИ ЖЕНИ ИЛИ ДОИЛКИ

- » Избегнувајте антидепресиви ако е возможно.
- » Размислете за антидепресиви со најниска ефективна доза ако нема одговор на психосоцијални интервенции.
- » Ако жената дои, избегнувајте антидепресиви со долго дејство како што е флуоксетин.
- » Консултирајте специјалист 

ПОСТАРИ ЛИЦА

- » Ако е можно, избегнувајте амитриптилин.

! ЛИЦА СО КАРДИОВАСКУЛАРНИ БОЛЕСТИ

- »  НЕ препишувајте амитриптилин.

! ВОЗРАСНИ ЛИЦА СО СУИЦИДАЛНИ ПОМИСЛИ

- » ССРИ се првиот избор. Предозирање со ТЦА како што е амитриптилин може да биде фатално и затоа треба да се избегнува во оваа група.
- » Доколку постои ризик од самоповредување или самоубиство (Оди на » САМ), препишувајте мали дози антидепресиви на покуси периоди (на пр. неделно).
- » Побарајте од негувателите на лицето да ги чуваат и следат лековите и често да проверуваат за да спречат предозирање со лекови.

ТАБЕЛА 1: Антидепресиви

ЛЕК	ДОЗИ	НЕСАКНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ / ВНИМАТЕЛНО
АМИТРИПТИЛИН (трицикличен антидепресив (ТЦА))	Почнете со 25 mg пред спиење. Зголемете за 25-50 mg неделно до 100-150 mg дневно (максимум 300 mg). Забелешка: Минималната ефективна доза кај возрасни е 75 mg. Кај помали дози може да се забележи седација. Стари/болни лица: Почнете со 25 mg пред спиење до 50-75 mg дневно (максимум 100 mg).  Деца/адолесценти: Не користете	Вообичаени: Седација, ортостатска хипотензија (ризик од пад), заматен вид, отежнато мокрење, гадење, зголемување на телесната тежина, сексуална дисфункција. Сериозни: ЕКГ промени (на пример, продолжување на интервалот на QTc), срцева аритмија, зголемен ризик од напади.	Да се избегнува кај лица со срцеви заболувања, историја на напади, хипертироидизам, уринарна ретенција или глауком со тесен агол и биполарно растројство (може да предизвика манија кај луѓе со нетретиран биполарно растројство). Предозирањето може да доведе до напади, срцеви аритмии, хипотензија, кома или смрт Нивоата на амитриптилин може да се зголемат со лекови против маларија, вклучително и кинин.
ФЛУОКСЕТИН (Селективен инхибитор на повторно преземање на серотонинот (ССРИ))	Почнете со 10 mg дневно во тек на една недела, а потоа 20 mg дневно. Ако нема подобрување за 6 недели, зголемете на 40 mg (максимум 80 mg). Стари/болни лица: се претпочита. Почнете со 10 mg дневно, а потоа зголемете на 20 mg (максимум 40 mg).  Адолесценти Почнете со 10 mg дневно. Зголемете на 20 mg дневно ако нема одговор за 6 недели (максимум 40 mg).	Вообичаени: Седација, несоница, главоболка, вртоглавица, гастроинтестинални нарушувања, промени во апетитот и сексуална дисфункција. Сериозни: абнормалности на крварење кај оние кои користат аспирин или други нестероидни антиинфламаторни лекови, ниско ниво на натриум.	Внимателно кај лица со историја на напади Интеракции со други лекови: Избегнувајте комбинација со варфарин (може да го зголеми ризикот од крварење). Може да ги зголеми нивоата на ТСА, антипсихотици и бета-блокатори.. Внимание во комбинација со тамоксифен, кодеин и трамадол (го намалува ефектот на овие лекови).

ДЕП 3» Контрола

1

ПРОЦЕНИ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ

Дали му е подобро?

НЕ

ДА

- » Доколку сè уште не добива психолошки третман, размислете за психолошки третман.
- » Доколку добива психолошки третман, проценете го ангажманот и искуството од тековниот психолошки третман.
- » Ако сè уште не прима антидепресиви, размислете за почнување.
- » Ако прима антидепресиви, проценете:
 - Дали лицето го зема лекот според насоките? Ако не, проверете зошто и поттикнете го придржувањето.
 - Дали има несакани ефекти?

Ако да, проценете и измерете ги придобивките од третманот.

Ако нема несакани дејства, зголемете доза (ТАБЕЛА 1).

Контрола за 1-2 недели. 

❗ ВНИМАТЕЛНО ЗГОЛЕМУВАЈТЕ ДОЗА. ПОТРЕБНО Е БЛИСКО СЛЕДЕЊЕ ПОРАДИ МОЖНО ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА

- » Охрабрете го лицето да продолжи со тековниот третман додека не *биде без никакви симптоми 9-12 месеци.*

- » Договорете дополнителна контрола за 1-2 недели. 

- » Намалете го контактот додека се подобруваат симптомите на лицето, на пр. еднаш на секои 3 месеци по првите 3 месеци.

Забелешка: контролите и следењето треба да продолжат додека лицето повеќе нема симптоми на депресија.

ПРЕПОРАКИ ЗА ЧЕСТОТА НА КОНТАКТ

» Закажете ја втората средба во рок од една недела.

» Првично одржувајте редовен контакт преку телефон, посети дома, писма или контакт картички почесто, на пр. еднаш месечно, во првите 3 месеци.



Дали има симптоми на манија?

ДА

НЕ

- » Прекинете со антидепресиви.
- » Третирајте манија и консултирајте специјалист.  Оди на» ПСИ.

2

СЛЕДЕТЕ ТЕРАПИЈА

На секој контакт:

- » Психоедукација, намалување на стрес и зајакнување на социјалната поддршка, поттикнување на вклучување во секојдневни активности и заедницата и проверка дали е потребно продолжување со антидепресиви и психолошки третман
- » Дали лицето има нови загрижувачки симптоми? Прегледај за МНС и физички коморбидитети
- » Дали лицето е жена во репродуктивна возраст и размислува за бременост? Ако да, КОНСУЛТИРАЈ СПЕЦИЈАЛИСТ 
- ! **Процени за РИЗИК ОД САМОУБИСТВО** (Оди на »САМ).

3

ЕВИДИРАЈ ТРЕТМАН ПО ПОТРЕБА

Дали симптомите се повлечени во изминатите 9-12 месеци?

НЕ

ДА

- » Продолжете со лекови 9-12 месеци по појавата на последен симптом

- » Разговарајте со лицето за ризиците и придобивките од прекилот на лекот.
- » Намалете ја дозата постепено, во тек на минимум 4 недели. Следете го лицето за повторување на симптомите.

ПСИХОЗИ

Т-Модулот за психози опфаќа управување на две тешки состојби на менталното здравје, психоза и биполарно растројство. Луѓето со психоза или биполарно растројство се изложени на висок ризик од стигма, дискриминација и повреда на нивното право да живеат достоинствено

Психозата се карактеризира со искривени мисли и перцепции, како и со нарушени емоции и однесувања. Можно е појава на некохерентен или ирелевантен говор. Симптоми како халуцинации – слушање гласови или гледање работи што ги нема; заблуди - фиксни, лажни верувања; тешки абнормалности во однесувањето - неорганизирано однесување, агитираност, возбуда, неактивност или хиперактивност; нарушувања на емоциите - изразена апатија или неповрзаност помеѓу изразени емоции и видливи афекти, како што е изразот на лицето и јазикот на телото, исто така, може да се открие.

Биполарното растројство се карактеризира со епизоди во кои расположението и нивото на активност на личноста се значително нарушени. Во растројство, во одредени моменти има зголемено расположение и зголемена енергија и активност (манија), а во други се појавува намалување на расположението и намалена енергија и активност (депресија). Карактеристично за ова растројство, закрепнувањето е целосно помеѓу епизодите. Луѓето кои доживуваат само манични епизоди, исто така се класифицирани како лица со биполарно растројство.

ПСИ » Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Проверете други објаснувања за симптомите
 - ЕВАЛУИРАЈТЕ ЗА ДРУГИ БОЛЕСТИ
пр. исклучи делириум, лекови и метаболички абнормалности
 - ЕВАЛУИРАЈТЕ ЗА ДРУГИ РЕЛЕВАНТНИ МНС
- » Процена за акутна манична епизода
- » Евалуација за психоза



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Биполарно растројство - манична епизода
 2. Психоза
 3. Посебни групи: бремени жени или доилки, адолесценти или постари лица
- »  Психосоцијални интервенции
- »  Фармаколошки интервенции
 1. Психоза: иницирање на антипсихоза
 2. Манична епизода: започнување настабилизатор на расположение или антипсихотик; избегнувајте антидепресиви



КОНТРОЛА



ПСИ 1» Процена

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ПСИХОЗИ

- Видливи промени во однесување, занемарување на вообичаени обврски поврзани со работа, школото, домашни или социјални активности
- Агитирано, агресивно однесување, намалена или зголемена активност
- Фиксни лажни верувања кои не ги споделуваат други во културата на личноста.
- Слушање гласови или гледање нешта што не се таму.
- Несвесност за ментални проблеми..

1

Дали има други објаснувања за симптомите?

» ЕВАЛУИРАЈ ЗА ДРУГИ БОЛЕСТИ

По анамнеза, клинички преглед или лабораториски наоди, дали постојат знаци и симптоми кои сугерираат **делириум** поради акутна физичка состојба, на пр. инфекција, церебрална маларија, дехидрација, метаболички абнормалности (како што се хипогликемија или хипонатремија); или **несакани дејства од лекови**, на пр. поради некои антималярични лекови или стероиди?

ДА

НЕ

» Процени и управувај со акутна физичка состојба, и упати на брза помош/специјалист по потреба

» Ако симптомите не исчезнуваат по третирање на акутен симптом, оди на **ЧЕКОР 2**

» ЕВАЛУИРАЈ ЗА ДЕМЕНЦИЈА, ДЕПРЕСИЈА, ИНТОКСИКАЦИЈА/ ИЛИ АПСТИНЕНЦИЈА ОД ДРОГА/АЛКОХОЛ

ДА

НЕ

- » Размислете за консултација со специјалист за ментално здравје за управување со истовремени состојби. 
- » Управувајте со истовремени состојби. Одете на соодветните модули.

УПРАВУВАЊЕ СО АКУТНА АГИТАЦИЈА И/ИЛИ АГРЕСИЈА

Ако кај лицето се манифестира или акутна агитација и/или агресија

- » Одете на “Управување со лица со агитирано и/или агресивно однесување” (Табела 5) во овој модул пред да продолжите

2

Дали лицето доживува акутна манична епизода?

Дали неколку од следниве симптоми се појавиле истовремено, траат најмалку 1 недела и доволно се сериозни за да влијаат значително на работата и социјалните активности или бараат хоспитализација

– Возбудено или иритабилно расположение
– Намалена потреба од сон
– Зголемена активност, чувство на зголемена енергија, зголемена разговорливост или брз говор

– Губење на нормални социјални инхибиции како што е сексуалната индискреција
– Импулсивно или непромислено однесување како што се прекумерно трошење, носење важни одлуки без планирање

– Лесно му се одвлекува вниманието
– Нереалистично голема самодоверба

НЕ

ДА

Сомневајте се во БИПОЛАРНО РАСТРОЈСТВО Манична епизода

КЛИНИЧКИ СОВЕТ Лицата со биполарно растројство можат да доживеат само манични епизоди или комбинација од манични и депресивни епизоди во текот на нивниот живот

- » За проценка и управување со депресивна епизода на биполарно растројство, одете на »ДЕП.

! АКО ИМА РИЗИК ОД САМОУБИСТВО, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш. Оди на »САМО.



» Оди на ПРОТОКОЛ 1



3

Дали лицето има психоза?

Дали лицето има најмалку два од следниве симптоми:

- Заблуди, фиксирани лажни верувања кои не ги споделуваат другите во културата на личноста
- Халуцинации, слушање гласови или гледање работи што ги нема
- Чуден говор и/или однесување, на пр. некохерентен/неповрзан говор, зборување под нос или смеење со себе, чуден изглед, знаци на самозанемарување или неуреденост

НЕ

ДА

» Размисли за консултација со специјалист за преглед на други можни причини за психози. 

Сомневај се во
ПСИХОЗА

» Оди на ПРОТОКОЛ 2

! АКО ИМА РИЗИК ОД САМОУБУСТВО,
ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да
продолжиш. Оди на » САМ.



 ПСИ 2 » Управување

ПРОТОКОЛ

1

Манична епизода во биполарно растројство

» Психоедуцирајте ги лицето и негувателот. (2.1) » Фармаколошка интервенција. (2.6) 

! Ако пациентот прима антидепресиви – ПРЕКИНИ да се спречи понатамошен ризик од манија.

– Почнете третман со литиум, валпроат, карбамазепин или со антипсихотици. Размисли за краткорочен (2-4 недели максимум) бензодиазепин за нарушување на однесувањето или агитација

» Поттикнете вршење секојдневни активности. (2.3)

» Осигурете во безбедноста на лицето и останатите.

» Редовни контроли. 

» Рехабилитација во заедницата.

» Намали стрес и зајакни социјална поддршка. (2.2)

ПРОТОКОЛ

2

Психоза

» Психоедуцирајте ги лицето и негувателот. (2.1) » Почнете со антипсихотични лекови. (2.5) 

Започнете со мала доза во рамките на терапевтскиот опсег и полека зголемувајте ја до најниската ефективна доза, со цел да се намали ризикот од несакани ефекти.

» Поттикнете вршење секојдневни активности. (2.3)

» Осигурете се во безбедноста на лицето и останатите.

» Редовни контроли. 

» Рехабилитација во заедницата.

» Намалете го стресот и зајакнете социјална поддршка. (2.2)

Посебни групи

Имајте на ум дека интервенциите може да се разликуваат за ПСИХОЗИ кај овие групи



БРЕМЕНИ ЖЕНИ ИЛИ ДОИЛКИ

- » Грижата организирајте ја со соодветниот специјалист за мајчинско здравје.
- » Размислете за консултација со специјалист за ментално здравје, ако е  достапен..
- » Објаснете го ризикот од негативни последици за мајката и нејзиното бебе, вклучително акушерски компликации и психотични релапси, особено ако се прекине терапијата
- » Размислете за фармаколошки интервенции кога соодветно и достапно. Види долу. 

Фармаколошки интервенции

ПСИХОЗА

- » Кај жени со психоза кои планираат бременост, се бремени или дојат, може да се земе предвид ниска доза орален халоперидол или хлорпромазин.
- »  Антихолинергици **НЕ ТРЕБА** да се препишуваат кај жени кои се бремени поради екстрапирамидални несакани ефекти на антипсихотичните лекови, освен во случаи на акутна, краткотрајна употреба.
- » Депо антипсихотици не треба рутински да се препишуваат на жени со психотични нарушувања кои планираат бременост, се бремени или дојат бидејќи има релативно малку информации за нивната безбедност кај оваа група

МАНИЧНА ЕПИЗОДА ВО БИПОЛАРНО Р.

- »  **ИЗБЕГНУВАЈТЕ ВАЛПРОАТ, ЛИТИУМ и КАРБАМАЗЕПИН** за време на бременост и доење поради ризик од вродени дефекти.
- » Размислете за **мали дози на халоперидол** со претпазливост и во консултација со специјалист.
- » Измерете ги ризиците и придобивките од лековите жени на репродуктивна возраст
- » Ако бремената жена развие акутна манија додека зема стабилизатори на расположението, размислете за префрлување на ниски дози на халоперидол.



АДОЛЕСЦЕНТИ

- » Размислете за консултација со специјалист  за ментално здравје.
- » Кај адолесцентите со психотично или биполарно растројство, **рисперидон** може да се понуди како опција за третман само под надзор на специјалист
- » Ако третманот со рисперидон не е изводлив, халоперидол или хлорпромазин може да се користат под специјалистички надзор.



ПОСТАРИ ЛИЦА

- » Користете **помали** дози лекови.
- » Очекувајте зголемен ризик од несакани интеракции меѓу лекови.
- »  **ВНИМАТЕЛНО** Антипсихотиците носат зголемен ризик од цереброваскуларни настани и смрт кај постари лица со психоза со деменција.

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.1 Психоедукација

Клучни пораки за лицето и негувателот:

- » Објаснете дека симптомите се должат на состојба на ментално здравје, дека психозата и биполарните растројства може да се лекуваат и дека лицето може да закрепне. Разјаснете ги вообичаените заблуди за психоза и биполарно растројство.
- »  Не обвинувајте го лицето или неговото семејство и не обвинувајте ги дека се причина за симптомите
- » Едуцирајте го лицето и семејството дека лицето треба да ги зема препишаните лекови и редовно да доаѓа на контрола.
- » Објаснете дека враќањето и/или вложувањето на симптомите е нормално и дека е важно рано да се препознаат и да се појде на доктор што поскоро.
- » Планирај редовен работен или школски распоред што **избегнува лишување од сон и стрес** и за лицето и за негувателот. Охрабрете го лицето да бара совет за големи одлуки, особено за оние со пари или обврски.

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Изградете однос со лицето.

Взаемната доверба помеѓу лицето и давателот на здравствена заштита е клучна за да се обезбеди придржување кон третманот и долгорочни резултати.

- » Препорачајте **избегнување алкохол, канабис или други неприпишани лекови**, бидејќи можат да ги влошат психотичните или биполарните симптоми.
- » Советувајте за здрав начин на живот, на пр. урамнотежена исхрана, физичка активност, редовен сон, лична хигиена и без стрес. Стресот може да ги влоши психотичните симптоми. *Забелешка: Промените на животниот стил треба да се продолжат онолку колку што е потребно. Тие треба да се планираат и одржат.*

2.2 Намалете стрес и зајакнете социјална поддршка

- » Координирајте со достапните здравствени и социјални ресурси за задоволување на потребите за физичко, социјално и ментално здравје на семејството.
- » Идентификувајте ги претходните социјални активности на лицето кои, доколку се почнат одново, би обезбедиле директна или индиректна психолошка и социјална поддршка, на пр. семејни собири, излепи со пријатели, социјални активности на работа, спорт и активности во заедницата. Охрабрете го лицето да продолжи со овие активности и советувајте го семејството..
- » Охрабри го лицето и негувателите да ги подобрат системите за социјална поддршка..

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Осигури се дека лицата со психози се третирали со почит и достоинство. За повеќе детали оди на **» ОГП**.

2.3 Поттикнување вршење секојдневни активности

- » Продолжете со редовни социјални, едукативни и професионални активности колку што е можно повеќе. Најдобро е лицето да е на некој начин ангажирано.
- » Олеснување на вклучувањето во економските активности, вклучително и културно соодветно поддржано вработување.
- » Понудете обука за животни вештини и/или обука за социјални вештини за подобрување на независно живеење за лица со психоза и биполарни растројства и нивните семејства и/или негуватели.
- » Помогнете, доколку е достапно и потребно, независно живеење и поддржано домување кое е културно и контекстуално соодветно во заедницата.

2.4 Општи совети за негуватели

- »  Не го убедувајте лицето дека неговите верувања или искуства се лажни или не се реални. Обидете се да бидете неутрални и да дадете поддршка, дури и кога лицето покажува необично однесување.
- »  Избегнувајте да изразувате постојана или остра критика или непријателство кон личноста со психоза.
- » Дајте му на лицето слобода на движење. Избегнувајте да го ограничувате лицето, а истовремено да се осигурате дека е исполнета неговата основна и безбедноста на другите.
- » Генерално подобро е за лицето да живее со семејството или членови од заедницата во средина со поддршка, надвор од болница. Треба да се избегнува долгорочна хоспитализација



2.5 Психоза

- » Антипсихотици треба рутински да се нудат на лице со психоза
- » Почнете со антипсихотици веднаш . Види **Табела 1**.
- » Не препишувајте повеќе од еден антипсихотик истовремено.
- » Се почнува со најниска доза и полека се титрира за да се намали ризикот од несакани ефекти.
- » Пробајте **вообичаено ефективна доза најмалку 4-6 недели** пред да сметате дека е неефективен лекот
- » Продолжете со таа доза колку може почесто и колку што е потребно во првите 4-6 недели од терапијата. Доколку нема подобрување, погледнете **Контрола** и **Табела 4**.
- » Следете ја тежината, крвниот притисок, шеќерот на гладно, холестеролот и ЕКГ за лица кои примаат антипсихотици доколку е можно (види долу).

! ВНИМАТЕЛНО!

» Несакани дејства

- **Екстра пирамидални несакани дејства (ЕПС):** акатизија, акутни дистонични реакции, тремор, тикови на рацете и нозете, мускулна ригидност и задоцнета дискинезија. Третирајте со антихолинергични лекови кога е индицирано и достапно (види **Табела 2**).
- **Метаболички промени:** зголемување на телесната тежина, висок крвен притисок, зголемен шеќер и холестерол во крвта.
- **ЕКГ промени (продолган QT интервал):** следење ЕКГ ако можно.
- **Невролептичен малигнен синдром (НМС):** ретко, потенцијално опасно по живот растројство кое се карактеризира со мускулна ригидност, покачена температура и висок крвен притисок

2.6 Манична епизода во биполарно растројство

Ако пациентот е на антидепресиви:

» ПРЕКИН НА АНТИДЕПРЕСИВИ

за спречување понатамошен ризик од манија.

» Започнете со третман со литиум, валпроат, карбамазепин или со антипсихотици (види **Табела 3**).

Литиум: Размислете за користење на литиум како прва линија за третман на биполарно растројство само доколку има клиничко и лабораториско следење и препишувајте го само под специјалистички надзор. Доколку лабораториските испитувања не се достапни, треба да се избегнува литиум и да се земе валпроат или карбамазепин. Неправилната усогласеност или ненадејното прекинување на третманот со литиум може да го зголеми ризикот од релапс. Не препишувајте литиум каде што снабдувањето со литиум може често да се прекинува. Проверете функција на бубрезите и тироидната жлезда, комплетна крвна слика, ЕКГ и тестови за бременост пред да започнете со третман доколку е можно..

Валпроат и карбамазепин: Размислете за овие лекови ако не е достапно клиничко или лабораториско следење за литиум или ако не е достапен специјалист за да надгледува

Халоперидол и рисперидон: земете предвид халоперидол и рисперидон само ако не е достапно клиничко или лабораториско следење за започнување со литиум или валпроат. Рисперидон може да се користи како алтернатива на халоперидол кај лица со биполарна манија доколку е достапен физички и економски.

! ВНИМАТЕЛНО

» За доилки или бремени жени, избегнувајте валпроат, литиум и карбамазепин. Употребата на **ниски дози на халоперидол** се препорачува со претпазливост и под грижа на специјалист, доколку е достапна.

» Размислете за кратка терапија (2-4 недели макс.) бензодиазепин за нарушувања во однесувањето или агитација:

– Лицата со манија кои доживуваат агитација може да имаат корист од краткотрајна (2-4 недели максимум) употреба на бензодиазепин како што е дијапам. – Бензодиазепините треба постепено да се прекинуваат штом симптомите се подобрат, бидејќи може да се развие толеранција.

» Продолжете со терапија за одржување најмалку 2 години по последната биполарна епизода. **☞**

– *Литиум или валпроат може да се понудат за третман на одржување на биполарно растројство. Ако третманот со еден од овие средства не е изводлив, може да се користат халоперидол, хлоропромазин или карбамазепин. Понудете третман за одржување во примарната здравствена заштита под специјалистички надзор.*

ТАБЕЛА 1: Антипсихотични лекови

ЛЕК	ДОЗА	НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ/ПРЕТПАЗЛИВОСТ
ХАЛОПЕРИДОЛ	Почнете со 1.5-3 mg дневно. Зголеми по потреба (максимум 20 mg дневно). Примање: орално (p.o.) или интравенски (i.v.).	Вообичаени: седација, вртоглавица, заматен вид, сува уста, отсуство на мокрење, запек. Сериозни: ортостатска хипотензија, екстрапирамидални несакани ефекти (ЕПНД), промени во ЕКГ (продолгиран QT интервал), зголемување на телесната тежина, галактореја, аменореја, невролептичен малигнен синдром (НМС).	Претпазливо кај пациенти со: бубрежно заболување, заболување на црниот дроб, срцеви заболувања, синдром на долг QT или земање лекови кои го продолжуваат QT. Следете го ЕКГ ако е можно.
РИСПЕРИДОН	Почнете со 1 mg дневно. Зголемете на 2-6 mg дневно (максимум 10 mg). Примање: p.o.	Вообичаени: седација, вртоглавица, тахикардија. Сериозни: ортостатска хипотензија, метаболички ефекти (покачени липиди, отпорност на инсулин, зголемување на телесната тежина), ЕПНД, покачен пролактин, сексуална дисфункција, НМС.	Претпазливо кај пациенти со: срцева болест. Интеракции меѓу лекови: карбамазепин може да го намали нивото на рisperидон, додека флуоксетин може да ги зголеми нивоата.
ХЛОПРОМАЗИН	Почнете со 25-50 mg дневно. Зголемете на 75-300 mg дневно (за сериозните случаи може да е потребно до 1000 mg). Примање: p.o.	Вообичаени: седација, вртоглавица, заматен вид, сува уста, отсуство на мокрење, запек, тахикардија. Сериозни: ортостатска хипотензија, синкопа, ЕПНД, фотосензитивност, зголемување на телесната тежина, галактореја, аменореја, сексуална дисфункција, пријапизам, НМС, агранулоцитоза, жолтица.	Контраиндикации: нарушена свест, депресија на коскената срцевина, феохромоцитом. Претпазливо кај пациенти со: респираторно заболување, бубрежна болест, заболување на црниот дроб, глауком, отсуство на мокрење, срцеви заболувања, долг QT синдром или земање ЛЕК за продолжување на QT. Следете го ЕКГ ако е можно. Интеракции меѓу лекови: – Го зголемува ефектот на лековите за спуштање на крвниот притисок – Го намалува крвниот притисок ако се комбинира со епинефрин. – Нивоата може да се зголемат со антималярици, вклучително и кинин.
ФЛУФЕНАЗИН депо/продолжено дејство	Почнете со 12.5 mg. Користете 12.5-50 mg секои 2-4 недели Примање: i.m. во глутеалната регија  Избегнувате кај бремени жени и доилки.  Не користете кај деца/адолесценти	Вообичаени: седација, вртоглавица, заматен вид, сува уста, отсуство на мокрење, запек, тахикардија. Сериозни: ортостатска хипотензија, синкопа, ЕПНД, фотосензитивност, зголемување на телесната тежина, галактореја, аменореја, сексуална дисфункција, пријапизам, НМС, агранулоцитоза, жолтица.	Контраиндикации: нарушена свест, паркинсонизам. Претпазливо кај пациенти со: срцеви заболувања, болести на бубрезите, заболување на црниот дроб. Користете со претпазливост кај постарите лица. Интеракции меѓу лекови: – Го зголемува ефектот на лековите за спуштање на крвниот притисок – Го намалува крвниот притисок ако се комбинира со епинефрин

ТАБЕЛА 2: Антихолинергични лекови

(за третман на екстрапирамидални несакани дејства (ЕПНД))  Избегнувајте кај бремени жени и доилки, ако е возможно

ЛЕК	ДОЗА	НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА	Контраиндикации / претпазливост
БИПЕРИДЕН	Почнете со 1 mg два пати дневно. Зголемете на 3-12 mg дневно. Примање: р.о или интравенски	Вообичаени: седација, конфузија и нарушување на меморијата (особено кај постарите возрасни лица), тахикардија, сува уста, отсуство на мокрење и запек.	Претпазливо кај пациенти со: болести на срцето, црниот дроб или бубрезите. Интеракции меѓу лекови: внимание при комбинирање со други антихолинергични лекови.
ТРИХЕКСИФЕНИДИЛ (Бензхексол)	Започнете со Зголемете на 4-12 mg дневно во 3-4 поделени дози (максимум 20 mg дневно). Примање: р.о	Ретко, глауком со затворен агол, мијастенија гравис и гастроинтестинална опструкција.	

ТАБЕЛА 3: Стабилизатори на расположение

 Избегнувајте кај бремени жени и доилки, ако е возможно

ЛЕК	ДОЗА	НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ/ПРЕТПАЗЛИВОСТ
ЛИТИУМ  Користете само доколку е достапно клиничко и лабораториско следење.	Почнете со 300 mg дневно. Зголемувајте постепено секои 7 дена, се додека не се постигне таргет нивото на крвта (максимум 600-1200 mg дневно). Проверувајте на секои 2-3 месеци. Примање: р.о Целни нивоа во крвта: 0.6-1.0 mEq/liter – Во акутна манична епизода: 0.8-1.0 mEq/liter – За третман на одржување: 0.6-0.8 mEq/liter. <i>6 месеци лекарства се потребни за да се определи целата ефективност на третманот за одржување</i>	Вообичаени: седација, когнитивни проблеми, тремор, нарушена координација, хипотензија, леукоцитоза, полиурија, полидипсија, гадење, дијареа, зголемување на телесната тежина, губење на косата, осип. Сериозни: дијабетес инсипидус, хипотироидизам, ЕКГ промени (аритмија, синдром на болен синус, промени на Т-бранот).	Контраиндицирано кај пациенти со: тешка срцева или бубрежна болест. Дехидрацијата може да го зголеми нивото на литиум. Интеракции меѓу лекови: нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ), инхибитор на ангиотензин-конвертирачки ензим (АКЕ инхибитор), тиазидни диуретици, метронидазол и тетрациклин може да го зголемат нивото на литиум. Токсичноста на литиум може да предизвика напади, делириум, кома и смрт.
НАТРИУМ ВАЛПРОАТ	Почнете со 500 mg дневно. Зголемувајте полека на 1000-2000 mg дневно (максимум 60 mg/kg/дневно). Примање: р.о  Се претпочита за лица со ХИВ/СИДА поради интеракции меѓу лековите	Вообичаени: седација, главоболка, тремор, атаксија, гадење, повраќање, дијареа, зголемување на телесната тежина, минливо опаѓање на косата. Сериозни: нарушена функција на црниот дроб, ромбоцитопенија, леукопенија, поспаност/конфузија, откажување на црниот дроб, хеморагичен панкреатитис.	Претпазливо кај пациенти: каде постои хепатална болест или се сомневате дека се работи за хепатална болест. Следете ги резултатите од испитувањата на функцијата на црниот дроб и тромбоцитите. Интеракции меѓу лекови: Нивоата на валпроат се намалуваат со карбамазепин, зголемени со аспирин.
КАРБАМАЗЕПИН	Почнете со 200 mg дневно. Зголемете за 200 mg неделно до 400-600 mg дневно во две поделени дози (максимум 1200 mg дневно).Примање: р.о Забелешка: Можеби ќе треба да се прилагоди дозата по 2 недели поради индукција на сопствениот метаболизам.	Вообичаени: седација, конфузија, вртоглавица, атаксија, двоен вид, гадење, дијареа, бенигна леукопенија. Сериозни: хепатотоксичност, доцнење на срцевата спроводливост, ниски нивоа на натриум, тежок осип.	Контраиндицирано кај пациенти: со историја на крвни нарушувања, болести на бубрезите, црниот дроб или срцето. Интеракции меѓу лекови: – Може да го намали дејството на хормоналната контрацепција, имunosупресиви, антиепилептици, антипсихотици, метадон и некои антиретровирусни лекови. – Нивоата може да се зголемат со одредени антифунгални лекови и антибиотици.

ТАБЕЛА 4: Преглед на придржување, несакани дејства и дозирање врз основа на клиничката ситуација/манифестација

КЛИНИЧКА СИТУАЦИЈА	ПРЕПОРАЧАНО ДЕЈСТВО
Лицето не толерира антипсихотични лекови, т.е. лицето има екстрапирамидални симптоми (ЕПС) или други сериозни несакани ефекти	» Намалете ја дозата на антипсихотичниот лек » Ако несаканите ефекти продолжат, размислете за префрлување на друг антипсихотик. » Размислете за додавање антихолинергични лекови за краткорочна употреба за лекување на ЕПС ако овие стратегии не успеат или ако симптомите се сериозни (види Табела 2).
Незадоволително придржување до терапијата	» Разговарајте за причините за непридржување со лицето и негувателите. » И дајте информации за важноста на лекот. » Размислете за инекции на антипсихотични лекови со депо/продолжено делување како опција откако ќе разговарате за можните несакани ефекти од оралните наспроти депо препаратите.
Одговорот на третманот е несоодветен (т.е. симптомите перзистираат или се влошуваат) и покрај придржувањето кон лековите	» Потврдете дека лицето прима ефективна доза на лек. Ако дозата е мала, постепено зголемувајте ја до најниската ефективна доза за да го намалите ризикот од несакани ефекти. » Распрашајте се за употреба на алкохол или супстанции и преземете мерки за да го намалите тоа. Оди на »СУП. » Распрашајте се за неодамнешни стресни настани што може доведе до влошување на клиничката состојба и преземете мерки за намалување на стресот. » Проверете симптоми за да исклучите физички и/или други приоритетни МНС состојби. Оди на »ПСИ 1, види ЧЕКОВ 1 » Размислете за рisperидон како алтернатива на халоперидол или хлорпромазин, доколку цената и достапноста не се ограничувања. Ако лицето не реагира на адекватна доза и период на користење еден антипсихотичен лек, тогаш може да се размисли за комбиниран третман со антипсихотици; по можност под надзор на специјалист, со внимателно клиничко следење. » Размислете за консултација со специјалист за употреба на клозапин кај оние кои не реагираше на други антипсихотични лекови во соодветни дози и времетраење. Користете клозапин само под надзор на специјалист и само доколку е достапно рутинско лабораториско следење, поради ризикот од животозагрозувачка агранулоцитоза.

ТАБЕЛА 5: Управување со лица со агитирано и/или агресивно однесување



ПРОЦЕНА



- » Обид за комуникација со лицето.
- » Детектирајте го главниот причинител:
 - Проверете шеќер во крвта. Ако е низок, дајте глукоза.
 - Проверете витални знаци, вклучувајќи температура и кислородна сатурација. Дајте кислород доколку е потребно.
 - Исклучете го делириумот и медицинските причини вклучувајќи труење.
 - Исклучете употреба на дрога и алкохол.
 - Специфично проверете стимулативна интоксикација и/или апстиненција од алкохол/дроги. Оди на » СУП.
 - Исклучете ја агитацијата поради психоза или манична епизода кај биполарно растројство. Оди на Процена » ПСИ 1.

КОМУНИКАЦИЈА

- » Безбедноста на прво место
- » Останете смирени и охрабнете го пациентот да зборува за неговите или нејзините грижи.
- » Користете мирен глас и обидете се да ги решите грижите ако е можно.
- » Слушајте внимателно. Посветете време на лицето.
- » Никогаш не му се смејте на лицето
- » Не возвраќајте на агресија
- » Обидете се да го најдете изворот на проблемот и решенијата за личноста.
- » Вклучете негуватели и други членови на персоналот.
- » Отстранете го од ситуацијата секој кој може да биде поттик за агресија.
- » Ако сите можности се исцрпени, а личноста е сè уште агресивна, може да биде неопходно да се користат лекови (ако се достапни) за да се спречи повреда.

СЕДАЦИЈА И ЛЕКОВИ



- » Седатирајте по потреба за спречување повреда
- » За агитација поради психоза или манија, размислете за употреба на халоперидол 2 mg p.o./i.m. на час до 5 дози (максимум 10 mg).
Внимание: високи дози на халоперидол може да предизвикаат дистонични реакции. Користете бипериден за лекување на акутни реакции.
- » За агитираност поради ингестија на супстанции, како на пр. при апстиненција од алкохол/седатив или интоксикација со стимуланс, користете дијазепам 10-20 mg p.o. и повторете по потреба. **Оди на » СУП.**

Во случи на екстремно насилство

- Побарајте помош од полицијата или друг персонал
- Користете халоперидол 5 mg i.m., повторете по 15-30 минути доколку е потребно (максимум 15 mg)
- Консултирајте се со специјалист.
- » Ако лицето и понатаму е агитирано, проверете кислородна сатурација, основни параметри и шеќер. Прашајте за болка. Упатете во болница.
- » Откако ќе се смири агитацијата, погледнете го главниот дијаграм (ГД) и изберете релевантни модули за проценка.
- ! **Посебни групи:**
Консултирајте специјалист за третман.

ПСИ 3 » Контрола ПСИХОЗА



2

РУТИНСКО СЛЕДЕЊЕ НА ТРЕТМАН

- » Проверете функционалност на психосоцијални интервенции
- » Ако прима терапија, проверете **придржување, несакани ефекти и дозирање (Табела 4)**. Проверете ја тежината, крвниот притисок и гликозата во крвта.
- » Ако лицето почне да користи лекаства со потенцијални интеракции со други лекови, размислете за менување на дозата на лекот.
- » Прашајте за почетокот на симптомите, претходните епизоди и деталите за која било претходна или тековна терапија.

3

ПРЕКИНЕТЕ ТЕРАПИЈА СО ЛЕКОВИ

Лице со прва епизода, релапс или влошување на симптомите на психоза

- » Размислете за прекин на лекаства **12 МЕСЕЦИ по исчезнување на симптоми**

Лице со психотични симптоми кои траат повеќе од 3 месеци:

- » Размислете за прекин на лекаства **ако кај лицето симптомите се КОМПЛЕТНО ПОВЛЕЧЕНИ неколку години по ред.**

- » Разговарајте за ризиците од релапс наспроти долгорочните несакани ефекти на лековите со лицето и семејството. » Ако е можно  консултирајте специјалист
- » Постепено и полека намалувајте ја дозата на лекот. Кога се прекинува со одредена терапија, поединците и членовите на семејството треба да се едуцираат за откривање на рани симптоми на релапс. Се препорачува внимателно клиничко следење.

ПСИ 3 » Контрола МАНИЧНА ЕПИЗОДА ВО БИПОЛАРНО РАСТРОЈСТВО



ПРЕПОРАКИ ЗА ЧЕСТОТА НА КОНТАКТ

» За акутна манија: Почетното следење треба да биде колку што е можно почесто, дури и секојдневно, додека акутните симптоми не одговорат на третманот. Откако симптомите реагираат, се препорачува месечно до квартално следење.

» За лицата кои моментално не се во манични или депресивни состојби, следење најмалку на секои три месеци. Размислете за почесто следење кога е потребно. Внимателно следете дали има релапс.



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Ако се префрлите на друг лек, прво започнете со тој лек и лекувајте со двата лека 2 недели пред да го намалите првиот лек.



2

РУТИНСКО СЛЕДЕЊЕ НА ТРЕТМАН

- » Прегледајте и обезбедете психосоцијални интервенции.
- » Ако зема лекови, проверете **придржување, несакани ефекти и дозирање**. Види **Табела 4**.
- » Ако лицето почне да користи лекаства со потенцијални интеракции со други лекови, размислете за менување на дозата на лекот.

3

ПРЕКИНЕТЕ СО ТЕРАПИЈАТА

Дали лицето е во целосна ремисија на симптомите без епизоди на биполарно растројство *најмалку две години*?

ДА

НЕ

» Размислете за прекин на лековите

- Разговарајте со лицето/негувателот за ризикот од прекин.
- Консултирајте се со специјалист во врска со одлуката за прекин на терапијата за одржување по 2 г. 
- Намалете постепено во период од неколку недели или месеци.

» Рутински следете и проверувајте 

ЕПИЛЕПСИЈА

Епилепсијата е хронично незаразно нарушување на мозокот, кое се карактеризира со повторливи неиспровоцирани напади. Епилепсијата е едно од најчестите невролошки нарушувања и со соодветен третман може добро да се контролира кај повеќето луѓе.

Епилепсијата може да биде предизвикана од најразлични причинители. Можеби е генетски. Епилепсијата може да се појави кај луѓе кои имаат претходна историја на траума при раѓање, повреди на мозокот (вклучувајќи траума на главата и мозочни удари) или мозочни инфекции. Кај некои луѓе, не може да се идентификува причината.

Нападите се предизвикани од абнормална електрична активност во мозокот и се од два вида: конвулзивни и неконвулзивни. Неконвулзивната епилепсија има карактеристики како промена на менталниот статус, додека конвулзивната епилепсија има карактеристики како што се ненадејни абнормални движења, вклучително и вкочанетост и тресење на телото. Последново е поврзано со поголема стигма и поголем морбидитет и морталитет. Овој модул опфаќа само конвулзивна епилепсија.

ЕПИ » Кус преглед

Акутната манифестација на напади/конвулзии бара итен третман и управување



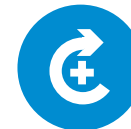
ПРОЦЕНА

- » **ИТЕН СЛУЧАЈ:**
Процена и управување со акутни конвулзии
- » Процена за конвулзивни напади
- » Процена за акутна причина (на пр. невроинфекција, траума итн.)
- » Проценете дали лицето има епилепсија и причинители на истата (со анамнеза или преглед)
- » Проценете за истовремени приоритетни МНС состојби



УПРАВУВАЊЕ

- » **Протокол за управување и посебни групи**
 1. Епилепсија
 2. Посебни групи (жени на репродуктивна возраст, деца/адолесценти и лица што живеат со ХИВ)
- »  Психосоцијални интервенции
- »  Фармаколошки интервенции



КОНТРОЛА

! ЕПИ » ИТЕН СЛУЧАЈ

ЛИЦЕТО ДОШЛО НА ПРЕГЛЕД
ПОРАДИ КОНВУЛЗИИ, ИЛИ Е БЕЗ
СВЕСТ И СО ВКОЧАНЕТОСТ

КЛИНИКЧКИ СОВЕТ:

Процената и управувањето
треба да се истовремени



1
Знак на повреда на главата или вратот?

НЕ

ДА

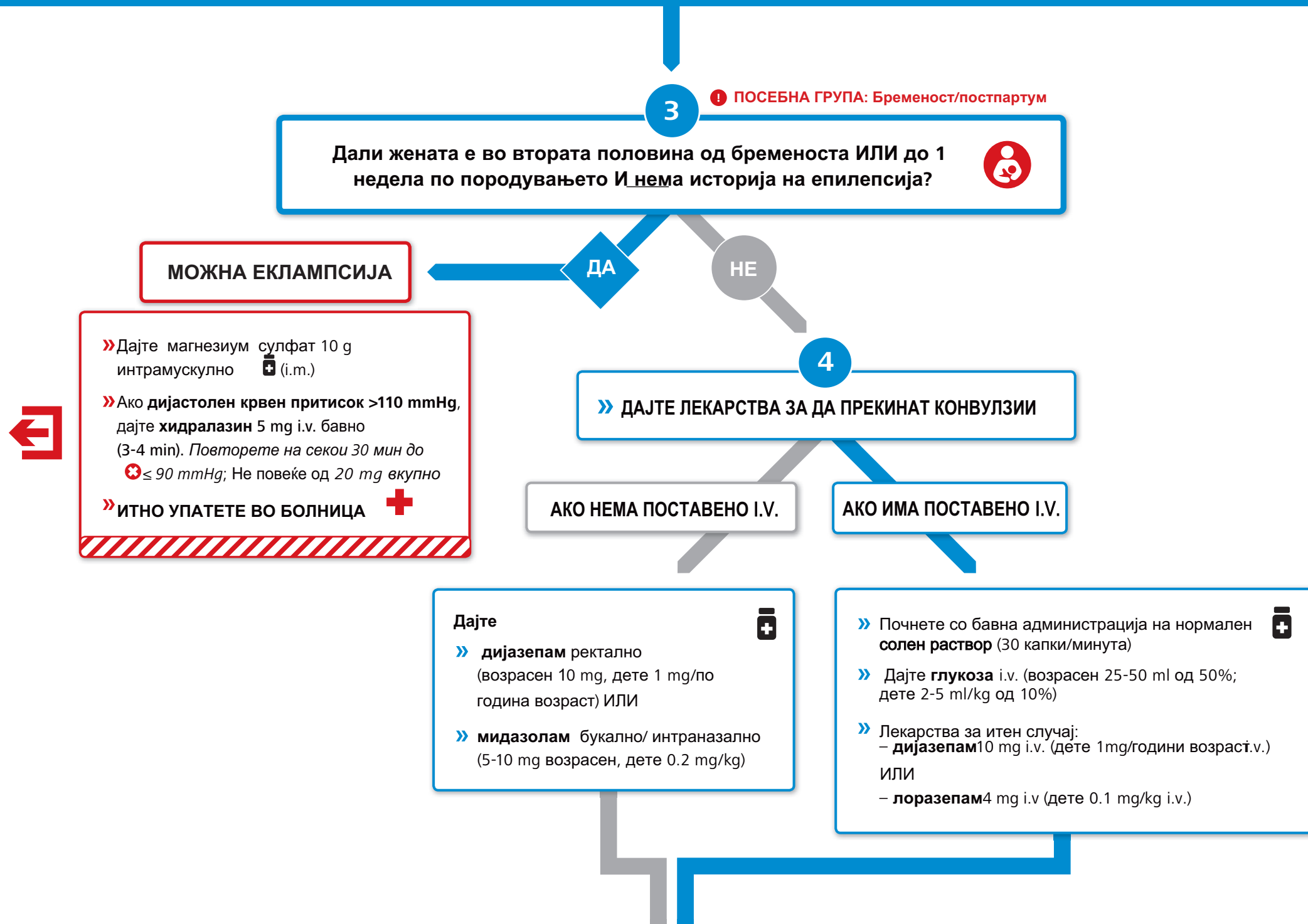
» ДРЖИ ГИ ГЛАВАТА И ВРАТОТ
СТАБИЛНИ

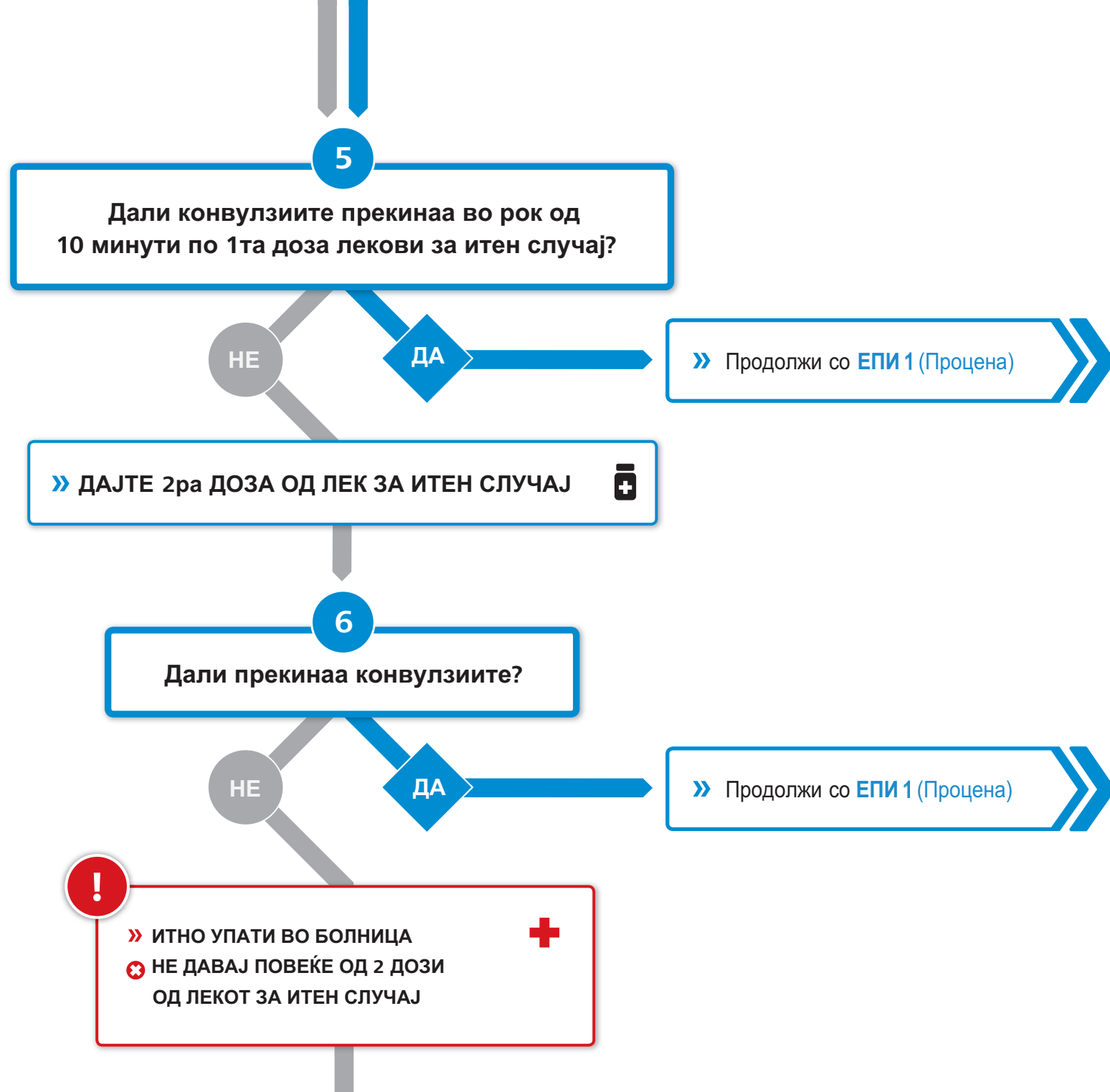
2

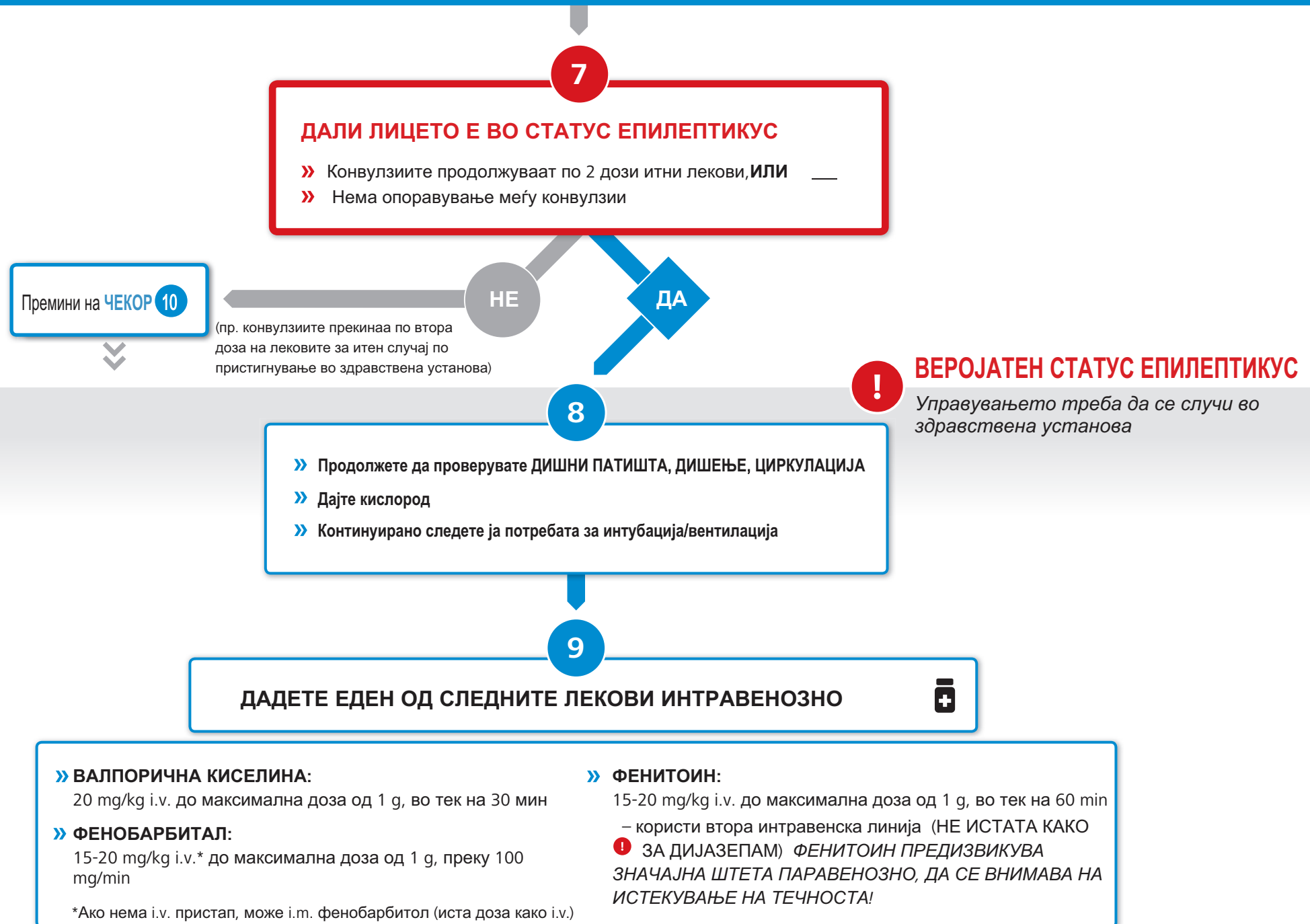
- » Провери ДИШНИ ПАТИШТА, ДИШЕЊЕ, ЦИРКУЛАЦИЈА
Осигури се дека лицето има проодни дишни патишта, добро диши и има стабилен пулс
- » Проверете КРВЕН ПРИТИСОК, ТЕМПЕРТУРА и РЕСПИРАТОРНА СТАПКА
- » Почнете со следење на времетраење на конвулзиите, ако е возможно.
- » Уверете се дека лицето е на безбедно место и ако е можно, свртете го на страна за полесно да дише; разлабавете вратоврска или се што може да има околу вратот, отстранете очила и поставете нешто меко под главата (ако има нешто такво)

- » Постави интравенска (и.в.) линија за администрација на лекови/течност доколку е можно
- » ❌ НЕ ГО ОСТАВАЈТЕ ЛИЦЕТО САМО
- » ❌ НЕ СТАВАЈТЕ НИШТО ВО УСТАТА
- » ЗА ЛИЦЕ СО МОЖНА ПОВРЕДА НА ГЛАВАТА, НЕВРОИНФЕКЦИЈА (ТРЕСКА) ИЛИ ФОКАЛНИ ДЕФИЦИТИ ИТНО УПАТЕТЕ ВО + БОЛНИЦА









Дали прекинаа конвулзиите?

НЕ

ДА

- » Користете еден од другите лекови (ако достапен) ИЛИ дополнителни 10 mg/kg фенитоин (во тек на 30 мин)
- » Следете за респираторна депресија, хипотензија, аритмија

10

» ЕВАЛУИРАЈ (И ТРЕТИРАЈ СООДВЕТНО) НА ПРИЧИНТЕЛ ЗА КОНВУЛЗИИТЕ:

- Невроинфекција (треска, вкочанет врат, главоболка, конфузија)
- Употреба на супстанција (апстиненција од алкохол или ингестија на дрога)
- Траума
- Метаболички абнормалности (хипернатремија или хипогликемија)
- Мозочен удар (фокален дефицит)
- Тумор (фокален дефицит)
- Позната епилепсија (претходна историја на напади)

Дали прекинаа конвулзиите?

НЕ

ДА

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ ЗА ПОНАТАМОШНА ДИЈАГНОСТИЧКА ЕВАЛУАЦИЈА



» Продолжи со ЕПИ 1 (Процена)



ЕПИ 1 » Процена



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

За време на првичната евалуација и во случаи на неуспех на третманот треба да се земат предвид синкопа и псевдонапади

» Синкопалните епизоди (несвестица) често се поврзани со црвенило, потење, бледило и повремено чувство на затемнување на видот пред епизодата. На крајот може да дојде до благо тресење.

» Псевдо-нападите обично се поврзани со предизвикувач на стрес. Епизодите често се пролонгирани и може да вклучуваат не ритмичко грчење на телото, очите може да бидат затворени и често се забележува движење на карлицата. Обично има брзо враќање на нормала после епизодата. Акопостои сомневање за псевдонапади, одете на
» ДРУ.

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ЕПИЛЕПСИЈА

- Конвулзивни движења или напади
За време на конвулзија:
 - Загуба на свесност или попречена свесност
 - Здрвеност и ригидност
 - Гризење на јазикот, повреда, незадржување на урина или фецес
- По конвулзија: замор, поспаност, поспаност, конфузија, абнормално однесување, главоболка, болки во мускулите или слабост на едната страна од телото

1

Дали лицето има конвулзивни напади?

Дали лицето имало конвулзивни движења што траат подолго до 1-2 минути?

НЕ

ДА

Конвулзивни напади не се веројатни

- » Консултирајте специјалист за повторливи епизоди 
- » Контрола за 3 месеци 



Дали лицето имало најмалку 2 од следните симптоми за време на епизодата?

- Загуба на свест или попречена свест
- Здрвеност, ригидност
- Каснат или набиен јазик, телесна повреда
- Инконтиненција на измет/урина

- По конвулзија: замор, поспаност, конфузија, абнормално однесување, главоболка, болки во мускулите или слабост на едната страна од телото

НЕ

ДА

Конвулзивни напади не се веројатни

» Консултирај специјалист за повторливи епизоди



» Контрола за 3 месеци



Веројатни се
КОНВУЛЗИВНИ НАПАДИ

2

Дали се работи за акутен случај?

Дали има невроинфекција или други можни причини за конвулзии?

» Проверете за знаци и симптоми:

- температура
- главоболка
- конфузија

- Менингеална иритација (на пр. вкочанет врат)
- Повреда на глава

- Метаболички абнормалности (на пр. хипогликемија/хипонатремија)

- Интоксикација или апстиненција од алкохол или дрога

ДА

НЕ

Можна е **ЕПИЛЕПСИЈА**

**ДАЛИ Е ДЕТЕ од 6 МЕСЕЦИ
ДО 6 ГОДИНИ СО ТРЕСКА?**

Дали конвулзиите се

- Фокални: Започнуваат во еден дел од телото
- Продолжени: Траат повеќе од 15 мин
- Повторувачки: Повеќе од 1 епизода за време на моменталната болест

НЕ

ДА

КОМПЛЕКСЕН ФЕБРИЛЕН НАПАД

» УПАТИ ВО БОЛНИЦА ЗА ПРИЕМ

ЕДНОСТАВЕН ФЕБРИЛЕН НАПАД

- » Побарајте причинител (локални упатства за интегрирано управување со детска болест (IMCI))
- » Набљудувајте повеќе од 24 часа
- » Не е потребен антиепилептичен третман

» ЕВАЛУИРАЈ И ЛЕКУВАЈ МЕДИЦИНСКА СОСТОЈБА

» УПАТИ ВО БОЛНИЦА АКО Е МОЖНО ЗА ПОВРЕДА НА ГЛАВАТА, МЕНИНГИТ И МЕТАБОЛИЧКИ АБНОРМАЛНОСТИ

✗ НЕ Е ПОТРЕБЕН АНТИЕПИЛЕПТИЧЕН ЛЕК

» Контрола за 3 месеци за да се процени можна епилепсија

ОДИ на **ЧЕКОР 3**

3

Дали лицето има епилепсија?

Дали лицето имало најмалку два напади во два различни дена во изминатата година?



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» Прашајте за

- Колку се чести епизодите?
- Колку во изминатата година?
- Кога беше последната епизода?

НЕ

ДА

Не исполнува критериуми за епилепсија

- » Не се потребни антиепилептични лекови за одржување
- » Контрола за 3 месеци и € процена за можна епилепсија

ЕПИЛЕПСИЈА е
веројатна

Проценка за основната причина. Направете физички преглед.

» Дали е присутен некој од следниве аспекти?

- Породилна асфиксија или историја на траума
- Повреда на глава
- Инфекција на мозокот
- Семејна историја на напади

НЕ

ДА

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ ЗА ПОНАТАМОШНА
ЕВАЛУАЦИЈА НА ПРИЧИНА 

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Физичкиот преглед треба да содржи и невролошки преглед и евалуација за некакви фокални дефицити, на пр асиметрија во сила или рефлекс.



4

Дали има истовремени МНС состојби?

» Процени за други истовремени МНС состојби според главниот дијаграм (ГД) од Водичот



! Имајте на ум дека лицата со ЕПИЛЕПСИЈА се под поголем ризик од ДЕПРЕСИЈА, РАСТОЈСТВА ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ. ДЕЦАТА И АДОЛЕСЦЕНТИТЕ МОЖЕ ДА ИМААТ АСОЦИРАНИ МЕНТАЛНИ И БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА. РАСТРОЈСТВА ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

» Оди на ПРОТОКОЛ 1

АКО ИМА РИЗИК ОД
САМОУБИСТВО, ПРОЦЕНИ И
УПРАВУВАЈ пред да продолжиш
на протоколот Оди на » САМ





ЕПИ 2 » Управување

ПРОТОКОЛ

1

- » Обезбедете **психоедукација** за лицето и негувателот (2.1)
- » Почнете со антиепилептични лекови (2.3)
- » Поттикнете вршење секојдневни активности (2.2)

Посебни групи

Имајте на ум дека интервенциите за ЕПИЛЕПСИЈА се различни за сите овие групи



ЖЕНА ВО РЕПРОДУКТИВНИ ГОДИНИ

Грижа: Ризик од антиепилептични лекови за фетусот/детето

- » Советувајте фолати (5 mg/ден) за да спречите **дефекти на неврална туба**, кај СИТЕ жени во репродуктивни год.
- » ИЗБЕГНУВАЈТЕ ВАЛПРОАТ.
- » **ВНИМАТЕЛНО** При бременост:
 - Избегнувајте политерапија. Повеќе лекови во комбинација го зголемуваат ризикот од тератогени ефекти за време на бременоста.
 - За време на бременоста лековите се прекинуваат постепено.
 - Советувајте породување во болница.
 - При породувањето дајте 1 mg витамин К i.m. на новороденчето за да се спречи хеморагична болест.se.
- » При доене, карбамазепин се претпочита пред други лекови.



ДЕТЕ/АДОЛЕСЦЕНТ

Грижа: Ефект на антиепилептичните лекови врз развојот и/или однесувањето

- » За оние со **развојно растројство**, управувајте со состојбата. Оди на **» МЗД**
- » За деца со бихевиорално растројство, избегнувајте фенобарбитал ако е можно. Управувајте со состојбата. Оди на **» МЗД**



ЛИЦЕ СО ХИВ

Грижа: Интеракции на антиепилептични и антиретровирусни лекови

- » Кога е достапно, погледнете ги специфичните интеракции со лекови за антиретровирусен режим на личноста и антиепилептични лекови
- » **Валпроат** се претпочита поради помалите интеракции на лекот.
- » **ИЗБЕГНУВАЈТЕ ФЕНИТОИН И КАРБАМАЗЕПИН КОГА Е МОЖНО.**

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.1 Психоедукација

Информирајте: „Што е конвулзија/епилепсија“ и важноста на лековите

- » „Конвулзијата е предизвикана од преголема електрична активност во мозокот - не од вештерки или духови.“
- » “Епилепсијата е рекурентна тенденција за конвулзии.”
- » “Тоа е хронична состојба, но ако ги примате лековите според упатствата, кај повеќето луѓе може целосно да се контролира.”
- » Лицето може да добива помош за конвулзиите од неколку поединци. Дискусирајте за ова со лицето.
- » Замолете го лицето да ве информира ако посетува традиционален или духовен лекар, со доследна почит, меѓутоа нагласувајќи ја потребата да појде и во здравствена установа. Лицето, исто така, треба да биде информирано дека лековите и хербалните производи понекогаш може да имаат негативни интеракции, и затоа ДЗУ треба знае што сè примаат

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

- » Нападите кои траат повеќе од 5 минути се итен случај - треба веднаш да се побара помош.
- » Поголемиот број луѓе со епилепсија може да живеат нормални животи со правилно држење до терапијата.

Информирајте: Како негувателите можат да управуваат со конвулзиите во домот

- » Легнете го лицето на страна, со свртена глава за полесно дишење.
- ❌ НЕ СТАВАЈТЕ НИШТО ВО УСТАТА НА ЛИЦЕТО И НЕ СЕ ОБИДУВАЈТЕ ДА ГО ВРЗЕТЕ.
- » Осигурете се дека лицето диши.
- » Останете со лицето до крај на конвулзијата и не се разбудите.
- » Понекогаш луѓето со епилепсија знаат дека следува конвулзија. Треба да легнат на безбедно место доколку го имаат тоа чувство.
- Епилепсијата не е заразна. Не можете да го добиете нарушувањето
- » ако му помогнете на лицето кое доживува конвулзии

Информирајте: Кога е потребна помош од лекар 

- » Кога лицето со епилепсија се чини дека има проблеми со дишењето за време на конвулзија, му треба итна медицинска помош.
- » Кога лице со епилепсија има конвулзии кои траат подолго од 5 минути надвор од здравствена установа, треба да се однесе таму
- » Кога лицето со епилепсија не се буди по конвулзија, треба да се однесе во здравствена установа..

2.2 Вршење секојдневни активности и живот во заедницата

» **Погледни во Основна грижа и пракса (ОГП)** за интервенции кои промовираат вршење на секојдневни активности и животот во заедницата.

» **Дополнително, информирајте ги негувателите и лицата со епилепсија дека:**

- Луѓето со епилепсија можат да водат нормален живот. Може да се венчаат и да имаат деца.
- Децата со епилепсија можат да учествуваат во стандардна настава
- Луѓето со епилепсија можат да работат на повеќето работни места. Сепак, тие треба да избегнуваат работни места со висок ризик од повреда на себе или други (на пр. работа со тешки машини).
- Луѓето со епилепсија треба да избегнуваат готвење на отворен оган и пливачко саење.
- Луѓето со епилепсија треба да избегнуваат прекумерна употреба на алкохол и рекреативни супстанции, да спијат премалку или да одат на места со трепкачки светла.
- Треба да се почитуваат локалните закони за возење поврзани со епилепсија.
- Луѓето со епилепсија може да се квалификуваат за бенефиции за попреченост
- Програмите на заедницата за лица со епилепсија можат да обезбедат помош на работни места и поддршка и за лицето и семејството



ФАРМАКОЛОШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ



2.3 Почни со антиепилептични лекови

» Изберете лек што ќе биде постојано достапен

» **!** Ако се работи за посебна група (деца, жени на репродуктивна возраст, лице што живее со ХИВ), видете го соодветниот дел од овој модул

» Започнете со само еден лек со најниска почетна доза.

» Зголемувајте ја дозата полека додека не воспоставите

» контрола над конвулзиите. Размислете за редовни испитувања на крвната слика, биохемија и функционирањето на црниот дроб, доколку се достапни

! ВНИМАТЕЛНО!

» Проверете за **интеракции меѓу лековите**. Кога се користат заедно, антиепилептиците може да го зголемат или намалат ефектот на други антиепилептици. Исто така може да го намалат ефектот на хормоналната контрацепција, имunosупресиви, антипсихотици, метадон и некои антиретровирусни лекови.

» Ретко, може да предизвика сериозни нарушувања на коскената срцевина, реакции на хиперсензитивност, вклучително и Стивенс-Џонсон синдром, променет метаболизам на витамин Д и хеморагична болест со недостаток на витамин К кај новороденчињата

» **⊗** Кога е можно, избегнувајте употреба на натриум валпроат кај бремени жени поради **ризик од дефекти на невралната туба**.

» Сите антиконвулзивни лекови треба полека да се прекинуваат бидејќи нивното нагло прекинување може да предизвика пробив на напади

ТАБЕЛА 1: Антиепилептични лекови

ЛЕК	ОРАЛНИ ДОЗИ	НЕСАКНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ / ВНИМАТЕЛНО
КАРБАМАЗЕПИН	Возрасни: Започнете со 100-200 mg на ден во 2-3 поделени дози. Зголемете ја за 200 mg секоја недела (макс 1400 mg на ден). Деца Започнете со 5 mg/kg дневно во 2-3 поделени дози. Зголемете за 5 mg/kg дневно секоја недела (макс 40 mg/kg дневно ИЛИ 1400 mg на ден). ⊕ Доилки или бремени жени: Користете внимателно	Вообичаени: Седација, конфузија, вртоглавица, атаксија, удвоен вид, гадење, дијареа, бенигна леукопенија.. Сериозни: Хепатотоксичност, доцнење на срцевата спроводливост, ниски нивоа на натриум.	Претпазливост се препорачува кај пациенти со историја на крвни нарушувања, бубрежни, црн дроб или срцеви заболувања. Можеби ќе треба да се прилагоди дозата по 2 недели поради индукција на сопствениот метаболизам

ТАБЕЛА 1: Антиепилептични лекови (прод.)

ЛЕК	ОРАЛНИ ДОЗИ	НЕСАКНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ / ВНИМАТЕЛНО
ФЕНОБАРБИТАЛ	Возрасни: Почнете со 60 mg дневно во 1-2 поделени дози. Зголемувајте неделно за 2.5-5 mg (максимум 180 mg дневно). Деца: Почнете со 2-3 mg/kg дневно во 2 поделени дози. Зголемувај неделно за 1-2 mg/kg дневно во зависност од толеранцијата (максимум 6mg дневно).	Вообичаени: Седација, хиперактивност кај деца, атаксија, нистагмус, сексуална дисфункција, депресија. Сериозни: Инсуфициенција на црниот дроб (реакција на преосетливост), намалена минерална густина на коските.	Контраиндициран кај пациенти со акутна интермитентна порфирија. Пониски дози за пациенти со заболување на бубрезите или црниот дроб.
ФЕНИТОИН	Возрасни: Почни со 150-200 mg дневно во 2 поделени дози. Зголеми за 50 mg дневно на секои 3-4 недели (макси. 400 mg дневно). Деца: Почни со 3-4 mg/kg дневно во 2 поделени дози. Зголеми за 5 mg/kg дневно на секои 3-4 недели (максимум 300 mg дневно).  Доилки или бремени жени: Избегнувај  Стари лица: Користи помали дози	Вообичаени: Седација, конфузија, вртоглавица, тремор, моторни грчеви, атаксија, удвоен вид, нистагмус, нејасен говор, гадење, повраќање, запек. Сериозни: Хематолошки абнормалности, хепатитис, полиневропатија, хипертрофија на непцата, акни, лимфаденопатија, зголемување на суицидална идеација.	Пониски дози за пациенти со заболување на бубрезите или црниот дроб.
НАТРИУМ ВАЛПРОАТ	Возрасни: Почни со 400 mg дневно во 2 поделени дози. Зголеми за 500 mg дневно секоја недела (максимум 3000 mg дневно). Деца: Почни со 15-20 mg/kg дневно во 2-3 поделени дози. Зголемувај секоја недела за 15 mg/kg дневно (макс 15-40 mg/kg дневно).  Бремени жени: Избегнувај  Стари лица: Користи помали дози	Вообичаени: Седација, главоболка, тремор, атаксија, гадење, повраќање, дијареа, зголемување на телесната тежина, минливо опаѓање на косата. Сериозни: Нарушена хепатална функција, тромбоцитопенија, леукопенија, поспаност/конфузија (хиперамонемична енцефалопатија индуцирана од валпроат, знак на токсичност), откажување на црниот дроб, хеморагичен панкреатитис.	Да се користи со претпазливост доколку постои скриена или сомнителна хепатална болест. Интеракции со лекови: Нивоата на валпроат се намалуваат со карбамазепин, зголемени со аспирин.

ЕПИ 3 » Контрола

1

ПРОВЕРЕТЕ ТЕКОВНА СОСТОЈБА



ПРЕПОРАКИ ЗА ЧЕСТОТА НА КОНТРОЛИ

» Контролите треба да се закажуваат на секои 3-6 месеци

Дали лицето има повеќе од 50% намалување на нападите во зачестеноста на конвулзиите?

НЕ

ДА

АКО ЛИЦЕТО НЕ СЕ ПОДОБРИ СО ТЕКОВНАТА ДОЗА:

- » Проверете дали лицето се придржува до терапијата.
- » Размислете за зголемување на дозата доколку е потребно до макс. доза ако нема негативни ефекти.
- » Ако сè уште нема реакција,
 - Размислете за промена на лекот. Новиот лек треба да биде во оптимална доза пред полека да се прекине првиот.
- » Ако сè уште нема реакција,
 - Проверете дијагноза.
 - УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ 
- » Почести контроли 

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

- » **НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА** (на пр. поспаност, нистагмус, диплопија, атаксија) се предизвикани од превисоки дози на лековите за ЛИЦЕТО
- » Ако има **ИДИОСИНКРАТИЧНА РЕАКЦИЈА** (алергиска реакција, коскена срцевина, хепатална инсуфициенција), смени ги антиепилептичните лекови.



2

СЛЕДЕТЕ ТРЕТМАН

На секоја средба:

- » Оценете ги несаканите ефекти на лекот, вклучително и негативните ефекти и идиосинкратските реакции (клинички и со соодветни лабораториски тестови кога е достапно).
- » Обезбедете психоедукација и проверете психосоцијални интервенции. 
- » Дали лицето е жена во репродуктивна возраст и размислува за бременост? Ако одговорот е да консултирајте се со  специјалист.

» Дали пациентот има нови загрижувачки симптоми?

Преглед за какви било нови симптоми на болест и анксиозност со оглед на висок ризик од коморбидитет со епилепсија.

» Дали пациентот зема нови лекови кои може да имаат интеракции? (Многу антиконвулзиви имаат интеракции со други лекови). Ако е така консултирајте се со специјалист.

3

РАЗМИСЛЕТЕ ЗА ПРЕКИНУВАЊЕ СО ЛЕКОВИТЕ КОГА Е СООДВЕТНО

Дали лицето е без конвулзии неколку години?

НЕ

ДА

АКО НЕМА ПРОБЛЕМИ СО ЛЕКОВИ

- » **Продолжете со тековна доза.** Правилното дозирање е најниската терапевтска доза за контрола на нападите, притоа минимизирајќи ги негативните несакани ефекти.
- » Продолжете со внимателно следење и преглед за можно прекинување на лековите штом нападите ќе прекинат најмалку две години.

» Дискусирајте за ризикот од појава на напади со лице/ негувател - (ако епилепсијата се должи на повреда на главата, мозочен удар или невроинфекција, постои поголем ризик од повторување на нападите без лекови) и ризици и придобивки од прекинување на лековите.

» Доколку има согласност, постепено намалувајте ги лекарствата кај лицето до прекин, со намалување на дозите во тек на 2 месеци и внимателно следење за повторна појава на напади. 

МЕНТАЛНИ И БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

Овој модул опфаќа процена и управување со развојни нарушувања, бихевиорални растројства и емоционални нарушувања кај децата и адолесцентите.

РАЗВОЈНО НАРУШУВАЊЕ е општ термин кој опфаќа нарушувања како што се интелектуална попреченост, како и аутистичниот спектар на нарушувања. Овие нарушувања обично почнуваат во детството, оштетување или доцнење во функциите поврзани со созревањето на централниот нервен систем и стабилен тек, наместо ремисии и рецидиви што се карактеристични за многу други ментални нарушувања.

БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА е општ термин што опфаќа специфични растројства како растројство на недостаток на внимание и хиперактивност (АДХД) и растројства на поведението. Бихевиоралните симптоми со различно ниво на сериозност се многу чести кај општата популација. Само децата и адолесцентите со умерен до тежок степен на психолошко, социјално, образовно или професионално попречување во повеќе услови треба да бидат дијагностицирани дека имаат бихевиорално растројство.

ЕМОЦИОНАЛНИ РАСТРОЈСТВА се меѓу водечките причини поврзани со менталното здравје за глобалниот товар на болести кај младите луѓе. Емоционалните нарушувања се карактеризираат со зголемени нивоа на анксиозност, депресија, страв и соматски симптоми.

Децата и адолесцентите често се манифестираат со симптоми на повеќе од една состојба и понекогаш симптомите се преклопуваат. Квалитетот на домот и социјалните образовни средини влијаат на благосостојбата и функционирањето на децата и адолесцентите. Истражувањето и справувањето со психосоцијалните стресори заедно со можностите за активирање поддршка се критични елементи на планот за проценка и управување.

МЗД » Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Проценете за проблеми со развој
- » Проценете за проблеми со невнимание или хиперактивност
- » Проценете за проблеми со емоции. Кај адолесценти, евалуирајте за умерена до сериозна депресија
- » Проценете за постојано пркосно, непослушно и агресивно однесување
- » Проценете за други приоритетни МНС состојби
- » Проценете ја домашната средина
- » Проценете ја училишната средина



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Доцнење/нарушување во развојот
 2. Бихевиорално растројство
 3. Нарушување на недостаток на внимание и хиперактивност (АДХД)
 4. Нарушување на поведението
 5. Проблеми со емоции
 6. Емоционални нарушувања и умерена до тешка депресија кај адолесцентите
- »  Психосоцијални интервенции



КОНТРОЛА

ТАБЕЛА 1: ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА МЕНТАЛНИ И БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ ПО ВОЗРАСНИ ГРУПИ

Може да ги пријави негувател, самото лице или да бидат забележани за време на процесот на проценка.

	РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА	БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА	ЕМОЦИОНАЛНИ НАРУШУВАЊА
Доенчиња и мали деца (<5 год.)	– Слабо јаде, не напредува, намален мускулен тонус, задоцнување во исполнувањето на очекуваните развојни пресвртници за соодветна возраст (т.е. смеење, седење, интеракција со други, споделување на вниманието, одење, зборување и самостојно користење на тоалет).	Возраст 4-18 – Прекумерна активност, растрчаност, не може мирно да седи, прекумерно зборување или немирно движење – Прекумерно невнимание, отсутност, постојано ги прекинува задачите пред да ги заврши и се префрла на други активности – Прекумерна импулсивност: непотпазливост	– Прекумерно плачење, прилепување до негувател, смрзнување (држење на телото многу мирно и молчење) и/или бес – Екстремна срамежливост или промени во функционирањето (на пр. мокрење во кревет, цицање палец) – Намалена иницијација на игра и социјална интеракција – Тешкотии со спиењето и јадењето
Средно детство (возраст 6-12)	– Доцна научило да чита и пишува – Доцнење во грижата за себе, како што се облекување, капење, миење заби	– Повторено и континуирано однесување кое ги вознемирува другите (на пр. невообичаено чести и остри лути напади, сурово однесување, упорна и тешка непослушност, крадење) – Ненадејни промени во однесувањето или односите со врсниците, вклучително и повлекување и лутина	– Повторливи, необјаснети физички симптоми (на пр. стомачнаболка, главоболка, гадење) – Неволност или одбивање да оди на училиште – Екстремна срамежливост или промени во функционирањето (на пр. мокрење во кревет, цицање палец)
Адолесценти (возраст 13-18)	– Лоши резултати на училиште – Тешкотии во разбирање на упатства – Тешкотии во социјалната интеракција и прилагодување на промени		– Проблеми со расположение, анксиозност или грижа (на пр. раздражливо, лесно вознемирено, фрустрирано или депресивно расположение, екстремни брзи и неочекувани промени во расположението, емоционални испади), прекумерна вознемирениост... – Промени во функционирањето (на пр. тешкотии со концентрирање, слаби училишни резултати, честопати желба да се биде сам или да остане дома)
Сите возрасти	– Тешкотии во извршувањето на секојдневните активности кои се сметаат за нормални за возраста на лицето; тешкотии во разбирањето на упатствата; тешкотии во социјалните интеракции и приспособување на промените; тешкотии или необичности во комуникацијата; рестриктивни/ повторливи модели на однесување, интереси и активности		– Прекумерен страв, вознемирениост или избегнување на специфични ситуации или предмети (на пр. одвојување од родителите, социјални ситуации, одредени животни или инсекти, височини, затворени простори, кога ќе види крв или при повреда) – Промени во навиките за спиење и исхрана – Намален интерес за или учество во активности – Спротивставено или однесување кое бара внимание



МЗД 1» Процена

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА МЕНТАЛНИ И БИХЕВИОРАЛНИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ

- **Дете/адолесцент доаѓа на преглед за физички проблеми или општ здравствен преглед, со:**
 - кои било од типичните поплаки при преглед за емоционални, бихевиорални и развојни нарушувања (Види **Табела 1**)
 - фактори на ризик како неухранетост, злоупотреба и/или занемарување, болеливост, хронични болести (на пр. ХИВ/СИДА или тежок пораѓај)
- **Негувател загрижен за детето/адолесцентот:**
 - Тешкотии да е во чекор со врсниците или да ги извршува секојдневните активности кои се сметаат за нормални за возраста
 - Однесување (на пр. премногу активно, агресивно, честити и/или тешки бесни напади, премногу желба да се биде сам, одбивање да прави редовни активности или да оди на училиште)
- **Учител загрижен за детето/адолесцентот**
 - на пр. лесно се расејува, ги нарушува часовите, често запаѓа во неволја, тешко ги завршува училишните задачи
- **Здравствен работник од заедницата или социјален работник со грижи за дете/адолесцент**
 - на пр. прекршува правила или закони, физичка агресија дома или во заедницата

1

ПРОЦЕНИ ЗА РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» На адолесцентите секогаш треба да им се понуди можност сами да бидат прегледани, без присуство на негуватели.

» Појаснете дека се што ќе биде кажано е доверливо.

» Посочете во кои околности на родителите или други родители ќе им бидат споделени информациите.

» Проверете за што точно се работи во однос на проблемот кој го има детето/адолесцентот заедно со него и негувателот

Процени ги сите домени – моторички, когнитивни, социјални, комуникациски и адаптивни.

» За мали деца:

Дали детето имало потешкотии со пресвртниците соодветни на возраста во сите развојни области?

» За постари деца и адолесценти:

Дали има потешкотии со училиштето (учење, читање и пишување), комуникација и интеракција со другите, грижа за себе и секојдневни активности во домаќинството?

ПРЕМИН на **ЧЕКОР 2**

НЕ

ДА

Можно е **ДОЦНЕЊЕ ВО РАЗВОЈОТ/НАРУШУВАЊЕ**

Дали има знаци/симптоми што укажуваат на некое од следните:

– Нутритивен дефицит, вклучително и недостаток на јод
– Анемија
– Неухранетост

– Акутна или хронична заразна болест, вклучувајќи ушна инфекција и ХИВ/СИДА

НЕ

ДА

» Управувајте со состојбата користејќи ги упатствата за Интегрирано управување со детски болести (IMCI) (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) или други достапни упатства.

Проценете го детето за нарушен вид и/или слух:

За процена на видот, забележете дали детето не успева:

- Да ве гледа во очи
- Да следи предмет што се движи со главата и очите
- Да земе предмет
- Да препознае познати луѓе

За процена на слухот, забележете дали детето не:

- Ја врти главата за да погледне кон некој зад него што зборува
- Не покажува реакција на гласни звуци
- Прави различни звуци (тата, дада, баба), ако е новороденче

НЕ

ДА

» КОНСУЛТИРАЈТЕ СЕ СО СПЕЦИЈАЛИСТ ЗА ЕВАЛУАЦИЈА



» Оди на ПРОТОКОЛ 1



2

ПРОЦЕНИ ЗА ПРОБЛЕМИ СО НЕВНИМАНИЕ ИЛИ ХИПЕРАКТИВНОСТ

Дали детето/адолесцентот е:

- Хиперактивно?
- Не може да седи мирно подолги периоди?

- Лесно губи фокус, тешко му е да ги доврши задачите?
- Немирно движење?

ДА

НЕ

ПРЕМИН на ЧЕКОР 3



Дали симптомите се перзистентни, тешки и предизвикуваат значителна тешкотија во секојдневното функционирање? Дали се вистинити СИТЕ од следните?

- Дали симптомите се појавуваат во различни околности?
- Дали траат најмалку 6 месеци?
- Дали се несоодветни за развојното ниво на детето/адоlesцентот??

- Дали има значителни тешкотии во секојдневното функционирање во семејството, општеството, училиштето, работното место или други места?

ДА

НЕ

АДХД не е
веројатно

Може да се
БИХЕВИОРАЛНИ ПРОБЛЕМИ

Може да е АДХД

» Оди на ПРОТОКОЛ 2

ПРЕМИН на ЧЕКОР 3

Елиминирајте ги физичките состојби што може да се слични на АДХД.

Дали детето/адоlesцентот има некое од следните:

- Болести на тироидната жлезда
- Акутни или хронични заразни болести, како ХИВ/СИДА
- Неконтролирана болка, на пр. од инфекција на уво, српеста анемија

НЕ

ДА

» Лекувајте ја болеста

» Оди на ПРОТОКОЛ 3

3

ПРОЦЕНИ ЗА НАРУШУВАЊЕ НА ПОВЕДЕНИЕТО

Дали детето/адолесцентот покажува постојано агресивно, непослушно или пркосно однесување, на пример:

- Се расправа со возрасни
- Пркоси или одбива да се усогласи со нивните барања или правила
- Екстремна раздразливост/лутина
- Чести и тешки изливи на бес
- Тешко му е да се сложува со други лица
- Провокативно однесување
- Прекумерно тепање или малтретирање на други лица
- Покажув суровост кон животни или луѓе
- Тешка деструктивност на имотот, подметнување пожар
- Краде, постојано лаже, бега од училиште, од дома

ПРЕМИН на ЧЕКОР 4

Веројатно не се работи за
НАРУШУВАЊЕ НА
ПОВЕДЕНИЕТО

NO

YES



**КЛИНИЧКИ СОВЕТ: НАРУШУВАЧКО ИЛИ ПРЕДИЗВИКУВАЧКО
ОДНЕСУВАЊЕ КАЈ ДЕЦА/АДОЛЕСЦЕНТИ СООДВЕТНО ЗА
ВОЗРАСТА**

Мали деца
(возраст 18
месеци – 5
години)

– Одбиваат да го прават тоа што ќе им се каже, ги кршат правилата, се расправаат, плачливи се, претеруваат, лажат, не признаваат дека згрешиле, физички се агресивни и ги обвинуваат другите за нивното лошо однесување.

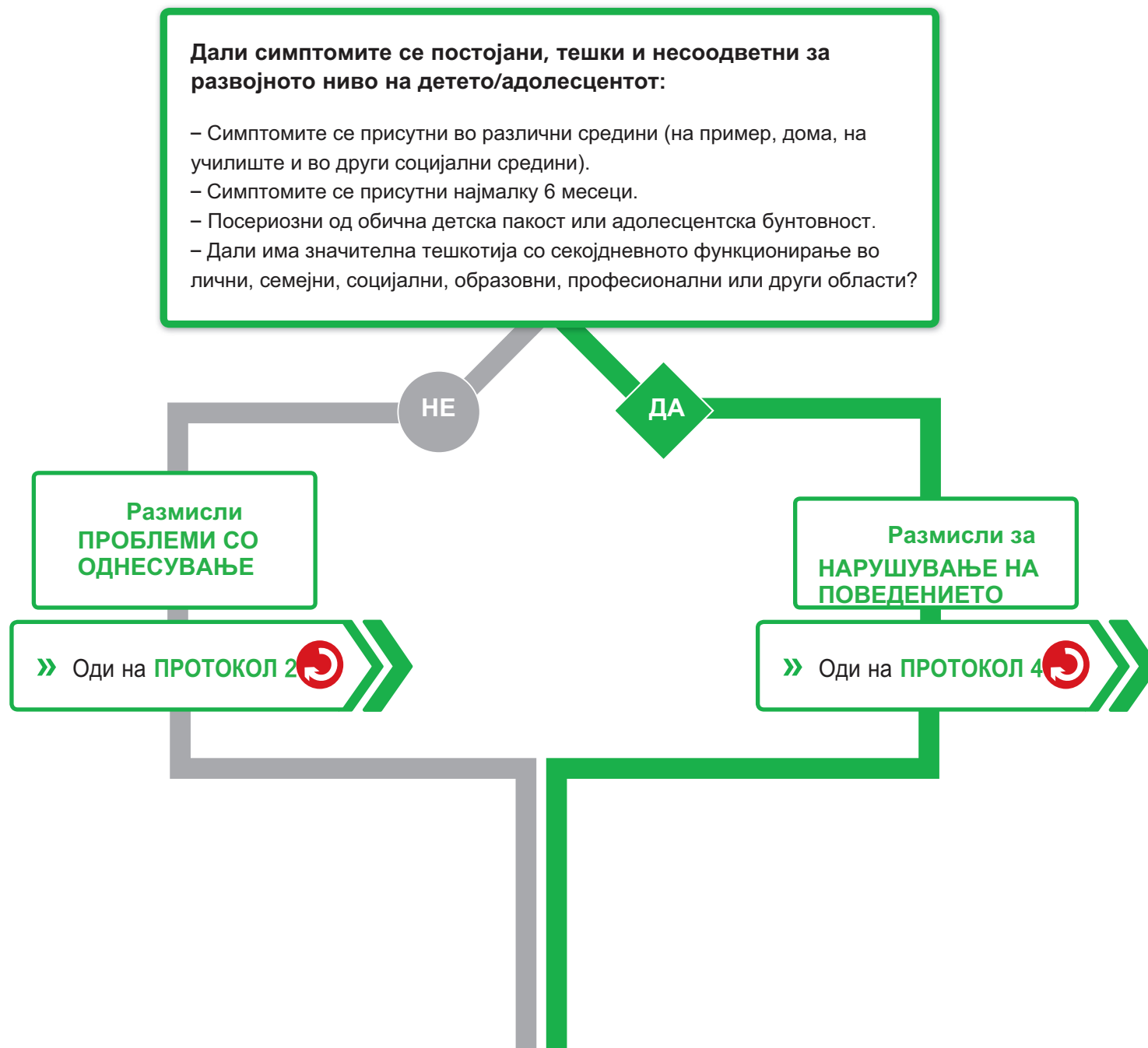
– Куси изливи на бес (излив на емоции со плачење, врескање, удирање, итн), вообичаено траат помалку од 5 и не подолго од 25 минути, се случуваат помалку од 3 пати неделно. Развојно типичните изливи на бес не би требало да резултираат со само повредување или честа физичка агресија кон други лица, и детето вообичаено самото може да се симри потоа.

Средно детство
(возраст 6-12)

– Непослушност, жалење или расправија со возрасни или други деца, повремени губење на нервите.

Адолесценти
(возраст 13-18)

– Тестирање правила и ограничувања, сметаат дека правилата и границите се неправедни или непотребни, понекогаш се груби, отфрлувачки, аргументирани или пркосни со возрасните.



4

ПРОЦЕНА ЗА ЕМОЦИОНАЛНИ НАРУШУВАЊА

(пролонгирана, оневозможувачка вознемиреност која вклучува тага, страв, анксиозност или раздражливост)

Прашајте дали детето/адолецентот:

- Дали често се чувствува раздражливо, лесно се нервира, се чувствуваогорчено или тажно?
- Има изгубено интерес и уживање во активностите?
- Има многу грижи или често се чини загржено?
- Има многу стравови или лесно се плаши?

- Често се жали на главоболки, стомачни болки или болест?
- Често е несреќен, нерасположен или плачлив?
- Избегнува или силно не сака одредени ситуации (на пример, одвојување од старателите, запознавање нови луѓе или затворени простори)?

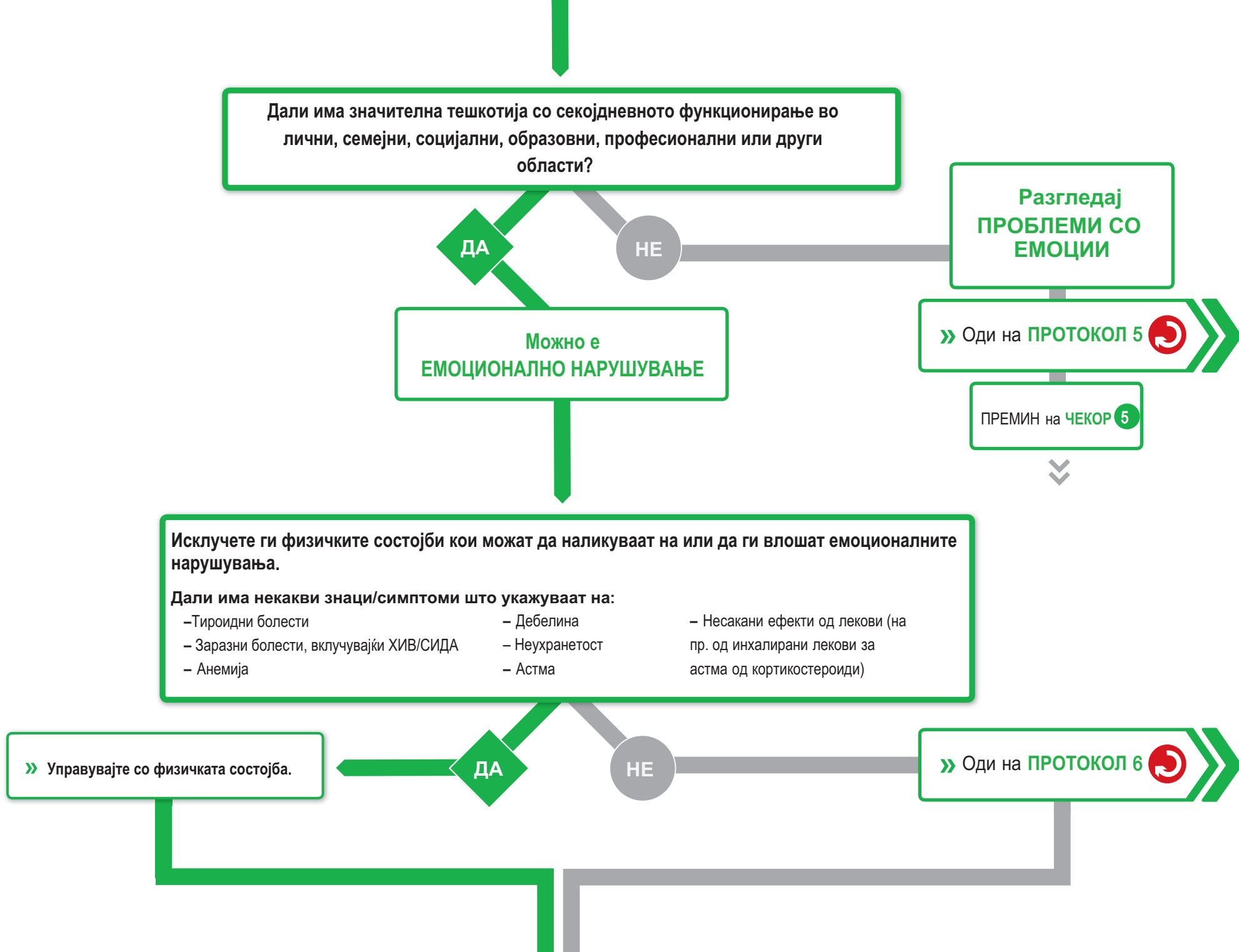
ПРЕМИН на ЧЕКОВ 5

НЕ

ДА

**КЛИНИЧКИ СОВЕТ: СООДВЕТНИ НА ВОЗРАСТА СТРАВОВИ И ВОЗНЕМИРУВАЊА КАЈ ДЕЦАТА И АДОЛЕСЦЕНТИ**

Бебиња и деца меѓу 9 месеци и 2 години	– Страв од непознати, вознемиреност при одвојување од родителите
Мали деца (возраст 2-5)	– Страв од бури, оган, вода, темнина, кошмари и животни
Средно детство (возраст 6-12)	– Страв од чудовишта, духови, бактерии природни катастрофи, физичка болест и тешка повреда – Анксиозност за школо и јавни настапи
Адолеесценти (возраст 13-18)	– Страв од отфрлање од врсниците, изведување пред други, физичка болест, медицински процедури, катастрофи (на пр. војна, терористички напад, катастрофи)



Кај адолесцентите, проценете за умерена до тешка депресија.

Дали адолесцентот има проблеми со расположението (се чувствува раздразливо, огорчено или тажно) ИЛИ изгубил интерес или уживање во активностите?

ДА

НЕ

ПРЕМИН на **ЧЕКОР 5**

Дали адолесцентот имал неколку од следните дополнителни симптоми повеќето денови во изминатите 2 недели?

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| – Нарушен сон или премногу спиење | – Замор или загуба на енергија | – Зборување или движење побавно од вообичаено |
| – Значителна промена во апетитот или тежината (намалување или зголемување) | – Намалена концентрација | – Безнадежност |
| – Чувство на безвредност или прекумерна вина | – Неодлучност | – Суицидални помисли |
| – Видлива агитираност или физички немир | | |

Дали има значителна тешкотија со секојдневното функционирање во лично, семејно, социјално, образовно, професионално или друго опкружување?

ДА

НЕ

Можни се
**ПРОБЛЕМИ СО
ЕМОЦИИ**

» Оди на **ПРОТОКОЛ 5**

ПРЕМИН на **ЧЕКОР 5**

Можна е ДЕПРЕСИЈА

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Може да доживува илузии или халуцинации. Доколку е така, потребно е третманот за депресија да се адаптира. **КОНСУЛТИРАЈТЕ СПЕЦИЈАЛИСТ**



Исклучете историја на манични епизоди и нормална реакција на недамнешна голема загуба. Погледнете » ДЕП.

» Оди на ПРОТОКОЛ 6

5

ПРОЦЕНИ ЗА ДРУГИ ПРИОРИТЕТНИ МНС СОСТОЈБИ

! АКО ИМА ИМЕНТЕН РИЗИК ОД САМОУБИСТВО, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш. Оди на » САМ



Дали има други истовремени МНС состојби? Проценете според Главниот дијаграм од Водичот. Види » ГД.

- !** Не заборавајте да процените за растројства од употреба на супстанции. Види » СУП.
- !** За деца со доцнење/нарушувања во развојот, не заборавајте да процените за епилепсија. Види » ЕПИ.

» ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ истовремени МНС состојби



ДА

НЕ

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

- » Прашајте го детето/адолесцентот директно за овие изложувања кога е соодветно развојно и безбедно да го сторите тоа (на пр. не во присуство на старател кој можеби го извршил малтретирањето).
- » На адолесцентите секогаш треба да им се понуди можност да присуствуваат сами, без присуство на негуватели.



6

ПРОЦЕНЕТЕ ДОМАШНА СРЕДИНА

Дали емоционалните, бихевиоралните или развојните проблеми се реакција на или влошени од вознемирувачка или застрашувачка ситуација?

Процени за:

- » Клинички карактеристики или кој било елемент во клиничката историја што укажува на малтретирање или изложување на насилство (види КЛИНИЧКИ СОВЕТ).
- » Било какви неодамнешни или тековни тешки стресори (на пр. болест или смрт на член на семејството, тешки животни и финансиски околности, малтретирање или повредување).

ДА

НЕ

- » Доколку е потребно, обратете се до службите за заштита на децата
- » Истражувајте и управувајте со стресните фактори
- » Обезбедете ја безбедноста на детето/адолесцентот како прв приоритет
- » Уверете го детето/адолесцентот дека сите деца/адолесценти треба да бидат заштитени од злоупотреба
- » Обезбедете информации за тоа каде да побарате помош за каква било тековна злоупотреба. Организирајте дополнителна поддршка, вклучително и упатување до специјалист
- » Контактирајте со правните и ресурсите на заедницата, како што е соодветно и како што е наложено. Размислете за дополнителни психосоцијални интервенции
- » Обезбедете соодветно следење

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:**ПРЕДУПРЕДУВАЧКИ ЗНАЦИ ЗА МАЛТРЕТИРАЊЕ НА ДЕТЕ****КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ****» Физичка злоупотреба**

- Повреди (на пр. модринки, изгореници, траги од задушување или од појас, камшик или друг предмет)
- Секоја сериозна или невообичаена повреда без објаснување или со несоодветно објаснување

» Сексуална злоупотреба

- Генитални или анални повреди или симптоми кои се медицински необјаснети
- Сексуално преносливи инфекции или бременост
- Сексуализирано однесување (на пр. индикација за несоодветно сексуално знаење за возраста)

» Занемарување

- Претерано валкана, несоодветна облека
- Знаци на неухранетост, многу лошо здравје на забите

» Емоционална злоупотреба и сите други форми на малтретирање

Секоја ненадејна или значајна промена во однесувањето на емоционалната состојба на детето/адолесцентот што не е подобро објаснета со друга причина, како што се:

- Невообичаена страв или тешка вознемиреност (на пр. неутешен плач)
- Самоповредување или социјално повлекување
- Аресија или бегство од дома
- Неселективно барање наклонетост од возрасните
- Почнува да мокри при спиење, да цица палец

АСПЕКТИ НА ИНТЕРАКЦИЈА НА НЕГУВАТЕЛТО СО ДЕТЕ/АДОЛЕСЦЕНТ

- » Постојано неодговорно однесување, особено кон новороденче (на пр. да не се нуди утеша или грижа кога детето/адолесцентот е исплашен, повреден или болен)
- » Непријателско однесување или одбивање
- » Користење на несоодветни закани (на пр. да се напушти детето/адолесцентот) или груби методи на дисциплина

Дали старателите имаат некоја приоритетна МНС состојба што може да влијае на нивната способност да се грижат за детето/адолесцентот?

Особено депресија и растројства од употреба на супстанции



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» Депресија кај негувателите може да ги влоши емоционалните, бихевиоралните или развојните растројства кај деца/ адолесценти.

НЕ

ДА

» Процени и управувај со МНС состојби кај негуватели.

» Оди на **Управување 2.6** (Поддршка на негувател)

Дали детето добива соодветни можности за игра и социјална интеракција/комуникација дома?

Може да прашате

- » Со кого детето поминува поголем дел од своето време?
- » Како си ирате/играат со детето? Колку често?
- » Како комуницирате/комуницираат со детето? Колку често?

НЕ

ДА

» Советувајте за стимулација соодветна за возраста и родителство. Упатете кон Грижа за развој на децата http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/

» Размислете за потребата од дополнителна поддршка за детето, вклучително и упатување до служби за детска заштита, ако се достапни.

7

ПРОЦЕНЕТЕ ШКОЛСКА СРЕДИНА

Дали детето/адолесцентот оди во школо?

ДА

НЕ

» Обезбедете информации во врска со образовните услуги и едуцирајте го негувателот за важноста да се задржи детето/адолесцентот во училиште колку што е можно повеќе.

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» Прашајте го детето/адолесцентот директно за овие изложувања кога тоа е соодветно за развојот и безбедно.



Дали детето/адолесцентот:

- » Е жртва на врничко малтретирање, задевање и потсмевање?
- » Не може да учествува или учи?
- » Не сака/одибва да оди во школо?

НЕ

ДА

- » По добивањето согласност, поврзете се со наставниците и другиот училишен персонал. Оди на Управување (2.7).
- » Ако имало отсуство од училиште, обидете се да му помогнете на детето/адолесцентот да се врати на училиште што е можно поскоро и да ги проверите причините за отсуството.

» Оди на МЗД 2 (Управување)



МЗД 2 » Управување

ПРОТОКОЛ

1

Доцнење во развојот/нарушување

- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите, и дајте совети за воспитување. Информирајте ги за тоа што значат развојните нарушувања. (2.2 и 2.3) 
- » Обезбедете поддршка за негувателот. (2.6)
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата како Рехабилитација во заедницата.
- » Понудете обука за вештини за родители, кога е достапна. (2.8)
- » Упатете ги децата со развојни нарушувања кај специјалист за понатамошна проценка, советувајте за планирање на управувањето и семејството 
- » Обезбедете соодветно следење на секои три месеци, ако е потребно и почесто 
- »  НЕ нудете фармаколошки третман.

ПРОТОКОЛ

2

Бихевиорално растројство

- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Дајте насоки за подобрување на однесувањето. (2.3)
- » Проценете ги и управувајте со стресори, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка.
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата. 
- » Понудете контролни прегледи.

ПРОТОКОЛ

3

Растројство на недостаток на внимание и хиперактивност (АДХД)

- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите и дајте совети за воспитување. Дајте насоки за подобрување на однесувањето (2.2 и 2.3)
- » Проценете ги и управувајте со стресори, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка.
- » Обезбедете поддршка за негувателот. (2.6)
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата.
- » Размислете за обука за вештини за родители кога е достапна. (2.8)
- » Размислете за бихевиорални интервенции ако се достапни. (2.8)
- » Ако горенаведените третмани не успеале И детето/адолесцентот има дијагноза АДХД И има најмалку 6 години, обрратете се кај специјалист за терапија со  метилфенидат
- » Обезбедете соодветно следење на секои три месеци, ако е потребно и почесто 

ПРОТОКОЛ

4

Нарушувања на поведението

- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите и дадете совети за воспитување. (2.2) 
- » Дадете насоки за подобрување на однесувањето. (2.3)
- » Проценете и управувајте со стресорите, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка
- » Обезбедете поддршка за негувателот. (2.6)
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Размислете за обука за родителски вештини ако таква се нуди некаде. (2.8)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата.
- »  Направете контрола на секои три месеци, ако е потребно и почесто
- »  Размислете за бихевиорални интервенции, ако се изведуваат во вашата земја. (2.8)
- » **НЕ** нудете фармаколошка терапија

ПРОТОКОЛ

5

Проблеми со емоции

- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите и дајте совети за воспитување. (2.2) 
- » Проценете ги и управувајте со стресорите, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка.
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата.

ПРОТОКОЛ

6

Емоционално растројство или депресија

- »  **НЕ** почнувајте прво со фармаколошка терапија
- »  **НЕ** препишувајте фармаколошка терапија за деца помали од 12 години.
- » Дајте насоки за благосостојбата на детето/адолесцентот. (2.1)
- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите. (2.2 и 2.5) 
- » Обезбедете поддршка за негувателот. (2.6)
- » Комуницирајте со учителите и други лица од училиштето (2.7)
- » Поврзете се со други достапни ресурси од заедницата.
- » Проценете ги и управувајте со стресните фактори, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка.
- » Размислете за обука за вештини за родители кога е достапна. (2.8)
- » Размислете да упатите на бихевиорални интервенции или интерперсонална терапија.
- » Кога психолошките интервенции ќе се покажат како неефикасни, консултирајте се со специјалист за флуоксетин (нема други ССРИ или ТЦА). Оди на » ДЕП за детали за лекарства.
- » Направете контрола на секои три месеци, ако е потребно и почесто 

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.1 Насоки за подобрување на благосостојбата и функционирањето на децата/адолесцентите



- » Може да се обезбеди за сите деца, адолесценти и негуватели дури и да не се сомневате во одредено нарушување

ОХРАБРЕТЕ ГО НЕГУВАТЕЛОТ

- » Да поминува време со детето на пријатни активности. Да си игра и комуницира со детето/адолесцентот.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » Да го сослуша детето/адолесцентот и да покаже разбирање и почит.
- » Да го заштити од секаков тип на малтретирање, вклучувајќи и врничко насилство и изложеност на насилство во домот, училиштето и во заедницата.
- » Да обрне внимание при големи животни промени (како што се пубертетот, започнувањето на училиште или раѓањето на брат или сестра) и да пружи поддршка.

ПОТТИКНЕТЕ ГО ДЕТЕТО/АДОЛЕСЦЕНТОТ

- » **Доволно да се наспие.** Потрудете се да си легнува во разумно време и отстранете го телевизорот или други електронски уреди со екрани од спалната.
- » **Редовна исхрана.** На сите деца/адолесценти им се потребни три оброци (појадок, ручек и вечера) и ужинки секој ден.
- » **Физичка активност.** Ако се физички способни за тоа, сите деца и адолесценти на возраст од 5–17 години треба да поминат 60 мин

или повеќе во физичка активност, преку секодневни активности, играње или спорт. Помнете www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years

- » Учество во активностите во школо, заедницата и останатите општествени активности колку може повеќе.
- » Поминувајте време со блиски пријатели и семејство.
- » Избегнувајте употреба на дроги, алкохол и никотин

2.2 Психоедуцирајте го лицето и негувателите и дајте им совети за воспитувањето

- » Објаснете им го доцнењето или тешкотијата на негувателот и детето/адолесцентот на соодветен начин и помогнете им да ги идентификуваат силните страни и ресурсите.
- » Пофалете го негувателот и детето/адолесцентот за вложениот труд.
- » Објаснете на негувателот дека растењето на дете/адолесцент со емоционално, бихевиорално или развојно нарушување може да биде истовремено позитивно и тешко .
- » Објаснете дека лицата со ментални растројства не виновни за тоа. Охрабнете ги негувателите да бидат грижливи, да покажуваат поддршка, љубов и наклонетост.
- » Поддржете и заштитете ги човековите права и достоинство на лицето и семејството и постојано внимавајте на нивното запазување.
- » Помогнете им на негувателите да имаат реални очекувања и поттикнете ги да контактираат со други негуватели на деца/адолесценти во слична ситуација за взаемна поддршка.

- » Насоки за подобрување на однесувањето може да им се дадат на сите негуватели кои имаат потешкотии со однесувањето на нивното дете/адолесцент, дури и ако не постои сомневање за нарушување во однесувањето.



2.3 Насоки за подобрување на однесувањето

ОХРАБРЕТЕ ГО НЕГУВАТЕЛОТ:

- » Да му обрне внимание, да си игра со детето секој ден. На адолесцентите треба секој ден да им се пружа прилика за разговор.
- » Да постави јасни граници за тоа што му е дозволено на детето/адолесцентот. Да дава јасни, едноставни и куси насоки на детето, а тоа што треба и што не треба да прави.
- » Да му дава на детето/адолесцентот едноставни домашни задачи што детето/адолесцентот може да ги изврши и да го пофали веднаш штом ќе ги изврши.
- » Да го пофали или награди детето/адолесцентот кога ќе забележи добро однесување, а кога е лошо да не го награди.
- » Да изнајде начин да се избегнат тешки конфронтации или предвидливи тешки ситуации.
- » Реагирајте само на најважните проблематични однесувања и казнувајте благо (на пр. нема награди и забавни активности) и нека е поретко во споредба со пофалбите.
- » Одложете ги дискусиите со детето/адолесцентот се додека не се смири. Избегнувајте критикување, викање и навреди.
- »  **НЕ** користете закани или физички казни, и никогаш немојте физички да го малтретирате детето/адолесцентот. Физичката казна може да го наруши односот меѓу детето и негувателот; не е толку успешна како другите методи и може да ги влоши бихевиоралните проблеми.
- » Поттикнете игра соодветна на возраста (на пр. спорт, цртање или други хоби) за адолесцентите и понудете поддршка соодветна на возраста на практични начини (на пр. со домашна задача или други животни вештини).

2.4 Психоедукација за доцнење/нарушувања во развојот

ОХРАБРЕТЕ ГО НЕГУВАТЕЛОТ:

- » Научете кои се силните и слабите страни на детето и како најдобро учи, што е стресно за детето и што го прави среќно и што предизвикува проблематично однесување и што го спречува.
- » Научете како детето комуницира и реагира (користејќи зборови, гестови, невербално изразување и однесување). Помогнете му на детето да се развие со вклучување во секојдневни активности и игра со него.
- » Децата најдобро учат преку забавни и позитивни активности.
- » Вклучете ги во секојдневните активности, почнувајќи со полесните, една по една. Комплексните активности поделете ги на едноставни чекори за детето да може да научи и да биде наградено за секој чекор.
- » Осмислете предвидливи секојдневни рутина со определување време за јадење, играње, учење и спиење.
- » Околината нека е стимулативна: избегнувајте да го оставате детето само со часови без да има со кого да разговара и ограничете го времето минато пред екран.
- » Колку е можно подолго нека посетува училиште, макар и половина ден да помине во стандардна настава.
- » Користете балансирана дисциплина. Кога детето/адоlesцентот ќе направи нешто добро понудете награда. Дефокусирајте го детето адоlesцентот од нештата што не треба да ги прави.
- » ❌ НЕ користете закани или физички казни кога покажува проблематично однесување

- » Лицата со развојни нарушувања често може да имаат поврзани проблеми во однесувањето кои се тешки за негувателот. Видете ги упатствата за подобрување на однесувањето. (2.3)
- » **Промовирајте и заштитете ги човековите права на личноста и семејството и бидете внимателни за одржување на човековите права и достоинство.**
 - Советувајте ги негувателите да избегнат институционализација.
 - Промовирајте пристап до здравствени информации и услуги.
 - Промовирајте на пристапот до школување и други форми на образование.
 - Промовирајте пристап до занимања.
 - Промовирајте учество во семејниот и животот во заедницата.

2.5 Психоедукација за емоционални проблеми/растројства вклучувајќи депресија кај адоlesценци

- » Проверете ја секоја стресна ситуација во семејното опкружување, како што се родителски несогласувања или ментално растројство на родителите. Со помош на наставниците истражувајте ги можните недоволни околности во училишната средина.
- » Обезбедете можности за квалитетно време со негувателот и семејството.
- » Охрабрете го и помогнете му на детето/адоlesцентот да продолжи (или повторно да започне) со пријатни и социјални активности.
- » Охрабрете го детето/адоlesцентот да практикува редовна физичка активност, постепено зголемувајќи го времетраењето
- » Размислете за обука на детето/адоlesцентот и негувателот за вежби за дишење, прогресивна мускулна релаксација и други културни еквиваленти.

- » Направете предвидливи рутина наутро и пред спиење. Промовирајте редовни навики за спиење. Распоредете го денот со редовно време за јадење, играње, учење и спиење.

За прекумерни и нереални стравови:

- Пофалете го детето/адоlesцентот или давајте мали награди кога пробуваат нови работи или постапуваат храбро.
- Помогнете му на детето да вежба да се соочи со тешката ситуација во одреден момент (на пр. ако детето се плаши од одвојување од негувателот, помогнете му на детето постепено да го зголемува времето кога тој/таа си игра сам додека негувателот е во близина).
- Покажете дека ги забележувате чувствата и грижите на детето и охрабрете го да се соочи со своите стравови.
- Помогнете му на детето/адоlesцентот да создаде план за да се справи со ситуација што му предизвикува страв.

- » Објаснете дека емоционалните растројства се чести и може да се случат секому. Тоа што се појавило нешто такво, не значи дека лицето е слабо или мрзеливо. .
- » Емоционалните растројства може да предизвикаат неоправдани помисли на безнадежност или безвредност. Објаснете дека овие гледишта веројатно ќе се подобрат штом ќе се подобри емоционалното растојство.
- » Посочете му на лицето дека ако забележи кај себе помисли на самоповредување или самоубиство, треба да му каже на доверливо лице и веднаш да побара помош.

2.6 Поддршка за негувателите

- » Проценете го психосоцијалното влијание на нарушувањата на детето/адолесцентот врз негувателите и понудете поддршка за нивните лични, социјални и ментални здравствени потреби.
- » Промовирајте ја потребната поддршка и ресурси за нивниот семеен живот, вработување, социјални активности и здравје.
- » Договорете заменска нега (лица од доверба што може а преземат кратко од негувателите) за примарните негуватели да добијат одмор, особено ако детето има развојно нарушување.
- » Поддржете го семејството да се справи со социјалните и семејните проблеми и помогнете во решавањето на проблемите.

2.7 Комуницирајте со учителите и други вработени во училиштето

- » Откако ќе добиете согласност од детето/адолесцентот и старателот, контактирајте со наставникот на детето/адолесцентот и дајте совет/направете план како да го поддржите детето во учењето и учеството во училишните активности.
- » Објаснете дека менталното растројство на детето/адолесцентот влијае на нивното учење/однесување/социјално функционирање и дека има работи што наставникот може да ги направи за да помогне.

- » Прашајте за какви било стресни ситуации кои може да имаат негативно влијание врз емоционалната благосостојба и учењето на детето. Ако детето е малтретирано, советувајте го наставникот да преземе соодветни мерки за да го спречи тоа.
- » Истражете стратегиите што ќе му помогнат на детето да се вклучи во училишните активности и полесно да учи и учесвува.
- » **Едноставни совети:**
 - Обезбедете му можности на детето/адолесцентот да ги искористи своите вештини и силни страни.
 - Побарајте од ученикот да седи во првите клупи
 - Дајте му на ученикот дополнително време да ги разбере и заврши задачите.
 - Поделете ги долгите задачи на помали делови и работете дел по дел.
 - Дополнително пофалете го трудот и наградете го успехот.
 -  НЕ користете закани или физички казни или прекумерна критика.
 - За учениците со што имаат потешкотии во учењето, повикајте асистент да учествува на часот и да му посвети внимание еден на еден на тоа дете, или спојте го ученикот со врник кој може да обезбеди поддршка или помош при учењето.
 - Ако детето/адолесцентот не посетува настава, помогнете му да се врати што е можно поскоро со изготвување на распоред за реинтеграција во кој постепено ќе се зголеμουва периодот поминат во училиште. За време на периодот на реинтеграција, ученикот треба да биде ослободен од тестови и испити.

2.8 Краткорочни психотерапии

Овој Водич не нуди специфични протоколи за спроведување краткорочни психолошки интервенции, како обука за родителски вештини, интерперсонална терапија и бихевиорална терапија. СЗО има изготвено пакет за Обука за родителски вештини, за негувателите на деца со задоцнувања во развојот и развојни нарушувања и истиот може да ви биде доставен по потреба.

МЗД 3 » Контрола



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» За адолесценти, контролите планирајте ги без негувател/родител. Појаснете им дека она што ќе го кажат за време на средбата со давателот на здравствени услуги ќе остане доверливо и во само кои околности информации би им биле споделени на родителите или други возрасни лица.



РАЗВОЈНИ НАРУШУВАЊА

Ако нема подобрување, се влошува, опасно е за детето, влијае на физичко здравје (нутритивни проблеми),

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ за понатамошна проценка и совети за управување

✗ НЕ размислувајте за фармаколошки третман

АДХД

Ако нема подобрување, кај дете од најмалку 6 години и што добило психосоцијален третман најмалку 6 месеци

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ или консултирај се за употреба на метилфенидат.

НАРУШУВАЊЕ НА ПОВЕДЕНИЕ

Нема подобрување или не се предвидува опасност за адолесцентот

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ за понатамошна проценка и совети за план за управување.

✗ НЕ размислувајте за фармаколошки третман

ЕМОЦИОНАЛНИ РАСТРОЈСТВА

Ако нема подобрување, и детето/адолесцентот прима психосоцијален третман во последните 6 месеци

» УПАТИ НА СПЕЦИЈАЛИСТ

✗ НЕ иницирај фармаколошки третман

ДЕПРЕСИЈА

Ако нема подобрување и адолесцентот е 12 години или постар и примил психосоцијален третман најмалку 6 месеци

» Упати на или консултирај се со СПЕЦИЈАЛИСТ за флуроксетин (но не друи ССРИ или ТЦА)

2

ИЗВРШИ РУТИНСКА ПРОЦЕНА

При секоја посета:

- » За деца под 5 години, следете го развојот на детето
- » Проценете дали има некој нов проблем или симптом поврзан со расположението, однесувањето или развојот/учењето. За адолесцентите, проценете го присуството на влошување на расположението (раздражливо, лесно се лути или фрустрира, нерасположено или тажно) или самоубиствени мисли. Вратете се на Проценка Чекор 4 за влошување на расположението. Погледнете во »САМ за самоубиствени мисли.
- » Проверете и обратете се на психосоцијалните стресори во домот, училиштето или работната средина, вклучително и изложеност на насилство или други форми на малтретирање.

- » Проценете ги можностите за учество на детето/адолесцентот во семејниот и општествениот живот.
- » Проценете ги потребите на негувателите и поддршката достапна на семејството.
- » Следете дали има изостаноци на училиште.
- » Прегледај план за управување и следи држење до психосоцијални интервенции.
- » Ако зема лекови, прегледајте го придржувањето, несаканите ефекти и дозирањето.

3

СЛЕДЕТЕ ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН АКО ИМА ТАКОВ

Дополнително следење ако на адолесцентот му е препишан флуоксетин

- » Запишете ги деталите за рецептот и примањето.
- » **Еднаш неделно првиот месец, потоа месечно:** проверувајте за несакани дејства и промени во расположение и друи симптоми.
- » Консултирајте се со специјалист при сериозни несакани ефекти (на пр. нови/влошени самоубиствени мисли, самоубиствено однесување, агитираност, иритабилност, анксиозност  или несоница).
- » Советувајте го адолесцентот да продолжи со лекови дури и ако му е подобро. Терапијата треба да продолжи 9-12 месеци по исчезнување на симптоми за намалување ризик од релапс.
- » Советувајте да не се прекинат лековите ненадејно.
- » **Ако нема симптоми 9-12 месеци:** Дискутирајте со адолесцентот и негувателот за ризиците и придобивките од постепено прекинување со лекови. Намалувајте терапија постепено во тек на најмалку 4 недели, следете внимателно за повторна појава на симптоми.

Дополнително следење ако на детето му е препишан метилфенидат

- » Запишете ги деталите за рецептот и примањето.
- » Следете го потенцијалот за злоупотреба и диверзија.
На секои три месеци: следете/бележете висина, тежина, крвен притисок, несакани ефекти и промени во однесување
- » Консултирајте се со специјалист ако забележите несакани ефекти од лекот (на пр. неуспех да се постигне очекуваната тежина, зголемен крвен притисок , возбуда, анксиозност и тешка несоница).
- » **По една година терапија:** Консултирајте се со специјалист за продолжување на метилфенидатот.

ДЕМЕНЦИЈА

Деменцијата е хроничен и прогресивен синдром предизвикан од промени во мозокот. Иако може да се појави на која било возраст, почеста е кај постарите луѓе. Деменцијата е значајна причина за попреченост и зависност кај постарите луѓе ширум светот; има физичко, психолошко, социјално и економско влијание врз негувателите, семејствата и општеството во целина.

Условите кои предизвикуваат деменција предизвикуваат промени во менталната способност, личноста и однесувањето на една личност. Луѓето со деменција најчесто имаат проблеми со меморијата и вештините потребни за извршување на секојдневните активности. Деменцијата не е дел од нормалното стареење. Алцхајмеровата болест е најчеста причина, меѓутоа, деменцијата може да биде предизвикана од различни болести и повреди на мозокот. Луѓето со деменција често се манифестираат со заборавеност или чувство на депресија.

Други вообичаени симптоми вклучуваат влошување во емоционална контрола, социјално однесување или мотивација. Луѓето со деменција може целосно да не се свесни за овие промени и можеби нема да бараат помош. Членовите на семејството може да забележат проблеми со меморијата, промени во личноста или однесувањето, конфузија, талкање или инконтиненција. Сепак, некои луѓе со деменција и нивните негуватели може да ја негираат сериозноста на губењето на меморијата и поврзаните проблеми. Деменцијата резултира со опаѓање на когнитивното функционирање и обично влијае на активностите од секојдневниот живот, како што се миење, облекување, јадење, лична хигиена и користење на тоалет. Иако не постои лек, со рано препознавање и третман со поддршка, животот на луѓето со деменција и нивните негуватели може значително да се подобри, а физичкото здравје, когнитивноста, активноста и благосостојбата на лицето со деменција може да се оптимизираат.

ДЕМ» Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Прoцени за знаци на деменција
- » Дали има други објаснувања за симптомите?
 - Исклучи делириум
 - Исклучи депресија (псевдодеменција)
- » Евалуирај за други медицински проблеми
- » Прoцени за бихевиорални или психолошки симптоми
- » Елиминирај други МНС состојби
- » Евалуирај ги потребите на негувателот



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Деменција – без бихевирални/психолошки симптоми
 2. Деменција – со бихевирални/психолошки симптоми
- »  Психосоцијални интервенции
- »  Фармаколошки интервенции



КОНТРОЛА



ДЕМ 1» Процена



КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Интервјуирајте го клучниот информатор (некој кој добро го познава лицето) и прашајте за неодамнешни промени во размислувањето и расудувањето, меморијата и ориентацијата. Повремени пропусти во меморијата се вообичаени кај постари луѓе, додека некои проблеми може да бидат значајни дури и ако се ретки.

Прашајте, на пример, дали лицето често заборава каде ги става работите. Дали понекогаш заборава што се случило претходниот ден? Дали заборава каде се наоѓа?

Прашајте го информаторот кога почнале овие проблеми и дали се влошуваат некој период.

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ДЕМЕНЦИЈА

- Намалена или влошена меморија (голема забравеност) и ориентација (свесност за време, место и лице)
- Проблеми со расположение или однесување како апатија (незаинтересираност) или иритабилност
- Немање контрола над емоции (вознемиреност, иритабилност или плачливост)
- Тешкотии во извршување на работните, домашни или социјални активности

1

Проценете за знаци на деменција

Дали има проблеми со меморија и/или ориентација?

(на пр. лицето заборава што се случило претходниот ден или не знае каде се наоѓа)

НЕ

ДА

ДЕМЕНЦИЈА не е веројатна

» Скрининг за други МНС состојби

Дали лицето има тешкотии со вршење клучни улоги/активности?

(на пр. со дневни активности како шопинг, плаќање сметки, готвење, итн)

НЕ

ДА

ДЕМЕНЦИЈА не е веројатна

» Скрининг за други МНС состојби

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Проценете директно со тест на меморија, ориентација и јазични вештини со општа невролошка проценка, користејќи културно прилагодени алатки доколку се достапни. Види Основна грижа и пракса (» ОГП).



2

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Делириум: минлива флукуиращка ментална состојба која се карактеризира со нарушено внимание кое се развива во краток временски период и има тенденција да флукуира во текот на денот. Тоа може да биде резултат на акутни органски причини како што се инфекции, лекови, метаболички абнормалности, интоксикација со супстанции или апстиненција.



Дали има други објаснувања за симптомите?

Дали симптомите траат и постепено се зголемуваат најмалку 6 месеци?

ДА

НЕ

» Прашајте за **КОИ БИЛО** од следните

- Нендејна појава
- Краткотрајни (денови до недели)
- Ноќно нарушување и поврзано со оштетување на свеста
- Дезориентираност во време и простор

НЕ

ДА

Сомневајте се во **ДЕЛИРИУМ**

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Когнитивна попреченост може да е резултат на депресија – “Псевдодеменција”



Дали лицето има умерена до сериозна **ДЕПРЕСИЈА**? Оди на »ДЕП.

ДА

НЕ

» Управувај со депресија. Оди на »ДЕП.

» Штом биде третирана депресијата, провери деменција. Оди на ЧЕКОР 1



Сомневајте се во **ДЕМЕНЦИЈА**

Евалуирајте за можни медицински причини
» (токсични/метаболички/заразни).

- Испитајте урина за да проверите дали има инфекција
- Прегледајте ги лековите, особено оние со значајни антихолинергични несакани ефекти (како што се антидепресиви, многу антихистаминици и антипсихотици)
- Евалуирајте за болка
- Проценете го нутритивниот статус, земете го предвид недостатокот на витамини или абнормалноста на електролитите



Евалуирај за други медицински проблеми

Дали лицето има БИЛО КОИ од следните

- » Имало помалку од 60 години пред појава на симптоми
- » Појава на симптоми од повреда на глава, мозочен удар или загуба на свест
- » Клиничка историја на гушавост, бавен пулс, сува кожа (хипотироидизам)
- » Минати сексуално преносливи болести, вклучувајќи СИДА/ХИВ

ДА

НЕ

Невообичаени карактеристики.

» Упати на специјалист



Дали лицето има лоша исхрана, неухранетост или анемија?

НЕ

ДА

» Неопходно е зајакнување на исхраната и следење на тежината

Дали лицето има кардиоваскуларни фактори на ризик?

- Хипертензија
- Висок холестерол
- Дијабетес
- Пушење
- Гојазност
- Срцеви заболувања (болка во градите, срцев удар)
- Претходен мозочен удар или минлив исхемичен напад (TIA)

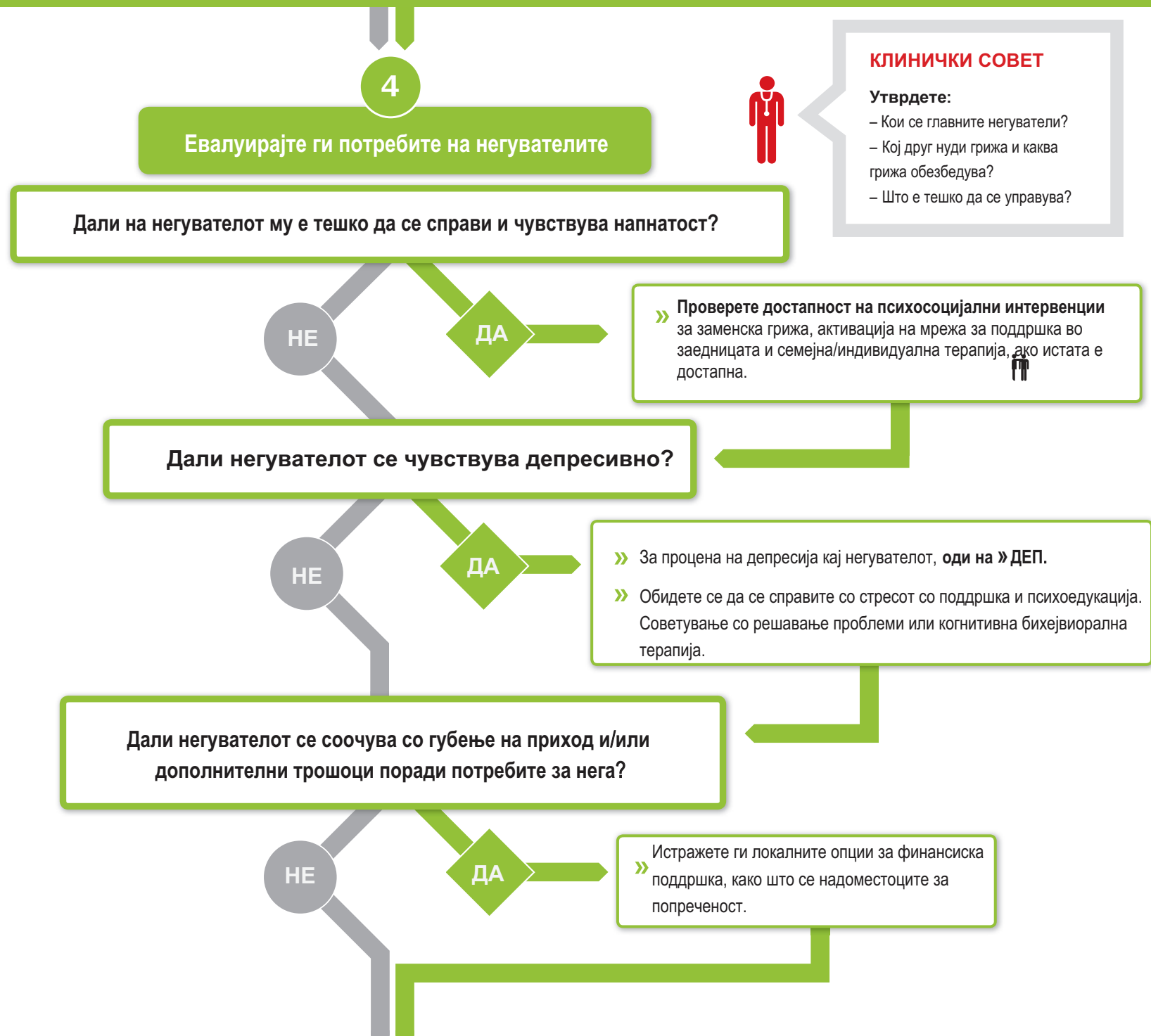
НЕ

ДА

» Упати на соодветен СПЕЦИЈАЛИСТ. 

» Намали кардиоваскуларни фактори на ризик:

- Советувај прекин на пушење
- Советувај диета за намалување гојазност
- Третирај хипертензија
- Третирај дијабетес



5

Дали лицето има КОЈ БИЛО од следните БИХЕВИРОАЛНИ или ПСИХОЛОШКИ симптоми на деменција?

Бихевиорални симптоми, пр.

- » Талкање
- » Ноќни немири
- » Агитација
- » Агресија

Психолошки симптоми, пр.

- » Халуцинации
- » Делузии
- » Анксиозност
- » Неконтролирани емоционални испади

ДА

НЕ

» Оди на ПРОТОКОЛ 1

» Оди на ПРОТОКОЛ 2

! АКО ИМА ИМЕНТЕН РИЗИК ОД САМОУБИСТВО, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш на Протоколот. Оди на »САМ.

АКО ЛИЦЕТО ИМА ДРУГИ ИСТОВРЕМЕНИ МНС СОСТОЈБИ, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш на Протоколот



 ДЕМ 2» Управување**ПРОТОКОЛ****1****ДЕМЕНЦИЈА – без бихевиорални и/или психолошки симптоми**

- » Психоедуцирајте го лицето и негувателите. (2.1) 
- » Охрабрете ги негувателите да спроведуваат интервенции за подобрување на когнитивното функционирање. (2.4)
- » Поттикнете независност, функционирање и мобилност. (2.3)
- » Обезбедете поддршка за негувателите. (2.5)
- » Размислете за давање лекарства само во ситуации каде може да се направи конкретна дијагноза за Алцхајмерова болест И каде е достапна соодветна поддршка и надзор од специјалисти и следење од негувателите (за несакани дејства). (2.6)

ПРОТОКОЛ**2****ДЕМЕНЦИЈА – со бихевиорални и/или психолошки симптоми****Следете го ПРОТОКОЛ 1**

- » Управувајте со бихевиоралните и психолошките симптоми. (2.2)

Ако постои непосреден ризик за лицето или негувателот:

- » Размислете за антипсихотични лекови доколку симптомите перзистираат или ако постои непосреден  ризик од штета. (2.7)
- » Упатете на специјалист кога е достапен. 

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.1 Психоедукација

- » Прашајте ги лицата кај кои е проценета деменција дали сакаат да ја знаат дијагнозата и со кого треба да се сподели.
 - Прилагодете го објаснувањето за болеста за да можат да ги разберат и запаметат информациите.
 - Дајте основни информации. (Не ги преоптоварувајте премногу!)
- » Клучни пораки:
 - Деменцијата е болест на мозокот и има тенденција да се влошува со текот на времето.
 - Иако не постои лек, има многу начини да се помогне и да се поддржи личноста и семејството.
 - Со многу специфични грижи и однесувања може да се управува кога ќе се појават. Може да се направи многу за на лицето да му е поудобно и обезбедувањето поддршка да е помалку стресно за негувателот.

2.2 Управувајте со бихејвиоралните и психолошките симптоми

- » Идентификувајте и третирајте ги основните физички здравствени проблеми кои можат да влијаат на однесувањето. Проверете за болка, инфекции итн. (Оди на **»ОГП**). Упатете на специјалист ако е потребно. 
- » Идентификувајте настани (на пр. пазарење во преполн маркет) или фактори (на пр. излегување сами) кои може да претходат, да предизвикаат или да го подобрат проблематичното однесување. Изменете ги овие предизвикувачи ако е можно.

- » Размислете за адаптирање на животното опкружување, како соодветни седишта, области каде е безбедно да талка лицето, знаци (пр. знак „забранет излез“ на вратата од живеалиштето или стрелки за тоалетот).
- » Поттикнете стратегии за смирување или одвлекување на вниманието. Предложете активност во која личноста ужива (на пр. да оди на прошетка, да слуша музика, да се вклучи во разговор), особено кога се чувствува вознемирено.

2.3 Поттикнете функционирање во секојдневните активности и заедницата

- » За интервенции за поттикнување на функционирање во секојдневните активности и заедницата, одете на **»ОГП**.
- » Планирајте за СА на начин што ја максимизира независната активност, ја подобрува функцијата, помага да се прилагодат и развијат вештините и ја минимизира потребата за поддршка. Олеснување на функционирањето и учеството во заедницата со вклучување на луѓето и нивните негуватели во планирањето и спроведувањето на овие интервенции. Помогнете во врска со расположливите социјални ресурси.
 - Советувајте одржување на независно користење на тоалет, вклучително и поттикнување и регулирање на внесот на течности. (Доколку се појави инконтиненција, треба да се проценат сите можни причини и да се пробаат третмани пред да се донесе конечна одлука).
 - Домашната средина треба да се одржува безбедна за да се намали ризикот од паѓање и повреда.
 - Информирајте ги членовите на семејството дека е важно подот од домот на лицето да е постојано уреден за да се намали ризикот од паѓање.

– Препорачајте да се направат прилагодувања во домот на лицето. Може да биде корисно да се додадат рачки за придржување или рампи. Знаците за клучните локации (на пр. тоалет, бања, спална соба) можат да помогнат да се осигури дека лицето нема да се изгуби или да ја изгуби ориентацијата додека е дома.

– Препорачувајте физичка активност и вежбање за одржување на подвижноста и намалување на ризикот од паѓање.
– Советувајте рекреативни активности (прилагодени на фазата и сериозноста на деменцијата).

– Управувајте со сензорните попречувања (како слаб вид или слаб слух) со соодветни уреди (на пр. лупа, апаратчиња за слушање)

– Упатете на работна терапија, ако е достапна.

2.4 Интервенции за подобрување на когнитивното функционирање

Охрабрете ги негувателите:

- » Редовно да даваат ориентациони информации (пр. кој ден, датум, час е, имиња на луѓе) за лицето да остане ориентирано.
- » Користете материјали како што се весници, радио или ТВ програми, семејни албуми и предмети за домаќинството за да промовирате комуникација, да ги ориентирате кон тековните настани, да стимулирате спомени и да им овозможите на луѓето да ги споделат и вреднуваат своите искуства.
- » Користете едноставни кратки реченици за да ја направите вербалната комуникација јасна. Обидете се да ги минимизирате конкурентните звуци, како што се радио, ТВ или друг разговор.
- » Слушајте внимателно што зборува лицето. Активностите нека се едноставни, избегнувајте промени во рутината и, колку што е можно, избегнувајте да ја изложувате личноста на епознати и збунувачки места.

ПСИХОСОЦИЈАЛ (ПРОД.)

ФАРМАКОЛОШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ



2.5 Поддршка на негувателот

- » Проценете го влијанието врз негувателите и нивните потреби за обезбедување на потребната поддршка и ресурси за семеен живот, вработување, социјални активности и здравје (види »ДЕМ 1).
 - » Посочете дека сте свесни колку фрустрирачка и стресна е грижата за лица со деменција. **Негувателите треба да се охрабрат да го почитуваат достоинството на лицето со деменција и да избегнуваат непријателски однос или занемарување на лицето.**
 - » Охрабнете ги негувателите да побараат помош ако чувствуваат тешкотии или напор во грижа за саканото лице.
 - » Дајте му информации на негувателот во врска со деменција, имајќи ги предвид желбите на лицето со деменција.
 - » Обезбедете обука и поддршка за специфични вештини, на пример, управување со тешко однесување, ако е потребно. За да бидете најефективни, поттикнете активно учество, на пр. играње на улоги.
 - » Размислете за обезбедување практична поддршка кога е изводливо, на пр. домашна нега како замена за негувателот. Друго семејство или соодветно лице може да го надгледува и да се грижи за лицето со деменција за да му обезбеди на главниот негувател период на одмор или да врши други активности.
- Истражете дали лицето се квалификува за какви било надоместоци за попреченост или друга социјална/финансиска поддршка (државна или невладина).

2.6 За деменција без бихевиорални и/или психолошки симптоми

- »  Не земајте во предвид рутински инхибитори на холинестераза (како донепезил, галантамин и ривастигмин) или мемантин за сите случаи на деменција.
- » Размислете за лекови само во услови каде што може да се постави специфична дијагноза на Алцхајмерова болест И каде што е достапна соодветна **поддршка и надзор од специјалисти** и мониторинг (за несакани ефекти и одговор) од негувателите.

Ако е соодветно:

- » За деменција со сомневање за Алцхемерова болест и со **БЛИСКО СЛЕДЕЊЕ**, земете ги предвид инхибиторите на холинестераза (на пример, донепезил, галантамин, ривастигмин) **ИЛИ** мемантин.
- » За деменција со поврзана васкуларна болест, размислете за мемантин.

2.7 Антипсихотични лекови за бихевиорални и/или психолошки симптоми

- » Почнете со психосоцијални интервенции 
- » Ако постои непосреден ризик за лицето или негувателите, размислете за антипсихотични лекови. Одете на »ПСИ 2, Управување за детали за антипсихотични лекови.
- » Следете ги начелата:
 - “Почни со ниска доза, бавно” (титрирај) и редовно проверувај дали е потребно лекарство (најмалку еднаш месечно).
 - Користете ја најниската ефективна доза
 - Следете го лицето за екстрапирамидални симптоми (ЕПС).
- »  Избегнувајте i.v. халоперидол.
- »  Избегнувајте дијазепам.

ДЕМ 3» Контрола



2

СПРОВЕДЕТЕ РУТИНСКА ПРОЦЕНА

На секоја посета рутински проценете ги следните нешта

» Несакани дејства од лекови

Ако е на антипсихотици, провери за екстрапирамидални симптоми (Оди на » ПСИ). Прекини или намали доза ако има.

» Медицински и МНС коморбидитети

» Способност да врши секојдневни активности и потреби од грижа

» Сигурносни ризици и предложете модификација на однесувањето доколку болеста напредувала (пр. ограничи готвење, возење, итн.)

» Нови бихевиорални или психолошки симптоми

» Симптоми на депресија (Оди на » ДЕП) или иминентен ризик од самоповредување/самоубиство (Оди на » САМ).

» Потреби на негувателите

3

ОБЕЗБЕДЕТЕ ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

» Понатаму поттикнувајте функционирање и психоедуцирајте.

Видете » ДЕМ 2.1-2.5 и » ОГП за детали



РАСТРОЈСТВА ПРЕДИЗВИКАНИ ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИ

Растројствата предизвикани од употреба на супстанции вклучуваат растројства од употреба на дроги и акохол, и одредени состојби како акутна интоксикација, предозирање и апстиненцијален синдром.

АКУТНАТА ИНТОКСИКАЦИЈА е минлива состојба по примање на психоактивна супстанција што резултира во растројство на ниво на свесност, когниција, перцепција, афект или однесување.

ПРЕДОЗИРАЊЕ е употребата на кој било лек во таква количина што се создаваат акутни негативни физички или ментални ефекти.

АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН СИНДРОМ е доживување на збир на непријатни симптоми по нагло прекинување или намалување на дозата на психоактивна супстанција; се конзумирала во доволно високи дози и доволно долго за лицето да биде физички или психички зависно од неа. Симптомите на апстиненцијален синдром, во суштина, спротивни на оние што ги произведува самата психоактивна супстанција.

ШТЕТНА УПОТРЕБА е начин на употреба на психоактивна супстанција што предизвикува штети по здравјето. Оваа штета може да е физичка, на пр. заболување на црниот дроб, или ментално, на пр. епизоди на депресивно растројство. Често се поврзува со социјални последици, на пр. семејни или работни проблеми.

ЗАВИСНОСТ е кластер на физиолошки, бихејвиорални и когнитивни феномени во кои употребата на психоактивна супстанција зазема многу повисок приоритет за дадена индивидуа од другите однесувања кои некогаш имале поголема вредност. Се карактеризира со силна желба за употреба на супстанцијата и губење на контрола над нејзината употреба. Често се поврзува со високи нивоа на употреба на супстанции и присуство на апстиненцијален синдром по прекилот на употреба.

СУП » Кус преглед



ПРОЦЕНА

» ПРОЦЕНА ВО ИТЕН СЛУЧАЈ: Дали се сомневате на интоксикација или апстиненцијална криза?

- Дали лицето се чини седатирано?
- Дали лицето се чини претстимулирано, вознемирено или агитирано?
- Дали лицето се чини збунето?

» Дали лицето користи психоактивни супстанции?

» Дали има штетна употреба?

» Дали лицето е зависно од супстанција?



УПРАВУВАЊЕ

» Протоколи за управување

1. Штетна употреба
2. Зависност
3. Апстиненција од алкохол
4. Апстиненција од опиоиди
5. Третман на одржување со опиоидни агонисти
6. Апстиненција од бензодиазепин

» Психосоцијални интервенции

» Фармаколошки интервенции



КОНТРОЛА

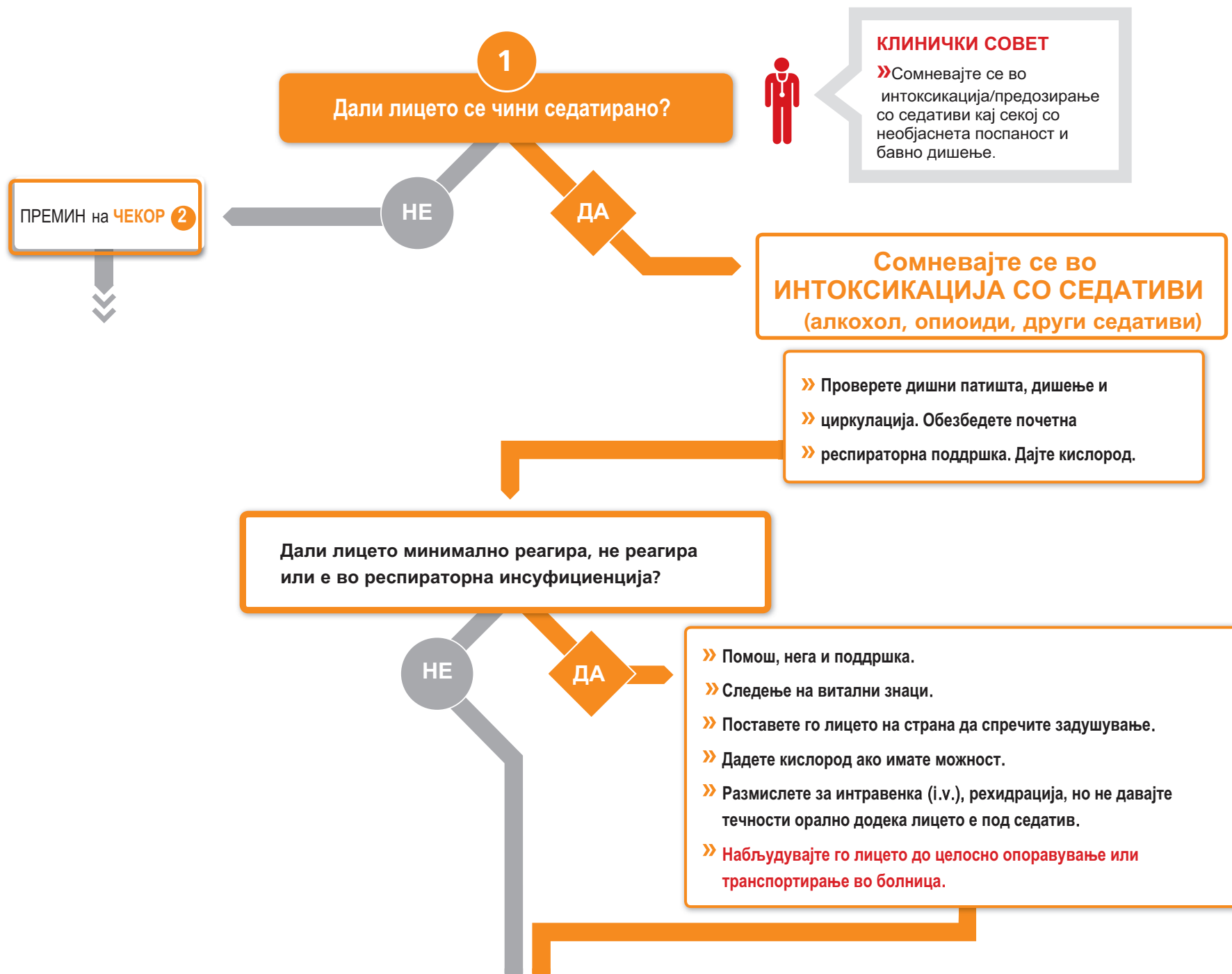


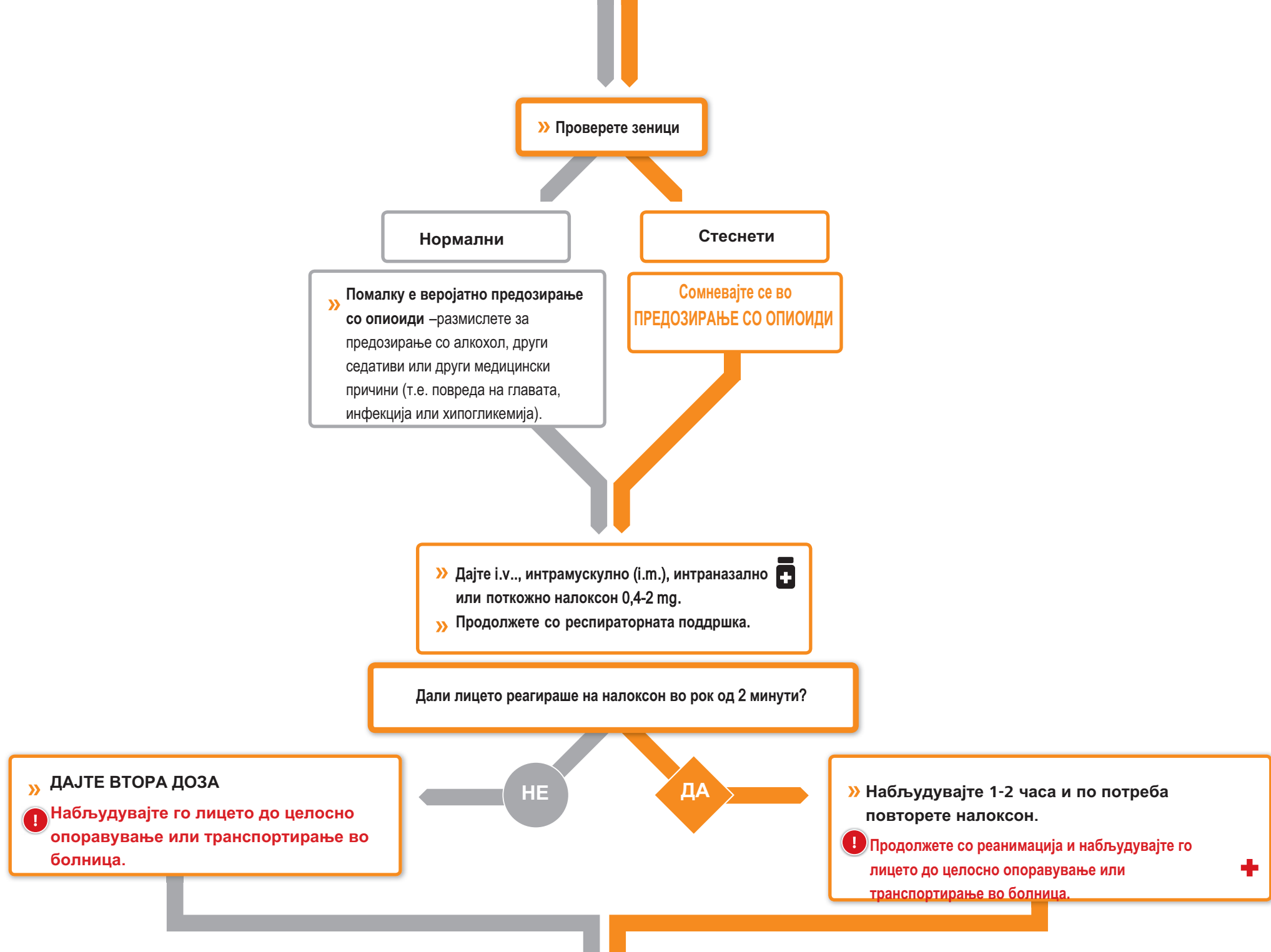
СУП»ИТЕН СЛУЧАЈ

Ако не се работи за акутен случај, одете на »СУП 1, Процена.

АКУТНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА РАСТРОЈСТВА ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

- **Алкохолна интоксикација:** Мирис на алкохол во здивот, нејасен говор, неинхибирано однесување; нарушување на нивото на свест, сознание, перцепција, афект или однесување
- **Предозирање со опиоиди:** Не реагира или минимално реагира, бавна респираторна стапка, намалени зеници
- **Апстиненција од алкохол или друг седатив:** Тремор во рацете, потење, повраќање, зголемен пулс и крвен притисок, возбуда, главоболка, гадење, анксиозност; напад и конфузија во тешки случаи
- **Стимулантна интоксикација:** Проширени зеници, возбуда, забрзани мисли, нарушено размислување, чудно однесување, неодамнешна употреба на психоактивни супстанции, зголемен пулс и крвен притисок, агресивно, непредвидливо или насилно однесување
- **Делириум предизвикан од супстанции:** Збунетост, халуцинации, расеани мисли, анксиозност, агитација, дезориентација, обично во асоцијација со друга стимулативна интоксикација или откажување од алкохол (или други седативни средства).





2

Дали лицето изгледа престимулирано,
анксиозно или агитирано?

ДА

НЕ

ПРЕМИН на **ЧЕКОР 3**

ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ

A – D

A

Лицето неодамна престанало да пие или да користи седативи и сега покажува некој од следните знаци: Тремор, потење, повраќање, зголемен крвен притисок (КП) и пулс и агитираност.

Сомневајте се во
**АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН
СИНДРОМ ОД
АЛКОХОЛ,
БЕНЗОДИАЗЕПИН
ИЛИ ДРУГ
СЕДАТИВ**

» УПРАВУВАЈТЕ СО АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН СИНДРОМ

- Ако лицето има тремор, потење или промени во виталните знаци, тогаш дајте 10-20 mg диазепам орално (на пр.) и префрлете се во болница или во установа за детоксикација ако е можно.
- Внимавајте и повторете ги дозите по потреба за продолжување на знаците на апстиненцијален синдром (тремор, потење, зголемен крвен притисок и пулс).
- Само за апстиненција од алкохол: Дајте тиамин 100 mg на ден во тек на пет дена.

!

ВЕДНАШ ПРЕФРЛЕТЕ ВО БОЛНИЦА
ако се појави едно од следните:



- Други сериозни медицински проблеми, на пр. хепатална енцефалопатија, гастроинтестинално крварење или повреда на главата.
- Напади: дајте диазепам 10-20 mg p.o., i.v. или прво во ректумот (p.r.).
- Делириум: прво дајте диазепам 10-20 mg p.o., i.v. или p.r. Ако е сериозно и не реагира на диазепам, дајте антипсихотични лекови како што е ашалоперидол 1-2.5 mg p.o. or i.m. Продолжете со лекување на другите знаци на апстиненцијален синдром (тремор, потење, промени во виталните знаци) со диазепам p.o., i.v. или p.r.

B

Лицето неодамна користело стимуланси (кокаин, стимуланси од типот амфетамин (ATS) или други стимуланси) и покажува некој од следниве знаци: проширени зеници, вознемиреност, возбуда, хиперексциtabilна состојба, забрзани мисли, зголемен пулс и крвен притисок.

Сомневајте се во
**АКУТНА
ИНТОКСИКАЦИЈА
СО СТИМУЛАНСИ**

» Дајте дијазапам 5-10 mg p.o., i.v., или p.g. во титрирани дози додека лицето не се смири и е малку седатирано

» Ако психотичните симптоми не реагираат на дијазапам, размислете за антипсихотични лекови како што е халоперидол 1-2.5 mg p.o. or i.m. Третирајте се додека симптомите не исчезнат. Ако симптомите продолжат, одете на **»ПСИ**.

» За управување со лица со агресивно и/или агитирано однесување оди на **»ПСИ, Табела 5**.

» Ако лицето има болка во градите, тахиаритмии или други невролошки знаци - **ТРАНСФЕР ВО БОЛНИЦА** 

» За време на фазата по интоксикација, бидете внимателни за самоубиствени мисли или постапки. Ако се присутни самоубиствени **» мисли, одете на САМ**.

C

Лицето неодамна престанало да користи опиоиди и покажува некој од следните знаци: проширени зеници, мускулни болки, стомачни грчеви, главоболка, гадење, повраќање, дијареа, течење на очите и носот, анксиозност, немир.

Сомневајте се во
**АКУТЕН ОПИОИДЕН
АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН
СИНДРОМ**

» **УПРАВУВАЈТЕ СО ОПИОИДЕН АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН СИНДРОМ**

– Метадон 20 mg, со дополнителна доза од 5-10 mg по 4 часа, ако е потребно.

– Бупренорфин 4-8 mg, со дополнителна доза 12 часа подоцна ако е потребно.

– Доколку метадонот или бупренорфинот не се достапни, може да се користи кој било опиоид во акутна состојба, т.е. морфиум сулфат 10-20 mg како почетна доза со дополнителна доза од 10 mg доколку е потребно. Размислете и за алфаадренергични агонисти, т.е. клонидин или лофексидин.

» Штом се стабилизира **»СУП 2**

D

ИСКЛУЧЕТЕ ДРУГИ МЕДИЦИНСКИ ПРИЧИНИ И ПРИОРИТЕТНИ МНС СОСТОЈБИ

3
Дали лицето се чини збунето?

ДА

НЕ

ПРЕМИН на СУП 1 Процена

Дали постојат некои медицински состојби кои можат да ја објаснат конфузијата, вклучувајќи:

- траума на главата
- хипогликемија
- пневмонија или други инфекции
- хепатална енцефалопатија
- цереброваскуларни несреќи (CVA)

НЕ

ДА

!

» Управувајте со физичката состојба и упатете го лицето во болница. +

ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ

A

C

A

Лицето престанало да пие во последната недела: збунетост, халуцинации, расеаност, анксиозност, вознемиреност, дезориентација, обично во асоцијација или со стимулативна интоксикација, повлекување од алкохол (или друг седатив).

Сомневајте се во
АЛКОХОЛЕН ИЛИ
СЕДАТИВЕН
АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН
ДЕЛИРУМ

» Ако лицето покажува други знаци на алкохолен или седативен апстиненцијален синдром (треперење, потење, промени во виталните знаци)

– Лекувајте со дијазепам 10-20 mg p.o. по потреба.

– **ПРЕНЕСЕТЕ ВО БОЛНИЦА.** +

» Управувајте со делириумот со антипсихотици како халоперидол 1-2.5 mg p.o. или i.m.

В

Лицето многу пиело во последните неколку дена И има некој од следните знаци:

- нистагмус (неволно, брзо и повторувачко движење на очите)
- офталмоплегича (слабост/ парализа на еден или повеќе мускули кои го контролираат движењето на очите)
- атаксича (некоординирани движења).

**Сомневајте се во
ВЕРНИКЕВА
ЕНЦЕФАЛОПАТИЈА**

» Третирајте со тиамин 100-500 mg 2-3 пати на ден i.v. или i.m. во тек на 3-5 дена.

» **ПРЕФРЛЕТЕ ВО БОЛНИЦА.** 

С

Лицето користело стимуланси во последните неколку дена: Раширени зеници, возбудено, расеани мисли, нарушено размислување, чудно однесување, неодамнешна употреба на психоактивни супстанции, зголемен пулс и крвен притисок, агресивно, непредвидливо или насилно однесување.

**Сомневајте се во
ИНТОКСИКАЦИЈА
СО ХАЛУЦИНОГЕНИ
ИЛИ СТИМУЛАНСИ**

» Третирајте со диазепам 5-10 mg п.о., и.в. или п.р. додека пациентот не биде лесно седатиран.

» Ако психотичните симптоми не се смират со дијазепам, размислете за антипсихотик како што е халоперидол 1-2.5 mg п.о. or i.m.

» Ако психотичните симптоми не се смируваат **» ПСИ**



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» По справувањето со акутните симптоми, ПРЕМИН на СУП 1 **» процена**
и **» СУП 2 протоколи за управување**
1 до 6, доколку е тоа соодветно.



СУП 1» Процена

ВООБИЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА РАСТРОЈСТВА ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

- Видливо влијание на алкохол или друга супстанца (на пр. мирис на алкохол, нејасен говор, седатирано, непредвидливо однесување)
- Знаци на употреба на дрога (траги од инјектирање, инфекција на кожа)
- Знаци и симптоми на акутни бихевиорални ефекти, апстиненцијални симптоми или ефекти на продолжена употреба (**види Рубрика 1**)
- Влошување на социјалното функционирање (т.е. тешкотии на работа или дома, неуреден изглед)
- Знаци на хронично заболување на црниот дроб (абнормални ензими на црниот дроб), жолтица (жолта) кожа и очи, опипливи и нежни рабови на црниот дроб (во рана болест на црниот дроб), асцит (течност во абдоменот), ангиом во форма на пајакова мрежа, изменет ментален статус (хепатална енцефалопатија)
- Проблеми со рамнотежа, одење, координирани движења и нистагмус
- Случајни наоди: макроцитна анемија, низок број на тромбоцити, покачен среден корпускуларен волумен (MCV)
- Итен случај поради апстиненција, предозирање или интоксикација. Лицето изгледа забавено, престимулирано, агитирано, анксиозно или збунето
- **Лицата со растројства предизвикани од употреба на супстанции може да не го пријават тоа. Внимавајте на:**
 - Постојани барања за психоактивни лекови, вклучувајќи аналгетици
 - Повреди
 - Инфекции поврзани со интравенска употреба на дрога (ХИВ/СИДА, хепатитис Ц)



КЛИНИЧКИ СОВЕТ

» Избегнувајте стереотипови. Сите лица што доаѓаат а доктор треба да се прашаат за употреба на тутун и алкохол!

РУБРИКА 1: ПСИХОАКТИВНИ СУПСТАНЦИИ: АКУТНИ БИХЕВИОРАЛНИ ЕФЕКТИ, КАРАКТЕРИСТИКИ НА АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН СИНДРОМ И ЕФЕКТИ ОД ПРОДОЛЖЕНА УПОТРЕБА

	АКУТНИ БИХЕВИОРАЛНИ ЕФЕКТИ	ЕФЕКТИ ОД АПСТИНЕНЦИЈА	ЕФЕКТИ ОД ПРОДОЛЖЕНА УПОТРЕБА
Алкохол	здив мириса на алкохол, нејасен говор, дезинхибирано однесување, возбуда, повраќање, нестабилно одење	Тремор, тресење, гадење/повраќање, зголемен пулс и крвен притисок, напади, агитација, конфузија, халуцинации Може да е опасно по живот	Намалување на волуменот на мозокот, на когнитивниот капацитет, нарушено расудување, губење на рамнотежа, фиброза на црниот дроб, гастритис, анемија, зголемен ризик од некои видови на рак и низа други медицински проблеми
Бензодиазепини	Заматен говор, дезинхибирано однесување, нестабилно одење	Анксиозност, несоница, тремор, тресење, гадење/ повраќање, зголемен пулс и крвен притисок, напади, агитација, конфузија, халуцинации Може да е опасно по живот	Оштетување на меморијата, зголемен ризик од падови кај постари лица, ризик од фатално предозирање со седатив
Опиоиди	Стеснети зеници, поспаност и заспивање, намалена свесност, бавен говор	Проширени зеници, анксиозност, гадење/ повраќање/дијареа, стомачни грчеви, болки во мускули, главоболки, растечени очи и нос, просевање, наежени раце, зголемен пулс и крвен притисок	Запек, ризик од фатално предозирање со седатив, хипогонадизам, промени во одговорот на наградување, учење и стрес
Тутун	Возбуда, зголемено внимание, концентрација и меморија; намалена анксиозност и апетит; ефекти слични на стимуланс	Раздразливост, непријателство, анксиозност, дисфорија, депресивно расположение, зголемен пулс, зголемен апетит	Болести на бели дробови (кај пушачите), кардиоваскуларни заболувања, ризик од рак и други здравствени ефекти
Кокаин, метамфетамини и стимуланси од типот на амфетамин	Проширени зеници, зголемен крвен притисок и пулс, возбудени, еуфорични, хиперактивност, брз говор, тркачки мисли, нарушено размислување, параноја, агресивен, непредвидлив, насилан	Замор, зголемен апетит, депресивно, раздражливо расположение Внимавајте за суицидални мисли	Хипертензија, зголемен ризик од цереброваскуларни несреќи (CVAs), аритмии, срцеви заболувања, анксиозност, депресија
Кат	Внимание, еуфорија и блага возбуда	Летаргија, депресивно расположение, раздразливост	Корисниците на кат често поминуваат значителен дел од денот цваќајќи кат; запек, ризик од проблеми со менталното здравје како психоза
Канабис	Нормални зеници, црвени конјуктиви, одложена реакција, еуфорија, релаксација	Депресивно или лабилно расположение, анксиозност, раздразливост, нарушување на спиењето (може да нема никакви јасно забележливи карактеристики)	Зголемен ризик од проблеми со менталното здравје, вклучувајќи анксиозност, параноја и психоза, недостаток на мотивација, тешкотии во концентрацијата, зголемен ризик од вазоспазам што доведува до миокарден инфаркт и мозочен удар
Трамадол	Опиоидни ефекти (седација, еуфорија, итн.) проследени со стимулативни ефекти (возбудување и напади во високи дози	Претежно ефекти на опиоидна апстиненција, но исто така и апстиненција од некои инхибитори на повторно земање на серотонин нореинефрин (депресивно расположение, летаргија)	Зависност од опиоиди, ризик од напади, нарушен сон
Растворливи испарувачи	Вртоглавица, дезориентација, еуфорија, зашеметеност, зголемено расположение, халуцинации, илузии, несоодветна инјекција, визуелни нарушувања, анксиозност, седатација	Зголемена подложност на напади	Намалена когнитивна функција и деменција, периферна невропатија, други невролошки последици, зголемен ризик од аритмии кои предизвикуваат ненадејна смрт
Халуциногени	Зголемен пулс, крвен притисок, телесна температура, намален апетит, гадење, повраќање, моторна некоординација, папиларна дилатација, халуцинации	Нема докази	Акутни или хронични психотични епизоди, флешбек или повторно доживување на ефектите од лекот долго по прекинут на употребата
МДМА	Зголемена самодоверба, емпатија, разбирање, чувство на интимност, комуникација, еуфорија, енергија	Гадење, вкочанетост на мускулите, главоболка, губење на апетит, заматен вид, сува уста, несоница, депресија, анксиозност, замор, отежнато концентрирање	Невротоксично, доведува до бихевиорални и физиолошки последици, депресија



3

Дали е веројатна ЗАВИСНОСТ?

За секоја користена супстанција прашај за следните карактеристики на зависност

- Честа *употреба на големи дози*
- **Силна желба** или чувство на потреба да се користи супстанцијата
- Тешко **саморегулирање** на употребата на таа супстанција покрај ризиците и штетни последици
- Зголемување на **толеранцијата** при употреба и **апстиненцијални симптоми** при прекин

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

Начините на употреба на супстанции што укажуваат на зависност вклучуваат:

ТУТУН: неколку пати на ден, често почнувајќи наутро.

АЛКОХОЛ: повеќе од 6 стандардни пијалаци истовремено и секојдневна употреба.

ЛЕК НА РЕЦЕПТ: земање поголема доза на лекови од пропишаните и лажење за да добиете рецепти.

КАНАБИС: најмалку 1 g канабис дневно.

НЕ

ДА

» Продолжи со **ПРОТОКОЛ 2**

! АКО ИМА ИМЕНТЕН РИЗИК ОД **САМОУБИСТВО**, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш на Протоколот. Оди на » **САМ**

Дали е штетна употребата?

Види го одговорот во **ЧЕКОР 2**, горе.

НЕ

ДА

» Продолжи со **ПРОТОКОЛ 1**

! АКО ИМА ИМЕНТЕН РИЗИК ОД **САМОУБИСТВО**, ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш на Протоколот. Оди на » **САМ**

- » Обезбеди психоедукација за ризиците од различни нивоа на секоја користена супстанција.
- » **ИЗЛЕЗЕТЕ ОД МОДУЛОТ**



СУП 2 » Управување

ПРОТОКОЛ

1

Штетна употреба

- » **Психоедуцирајте** и нагласете дека количината/честотата на употреба на супстанции предизвикува штета на здравјето 
- » Истражете ги мотивациите на личноста за употреба на супстанции. Спроведете **мотивациско интервјуирање**.
Види **КУСА ПСИХОСОЦИЈАЛНА ИНТЕРВЕНЦИЈА – МОТИВАЦИСКО ИНТЕРВЈУИРАЊЕ (2.2)**.
- » Советувајте целосно да прекине со супстанцијата или да ја намали количината на ниво што не е штетно (ако има такво)
Вербализирајте ја намерата да го поддржите лицето во ова. Прашајте го дали е подготвено да ја направи оваа промена
- » Истражете **СТРАТЕГИИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ ИЛИ ПРЕКИН НА УПОТРЕБАТА (2.3)** и **СТРАТЕГИИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ ШТЕТА (2.5)**.
- » Осврнете се на потребите за храна, домување и вработување
- » Извршете  контролен преглед
- » Ако лицето е дете/адолесцент  или жена на  репродуктивна возраст, бремена жена или доилка, видете **ПОСЕБНИ ГРУПИ**.

ПРОТОКОЛ

2

Зависност

АКО ЛИЦЕТО Е ЗАВИСНО ОД ОПИОИДИ

- » Третманот за одржување е генерално поефикасен од детоксикација
- » Проценете ја сериозноста на зависноста и, доколку е соодветно, обезбедете или упатете го лицето на третман за одржување со опиоидни агонисти, исто така познат како супституциона терапија со опиоиди, по детоксикација. Оди на **ПРОТОКОЛ 5 (Третман за одржување со опиоидни агонисти)**
- » Во останатите случаи организирајте планирана детоксикација, доколку е потребно Оди на **ПРОТОКОЛ 4 (Опиоидна апстиненција)**.

АКО ЛИЦЕТО Е ЗАВИСНО ОД БЕНЗОДИАЗЕПИНИ

- » Ненадејниот прекин може да доведе до напади и делириум. Размислете за постепено намалување на доза на бензодиазепин со надгледувано издавање или побрзо намалување во болнички услови. Оди на **ПРОТОКОЛ 6 (Апстиненција од бензодиазепин)**.

АКО ЛИЦЕТО Е ЗАВИСНО ОД АЛКОХОЛ

- » Ненадејното откажување од алкохол може да доведе до напади и делириум; сепак, ако лицето е подготвено да престане да користи алкохол, овозможете го тоа. Одредете соодветно опкружување за престанок на употребата на алкохол и ако е потребно договорете болничка детоксификација. Оди на **ПРОТОКОЛ 3 Алкохолна апстиненција**

- » Советувајте за консумација на тиамин во доза од 100 mg/ден p.o.. 

- » Размислете за фармаколошка интервенција за да се спречи релапс на зависност од алкохол; Лековите вклучуваат акампросат, налтрексон и дисулфирам. Баклофен, исто така, може да се користи, меѓутоа, неговите седативни ефекти и ризикот од злоупотреба значат дека најдобро е да се користи во специјалистички установи. Со овие лекови, ефективен одговор може да вклучи намалување на количината и фреквенцијата на консумирање алкохол, ако не и целосна апстиненција. Оди на **Табела 1.**

ЗА СИТЕ ДРУГИ СУПСТАНЦИИ

- » Советувајте целосно да прекине употреба на супстанцијата и вербализирајте ја вашата намера да го поддржите лицето во тоа. Прашајте ги дали се подготвени да го направат тоа.
- » Разгледајте **СТРАТЕГИИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ ИЛИ ПРЕКИН НА УПОТРЕБА** и **СТРАТЕГИИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ШТЕТА**
- » Размислете за упатување на групна терапија за рехабилитација, доколку е достапна
- » Осврнете се на потребите за храна, домување и вработување
- » Проценете и третирајте ги сите коморбидитети во физичкото или менталното здравје, идеално по 2-3 недели на апстиненција, бидејќи некои проблеми ќе се решат со самата апстиненција.

ВО СИТЕ СЛУЧАИ

- » Психоедуцирајте. 
- » Организирајте детоксикација доколку е потребно или лекување во стационарна установа каде е достапна. Третирајте ги симптомите на апстиненција по потреба.
- » Обезбедете кратка интервенција користејќи мотивационо интервју за да го поттикнете лицето да учествува во терапија за зависноста од супстанција
- » Размислете за долгорочен психосоцијален третман за лица со тековни проблеми од употреба на супстанции, доколку не реагираат на првичните кратки интервенции. Психолошките терапии базирани на докази, за растројства од употреба на супстанции вклучуваат структурирани индивидуални и групни програми кои се спроведуваат во текот на 6-12 недели или повеќе, и кои користат техники како когнитивна бихевиорална терапија, терапија за подобрување на мотивацијата, терапија за управување со непредвидени ситуации, пристап за зајакнување на заедницата и семејна терапија. Пристапите за социјална поддршка засновани на докази вклучуваат поддршка за вработување и сместување. 

ПРОТОКОЛ

3

Алкохолна апстиненција

» Обезбедете што е можно потивко и нестимулирачко опкружување; добро осветлено во текот на денот и доволно осветлена во текот на ноќта за да спречи падови ако лицето се разбуди ноќе.

» Обезбедете соодветен внес на течности и доволно електролити, како што е калиумот и магнезиум

» **ПРОЦЕНЕТЕ ДЕХИДРАЦИЈА:** Одржувајте соодветна хидратација вклучувајќи i.v. хидратација ако е потребно, и поттикнувајте орален внес на течности. Задолжително дадете тиамин пред гликоза за да избегнете преципитација на Верникеовата енцефалопатија.

» **Фармаколошка интервенција:** 

Кога е соодветно, третирајте ги симптомите на алкохолна апстиненција. Во случај на планирана детоксикација, спречете ги симптомите на апстиненцијалниот синдром користејќи диазепам. Дозата и времетраењето на третманот со дијазепам варира во зависност од тежината на откажувањето.

– Да се администрира диазепам во почетна доза до 40 mg на ден (10 mg четири пати на ден или 20 mg два пати на ден) во тек на 3-7 дена, p.o. Постепено намалувајте ја дозата и/или честотата штом се подобрат симптомите. Често следете ја личноста, бидејќи секое лице може различно да реагира на овој лек

– Во **болнички услови**, дијазепам може да се дава почесто, (т.е. на секој час) и во поголеми дневни дози, до 120 mg на ден во првите 3 дена p.o., доколку е потребно, и врз основа на честа проценка на апстиненцијалните симптоми и менталниот статус на лицето.

– Кај лицата со **нарушен хепатален метаболизам**, (односно лица со знаци на заболување на црниот дроб или постари лица), користете единечна ниска доза на почетокот од 5-10 mg на ден, бидејќи бензодиазепините може да имаат подолго времетраење на дејството кај овие лица. Алтернативно, бензодиазепин со пократко дејство, како **оксазепам може да се користи наместо диазепам. Видете Табела 1.**

– **⚠ ПРЕТПАЗЛИВО**

Бидете внимателни при започнување или зголемување на дозата на бензодиазепини, бидејќи може да предизвикаат респираторна депресија. Користете претпазливо кај лица со респираторни заболувања и/или хепатална енцефалопатија.

СПРЕЧУВАЊЕ И ЛЕКУВАЊЕ НА ВЕРНИКЕВАТА ЕНЦЕФАЛОПАТИЈА:

» Хроничните корисници на алкохол се изложени на ризик за **Верникова енцефалопатија**, синдром на дефицит на тиамин кој се карактеризира со конфузија, нистагмус, офталмоплегија (проблеми со движењата на очите) и атаксија (некоординирани движења).

» **За да се спречи овој синдром, на сите лица со историја на хронична употреба на алкохол треба да им се даде тиамин 100 mg p.o. дневно. Дајте тиамин пред да дадете гликоза за да избегнете преципитација на Верникова енцефалопатија.**

КЛИНИЧКИ СОВЕТ

За планирано откажување од алкохол, проценете го ризикот на лицето за сериозен апстиненцијален синдром. Прашајте:

- » Дали имало минати епизоди на тешки симптоми на повлекување, вклучувајќи напади или делириум?
- » Дали има други значајни медицински или психијатриски проблеми?
- » Дали има појава апстиненцијален синдром во рок од 6 часа од последната пијачка?
- » Дали претходните обиди за прекин во амбулантни услови биле неуспешни?
- » Дали лицето е бездомник или без социјална поддршка?

Ако ризикот е висок, се претпочита стационарна детоксикација од амбулантска детоксикација.





КЛИНИЧКИ СОВЕТ: Општи принципи што треба да се применат при управување со секој апстиненцијален синдром:

- » Одржувајте хидратација.
- » Управувајте со специфичните симптоми на апстиненција кога ќе се појават, т.е. третирајте го гадењето со антиеметици, болката со едноставни аналгетици и несоницата со лесни седативи.
- » Дозволете му на лицето да ја напушти установата за лекување доколку сака.
- » Продолжете сотретманот и поддршката по детоксикацијата.
- » Депресивните симптоми може да се појават во периодот после интоксикација, за време или по повлекувањето, и/или лицето може да има веќе постоечка депресија. Бидете внимателни на ризикот од самоубиство.
- » Понудете им на сите лица континуиран третман, поддршка и следење по успешната детоксикација, без оглед на амбиентот во кој е спроведена детоксикацијата..

ПРОТОКОЛ

4

Опиоидна апстиненција

» **❗ СЕ СОВЕТУВА НА ПРЕТПАЗЛИВОСТ** пред да се почне со одвивкување од опиоиди, особено кога се користеле инјекции. Кога ќе се донесе одлука да се започне со апстиненција, информирајте го лицето што може да очекува, вклучувајќи кои симптоми и колку ќе траат. На пример, На пример, апстиненцијата резултира со помала толеранција кон опиоидите. Ова значи дека ако лицето продолжи со употреба на опиоиди во нивната вообичаена доза по апстиненција, ќе биде изложено на зголемен ризик од предозирање. Поради овие ризици, апстиненцијата е најдобро да се направи кога постои план за прием во резиденцијална рехабилитација или друга програма за психосоцијална поддршка. Алтернативно, лицето може да се земе предвид за супституциона терапија со опиоиди или со метадон или бупренорфин; видете го делот за третман на одржување со опиоидни агонисти (види протокол 5) и изберете една од фармаколошките опции за управување.

» **Бупренорфин:** Бупренорфинот се дава сублингално во опсег на дози од 4-16 mg на ден во тек на 3-14 дена за третман на апстиненцијален синдром. Пред да започнете со третман со бупренорфин, важно е да се почека додека знаците и симптомите на откажување од опиоид не станат очигледни - најмалку 8 часа по последната доза на хероин и 24-48 часа по последната доза на метадон; во спротивно, постои ризик дека бупренорфинот сам по себе ќе предизвика апстиненцијален синдром. Посебна грижа треба да се води за поединци кои земаат други лекови за смирување.

» **Метадон:** Метадонот се дава орално во почетна доза од 15-20 mg, со зголемување, доколку е потребно, до 30 mg на ден. Потоа постепено намалувајте ја дозата, додека не се намали целосно, во текот на 3-10 дена. Како и кај бупренорфинот, треба да се води посебна грижа за лицата кои земаат други лекови за смирување.

» **Клонидин или Лофексидин:** Доколку не се достапни лекови за замена на опиоиди, клонидин или лофексидин може да се користат за справување со одредени апстиненцијални симптоми од опиоиди, имено хипервозбудување. Тие се даваат во опсег на дози од 0,1-0,15 mg, 3 пати на ден p.o. и се дозираат според телесната тежина. Може да дојде до зашеметеност и седација. Внимателно следете го крвниот притисок. Треба да се третираат и други симптоми на апстиненција, т.е. гадење со антиеметици, болка со едноставни аналгетици и несоница со лесни седативи.

» **Морфиум сулфат:** 10-20 mg како почетна доза со 10 mg дополнителна доза доколку е потребно. Седација и респираторна депресија може се опасни по живот. Долготрајната употреба може да доведе до зависност. За повеќе детали одете на **Табела 1.**

ПРОТОКОЛ

5

Третман за одржување со опиоидни агонисти

» Третманот за одржување со опиоидни агонисти бара присуство на воспоставена и регулирана национална рамка. Се карактеризира со препишување на опиоидни агонисти со долго дејство (или делумни агонисти), како што се метадон или бупренорфин, генерално на дневна основа под надзор. Постојат силни докази дека третманот за одржување со агонисти со метадон или бупренорфин ефикасно ја намалува употребата на недозволени дроги, ширењето на ХИВ, смртноста и криминалот, како го подобрува физичкото здравје, менталното здравје и социјалното функционирање.

» **Следење:** Лековите што се користат за третман на одржување со опиоидни агонисти се отворени за злоупотреба и пренасочување, оттука, програмите треба да користат различни методи за ограничување на ризикот од пренасочување, вклучително и надгледувана потрошувачка.

» За повеќе детали погледнете во **Табела 1**.

ПРОТОКОЛ

6

Апстиненција од бензодиазепин

» Апстиненцијата од бензодиазепин може да се управува со префрлување на бензодиазепин со долго дејство и постепено намалување на дозата, во текот на 8-12 недели, и во комбинација со психосоцијална поддршка. Побрзо намалување на дозата е можно само ако лицето е во стационарно опкружување во болница или установа за детоксикација.

» Ако се развие сериозен неконтролиран апстиненцијален синдром на бензодиазепин или се појави поради ненадеен или непланиран прекин, веднаш консултирајте се со специјалист или други достапни ресурси за да започнете режим на седација со високи дози на бензодиазепин и да го хоспитализирате лицето. Бидете внимателни со ненадгледувано издавање на бензодиазепини на непознати пациенти.



ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.1 Психоедукација

- » Нарушувањата поради употреба на супстанции често можат ефикасно да се третираат, а луѓето можат и стануваат подобри.
- » Дискусирањето за употребата на супстанции може да предизвика чувство на срам кај многу луѓе. Секогаш пристапете без осудување кога разговарате со луѓе за употребата на супстанции. Кога луѓето се чувствуваат осудени, може да бидат помалку отворени да разговараат со вас. Обидете се да не изразите изненадување од било кој одговор.
- » Самоуверено комуницирајте дека е можно да се запре или намали опасна или штетна употреба на алкохол и охрабнете ја личноста да се врати ако сака дополнително да разговара за ова прашање.
- » Едно лице има поголема веројатност да успее да ја намали или запре употребата на супстанции ако само одлучило да го стори тоа.

2.2 Мотивациско интервјуирање (Куса интервенција)

- » Кратки интервенции преку мотивационо интервјуирање е неосудувачки пристап на дискусијата за употребата на супстанции. Ова го охрабрува лицето да размисли за сопствената одлука да употребува супстанции. Може да се користи како дел од многу кратка средба за справување со ризиците или употребата на штетни супстанции. Може да се користи и како дел од подолга дискусија што се одвива во текот на неколку сесии кои се однесуваат на зависните модели на употреба на супстанции; ова се нарекува терапија за подобрување на мотивацијата.

Во текот на дискусијата важно е да се вклучат сите делови од процесот: изразување на емпатија и градење атмосфера на доверба, истовремено истакнувајќи ги противречностите во нивниот наратив и грешките во мислењето. Избегнувајте расправија. Треба да чувствува дека сте тука да го поддржите, а не да критикувате. Ако лицето не може да остане посветено на апстинирањето од својата штетна употреба на супстанции во овој момент, дискутирајте зошто е тоа така, наместо да го принудувате лицето да каже нешто што мисли дека се очекува од него.



Техники за подетални дискусии:

1. **На начин прилагоден за него**, објаснете му ги на лицето ризиците поврзани со неговиот начин на употреба на супстанции, без разлика дали има или нема ШТЕТНА УПОТРЕБА или ЗАВИСНОСТ, и специфичните штети што може да ги искушат или предизвикаат кај другите.
2. Охрабнете го лицето да **преземе одговорност** за сопствената одлука да користи супстанции и изборот дали да побара помош за тоа. Направете го ова со тоа што ќе ги прашате колку е загрижено за тоа што употребува такви супстанции.
3. Прашајте го лицето **зошто употребува супстанции**, дали е како реакција на други проблеми, како проблеми со менталното здравје или специфични стресори, што смета дека добива од употребата на супстанции
4. Прашајте кои мисли дека се позитивните и за негативните **последници** од употребата на супстанции и, доколку е потребно, оспорете го преценувањето на користа и потценувањето на ризиците/штетите
5. Прашајте го лицето за **личните цели** и дали употребата на супстанции му помага или го спречува да постигне.

6. **Дискутирајте** со лицето врз основа на изјавите за употребата на супстанции, причините за употреба, последиците од употребата и личните цели, овозможувајќи истражување на очигледни недоследности помеѓу последиците од употребата на супстанции и наведените цели на лицето.

7. **Дискутирајте за можностите** за промена врз основа на реалистични цели и обидете се да изнајдете взаемно договорен тек на делување.

8. **Поддржете го лицето да ги оствари овие промени** со пренесување на вашата доверба во нив дека ќе направат позитивни промени во нивниот живот, со обезбедување информации за следните чекори по потреба (понатамошен преглед, детоксикација, психо-социјална поддршка) и со обезбедување на материјали за лицето да си ги понесе дома по потреба..



Примери за прашања што може да се постават.

Без осудување, поттикнете го лицето да ги сподели сопствените мисли за употребата на супстанции со поставување на следните прашања:

1. Причини за употреба на супстанции (*Прашајте: “Дали некогаш си помислил/а зошто земаш [супстанција]?”*)
2. Кои мислат дека се придобивките од употребата. (*Прашајте: “Како ти помага [супстанција]? Ти предизвикува ли проблеми?”*)
3. Она што тие го сфаќаат како вистинска и потенцијална штета од употребата на супстанцијата. (*Прашајте: “Дали [супстанција] ти наштетил/а некако? Мислиш дека во иднина ќе ти предизвика штета?”*)
4. Што е најважно за лицето. (*Прашајте: “Што ти е најважно во животот?”*)

2.3 Стратегии за намалување и прекин на употреба

Чекори за намалување или прекин на употребата на сите супстанции:

Ако лицето е заинтересирано да ја намали употребата на супстанции, разговарајте со него за следните чекори.

» Идентификувајте ги предизвикувачите за употреба и начините за нивно избегнување. На пр: кафани или места каде лицето добивало дрога, итн.

Идентификувајте ги емоционалните знаци за употреба и начините за справување со нив (на пример, проблеми во врската, тешкотии на работа итн.).

» Охрабрете го лицето да не чува супстанции дома.

2.4 Групи за взаемна помош

» **Групите за взаемна помош** како Анонимни алкохоличари, групи за зависници, итн. може да се корисни места каде може да се упатат лицата со зависност од супстанции.

Таму се обезбедуваат информации, структурирани активности и поддршка од лица во иста состојба без осудување. Откријте кои такви групи се достапни локално.

2.5 Стратегии за спречување штета од употреба на дроги и лекување на поврзаните состојби

» Го охрабрува лицето да се вклучи во помалку ризично однесување.

– Советувајте да избегнува возење во алкохолизирана состојба.

– Ако лицето користи опиоиди, обезбедете интрамускулен оринтраназален налоксон за членовите на семејството, кој членовите на семејството може да го чуваат и да го користат ако лицето се предозирало додека чекало да пристигне помош или да стигне до болница.

Ако лицето инјектира дроги:

» Информирајте го лицето за ризиците од интравенозна употреба на дрога, кои вклучуваат: изложеност на поголем ризик од инфекции како што се ХИВ/СИДА, хепатитис Б и Ц, инфекции на кожата кои можат да предизвикаат септикемија, ендокардитис, спинални апсцеси, менингитис, па дури и смрт.

» Имајќи предвид дека лицето не може веднаш да престане да инјектира дрога, дајте информации за помалку ризичните техники на инјектирање. Нагласете ја важноста од користење стерилни игли и шприцови секој пат кога тие инјектираат и никогаш да не ја споделуваат опремата за инјектирање со други.

» Обезбедете информации за тоа како да пристапите до програмите за размена на игли и шприцови каде што постојат или други извори на стерилна опрема за инјектирање.

» Охрабрете и понудете минимум годишно тестирање за вирусни болести кои се пренесуваат преку крв, вклучително и ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц.

– Поттикнете ја вакцинацијата против хепатитис Б

– Обезбедете достапност на кондоми

– Да се обезбеди достапност на третман за лица со ХИВ/СИДА и хепатитис

Третман за коморбидитети

» Имајте низок праг за скрининг за ТБ кај луѓе кои имаат нарушувања поради употреба на супстанции.

» Размислете за истраги и третман на сексуално преносливи болести.

2.4 Поддршка за негувателот

Поддршка на семејството и негувателите:

» Дискутирајте за влијанието на нарушувањата поради употребата на супстанции врз другите членови на семејството, вклучително и децата, со семејството и/или со негувателите на лицето.

» Информирајте и едуцирајте за растројства од употреба на супстанции.

Понудете процена на нивните лични, социјални и ментални здравствени потреби. Понудете третман за какви било приоритетни нарушувања на менталното здравје.

» Информирајте ги и помогнете им да пристапат до групите за поддршка за семејства и негуватели (ако се достапни) и други социјални ресурси.

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

ХИВ/ТБ/ХЕПАТИТИС и УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

» Луѓето кои инјектираат дроги се изложени на зголемен ризик од ХИВ/СИДА и хепатитис, особено ако не користат стерилна опрема за инјектирање или имаат небезбеден секс во замена за дрога; еднаш инфицирани, тие исто така имаат полоша прогноза. ХИВ/СИДА, исто така, го зголемува ризикот од инфекција со ТБ, а активната ТБ е главната причина за смрт кај луѓето кои живеат со ХИВ/СИДА. Луѓето кои многу користат алкохол и дрога се исто така изложени на зголемен ризик за ТБ. Затоа, често на преглед доаѓаат лица со комбинација на употреба на дрога, особено и.в. употреба на хероин, и инфекција со ТБ, ХИВ/СИДА и хепатитис во исто време.

» Услугите што ги третираат луѓето кои користат дрога и алкохол треба редовно да ги тестираат сите луѓе кои инјектираат дрога за ХИВ/СИДА и хепатитис и треба да имаат високо ниво на сомневање за ТБ кај секое лице со кашлица, треска, ноќно потење или губење на тежината.

» Третманот на ХИВ/СИДА и ТБ бара секојдневно земање лекови, каде што секој ден е важен. Директното набљудување на третманот може да го подобри придржувањето кон третманот. Ако лицето е исто така зависно од опиоиди, обезбедувањето дневно набљудуван третман со метадон или бупренорфин на истото место и време дополнително ќе го олесни придржувањето кон третманот.

» Третманите за хепатитис се случуваат еднаш дневно или неделно. Пациентите со хепатитис Б или Ц треба да се советуваат целосно да избегнуваат алкохол.



Посебни групи

АДОЛЕСЦЕНТИ



Како да се процени адолесцентот:

- » Појаснете дека здравствената дискусија е доверлива, и дека само во одредени околности родителите или негувателите на адолесцентот ќе добијат информации, и кои се тие околности.
- » Прашајте што друго се случува во животот на адолесцентот? Идентификувајте ги најважните основни прашања за адолесцентот. Имајте на ум дека адолесцентите можеби нема да можат целосно да го артикулираат она што ги мачи.
- » Прашањата од отворен тип може да бидат корисни за извлекување информации во следните области: дом, образование и вработување, јадење, активности, дрога и алкохол, сексуалност, безбедност и самоубиство/депресија. Оставете доволно време за дискусија. Проценете и за други приоритетни МНС состојби. Ако се идентификувани други приоритетни состојби »МЗД.

Психоедукација за адолесцентите

- » Информирајте го адолесцентот и родителите за ефектите на алкохолот и другите супстанции врз здравјето и социјалното функционирање.
- » Охрабрете ја промената во средината и активностите на адолесцентот, наместо да се фокусирате на однесувањето како „проблем“. Поттикнете го учеството во училиште или на работа и активности кои го окупираат времето на адолесцентот. Поттикнете го учеството во групните активности кои се безбедни и го олеснуваат градењето на вештините и придонесот на адолесцентот во заедницата. Важно е адолесцентите да учествуваат во активности што ги интересираат.

Охрабрете ги родителите и/или негувателите да знаат каде е адолесцентот, со кого е, што прави, кога ќе биде дома и да очекуваат адолесцентот да биде одговорен за својата активност.

ЖЕНИ НА РЕПРОДУКТИВНА ВОЗРАСТ, БРЕМЕНИ ИЛИ ДОИЛКИ



Употреба на алкохол

- » Советувајте ги **бремените жени** или оние што размислуваат да забременат, **целосно да избегнуваат алкохол**.
 - » Информирајте ги жените дека консумирањето дури и мали количества алкохол на почетокот на бременоста може да му наштети на фетусот во развој и дека поголеми количини алкохол може да резултираат со синдром на тешки развојни проблеми (фетален алкохол синдром).
 - » Советувајте ги жените што **дојат** да **избегнуваат алкохол целосно**.
- Со оглед на придобивките од ексклузивно доене (особено во првите 6 месеци), доколку мајките продолжат да пијат алкохол, треба да се советуваат да ја ограничат потрошувачката на алкохол и да ја минимизираат содржината на алкохол во мајчиното млеко, како на пример да дојат пред да пијат алкохол и да почекаат да падне нивото на алкохол во крвта на нула (дозволувајќи приближно 2 часа по секој конзумиран пијалок, т.е. 4 часа ако се консумираат два пијалоци), или со користење измолзено мајчино млеко.

! ПРЕТПАЗЛИВО

На сите мајки со употреба на штетни супстанции и на мали деца треба да им се понудат какви било услуги за социјална поддршка што се достапни, вклучително и дополнителни постнатални посети, обука за родителство и грижа за деца за време на медицински посети.

Употреба на дрога

- » Распрашајте се за менструалниот циклус на жената и информирајте ја дека употребата на супстанции може да го попречи менструалниот циклус, понекогаш создавајќи лажен впечаток дека бременоста не е можна.
- » Дискутирајте за штетните ефекти на недозволените дроги врз развојот на фетусот и погрижете се жената да има пристап до ефикасна контрацепција.
- » Советувајте и поддржете ги жените кои се **бремени** да **престанат да ги користат** сите недозволените дроги. Бремените жени зависни од опиоиди генерално треба да се советуваат да земаат опиоиден агонист како што е метадон.
- » Проверете ги бебињата на мајк со растројства од употреба на дрога за апстиненцијални синдроми (исто така познат како синдром на неонатална апстиненција). Неонаталниот синдром на апстиненција поради употреба на опиоиди од мајката треба да се третира со ниски дози на опиоиди (како морфин) или барбитурати. За повеќе детали, ве молиме погледнете ги Упатствата за идентификација и управување со нарушувања на употребата на супстанции и употребата на супстанции во бременоста Достапно на http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
- » Советувајте и поддржувајте ги мајките кои дојат да не користат никакви недозволените дроги.
- » Советувајте и поддржете ги мајките со нарушувања поради употреба на супстанции да дојат исклучиво најмалку во првите 6 месеци, освен ако не постои совет од специјалист да не дојат.

ФАРМАКОЛОШКИ ИНТЕРВЕНЦИИ



ТАБЕЛА 1: Табела со лекарства

КЛАСА/ИНДИКАЦИЈА	ЛЕК	ДОЗА	НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ/ПРЕТПАЗЛИВОСТ
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ За лекување на одвикнување од алкохол, стимулативна интоксикација и психоза	Дијазепам	10-20 mg за забележливи карактеристики на алкохолна апстиненција или интоксикација стимуланс на секои 2 часа се додека на алкохолна апстиненција/интоксикација со стимуланс повеќе не се видливи или лицето не биде лесно седатирано. Пониски дози (до 10 mg x4 пати на ден) за откажување од алкохол во амбулантски услови	Седација и респираторна депресија која може да биде опасна по живот. Долготрајната употреба може да доведе до зависност.	✗ Да не се користи кај луѓе кои примаат седативи. Пазете се од комбинирање со други седативи. Пациентите не треба да возат. Времетраењето на дејството може да се продолжи кај лица со тешко заболување на црниот дроб. Надгледувајте го дозирањето за да го минимизирате ризикот од: пренасочување (т.е. продавање на лекот на некој друг).
ОПИОИДНИ АНТАГОНИСТИ За лекување на предозирање со опиоиди	Налоксон	0.4-2 mg i.v., i.m., поткожно или интраназално. Повторете ги дозите по потреба.	Може да дојде до непријатност или апстиненцијални симптоми	
ВИТАМИНИ За спречување или лекување на Верникеовата енцефалопатија	Тиамин (Витамин Б1)	100 mg p.o. дневно, во тек на 5 денови за спречување на Верникова енцефалопатија. 100 mg – 500 mg i.v. или i.m. два до три пати на ден во тек на 3-5 дена за лекување на Верникеовата енцефалопатија.		
ОПИОИДНИ АНТАГОНИСТИ За третирање на апстиненција од опиоиди и зависност	Метадон	Опиоидна апстиненција: Почетна доза на метадон 20 mg, со дополнителна доза од 5-10 mg 4 часа подоцна доколку е потребно. Одржување на опиоиди: почетна доза 10-20 mg со дополнителна доза од 10 mg доколку е потребно, зголемувајќи ја дневната доза за 5-10 mg на секои неколку дена доколку е потребно, додека опиоидниот апстиненцијален синдром кај лицето не се смири и тоа повеќе не користи недоволени опиоиди. Одржувајте додека не се подготвите да го прекинете третманот со опиоидни агонисти.	Седација, конфузија, гадење, повраќање, запек, можни хормонални промени, намален сексуален нагон, ЕКГ промени како што се продолжен QT интервал или брадикардија, хипотензија, респираторна депресија.	Користете со претпазливост кај пациенти со срцеви или респираторни заболувања.
	Бупренорфин	Почетна доза од 4-8 mg, зголемување за 4-8 mg секој ден по потреба, додека опиоидниот апстиненцијален синдром кај лицето не се смири и повеќе не користи недоволени опиоиди. Одржувајте додека не се подготвите да го прекинете третманот со опиоидни агонисти.	Седација, вртоглавица, атаксија, гадење, повраќање, запек, респираторна депресија.	– Користете со претпазливост при конгестивна срцева слабост, респираторни заболувања или заболување на црниот дроб. – Потенцијал за злоупотреба. – Наглото прекинување може да предизвика апстиненцијален синдром
	Морфин сулфат	10-20 mg како почетна доза со 10 mg дополнителна доза доколку е потребно.	Седација и респираторна депресија која може да биде опасна по живот. Долготрајната употреба може да доведе до зависност.	✗ Да не се користи кај луѓе кои примаат седативи. Внимавајте во комбинирање со други седативи. Лицето не треба да вози. Внимавајте на дозите за минимизирање ризик од пренасочување. Дајте им опиоиди со подолго дејство, како што се метадон или бупре-норфин, еднаш дневно во амбуланта, кога е возможно.

КЛАСА/ИНДИКАЦИЈА	ЛЕК	ДОЗА	НЕСАКАНИ ДЕЈСТВА	КОНТРАИНДИКАЦИИ/ПРЕТПАЗЛИВОСТ
АЛФА-АДРЕНЕРГИЧКИ АГОНИСТИ За третирање опиоиден апстиненцијален синдром	Клонидин	Почнете со 0,1 mg 2-3 пати на ден. Зголемувајте согласно толеранцијата во поделени дози за справување со симптомите на апстиненција, до максимум 1 mg на ден.	Седација, зашеметеност, вртоглавица, главоболка, гадење/повраќање, сува уста, запек, сексуална дисфункција, депресија, агитација, низок крвен притисок, тахикардија, синусна брадикардија и АВ блок.	Бидете внимателни при срцеви, цереброваскуларни и заболувања на црниот дроб. Користете помали дози при бубрежна болест. Бидете свесни за потенцијалот за злоупотреба. Внимателно следете ги виталните знаци. ✗ НЕ прекинувајте нагло, бидејќи повлекувањето може да предизвика повратна хипертензија. Избегнувајте кај жени кои се бремени или дојат. 
	Лофексидин	Започнете со 0,4 - 0,6 mg два пати на ден. Зголемете по потреба за 0,4-0,8 mg дневно. Максимална единечна доза: 0,8 mg. Максимална дневна доза: 2,4 mg (во 2-4 поделени дози).	Седација, зашеметеност, низок крвен притисок, промени во ЕКГ, како што е продолжен QT интерваландсинус брадикардија.	Бидете внимателни при срцеви, цереброваскуларни и бубрежни заболувања. Избегнувајте кај пациенти со продолжен QT синдром, метаболички нарушувања или ако земаат други лекови кои го продолжуваат QT. Внимателно следете ги виталните знаци. ✗ НЕ прекинувајте со лекот нагло, бидејќи повлекувањето може да предизвика повторна хипертензија.
ЛЕКОВИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА РЕЛАПС КАЈ АЛКОХОЛНАТА ЗАВИСНОСТ За потиснување на нагонот за пиење	Акампросат	Започнете со 2 таблети од 333 mg p.o. секој 3 пати на ден во тек на 12 месеци. Ако лицето тежи помалку од 60 кг, дајте 2 таблети 2 пати на ден p.o. за 12 месеци.	Дијареа, надуеност, гадење/повраќање, абдоминална болка, депресија, анксиозност, самоубиство, чешање. Повремено, може да се појави макулопапуларен осип, а ретко и булозни кожни реакции.	При умерена бубрежна болест, дајте помала доза, 333 mg p.o. 3 пати на ден. ✗ КОНТРАИНДИЦИРАНО кај тешка бубрежна болест и заболување на црниот дроб.
	Налтрексон	Започнете со 50 mg дневно во тек на 6-12 месеци. При зависност од опиоиди, осигурајте се дека немало употреба на опиоиди во последните 7 дена (на пример со администрација на доза на налоксон).	Седација, вртоглавица, гадење/повраќање, абдоминална болка, несоница, анксиозност, намалена енергија, болки во зглобовите и мускулите. Следете ја функцијата на црниот дроб поради ризик од токсичност на црниот дроб.	Ризик од ФАТАЛНО ПРЕДОЗИРАЊЕ кај пациенти кои користат опиоиди повеќе од 24 часа по последна доза налтрексон, поради брзото губење на антагонистичкиот ✗ ефект. НЕ користете кај пациенти со хепатална инсуфициенција или акутен хепатитис
	Дисулфирам	Започнете со 200-400 mg дневно.	Поспаност, вртоглавица, главоболка, црвенило, потење, сува уста, гадење/повраќање, тремор, непријатен мирис на телото, сексуална дисфункција. Ретко, може да се појават психотични реакции, алергиски дерматитис, периферен невритис или оштетување на хепаталните клетки. Тешките реакции може да доведат до конфузија, кардиоваскуларен колапс и смрт.	Трициклични антидепресиви, инхибитори на моноамин оксидаза), антипсихотици, вазодилататори и алфа или бета адренергични антагонисти ја прават реакцијата на дисулфирам-алкохол посериозна. Сензибилизацијата на алкохол продолжува 6-14 дена по земањето на дисулфирам, дури и ако е во мали количини. ✗ НЕ користете со алкохол, бидејќи реакциите може да бидат опасни по живот или фатални. ✗ НЕ користете кај жени кои се бремени или дојат.  ✗ КОНТРАИНДИЦИРАНО кај луѓе со хипертензија, болести на срцето, црниот дроб или бубрезите, историја на цереброваскуларни несреќи, психоза, импулсивност или ако се изложени на ризик од самоубиство.

СУП 3 » Контрола

1

ПРОЦЕНЕТЕ ЗА ПОДОБРУВАЊЕ

На секоја посета, процените:

- » Количина и честота на употреба на супстанции, ментално здравје, физичко здравје, ризик и заштитни фактори (на пр. врски, сместување, вработување итн.)
- » Прашајте за факторите кои довеле до употреба на супстанции и последиците од употребата на супстанции



ПРЕПОРАКИ ЗА ЧЕСТОТА НА КОНТРОЛИ

- » **Штетна употреба:** Контрола за еден месец. Потоа по потреба.
- » **Зависност:** Контроли неколку пати неделно првите две недели, а потоа еднаш неделно во првиот месец. Штом ќе се подобри, намалете ја честотата на месечно ниво и потоа по потреба.

ТЕКОВНА УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ

- » Развијте стратегии за намалување штета
- » Лекувајте здравствени проблеми
- » Развијте стратегии за намалување употреба
- » Организирајте третман за детоксикација или одржување доколку клиентот се согласи
- » Спроведувајте чести прегледи и контакти

НЕДАМНЕСЕН ПРЕКИН НА УПОТРЕБА ИЛИ ПРЕМИН КОН НЕ-ШТЕТНА УПОТРЕБА

- » Размислете за испитување на урина за да потврдите апстиненција
- » Дајте позитивни повратни информации за да поттикнете одржување на апстиненција/ нештетна употреба
- » Лекувајте други здравствени проблеми
- » Размислете за превентивни лекови за спречување релапс на зависност од алкохол и опиоиди
- » Размислете за психосоцијални терапии за спречување на релапс и групи за взаемна помош
- » Фактори за поддршка кои го намалуваат ризикот од релапс

ДОЛГОРОЧЕН ПРЕКИН ИЛИ НЕШТЕТНА УПОТРЕБА

- » Размислете за повремено тестирање на урина за да потврдите неупотреба
- » Позитивни повратни информации
- » Фактори за поддршка кои го намалуваат ризикот од релапс (како домување и вработување)
- » Третирајте други медицински проблеми
- » Поттикнете го учеството во групи за взаемна помош
- » Поретки прегледи

РУБРИКА 2. ЗНАЦИ НА ХРОНИЧНА УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ И РАБОТИ ШТО ТРЕБА ДА СЕ ПРОВЕРАТ

ЗНАЦИ НА ХРОНИЧНА, СЕРИОЗНА КОНСУМАЦИЈА НА АЛКОХОЛ:

- » **Заболување на црниот дроб:** проверете за жолтеникава (жолта) кожа и очи, опипливи и чувствителни рабови на црниот дроб (во рана болест на црниот дроб), асцит (течност во абдоменот), ангиом во форма на пајакова мрежа видлив на површината на кожата) и изменет ментален статус (хепатална енцефалопатија).
- » **Оштетување на малиот мозок:** Проверете за проблеми со рамнотежа, движење, координирани движења и нистагмус..
- » **Проверки што треба да се земат предвид:**
 - Црн дроб: покачени ензими на црниот дроб и амонијак укажуваат на заболување.
 - Комплетна крвна слика: побарајте макроцитна анемија и ниски тромбоцити.

ЗНАЦИ НА ХРОНИЧНА УПОТРЕБА

- » Тешкотии во грижата за себе, лоша дентичија, паразитски инфекции на кожата како вошки или шуга и неухранетост.
- » Знаци на инјектирање: проверете ги рацете или нозете за видливи и нови и стари траги. Прашајте го лицето каде инјектира и проверете ги местата за да бидете сигурни дека нема знаци на локална инфекција.
- » Вообичаени здравствени компликации при инјектирање дрога: луѓето кои инјектираат дроги имаат поголем ризик да се заразат со ХИВ/СИДА, хепатитис Б и Ц и туберкулоза. Тие се исто така изложени на висок ризик за инфекции на кожата на местата на инјектирање. Во некои случаи, ова може да се шири низ крвта и да предизвика септикемија, ендокардитис, спинални апсцеси, менингитис или дури и смрт.

Проверки што треба да се направат:

- Испитување на урина: за итни случаи, треба да се провери урина за лекови секогаш кога се сомневате за интоксикација, повлекување или предозирање, особено во случаи кога лицето не е во состојба да пренесе што го проголтало.
- Ако лицето инјектирало дрога, понудете серолошки тестови за вируси кои се пренесуваат преку крв, ХИВ/СИДА и хепатитис Б и Ц итн.
- Ако лицето имало незаштитен секс, понудете тест за сексуално преносливи инфекции, вклучувајќи ХИВ, сифилис, кламидија, гонореја и ХПВ.
- Направете тест за туберкулоза, земете примерок од спутум и РТГ на граден кош ако постои сомневање за туберкулоза. Побарајте знаци и симптоми како што се хронична продуктивна кашлица, трески, треска и губење на тежината.

САМОПОВРЕДУВАЊЕ/ САМОУБИСТВО

Самоубиството е чин на намерно убиство на себе.

Самоповредувањето е поширок поим што се однесува на намерно самонанесено труење или повреда, што може или не може да има фатална намера или исход. Секое лице над 10 години кое искусува некоја од следниве состојби треба да се праша за мислите или плановите за самоповредување последниот месец и за чиновите на самоповредување во последната година:

- » Кои било приоритетните МНС состојби. Види главен дијаграм (ГД)
- » Хронична болка
- » Акутна емоционална вознемиреност

Евалуирајте за мислите, плановите и чиновите на самоповредување за време на првичната процена и периодично потоа, по потреба. Внимавајте на менталната состојба и емоционалната вознемиреност на личноста.

КЛИНИЧКИ СОВЕТ:

Ако прашате за самоповредување НЕМА да предизвикате чин на самоповредување. Ова често ја намалува анксиозноста предизвикана од мислите или чиновите чинови на самоповредување и му помага на лицето да се чувствува разбрано. Сепак, обидете се да воспоставите врска со личноста пред да поставите прашања за самоповредување. Побарајте од лицето да ги објасни причините поради кои се повредува.



CAM » Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Проценете дали лицето се обидело да се самоповреди
- » Проценете за неизбежен ризик од самоповредување
- » Проценете за приоритетни МНС состојб
- » Проценете за хронична болка
- » Проценете ја сериозноста на емоционалните состојби



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Медицински сериозен чин на самоповредување
 2. Иминентен ризик од самоповредување/самоубиство
 3. Ризик од самоповредување/самоубиство
- »  Општо управување и психосоцијални интервенции



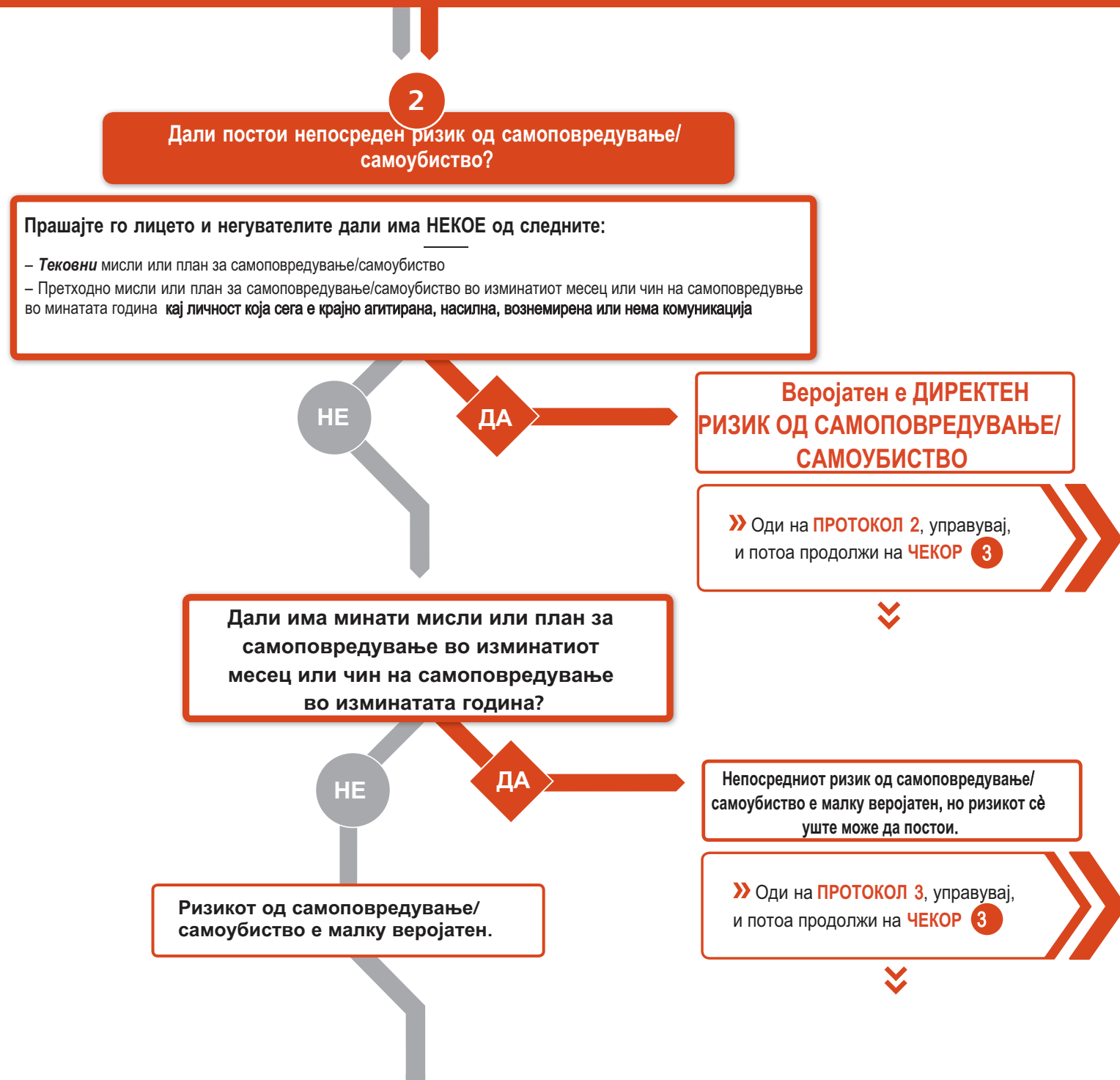
КОНТРОЛА

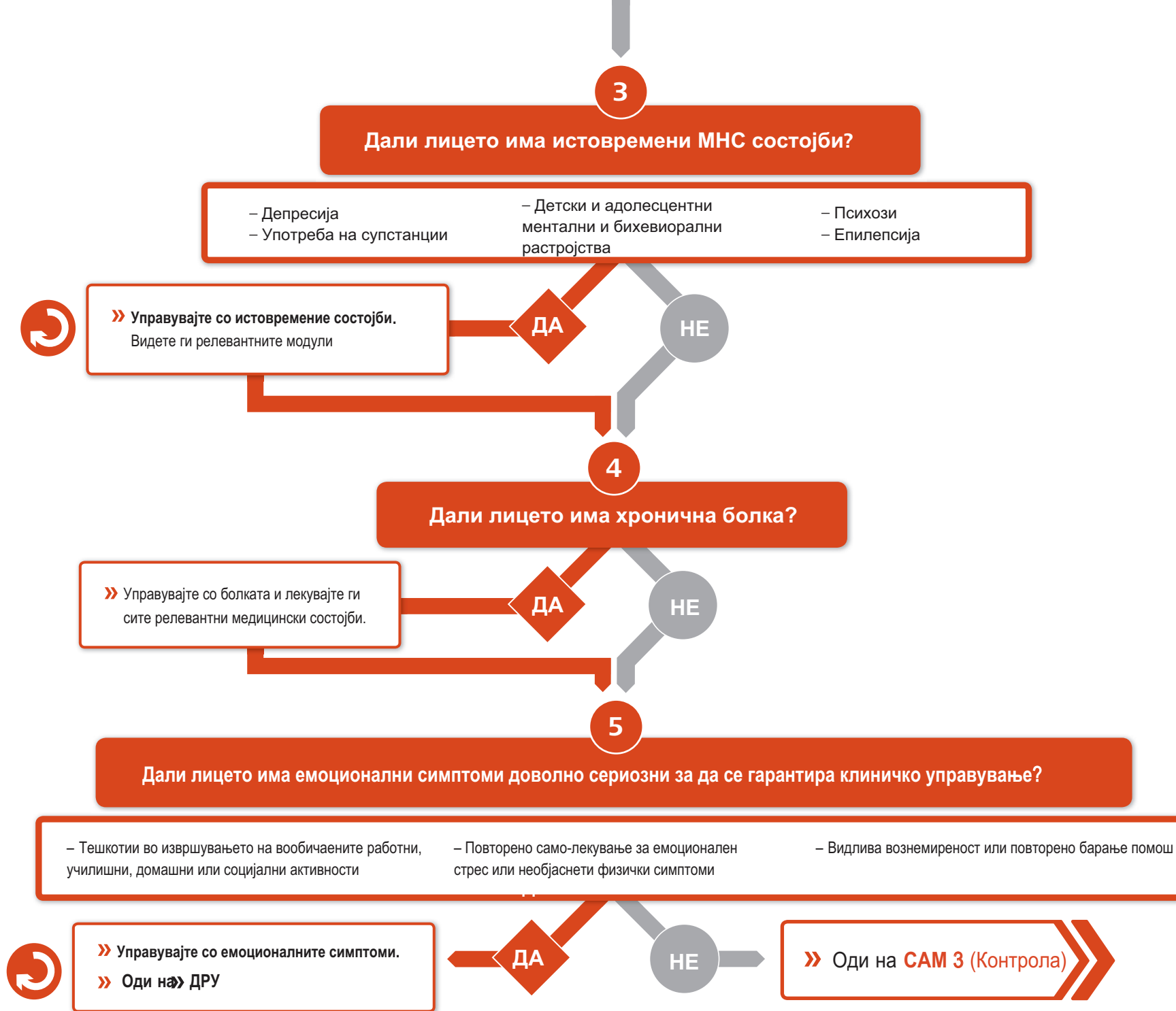
САМ 1» Процена

ПРОЦЕНЕТЕ ЗА САМОПОВРЕДУВАЊЕ/САМОУБИСТВО АКО ЛИЦЕТО ДОЈДЕ НА ПРЕГЛЕД СО

- *Екстремна безнадежност и очај, моментални мисли/план/акт на самоповредување самоубиство или минати обиди, чин на самоповредување со знаци на труење/труење, крварење од самонанесена рана, губење на свеста и/или екстремна летаргија, ИЛИ*
- *Било која од приоритетните МНС состојби, хронична болка или екстремна емоционална вознемиреност*









CAM 2» Управување

ПРОТОКОЛ

1

Медицински сериозен чин на самоповредување

- » **За сите случаи:** Лицето однесете го во безбедно поддржано опкружување во здравствена установа.
- »  НЕ оставајте го лицето само.
- » Лекувајте повреда или труење. Ако  има акутна интоксикација со пестициди, следете ги упатствата во “Управување со интоксикација со пестициди”. (2.1)
- » Ако е потребна хоспитализација, продолжете со следење на лицето за спречување самоубиство.
- » Грижа за лице со самоповредување. (2.2)
- »  Понудете и активирајте психосоцијална поддршка (2.3)
- » Понудете поддршка на негувателите. (2.4)
- » Консултирајте  специјалист за ментално здравје ако е достапен.
- » Одржувајте редовен контакт и **контроли**. 

ПРОТОКОЛ

2

Непосреден ризик од самоповредување/самоубиство

- » Отстранете ги средствата за самоповр./самоубиство
- » Понудете безбедна средина и поддршка; ако е можно понудете посебна тивка просторија за лицето што чека третман.
- »  НЕ го оставајте лицето само.
- » Надгледувајте и назначете некој од вработените или семејството постојано да внимава на безбедноста на лицето
- » Погрижете се за менталната состојба и емоционалната вознемиреност.
- » Обезбедете психоедукација за лицето и негувателите. (2.5) 
- » Понудете и активирајте психосоцијална поддршка. (2.3) 
- » Понудете поддршка на негувателите. (2.4)
- » Консултирајте специјалист за ментално здравје,  ако е достапен. 
- » Одржувајте редовен контакт и **контроли**.

ПРОТОКОЛ

3

Ризик од самоповредување/самоубиство

- » Понудете и активирајте психосоцијална поддршка. (2.3) 
- » Консултирајте специјалист за ментално здравје  ако е достапен. 
- » Одржувајте редовен контакт и **контроли**.

2.1 Управување со интоксикација со пестициди

- » Ако во здравствената установа ги има минималните вештини и ресурси, тогаш лекувајте според документот на СЗО, “Клиничко управување на акутна интоксикација со пестициди” (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

Ако не, префрлете го лицето веднаш во здравствена установа што ги има следните ресурси:

– Вештини и знаења за реанимација и утврдување на клиничките карактеристики на труење со пестициди;

– Вештини и знаења за управување со дишните патишта; особено, за интубација и поддршка на дишењето додека не се прикачи вентилатор;

– Атропин и средства за негова интравенска (i.v.) администрација при појава на знаци на холинергично труење; ;

– Дијазепам и средства за негова интравенска (i.v.) администрација ако кај лицето се појават напади.

- » Размислете за давање активен јаглен доколку личноста е свесна, даде информирана согласност и дошла на доктор во рок од еден час по труењето.
- » Не се препорачува присилно повраќање.
- »  Не треба да се даваат течности орално.

2.2 Грижа за лицето со самоповредување

- » Лицето однесете го во безбедна и поддржувачка средина во здравствена установа  (не го оставајте само). Ако лицето мора да почека, понудете му средина што ја минимизира вознемиреноста; ако е можно, во посебна, тивка просторија со постојан надзор и контакт со назначен вработен или член на семејството за да се обезбеди безбедност во секое време..

- » Отстранете го пристапот до средствата за самоповредување.

- » Консултирајте се со специјалист за ментално здравје, доколку е достапен.



- » Мобилизирајте ги семејството, пријателите и другите засегнати поединци или расположливите ресурси на заедницата за следење и поддршка на лицето за време на периодот на непосреден ризик (видете „Понудете и активирајте психосоцијална поддршка“. (2.3)

- » Однесувајте се кон луѓето кои се самоповредувале со истата грижа, почит и приватност дадена на другите луѓе и бидете чувствителни на емоционалната вознемиреност поврзана со самоповредување.

- » Вклучете ги негувателите доколку лицето сака нивна поддршка за време на проценката и третманот; ако е можно, психосоцијалната проценка треба да вклучи интервју еден на еден помеѓу лицето и здравствениот работник, за да се истражат приватните прашања.

- » Обезбедете емоционална поддршка на негувателите/членовите на семејството доколку им е потребна. (2.4)

- » Осигурете се дека грижата ќе продолжи.

- » Не се препорачува хоспитализација во непсихијатриски служби во општа болница за превенција од самоповредување. Меѓутоа, доколку е неопходен прием во општа (непсихијатриска) болница за управување со медицинските последици од самоповредување, следете го лицето внимателно за да спречите понатамошно самоповредување во болница.

- » **Ако препишувате лекарства:**

– Погледнете ги релевантните модули од Водичот за фармаколошки интервенции во управувањето со тековните состојби.

– Користете лекови кои се најмалку опасни, во случај на намерно предозирање.

– Препишувајте мали колични лекарства (на пр. доволно за една недела)

ПСИХОСОЦИЈАЛНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

2.3 Понудете и активирајте психосоцијална поддршка

» Понудете поддршка на лицето

- Разговарајте за причини и начини да се остане жив.
- Фокусирајте се на силните страни на лицето со тоа што ќе ги поттикнете да разговараат за тоа како се разрешиле некои претходни проблеми.
- Размислете за терапија за решавање проблеми за да им помогнете на луѓето со акти на самоповредување во претходната година, доколку доволно човечки ресурси се достапни. Оди на **Основна грижа и пракса**

» ОГП

» Активирајте психосоцијална поддршка

- Мобилизирајте го семејството, пријателите, засегнатите поединци и другите достапни ресурси за да се обезбеди внимателно следење на лицето сè додека постои ризикот од самоповредување/самоубиство.
- Советувајте ги лицето и негувателите да го ограничат пристапот до средства за самоповредување/самоубиство (на пр. пестициди/токсични супстанции, лекови на рецепт, огнено оружје, итн.) кога лицето има мисли или планови за самоповредување/самоубиство.
- Оптимизирајте ја социјалната поддршка од достапните ресурси на заедницата. Тие вклучуваат неформални ресурси, како што се роднини, пријатели, познаници, колеги и верски водачи или формални ресурси на заедницата, доколку се достапни, како што се кризни центри и локални центри за ментално здравје.

2.4 Поддршка на негувателите

- » Информирајте ги негувателите и членовите на семејството дека прашувањето за самоубиство често ќе му помогне на лицето да се чувствува олеснето, помалку вознемирено и подобро разбрано.
- » Негувателите и членовите на семејствата на луѓето изложени на ризик од самоповредување честопати доживуваат тежок стрес. Обезбедете им емоционална поддршка доколку им е потребна.
- » Информирајте ги негувателите дека и покрај тоа што може да се чувствуваат фрустрирани од личноста, треба да избегнуваат непријателство и остри критики кон ранливото лице кое е изложено на ризик од самоповредување/самоубиство.

2.5 Психоедукација

» Клучни пораки за лицето и негувателите

- Ако некој има мисли за самоповредување/самоубиство, веднаш побарајте помош од доверлив член на семејството, пријател или давател на здравствена заштита.
- Во ред е да се зборува за самоубиство. Зборувањето за самоубиство не предизвикува чин на самоубиство.
- Самоубиствата може да се спречат.
- Имањето епизода на самоповредување/самоубиство е показател за тешка емоционална вознемиреност. Човекот не гледа алтернатива или решение. Затоа, важно е лицето да добие итна поддршка за емоционални проблеми и стресни фактори.
- Средствата за самоповредување (на пр. пестициди, огнено оружје, лекови) треба да се отстранат од домот.
- Социјалната мрежа, вклучувајќи го семејството и други релевантни лица се важни за обезбедување на социјална поддршка.

SAM 3» Контрола



ДРУГИ ЗНАЧАЈНИ ПРОБЛЕМИ СО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Овој модул има за цел да обезбеди основни насоки за управување со низа проблеми со менталното здравје кои не се опфатени на друго место во овој Водич. Некои од овие проблеми може да бидат слични на депресија, но по повнимателно испитување се разликуваат од состојбите опфатени во ова упатство.

Другите проблеми со менталното здравје се сметаат за значајни кога го нарушуваат секојдневното функционирање или кога лицето бара помош за нив. Другите проблеми со ментално здравје може да се должат на стрес.

- » Овој модул не треба да се земе предвид за лица што ги исполнуваат критериумите за некоја од приоритетните МНС состојби (освен самоповредување).
- » Овој модул треба да се користи експлицитно само откако ќе се отфрли можноста за депресија.
- » Овој модул треба да се користи кога им се помага на возрасните. Во случај лицето да е дете или адолесцент, одете на»МЗД.

ДРУ» Кус преглед



ПРОЦЕНА

- » Исклучете ги физичките причини кои целосно би ги објасниле присутните симптоми
- » Исклучете депресија или други МНС
- » Проценете дали лицето бара помош за ублажување на симптомите или има значителни тешкотии со секојдневното функционирање
- » Проценете дали лицето било изложено на екстремни стресори
- » Проценете дали има неизбежен ризик од самоповредување/самоубиство



УПРАВУВАЊЕ

- » Протоколи за управување
 1. Други значајни проблеми со ментално здравје
 2. Други значајни проблеми со ментално здравје кај лица изложени на екстремни стресори



КОНТРОЛА



ДРУ 1 » Процена

ВООБЧАЕНИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ДРУГИ ЗНАЧАЈНИ ПРОБЛЕМИ СО МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

- Чувство на голем умор, депресија, иритација, анксиозност или стрес.
- Медицински необјаснети соматски поплаки (т.е. соматски симптоми кои немаат позната физичка причина што целосно го објаснува симптомот).

1

Постои ли физички причинител што целосно ги објаснува манифестираните симптоми?

ДА

» Управувајте со која било утврдена физичка причина и повторно проверете дали симптомите продолжуваат.

НЕ

2

Дали ова е депресија или друга МНС состојба што се дисутира во друг модул од овој водич?

ДА

» Преминете на релевантниот модул

НЕ





! ПРИ НЕПОСРЕДЕН РИЗИК ОД САМОУБИСТВО,
ПРОЦЕНИ И УПРАВУВАЈ пред да продолжиш
со Протокол 1 и 2 (Оди на »САМ).





ДРУ 2» Управување

ПРОТОКОЛ

1

ДРУГИ ЗНАЧАЈНИ ПРОБЛЕМИ СО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

» ❌ **НЕ** препишувајте лекови за анксиозност и антидепресиви (освен ако не е препорачано од специјалист).

» ❌ **НЕ** давајте витамински инјекции или други неефикасни третмани.

» Во сите случаи, намалете го стресот и зајакнете ја социјалната поддршка опишана во **Основна нега и пракса (ОГП)**.

- Обрнете внимание на тековните психосоцијални стресори
- Зајакнете поддршка.
- Подучете на техники за справување со стрес, како релаксација (види **Рубрика 1** на крај од модулот).

» **Кога не е идентификувана физичка состојба што целосно ги го објаснува соматскиот симптом, потврдете дека симптомите навистина постојат и обезбедете објаснувања зошто е тоа така.**

- Избегнувајте да назначувате повеќе лабораториски или други испитувања освен ако не постои јасна медицинска индикација, на пр. абнормални витални знаци.
- Во случај сепак да се направат дополнителни испитувања, намалете ги нереалните очекувања со тоа што ќе му кажете на лицето дека очекуваниот резултат најверојатно ќе биде нормален.

– Информирајте го лицето дека не е идентификувана сериозна болест. Пренесете му ги нормалните клинички и лабораториски наоди.

– Ако лицето инсистира на дополнителни испитувања, размислете да кажете дека извршувањето на непотребни испитувања може да биде штетно бидејќи може да предизвика непотребна грижа и несакани ефекти.

– Посочете дека знаете оти симптомите навистина постојат и дека сè уште е важно да се решат симптомите кои предизвикуваат значителна вознемиреност.

– Прашајте го лицето за **сopственото објаснување** за причината за нивните симптоми и прашајте за нивните грижи. Ова може да даде индикации за изворот на вознемиреност, да помогне да се изгради доверлив однос со личноста и да се зголеми придржувањето на лицето кон третманот.

– Објаснете дека емоционалното страдање/стрес често вклучува доживување на телесни сензации, како што се болки во стомакот, мускулна напнатост итн. Прашајте и разговарајте за потенцијалните врски помеѓу емоциите/стресот и симптомите на личноста.

– Поттикнете го продолжувањето (или постепено враќање на) секојдневните активности.

– Не заборавајте да ја примените практиката на намалување на стресот и зајакнување на социјалната поддршка. Оди на **» ОГП**.

ПРОТОКОЛ

2

**ДРУГИ ЗНАЧАЈНИ ПРОБЛЕМИ СО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ
КАЈ ЛИЦА ИЗЛОЖЕНИ НА ЕКСТРЕМНИ СТРЕСОРИ**

(пр. физичко или сексуално насилство, големи незгоди, смртен случај или друга поголема загуба)

» Во сите случаи, без разлика дали лицето има емоционални, физички или проблеми во однесувањето по изложување на екстреман стрес или не, Обезбедете поддршка како што е опишано во ПРОТОКОЛ 1. Слушајте внимателно

» ❌ НЕ вршете притисок врз лицето да зборува за настанот

» Осврнете се на социјалните потреби на лицето

– Прашајте го лицето што му/и треба и што го/ја загрижува

– Помогнете му на лицето да ги задоволи основните потреби, да пристапи до услуги и да се поврзе со семејството и друга социјална поддршка.

– Заштитете го лицето од (понатамошна) штета, ако е потребно.

– Охрабрете го лицето да се врати на претходните нормални активности, пр. во училиште или на работа, во домот, и во општеството ако е изводливо и културно соодветно.

» Во случај на некоја поголема загуба објаснете дека:

– Нормално е да тагувате за некоја голема загуба. Човек може да тагува за некоја личност, место или материјална сопственост или губење на сопственото здравје и благосостојба. Тагата има и ментални и физички ефекти.

– Луѓето тагуваат на различни начини. Некои луѓе покажуваат силни емоции, додека други не. Плачењето не значи дека некој е слаб. Луѓето кои не плачат ја чувствуваат емоционалната болка исто толку длабоко, но имаат други начини да ја изразат.

– Во повеќето случаи, тагата ќе се намали со текот на времето. Некој може да мисли дека тагата, копнежот или болката што ги чувствува никогаш нема да исчезнат, но во повеќето случаи, овие чувства се намалуваат со текот на времето. Понекогаш лицето може да се чувствува добро некое време, потоа нешто да го потсети на загубата и да се почувствува толку лошо како на почетокот. Не постои правилен или погрешен начин да се почувствува тага. Некогаш некој може да се чувствува многу тажен, друпат вкочанет, а во други моменти можеби ќе може да ужива. Овие искуства обично стануваат помалку интензивни и поретки со текот на времето.

» Во случај на загуба на сакано лице, дискутирајте и поддржете го културно соодветниот процес на прилагодување и/или жалење

– Прашајте дали се случиле или се планирани соодветни церемонии/ритуали на жалост. Ако тоа не е случај, разговарајте за пречките и како да ги решите.

» Ако постои сомневање за продолжено жалење по смртен случај, консултирајте се со специјалист за дополнителна проценка и управување



– Лицето може да има продолжено нарушување на тагата ако симптомите вклучуваат значителна тешкотија во секојдневното функционирање **најмалку 6 месеци** и вклучуваат тешка преокупација или интензивен копнеж по покојникот придружен со силна емоционална болка.

» Во случај на реакции на неодамнешна изложеност на потенцијално трауматски настан, објаснете дека:

– Луѓето често имаат реакции по вакви настани. Реакциите може да бидат многу променливи од личност до личност и да се менуваат со тек на време.

– Тие може да вклучуваат соматски симптоми како што се палпитации, телесни болки, желудочна болка и главоболки и емоционални и бихејвиорални симптоми кои вклучуваат нарушување на спиењето, тага, анксиозност, иритација и агесија.

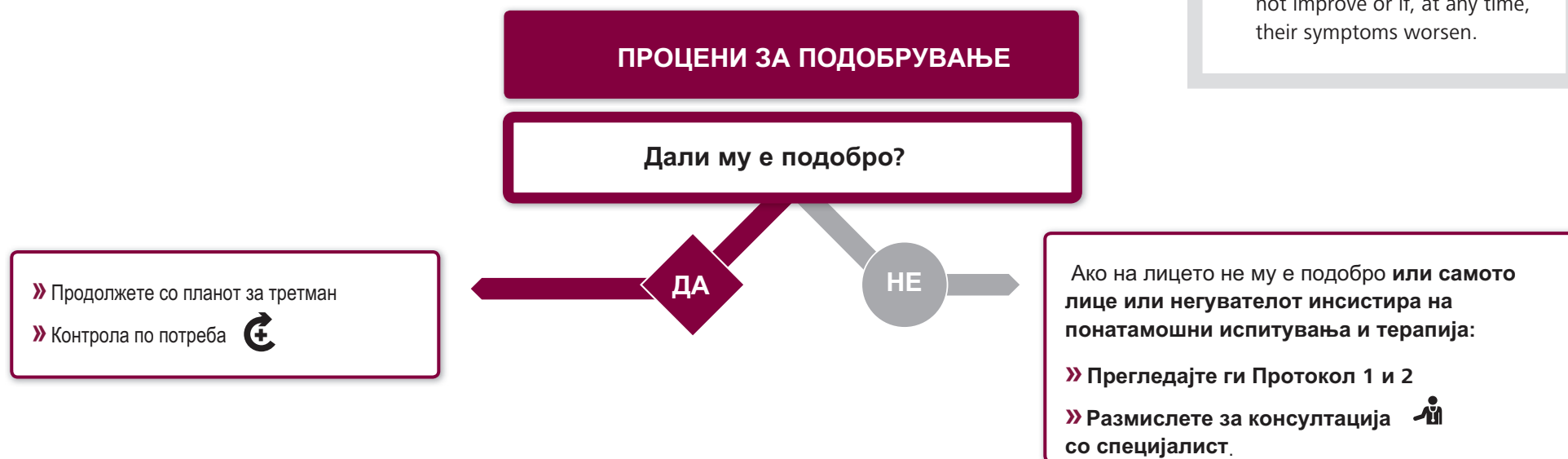
– Таквите чувства може да се влошат или повторно да се појават кога ќе се појават потсетници за стресниот настан или нови стресни фактори.

– Во повеќето случаи симптомите веројатно ќе се намалат со текот на времето, особено ако лицето се одмори, добие социјална поддршка и работи на намалување на стресот. Оди на »ОГП. Оди на Рубрика 1.

» Ако постои сомневање за посттравматско стресно нарушување (ПТСН), консултирајте се со специјалист за понатамошна проценка и управување

– По потенцијално трауматски настан, лицето може да има ПТСН ако симптомите вклучуваат значителна тешкотија со дневното функционирање најмалку 1 месец и вклучуваат повторливи застрашувачки соништа, вртења или наметливи сеќавања на настани придружени со интензивен страв или ужас; намерно избегнување потсетници за настанот; прекумерна грижа и будност на опасност или реагирање на силно гласни звуци или неочекувани движења.

ДРУ 3 » Контрола



РУБРИКА 1: УПАТСТВА ЗА ПОДУЧУВАЊЕ ТЕХНИКИ ЗА РЕЛАКСАЦИЈА

» Објаснете што ќе правите

“Сега ќе ти покажам некои техники на дишење што ќе ти помогнат да го опуштиш телото и умот. Ќе ти треба одредено време да ги извежбаш, пред да ги почувствуваш комплетните придобивки од оваа техника. Оваа стратегија е со фокус на дишењето бидејќи когсмет под стрес дишењето ни станува забрзано и плитко, и тоа не прави да се чувствуваме понапатно. За да почнеш да се опушташ, треб да почнеш од промени во дишењето. Пред да почнеме ќе го опуштиме телото.”

» Полека започнете со вежбите за релаксација и демонстрирајте правилно дишење

“Нежно протреси и опушти ги нозете и рацете. Целосно нека се опуштат. Истегни ги плешките кон назади нежно придвижи ја главата од едната кон другата страна. Сега едната дланка постави ја на стомахот, другата на горниот дел од градниот кош. Замисли си дека во стомахот имаш балон и дека кога вдишуваш го дуеш балонот, и стомахот се шири. А кога издишуваш, и воздухот излегува од балинот, па стомахот се спушта. Гледaj ме мене. Прво ќе се издишам за да го испразнам стомахот од воздух”. Демонстрирајте stomachно дишење - обидете се да го нагласите вовлекувањето и испакнувањето на стомахот.

» Фокусирајте се на техниките на дишење

“Обиди се заедно со мене да дишиш од стомахот. Значи почнуваме со издишување на целиот воздух; потоа вдишуваме. Ако можете вдишете преку нос и издишете преку уста. Вториот чекор е да го забавите дишењето. Додека вдишувате бавно бројте до три, потоа задржете го здивот и бројте до два, и издишувајте додека броите до 3. Очите може да ги затворите или држете отворени. Бавно вдиши, 1,2, 3. Држи 1, 2. Сега издиши 1, 2, 3.” Оваа вежба за дишење повторувајте ја приближно една минута, со пауза од една минута и повторете го циклусот уште два пати.

» Охрабрете самостојно практикување

“Ајде сега пробај сам/а кратко. Ова е нешто што сам/а можеш да го правиш.”

Имплементација на водичот за интервенции за mhGAP

Процес на имплементација на Водичот

На програмските планери им се препорачуваат голем број активности за да го имплементираат овој водич во неспецијализирани здравствени услови. Ова може да се сумира на следниот дијаграм кој вклучува број на суштински дејствија и континуирани активности. Овој модул обезбедува преглед на процесот на имплементација на Водичот



1 Воспоставување на тим за имплементација на Водичот

- » Можеби ќе биде неопходен еден или повеќе тимови во зависност од географската област/региони што треба да се опфатат.
- » Јасно разграничете ја целта и задачите на тимовите за имплементација и развијте работен план за секој од членовите на тимот. Една од клучните функции на овој тим е да го надгледува процесот на имплементација.
- » Да искористи некое веќе формирано тело или група наместо да се формира ново, на пример, здравствена комисија или советодавна група во заедницата. Понекогаш има повеќе од една група. Решение би можело да биде спојување на групи или формирање нова група со учество на членови од сите нив.
- » Членовите на тимот за имплементација треба да вклучат најмалку еден член од секоја од следните категории: граѓанско општество и корисници на услуги, креатори на политики, актуелни и потенцијални финансиски поддржувачи или донатори, програмски менаџери, овозбедувачи на услуги и комуникациски офицери.
- » Формирајте помали акциски или работни групи за да се фокусирате на конкретни активности, на пр. акциска група за спроведување на активности за обука, за спроведување на активности за застапување и подигање на свеста. Секогаш јасно идентификувајте ги функциите на работната група и улогата на секој нејзин член.

2 Ситуациска анализа

Главната цел на ситуациската анализа е да го информира процесот на планирање, адаптација и имплементација во врска со ресурсите и потребите за МНС состојбите. Овој процес вклучува систематски прегледи на достапната документација, на пр. Атлас за ментално здравје за земјата од СЗО, Извештај од Инструментот за проценка за системи за ментално здравје (AIMS) или веќе постоечки процени, и интервјуа и групни дискусии со повеќе засегнати страни за да се одговори на следниве прашања

- » Каков вид на проценки на потребите и ресурсите мора да се направат прво? Што е веќе познато?
- » Кои се националните политики кои се однесуваат на менталното здравје, капацитетите на персоналот во земјата/регионот и организациите кои обезбедуваат услуги за ментално здравје?
- » Кои се системите на верување и однесувањата за барање грижа околу менталното здравје во земјата/регионот?
- » Какви потенцијални бариери постојат во однос на имплементацијата на Водичот, на пример, стигма и дискриминација кон луѓето со МНС состојби, национални здравствени приоритети кои ги заменуваат МНС состојбите итн.

3 План за имплементација на Водичот

Врз основа на анализата на ситуацијата, развијте план за имплементација на Водичот за да одговорите на следниве прашања:

КАДЕ

- » Каде ќе биде имплементиран Водичот, (пр. установи, општини, градови)?

КОГА

- » Кога ќе бидат имплементирани секоја од активностите од Водичот, (пр. времетраење, обука за тренери, активности, активности за надзор и застапување)?

ШТО

- » Кои се ресурсите потребни и достапни за имплементација на Водичот, вклучувајќи ги финансиските и човечките ресурси и инфраструктурата (на пр. објекти, снабдување со лекови)?

КОЈ

- » Кој ќе биде обучен и какви знаења и вештини веќе имаат, (на пр. вештините и знаењата што веќе ги имаат медицинските сестри и лекарите во ПЗЗ), и кој ќе биде одговорен за секоја активност, (на пр. кој ќе обучува и надгледува

КАКО

- » Како можете да ги подобрите патеките за комуникација и упатување на различни нивоа на системот, истовремено воведувајќи ја новата услуга?
- » Како можете да собирате податоци за активностите за имплементација на Водичот и да ги интегрирате во индикаторите на здравствениот информативен систем?

4 Адаптација

Адаптацијата на Водичот е процес на одлучување и извршување на промените потребни во Водичот, материјалите за обука дел од него, алатките за следење и евалуација и други алатки за да одговараат на контекстот во одредена земја или област.

Зошто е потребна адаптација:

За да е овозможи имплементацијата на Водичот, со неговите компоненти за процена и управување преку локалниот здравствен систем.

- » Да се осигура дека водичот е прифатлив во локалниот социо-културен контекст.
- » Да се користат локални термини за да се подобри комуникацијата со корисниците и негувателите.
- » Да се појаснат патеките на упатување.
- » Да се усогласат материјалите со релевантните национални упатства и политики за третман, како што е соодветно..
- » Да се обезбеди основа за развој на соодветни програми и алатки за обука
- » За да се осигури дека индикаторите за М и Е се во согласност со националните здравствени информациски системи

Метод на адаптација на водичот

- » За да се осигури дека индикаторите за М и Е се во согласност со националните здравствени информациски системи.

Вклучете експерти кои ги претставуваат релевантните дисциплини, (на пр. психијатрија, зависност, неврологија, педијатрија, социјална работа и психологија), луѓе кои се од различни нивоа на општа здравствена заштита, (на пр., лекари од јавното здравје, даватели на примарна здравствена заштита, специјалисти за семејна медицина, медицински сестри, фармацевти, практичари на здравствениот информациски систем), корисници на услуги и креатори на политики.
- » Користете ги ситуациските анализ спроведени за регионите во кои ќе се имплементира Водичот
- » Осигурете се дека процесот на адаптација е во согласност со националните документи, (на пр., националната здравствена политика, законодавство и план, клинички протоколи и упатства што се користат во општа/примарната здравствена заштита и националната листа на лекови).

5 Обуки и надзор за Водичот

Важен аспект на имплементацијата на Водичот е обуката на давателите на здравствена заштита кои работат во неспецијализирани установи за да вршат интервенции во примарната здравствена заштита, и со користење на механизмите за да се обезбеди нивна континуирана поддршка и надзор. Иако водичот за интервенција треба да се спроведува првенствено од неспецијалисти, тој бара координирани напори од специјалисти и експерти за јавно здравје за да се обезбеди негова оптимална испорака.

Целта на обуката за Водичот е да ги научи неспецијализираните даватели на здравствени услуги на вештините и знаењата потребни за процена и управување со лица со приоритетни МНС состојби. Времетраењето на обуката зависи од направените локални адаптации, како и од знаењата и вештините што веќе ги имаат неспецијализираните здравствени работници. Обично овој процес на обука трае неколку полни денови и може да се спроведе лице в лице или преку е-учење, во зависност од изводливоста.

Структурата за обука може да следи каскаден план со две нивоа: главен обучувач обучува „обучувачи“ кои потоа ги обучуваат неспецијализираните даватели на примарни здравствени услуги.

Обука за обучувачите за Водичо:

Целта е да се осигури дека обучувачите ги поседуваат потребните вештини и се уверени во нивната способност да обучуваат неспецијализирани даватели на здравствени услуги и да дејствуваат како информирани ресурси за овие ДЗУ.

Обучувачите/супервизорите треба да ги имаат следните карактеристики:

- » Да се специјалисти за МНС (психијатар, психијатриска медицинска сестра, невролог итн.), лекари или медицински сестри обучени и искусни во управувањето со МНС состојби користејќи го Водичот и/или постоечки супервизори за општиот здравствен систем.
- » Да имаат клинички вештини и искуство во менталното здравје и/или управувањето со МНС состојби
- » Да имаат вештини и искуство со административни аспекти за управување со МНС, вклучувајќи водење евиденција, следење и упатување
- » Да се добри фасцилитатори и решавачи на проблеми
- » Да се достапни за поддршка и надзор, вклучувајќи редовни надзорни посети

Агенда за обуката:

Од обучувачите се очекува да спроведат идни обуки за Водичот и да обезбедат поддршка и надзор на давателите на здравствени услуги. Покрај обуката за проценка и управување со лица со МНС состојби, како што е опишано во Водичот, тие ќе подучуваат и за методите на обука, планирањето на наставните програми, методите на надзор и обезбедувањето квалитет.

Поддршка и надзор:

Во оваа обука вообичаено учествуваат неспецијализирани здравствени работници од клиници/болници од примарна или секундарна здравствена заштита. Ним им е потребна постојана помош за да го пренесат она што го научиле во обуката во нивните клинички практики. Надзорот се гледа како дел од континуитетот на едукација потребен за создавање ДЗУ компетентни за примена на mhGAP. Поддршката и надзорот не само што имаат за цел да им помогнат на ДЗУ да обезбедат подобрена грижа за менталното здравје (клинички надзор), туку и поддршка во работната средина поврзана со имплементацијата на Водичот (административен и програмски надзор).

Специфични цели на надзорот и поддршката

- » Помош во трансферот на вештини и знаења од обуката за Водичот во клиничката пракса.
- » Обезбедете соодветна испорака на интервенции за ментално здравје кои се во согласност со Водичот и се однесуваат на области за понатамошен развој на вештини
- » Идентификувајте и помагајте со проблемите со кои се соочуваат ДЗУ во управувањето со комплексни клинички ситуации.
- » Помогнете да се мотивираат неспецијализираните здравствени работници да обезбедат квалитетна нега за лицата со МНС состојби.
- » Погрижете се потребните записи и административни процедури за МНС состојби, како што се упатувања и следење, да се воспостават и/или интегрираат во постоечките системи во локалните здравствени установи..

- » Погрижете се снабдувањето со лекови, медицинска опрема и други системи за поддршка за имплементација на Водичот функционираат.
- » Покажете и поттикнувајте почит, неосудувачки ставови и етички третман што ги промовира и штити човековите права на лицата со МНС состојби.
- » Обезбедете поддршка на давателите на здравствени услуги кои се соочуваат со стрес.

6 Мониторинг и евалуација

Мониторингот и евалуацијата (МиЕ) може да обезбеди информации за тоа дали програмата прави разлика и за кого; може да ги идентификува целните програмски области или аспекти на програмата што треба да се прилагодат. Информациите добиени од МиЕ може да им покажат на имплементаторите и финансиерите на програмата дека нивните инвестиции се исплатуваат. МиЕ обезбедува витални информации за учење од минати искуства, подобрување на испораката на услуги, планирање, распределба на ресурси и демонстрација на резултати како дел од одговорноста пред клучните засегнати страни. Фразата „ако се измери, ќе се заврши“, ја резимира важноста на мониторингот и евалуацијата во .

МиЕ вклучува планирање, координирање, собирање, анализа и користење на податоци од национално, регионално и локално ниво, вклучувајќи здравствени установи и медијатори, обучувани лица и супервизори на Водичот; затоа, ќе биде корисно ако тимот за имплементација на Водичот назначи координатор или пот.

Некои примери на индикатори кои можат да се користат за следење на имплементацијата на Водичот се: индикатори на ниво на објект, на пр. број на ДЗУ обучени за Водичот, број на посети за поддршка и надзор на секоја здравствена установа што го спроведува Водичот; и индикатори на системско ниво, на пр. број на здравствени установи кои го користат Водичот за процена и управување со лица со МНС состојби, број на здравствени.

Осигурете се дека индикаторите се дел од националниот здравствен информациски систем. Собирањето податоци со помош на индикатори ќе помогне во следењето на Водичот. Тие, исто така, ќе помогнат во известувањето за националното ментално здравје на секои две години на СЗО, Атлас за менталното здравје, за да се следи напредокот во спроведувањето на Акцискиот план за ментално здравје 2013-2020.

Оценете го процесот на имплементација на Водичот, идентификувајте ги успехите, како и потребите за подобрување и ажурирајте ја ситуацијата анализа

Во прилог на шесте активности опишани погоре, постојат три континуирани активности кои формираат суштински дел од имплементацијата на Водичот. Тие се опишани во деловите подолу.

А. ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ТРЕТМАН И НЕГА:

Водичот препорачува спроведување голем број фармаколошки и психолошки интервенции неспецијализирани даватели на здравствени услуги. На пример, терапија за решавање проблеми (PST) и интерперсонална терапија (IPT) за депресија кај возрасни. СЗО разви психолошки интервенции во поедноставена форма. Ова се скалабилни интервенции и нивната реализација бара помалку интензивно ниво на специјалистичка употреба на човечки ресурси. Тоа значи дека интервенцијата е модифицирана за да користи помалку ресурси во споредба со конвенционалните психолошки интервенции и дека луѓето со и без претходна обука за грижа за ментално здравје можат ефективно да испорачуваат верзии со низок интензитет на PST и IPT, ако биле обучени и подлежат на надзор. Примери на прирачници за скалабилни психолошки интервенции на СЗО кои се дел од пакетот mhGAP вклучуваат: прирачник за терапија за управување со проблеми на СЗО PM+, прир.

Основните лекови може да се користат за лекување на симптоми на состојби на МНС, намалување на времетраењето на многу нарушувања, намалување на попреченоста и спречување на релапс. Потребните лекови се дел од Модел листите на потребни лекови на СЗО. Пристапот до основните лекови е компонента на „правото на [највисокиот постижен стандард на] здравје“.

Постојат четири главни групи лекови што таргетираат приоритетни МНС состојби споменати во овој водич:

- » антипсихотици за психотични нарушувања;
- » лекови кои се користат за растројства на расположението
- » (депресивни или биполарни); антиконвулзиви/antiepileптици;
- » лекови кои се користат за управување со повлекување, интоксикација или зависност од супстанција .

Искуствата на многу земји покажуваат дека се можни подобрувања во понудата и употребата на лекови. Пристапот на населението до основните лекови се одредува со: (i) рационален избор на лекови; (ii) правење на цените достапни; (iii) обезбедување одржливо финансирање; и (iv) достапност на доверливи системи за здравје и снабдување.

В. ЛОБИРАЊЕ И ПОДИГНУВАЊЕ НА СВЕСТА:

Лобирањето за ментално здравје користи информации на намерен и стратешки начин да влијае на други субјекти и да создаде промена. Вклучува застапување на потребите и правата на лицата со ментални растројства, како и на целото население. Лобирањето не е исто како едуцирање. Едуцирањето информира и помага да се создаде разбирање за одредено прашање. Лобирањето па од друга страна има за цел да убеди. Ова се прави преку поднесување барања и повикување на одредени дејства. Еден основен принцип е дека застапувањето е ефективно само кога од целната публика се бара да направи нешто. Мобилизирањето на луѓето значи да се бара од нив да станат дел од решението.

Примери за лобирање

Примери за лобирање кај општо население:

- » Вклучете и мобилизирајте ги лицата со МНС состојби и нивните негуватели во лобирањето. Осигурајте се дека заедницата има директен и позитивен контакт со лица со МНС состојби.
- » Користете ги медиумите подигнување на свесноста за проблемите со менталното здравје, на пр. преку јавни соопштенија, прилози во списанија и огласи во здравствените домови, притоа нагласувајќи ја потребата од одговорно известување, особено во однос на самоубиство.
- » Едуцирајте за проблеми со менталното здравје на јавни места (на пр. училишта, здравствени центри).
- » Одржувајте јавни настани и предавања околу теми за ментално здравје.

Лобирање со ДЗУ и лица специјализирани за ментално здравје.

- » Промовирајте разбирање за важноста на грижата во заедницата, учеството во заедницата и човековите права на лицата со МНС состојби.
- » Обезбедете соодветна обука и поддршка на општите здравствени работници и оние што работат со ментално здравје.

С. ВМРЕЖУВАЊЕ И ИНТЕРСЕКТОРСКА СОРАБОТКА:

Имплементацијата на Водичот бара соработка помеѓу различни сектори и засегнати страни, како на пример:

- » **Специјалистички и неспецијалистички здравствени услуги и даватели на услуги:** на пр. психолози, здравствени работници во заедницата, социјални работници, болнички или амбулантски даватели на услуги, работници за теренска нега
- » **Корисници на услуги:** пр. групи или поединци што живеат со иста состојба, членови од семејството со иста состојба или што се грижат за некој со иста состојба (откако ќе се побара согласност од сите вклучени).
- » **Семејство и пријатели:** Идентификувајте ги претходните социјални активности на личноста кои, доколку се повторат, би имале потенцијал за обезбедување директна или индиректна психолошка и социјална поддршка (на пр. семејни собири, излегувања со пријателите, посета на соседи, социјални активности на работа, спорт, активности во заедницата) и охрабнете го лицето да продолжи со овие активности
- » **Неформална поддршка од заедницата:** на пр. духовни групи, рекреативни групи, женски групи, групи за поддршка на млади, културни групи, групи за самопомош, линии за помош
- » **Образование и вработување:** на пр. училишта, програми за образование, генерирање приходи или стручно оспособување. Поточно, програмите за спречување самоубиство во училишните средини кои вклучуваат обука за свесност за менталното здравје и обука за вештини за да се намалат обидите за самоубиство
- » **Невладини организации:** на пр. правна помош, услуги за заштита на деца, програми за родово насилство или програми за психосоцијална поддршка.
- » **Влдини услуги и надоместоци:** системи на јавна правда, детски додаток, пензија, додаток за инвалидитет, попуст во превоз, итн.

За да се олесни ефикасната соработка помеѓу овие групи, важно е да:

- » Се погрижете дека членовите на тимот за имплементација на Водичот имаат **јасни улоги и функции**.
- » **Подгответе список на ресурси и надоместоци** за да им помогнете на неспецијализираните ДЗУ да ги поврзат лицата со МНС приоритетни состојби, нивните негуватели и семејство со релевантните служби преку **собирање информации од ситуационската анализа и редовно ажурирање на списокот врз основа на нови информации**

ГЛОСАР

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Активности во секојдневниот живот (ADL)

Концепт на функционирање – овие се инструменталните активности кои се неопходни за самостоен живот, вклучувајќи јадење, капење и користење на тоалет. Овој концепт има неколку алатки за проценка за да се одреди способноста на поединецот да ја врши активноста со или без помош.

Агитација

Забележлив немир и прекумерна моторна активност, придружена со анксиозност.

Агранулоцитоза

Крвно нарушување во кое постои отсуство на гранулоцити (вид на бели крвни зрнца). Тоа е акутна состојба која вклучува тешка и опасна леукопенија, позната и како секундарна агранулоцитоза индуцирана од лекови.

Акатисија

Субјективно чувство на немир, често придружено со видливи прекумерни движења (на пр. нервозни движења на нозете, нишање од една на друга нога, шетање, неможност да се седи мирен или стои во место).

Акинезија

Отсуството или недостатокот на доброволно движење. Состојба во која тешко е да се започне актот на движење или менување од една моторна шема во друга која е поврзана со Паркинсонова болест.

Променет ментален статус

Променето ниво на свесност или ментална состојба што не е во состојба на несвест, што често е предизвикано од внес на супстанција или други ментални или невролошки состојби. Примерите вклучуваат конфузија и дезориентација. Видете **делириум** и **конфузна состојба**.

Алцхајмерова болест

Примарна дегенеративна церебрална болест со непозната етиологија во повеќето случаи со карактеристични невропатолошки и неврохемиски карактеристики. Нарушувањето на почетокот не е забележливо и се развива бавно, но е стабилно во период од неколку години.

Антихолинергични несакани дејства

Антихолинергичните лекови ги блокираат ефектите на ацетилхолинот на мускарините рецептори. Антихолинергичните ефекти вклучуваат сувост на устата, често или неможност за мокрење, палпитации и синусна тахикардија.

Апластична анемија

Болест која се карактеризира со неспособност на крвните матични клетки да генерираат нови зрели клетки. Оваа болест се карактеризира и со ниски нивоа на црвени крвни зрнца, бели крвни зрнца и тромбоцити. Оваа болест може да се манифестира со бледило, замор, вртоглавица, зголемен ризик од инфекција или зголемени модринки или крварење.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Атаксија

Неможност за мускулна координација. Луѓето со атаксија имаат проблеми со координацијата бидејќи се засегнати делови од нервниот систем кои го контролираат движењето и рамнотежата. Атаксија може да влијае на прстите, рацете, рацете, нозете, телото, говорот и движењата на очите.

Нарушувања аутистичен спектар

Општ термин кој опфаќа состојби како што се аутизам, дезинтегративно нарушување во детството и Аспергеров синдром.

Автономија

Способност кај лицето, според негови видувања, за контрола, справување и донесување лични одлуки за тоа како живее секојдневно, според сопствените правила и претпочитања.

Бихевиорална активација

Психолошки третман кој се фокусира на подобрување на расположението со повторно вклучување во активности кои се ориентирани кон задачи и кои порано биле пријатни, и покрај моменталното лошо расположение. Може да се користи како самостоен третман, а исто така е компонента на когнитивната бихевиорална терапија.

Жалење

Процес на загуба, тага и закрепнување, обично поврзан со смрт.

Цереброваскуларна незгода

Ненадејно нарушување на церебралната функција поради васкуларна болест, главно тромбоза, хеморагија или емболија. Видете **мозочен удар**.

Когнитивни

Ментални процеси поврзани со размислување. Тие вклучуваат просудување, паметење, расудување, решавање проблеми и планирање

Когнитивна бихевиорална терапија (КБТ)

Психолошки третман кој ги комбинира когнитивните компоненти (со цел да размислува поинаку, на пример преку идентификување и предизвикување на нереални негативни мисли) и компоненти на однесувањето (со цел да се прават работите поинаку, на пример преку помагање на личноста да прави повеќе наградувачки активности).

Коморбидитет

Опишува болести или нарушувања кои постојат истовремено.

Доверливост

Приватноста е загарантирана во контекст на привилегирана комуникација (како што се консултации на лекар и пациенти) и медицинската евиденција

Конфузија, конфузна состојба

Состојба на нарушена свест поврзана со акутна или хронична церебрална органска болест. Клинички се карактеризира со дезориентација, бавност на менталните процеси со слабо поврзување на идеи, апатија, недостаток на иницијатива, замор и слабо внимание. Во благи конфузни состојби, рационалните одговори и однесување може да бидат испровоцирани со испитување, но потешките степени на нарушување го прават поединецот неспособен да задржи контакт со околината.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Терапија за управување со непредвидени ситуации

Структуриран метод за наградување на одредени посакувани однесувања, како што се присуство на закажаниот третман, и избегнување употреба на штетни супстанции. Наградите за посакуваното однесување се намалуваат со текот на времето како што се воспоставуваат природните награди.

Конвулзија, конвулзивно движење

Клинички или субклинички нарушувања на кортикалната функција поради ненадејно, абнормално, прекумерно и неорганизирано испуштање на мозочните клетки (видете **удар**). Клиничките манифестации вклучуваат абнормални моторни, сензорни и психички феномени.

Делириум

Транзиторна флукуиращка ментална состојба која се карактеризира со нарушено внимание (т.е. намалена способност за насочување, фокусирање, одржување и префрлање на вниманието) и свесност (т.е. намалена ориентација кон околината) што се развива во краток временски период и има тенденција да флукуира во текот на еден ден. Тоа е придружено со (други) нарушувања на перцепцијата, меморијата, размислувањето, емоциите или психомоторните функции. Тоа може да биде резултат на акутни органски причини како што се инфекции, лекови, метаболички абнормалности, интоксикација со супстанции или апстиненцијален синдром.

Делузија

Фиксно верување кое е спротивно на достапните докази. Не може да се промени со рационален аргумент и не е прифатен од другите членови на културата или субкултурата на личноста (т.е., тоа не е аспект на религиозна вера)

Детоксикација

Процес со кој поединецот се чисти од ефектите на психоактивна супстанција. Исто така, во клиничка процедура, процесот на чистење се спроведува на безбеден и ефикасен начин, така што симптомите на апстиненција се минимизираат.

Попреченост

Секое ограничување или недостаток (како резултат на оштетување) на способноста да се изврши активност на начин или во опсегот што се смета за нормален за човечко суштество. Терминот попреченост ги рефлектира последиците од попреченоста во однос на функционирањето и активностите на поединецот.

Дезинхибирано однесување, дезинхибиција

Недостигот на воздржаност се манифестира во непочитување на социјалните конвенции импулсивност и лоша проценка на ризикот. Тоа може да влијае на моторните, емоционалните, когнитивните и перцептивните аспекти од функционирањето на едно лице.

Дезорганизирано мислење

Нарушување во асоцијативниот мисловен процес обично се манифестира во говорот во кој личноста одеднаш се префрла од една тема на друга која е неповрзана или минимално поврзана со првата. Поединецот не дава индикации дека е свесен за неповрзаноста или нелогичноста на неговото или нејзиното размислување .

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Дезорганизирано однесување

Однесувања поврзани со држењето, начинот на одење и други активности што се непредвидливи (пр. извивување на непознати при движење по улица)

Расеаност

Тешкотии со концентрирање и фокусирање на задачите; вниманието лесно се пренасочува од ненадејни дразби

Дистонија

Долготрајна мускулна контракција или неволни движења што може да доведат до фиксни абнормални пози. Види **тардивна дискинезија**.

Еклампсија

Секоја состојба која ги погодува бремените жени, која се карактеризира со напади или конвулзии што се појавуваат во бременоста. Состојбата често се поврзува со хипертензија предизвикана од бременоста, конвулзии, напади, анксиозност, епигастрична болка, силна главоболка, заматен вид, протеинурија и едем што може да се појави за време на бременост, породување или пуерпериум.

Подобрено расположение

Состојба на позитивно расположение типично се карактеризира со зголемена енергија и самоверба што може да биде непропорционална со животните околности на поединецот.

Екстрапирамидални несакани ефекти / симптоми (ЕПС)

Абнормалности во движењето на мускулите, главно предизвикани од антипсихотични лекови. Тие вклучуваат тремор на мускулите, вкочанетост, грчеви и/или акатизија.

Семејна терапија

Советување кое подразбира повеќе (обично повеќе од шест) планирани сесии во период од неколку месеци. Се работи со поединечни семејства или групи на семејства и треба да го вклучи и лицето кое живее со ментална болест, доколку е изводливо. Има поддржувачки и едукативни или третмански функции. Често вклучува техники за решавање проблеми со преговарање или управување со кризи

Фетален алкохол синдром

Фетален алкохол синдром е синдром на малформации предизвикан од конзумирање алкохол од мајката за време на бременоста. Се карактеризира со пренатален и/или постнатален дефицит на раст и уникатен кластер на мали аномалии на лицето кои се манифестираат кај сите етнички групи, се препознаваат при раѓање и не се намалуваат со возраста. Зафатените деца имаат сериозни абнормалности на централниот нервен систем, вклучувајќи: микроцефалија, когнитивно и бихејвиорално оштетување (интелектуална попреченост, дефицит во општата когниција, учење и јазик, извршна функција, визуелно-просторна обработка, меморија и внимание).

Напади

Колоквијален термин за конвулзии. Види **конвулзија**.

Фокални дефицити

Невролошки знаци кои се забележливи телесни феномени или одговори кои укажуваат на локализација на релативно ограничена лезија на нервниот систем.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Халуцинација

Лажна перцепција на реалноста: гледање, слушање, чувствување, мирисање или вкусување на работи кои не се реални.

Хепатална енцефалопатија

Абнормална ментална состојба што вклучува поспаност, конфузија или кома предизвикана од дисфункција на црниот дроб.

Билни производи

Низа народни лекови, многу од нив емпириски откриени пред стотици години како ефикасни, добиени од или составени од делови од растенија. Во многу култури, знаењето за ефикасноста на билните лекови внимателно се зачувува и се пренесува преку орално предание од една генерација на друга.

Хипервозбуда

Интензивно и продолжено автономно празнење придружено со состојба на замрзната будност и будност на стимули од околината. Ваквите одговори најчесто се забележани кај посттравматски стресни нарушувања и често се поврзани со употреба на супстанција или апстиненцијален синдром.

Реакција на хиперсензитивност

Реакциите на хиперактивност се негативни ефекти на фармацевтските формулации (вклучувајќи активни лекови и помошни супстанции) кои клинички личат на алергија. Тој припаѓа на несаканите реакции на лекот од типот Б, кои се дефинирани од СЗО како независен од дозата, непредвидлив, штетен и ненамерен одговор на лек земен во доза која вообичаено се користи кај луѓето. Опфаќа многу различни клинички фенотипови со променлив почеток и сериозност.

Идиосинкратска реакција

Индивидуален, непредвидлив и независен одговор на која било супстанција: поспаност или еуфорија, црвенило, карпопедални грчеви, апнеја итн.

Информирана согласност

Процесот со кој давателот на здравствена заштита открива соодветни информации на лице кое потоа може доброволно да избере да прифати или одбие лекување. информираната согласност вклучува дискусија за следните елементи: природата на одлуката/постапката; разумни алтернативи на предложената интервенција; релевантните ризици, придобивки и несигурности поврзани со секоја алтернатива; проценка на разбирањето на личноста и прифаќање на интервенцијата од страна на лицето.

Интерперсонална терапија (ИПТ)

Психолошки третман кој се фокусира на врската помеѓу симптомите на депресија и интерперсоналните проблеми, особено оние кои вклучуваат тага, спорови, животни промени и социјална изолација. Познато е и како интерперсонална психотерапија.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Раздразливост, раздражливо расположение

Состојба на расположение која се карактеризира со лесно нервира и предизвикува лутина, непропорционално на околностите.

Макулопапуларен исип

Осипување и со макули (лезии со рамна основа или области со изменета боја на кожата(на пр. пепи)) и папули (малку подигнати цврсти лезии, честово облик на купола и со дијаметар помал од 5 mm)

Менингеална иритација

Иритација на слоевите на ткивото што го покриваат мозокот и 'рбетниот мозок, обично предизвикано од инфекција.

Менингитис

Болест на менингите (мембраните што ги покриваат мозокот и 'рбетниот мозок) обично предизвикана од инфекција со бактериски, вирусен, габичен или паразитски извор.

Терапија за зајакнување на мотивацијата

Структурирана терапија (во траење од 4 или помалку сесии) за помош на луѓето со нарушувања на употребата на супстанции. Тоа вклучува пристап за мотивирање на промени со користење на техники за мотивационо интервјуирање, т.е. вклучување на личноста во дискусија за нивната употреба на супстанции, вклучувајќи ги перцепираните придобивки и штети во однос на сопствените вредности на личноста, избегнување расправија со личноста доколку постои отпор, охрабрување на лицето само да одлучи за сопствената цел.

Моторички тикови

Види **конвулзија**

Мијастенија гравис

Нарушување на невромускулниот пренос што се карактеризира со уморна слабост на кранијалните и скелетните мускули. Клиничките манифестации може да вклучуваат флукуирачка птоза и/или диплопија, слабост на мускулите на лицето, булбарните, респираторните и проксималните екстремитети

Неонатален синдром на апстиненција

Интраутерината изложеност на лекови кои предизвикуваат зависност може да доведе до неонатални симптоми на апстиненција. Симптомите на апстиненција обично се невролошки, што ја спречува нормалната автономна функција. Клиничката презентација на апстиненцијата од одреден лек е променлива и зависи од неколку фактори, како што се видот и дозата на употребениот лек и стапката на метаболизам и екскреција на мајката и новороденчето.

Невроинфекција

Инфекција која го вклучува мозокот и/или 'рбетниот мозок.

Невролептичен малигнен синдром (НМС)

Ретка, но опасна по живот состојба предизвикана од антипсихотични лекови, која се карактеризира со треска, делириум, мускулна ригидност и висок крвен притисок.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Работна терапија

Терапија дизајнирана да им помогне на поединците да ја подобрат својата независност во секојдневните животни активности преку рехабилитација, вежби и употреба на помошни уреди. Дополнително, таквата терапија обезбедува активности за промовирање на раст, самоисполнување и самодоверба.

Спротивставувачко однесување

Пркосно, непослушно, провокативно или злонамерно однесување кое може да се манифестира со преовладувачко, упорно гневно или раздразливо расположение, често придружено со тешки изливи на бес или во тврдоглаво, пркосно однесување склоно кон кавги.

Ортостатска хипотензија

Ненадеен пад на крвниот притисок што може да се случи кога некој ја менува положбата од лежење во седење или стоење, што обично доведува до чувство на зашеметеност или вртоглавица. Тоа не е опасно по живот.

Обука за родителски вештини

Група програми за третман што има за цел да го промени однесувањето на родителите и да ја зајакне довербата во усвојувањето на ефективни стратегии за родителство. Тоа вклучува подучување на родителите за емоционална комуникација и вештини за позитивна интеракција родител-дете, како и методи за позитивно зајакнување за подобрување на однесувањето и функционирањето на децата/адолесцентите.

Феохромоцитом

Невроендокриниот тумор на медулата на надбубрежните жлезди кој предизвикува симптоми (главно главоболки, палпитации и прекумерно потење) и знаци (главно хипертензија, губење на тежината и дијабетес) кои ги рефлектираат ефектите на епинефрин и норепинефрин оналфа- и бета-адренергични рецептори.

Полиневропатија

Функционално нарушување на периферните нерви. Ова може да се манифестира како вкочанетост на екстремитетите, парестезија (чувство како „боцкање со мали иглички“), слабост на екстремитетите или мускулите и губење на длабоките тетивни рефлекс.

Политерапија

Давање на повеќе од еден лек во исто време за истата состојба

Порфирија

Порфириите претставуваат група на болести кои се карактеризираат со интермитентни невро-висцерални манифестации, кожни лезии или со комбинација на двете. Клиничките знаци на болеста обично се појавуваат во зрелоста, но некои порфирии ги погодуваат децата. Директна или индиректна невротоксичност може да предизвика невролошки манифестации.

Приватност

Слобода од неовластен упад во нечиј живот. На пример, лична приватност во секојдневните животни активности (на пр. за клиенти во станбени објекти) или доверливи здравствени картони.

Советување со решавање проблеми

Психолошки третман кој вклучува систематска употреба на техники за идентификација и решавање проблеми во текот на повеќе сесии.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Пруритус

Чешање; интензивна сензација која произведува нагон за триење или чешање на кожата за се дојде до олеснување

Псевдодеменција

Нарушување кое наликува на деменција, но не е резултат на органско заболување на мозокот и е потенцијално реверзibilно со третман; може да се манифестира како симптоми на депресија кај некои постари возрасни лица.

Психоедукација

Процесот на информирање на лицата со МНС растројства и нивните негуватели/членови на семејството за природата на болеста, вклучувајќи ги нејзините веројатни причини, прогресија, последици, прогноза, третман и алтернативи.

QT продолжување

Потенцијален несакан ефект на вентрикуларна миокардна реполаризација предизвикан од лек, карактеризиран со продолжен QT интервал на електрокардиограмот (ЕКГ) што може да доведе до симптоматски вентрикуларни аритмии и зголемен ризик од ненадејна срцева смрт

Расеани мисли

Брзо тангенцијално пррминување од една идеја до друга, често поврзано со манија или други ментални болести.

Релапс

Враќање кон пиенење или друга употреба на дрога по одреден период, на апстиненција, често придружено со враќање на симптомите на зависност. Терминот исто така се користи за да укаже на враќање на симптомите на МНС растројство по период на опоравување.

Обука за релаксација

Вклучува обука во техники како што се вежби за дишење за да предизвика одговор на релаксација.

Респираторна депресија

Несоодветна бавна стапка на дишење, што резултира со недоволно кислород. Вообичаените причини вклучуваат повреда на мозокот и интоксикација (на пр. поради бензодиазепини).

Заменска нега

Обезбедување на привремено здравствено згрижување на лице вообичаено згрижено во својот дом

Ригидност

Отпорност на пасивното движење на екстремитетот што опстојува низ целиот негов опсег. Тоа е симптом на паркинсонизам.

Групно штедење

Активност за штедење во која сиромашните можат брзо да акумулираат голема сума пари со здружување на нивните заштеди во заеднички фонд кој потоа може да го користи групата или член на групата за продуктивни инвестиции.

Напад/Удар

Епизода на дефект на мозокот поради нарушувања на кортикалната функција што резултира со ненадејно, абнормално, прекумерно и неорганизирано испуштање на мозочните клетки. Клиничките манифестации вклучуваат абнормални моторни, сензорни и психички феномени.

Самоповредување

Намерно самонанесено труење или повреда на себе, што може да има или нема фатална намера или исход.

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Серотонински синдром	Се карактеризира со вишок на серотонин во централниот нервен систем, поврзан со употреба на различни агенси, вклучително и селективни инхибитори на повторното земање на серотонин (SSRIs). Серотонинскиот синдром може да резултира со мускулна ригидност, миоклонус, агитација, конфузија, хипертермија, хиперрефлексја, како и дисавтономски симптоми, со ризик од шок со низок периферен васкуларен отпор, напади, кома, рабдомиолиза и/или дисеминирана коагулација на интраваза (DIC)
Нејасен говор	Говор со недистинктивен изговор.
Социјална мрежа	Конструкција на аналитичка социологија која се однесува на карактеристиките на социјалните врски меѓу луѓето како средство за разбирање на нивното однесување, наместо да се фокусира на атрибутите на поединците.
Повлекување од општеството	Неможност на лицето да се вклучи во активности или интеракции соодветни на возраста со неговите или нејзините врстници или членови на семејството.
Пајакков ангиом	Група од ситни црвени крвни садови видливи под кожата, кои обично се јавуваат за време на бременоста или како симптом на одредени болести (на пр. цироза или акни розацеа).
Спинален апсцес	Состојба на 'рбетниот мозок, предизвикана од инфекција со бактериски, вирусен или габичен извор. Оваа состојба се карактеризира со фокусна акумулација на гноен материјал во 'рбетниот мозок. Оваа состојба може да се манифестира со треска, болки во грбот и невролошки дефицити. Преносот е преку хематогено ширење на инфективниот агенс.
Статус епилептикус	Дефинирано како 5 минути или повеќе од континуирана клиничка и/или електрографска активност на напади или повторливи напади без закрепнување (враќање на основната линија) помеѓу нападите; може да биде конвулзивен или неконвулзивен.
Стивенс-Џонсон синдром	Опасна по живот состојба на кожата која се карактеризира со болно лупење на кожата, чиреви, плускавци и кора од мукокутаните ткива како што се устата, усните, грлото, јазикот, очите и гениталиите, понекогаш поврзани со треска. Најчесто е предизвикана од тешка реакција на лекови, особено антиепилептични лекови.
Стигма	Знак за разлика што воспоставува разграничување помеѓу стигматизираното лице и другите кои припишуваат негативни карактеристики на оваа личност. Стигмата поврзана со менталната болест често води до социјална исклученост и дискриминација и создава дополнителен товар за засегнатата индивидуа.
Мозочен удар	Види Цереброваскуларна незгода .

ТЕРМИН

ДЕФИНИЦИЈА

Самоубиствени мисли/идеација	Мисли, идеи или размислувања за можноста да се стави крај на животот, кои се движат од; размислување дека би било подобро да не се биде жив, до формулирање детални планови.
Тардивна дискинезија	Ова е дистонија која се карактеризира со извиткување и постојани мускулни грчеви кои ги зафаќаат регионите на главата, вратот и повремено на грбот. Може да не се подобри по прекилот на антипсихотичниот лек.
Излив на бес	Емоционален излив од дете или од возмизрено лице
Тромбоцитопенија	Абнормално низок број на тромбоцити во крвта. Оваа болест може да се манифестира со зголемени модринки или хеморагии. Потврдата е со идентификација на намален број на тромбоцити во примерок од крв.
Токсична епидермална некролиза	Лупење на кожата опасно по живот, што обично е предизвикано од реакција на лек или инфекција. Слично е на, но потешко од, од синдромот Стивенс-Џонсон.
Традиционално лекување	Систем на модалитети на третман заснован на домородните знаења на различни култури кои се однесуваат на лекување
Транзиторен исхемичен напад (ТИА)	Транзиторна епизода на акутна фокална невролошка дисфункција предизвикана од фокална исхемија на мозокот или мрежницата, без демонстриран акутен инфаркт во клинички релевантната област на мозокот. Симптомите треба целосно да исчезнат во рок од 24 часа.
Тремор	Движења на треперење или тресење, обично на прстите, неволно осцилирање на дел од телото.
Болест со дефицит на витамин К кај новороденче	Недостатокот на витамин К може да предизвика сериозно крварење кај новородените бебиња обично веднаш по раѓањето, но понекогаш и до 6-месечна возраст. Крварењето може да биде кожно, гастроинтестинално, интракранијално или мукозно. Внесувањето антиепилептични лекови од мајката е една од причините за ова.
Луѓето	Луѓето кои живеат со деменција чувствуваат потреба да се движат и во некои случаи да ги напуштат своите домови. Тие често може да доживеат проблеми со ориентацијата, што може да предизвика нивно губење.

Менталните невролошките и растројствата од употреба на супстанции (МНС) се многу превалентни, претставувајќи значителен товар од болести и инвалидитетот на глобално ниво. Со цел да премости јазот помеѓу расположливите ресурси и значителната потреба за услуги, Светската здравствена организација ја лансирала Акциската програма за јазот во менталното здравје (mhGAP). Целта на mhGAP е да се зголеми грижата и услугите со користење на докажано успешни интервенции за превенција и управување со приоритетни МНС состојби. Водичот за интервенции според mhGAP верзија 1.0 за МНС растројства во неспецијализирани здравствени установи беше развиен во 2010 година како едноставна техничка алатка за да се овозможи интегрирано управување со приоритетните состојби на МНС користејќи протоколи за клиничко одлучување.

Со примена во над 90 земји, првата верзија на Водичот беше многу успешна. Ни претставува задоволство да ја преставиме верзија 2.0 на mhGAP, ажурирана со нови упатства базирани на докази, подобрена употребливост и нови делови за проширување на неговата употреба и од давателите на здравствени услуги, како и од раководителите на програмите.

Се надеваме дека овој водич и понатаму ќе претставува патоказ за обезбедување грижа и услуги за лицата со МНС растројства широм светот и ќе не доближи до постигнување на целта за универзална здравствена покриеност

Верзија 2.0 на Водичот ги содржи следните делови:

» Основна грижа и пракса

» Главен дијаграм

» Депресија

» Психози

» Епилепсија

» Ментални и бихевиорални растројства кај деца и адолесценти

» Деменција

» Растројства од употреба на супстанции

» Самоповредување/самоубиство

» Други значајни проблеми со ментално здравје

» Имплементација на Водичот

**За повеќе информации
контактирајте не на:**

Department of Mental Health and
Substance Abuse
World Health Organization
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Електронска пошта: mhgap-info@who.int
Веб страница: www.who.int/mental_health/mhgap



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**