

# Водич за интервенции за mhGAP

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

## Верзија 2.0

## 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](mailto: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](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 нега 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 нега 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 Thiagarajan, 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; Tahlia 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 Ndyababangi, 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 рецензенти 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/mhgapevidence/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgapevidence/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<sup>†</sup>

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 подготовеноста 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, закажуваат 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 вознемиреност

## САМОПОВРЕДУВАЊЕ/ САМОУБИСТВО (САМ)

## ! АКУТНИ манифестации на приоритетни МНС состојби

| АКУТНИ МАНИФЕСТАЦИИ                                                                                                                                                                                                                                                                 | СЕ РАБОТИ ЗА СОСТОЈБА НА                                                   | ОДИ НА        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Чин на самоповредување со знаци на труење или интоксикација, крварење од самонанесена рана, губење на свеста и/или екстремна летаргија</li> </ul>                                                                                          | МЕДИЦИНСКИ СЕРИОЗЕН ЧИН НА САМОПОВРЕДУВАЊЕ                                 | САМ           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» 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</li> </ul>                               | НЕПОСРЕДЕН РИЗИК ОД САМОПОВРЕДУВАЊЕ/САМОУБИСТВО                            |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Акутни конвулзии со загуба на свест или нарушена свест</li> </ul>                                                                                                                                                                          | ЕПИЛЕПСИЈА                                                                 | ЕПИ, СУП      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Континуирани конвулзии</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          | СТАТУС ЕПИЛЕПТИКУС                                                         |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Агитирано и/или агресивно однесување</li> </ul>                                                                                                                                                                                            | АПСТИНЕНЦИЈАЛНИ СИМПТОМИ ОД АЛКОХОЛ ИЛИ ДРУГ СЕДАТИВ                       | ДЕМ, ПСИ, СУП |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Мирис на алкохол на здивот, нејасен говор, неинхибирано однесување; нарушување на нивото на свесност, спознавање, перцепција, афект или однесување</li> </ul>                                                                              | АКУТНА АЛКОХОЛНА ИНТОКСИКАЦИЈА                                             | СУП           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Тремор на рацете, потење, повраќање, забрзан пулс и зголемен крвен притисок, агитација, главоболка, гадење, анксиозност; Во тешки случаи напади и конфузија</li> </ul>                                                                     | АПСТИНЕНЦИЈАЛНИ СИМПТОМИ ОД АЛКОХОЛ<br>АПСТИНЕНЦИЈАЛЕН ДЕЛИРИУМ ОД АЛКОХОЛ |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» Не реагира или минимално реагира, бавно дишење, стеснети зеници</li> </ul>                                                                                                                                                                 | ПРЕДОЗИРАЊЕ СО СЕДАТИВИ ИЛИ ИНТОКСИКАЦИЈА                                  |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>» 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</li> </ul> | АКУТНА ИНТОКСИКАЦИЈА ИЛИ ПРЕДОЗИРАЊЕ СО СТИМУЛАНТИ                         |               |

# 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Доенчиња и мали деца (&lt;5 год.)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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).</li> </ul>                                                               | <p><b>Возраст 4-18</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Прекумерна активност, растрчаност, не може мирно да седи, прекумерно зборување или немирно движење</li> <li>– Прекумерно невнимание, отсутност, постојано ги прекинува задачите пред да ги заврши и се префрла на други активности</li> <li>– Прекумерна импулсивност: непретпазливост</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Прекумерно плачење, прилепување до негувател, смрзнување (држење на телото многу мирно и молчење) и/или бес</li> <li>– Екстремна срамежливост или промени во функционирањето (на пр. мокрење во кревет, цицање палец)</li> <li>– Намалена иницијација на игра и социјална интеракција</li> <li>– Тешкотии со спиењето и јадењето</li> </ul>                                                                              |
| <b>Средно детство (возраст 6-12)</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Доцна научило да чита и пишува</li> <li>– Доцнење во грижата за себе, како што се облекување, капење, миење заби</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Повторено и континуирано однесување кое ги вознемирува другите (на пр. невообичаено чести и остри лути напади, сурово однесување, упорна и тешка непослушност, крадење)</li> <li>– Ненадејни промени во однесувањето или односите со врсниците, вклучително и повлекување и лутина</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Повторливи, необјаснети физички симптоми (на пр. стомачнаболка, главоболка, гадење)</li> <li>– Неволност или одбивање да оди на училиште</li> <li>– Екстремна срамежливост или промени во функционирањето (на пр. мокрење во кревет, цицање палец)</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| <b>Адолесценти (возраст 13-18)</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Лоши резултати на училиште</li> <li>– Тешкотии во разбирање на упатства</li> <li>– Тешкотии во социјалната интеракција и прилагодување на промени</li> </ul>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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 вознемиреност...</li> <li>– Промени во функционирањето (на пр. тешкотии со концентрирање, слаби училишни резултати, честопати желба да се биде сам или да остане дома)</li> </ul>               |
| <b>Сите возрасти</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Прекумерен страв, вознемиреност 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)</li> <li>– Промени во навиките за спиење и исхрана</li> <li>– Намален интерес за или учество во активности</li> <li>– Спротивставено или однесување кое бара внимание</li> </ul> |



## 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](http://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 ЧЕКОВ4

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.

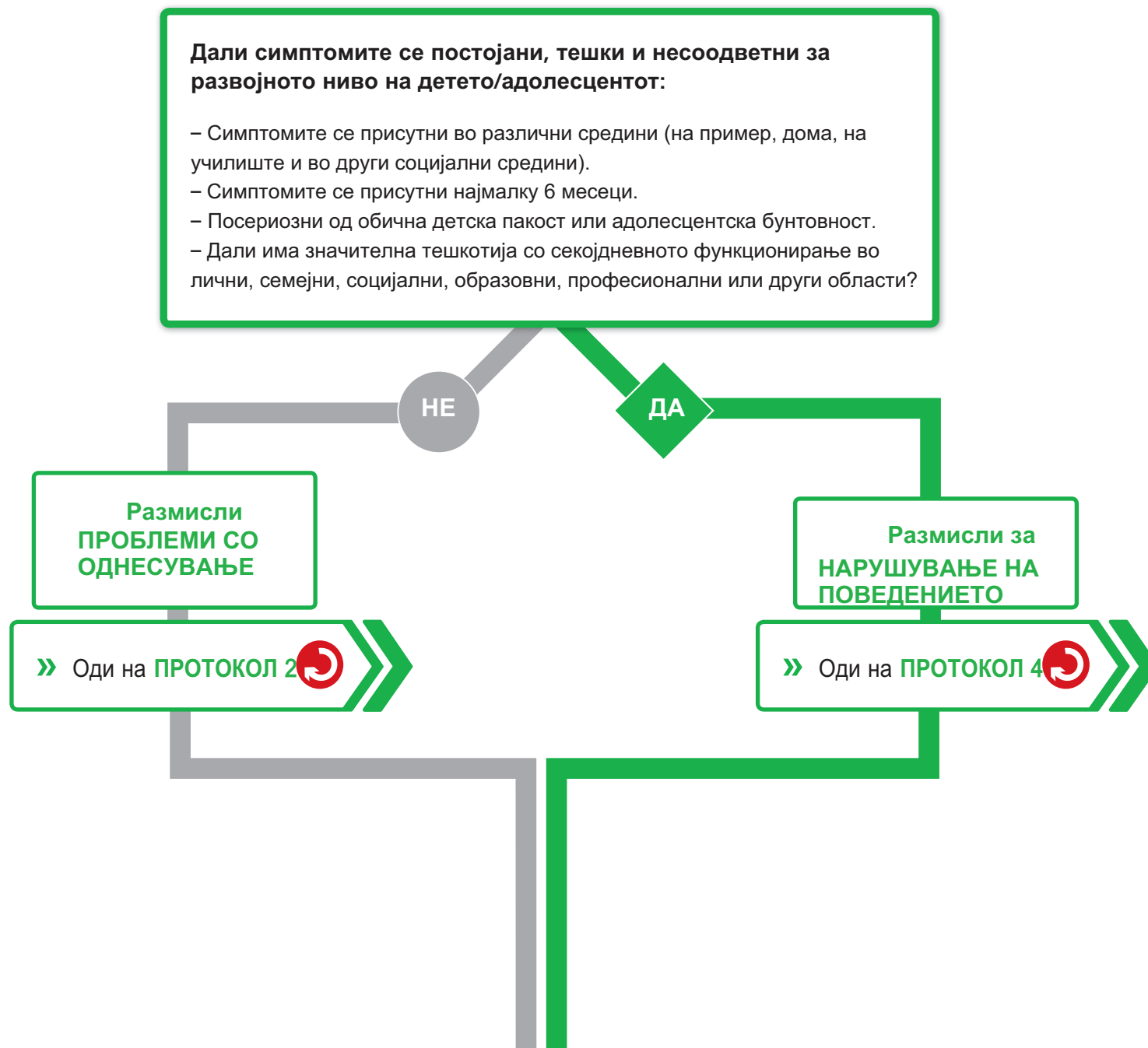
– Куси изливи на бес (излив на емоции со плачење, врескање, удирање, итн), вообичаено траат помалку од 5 и не подолго од 25 минути, се случуваат помалку од 3 пати неделно. Развојно типичните изливи на бес не би требало да резултираат со само повредување или честа физичка агресија кон други лица, и детето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

**Средно детство**  
(возраст 6-12)

– Непослушност, жалење или расправија со возрасни или други деца, повремено 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)?

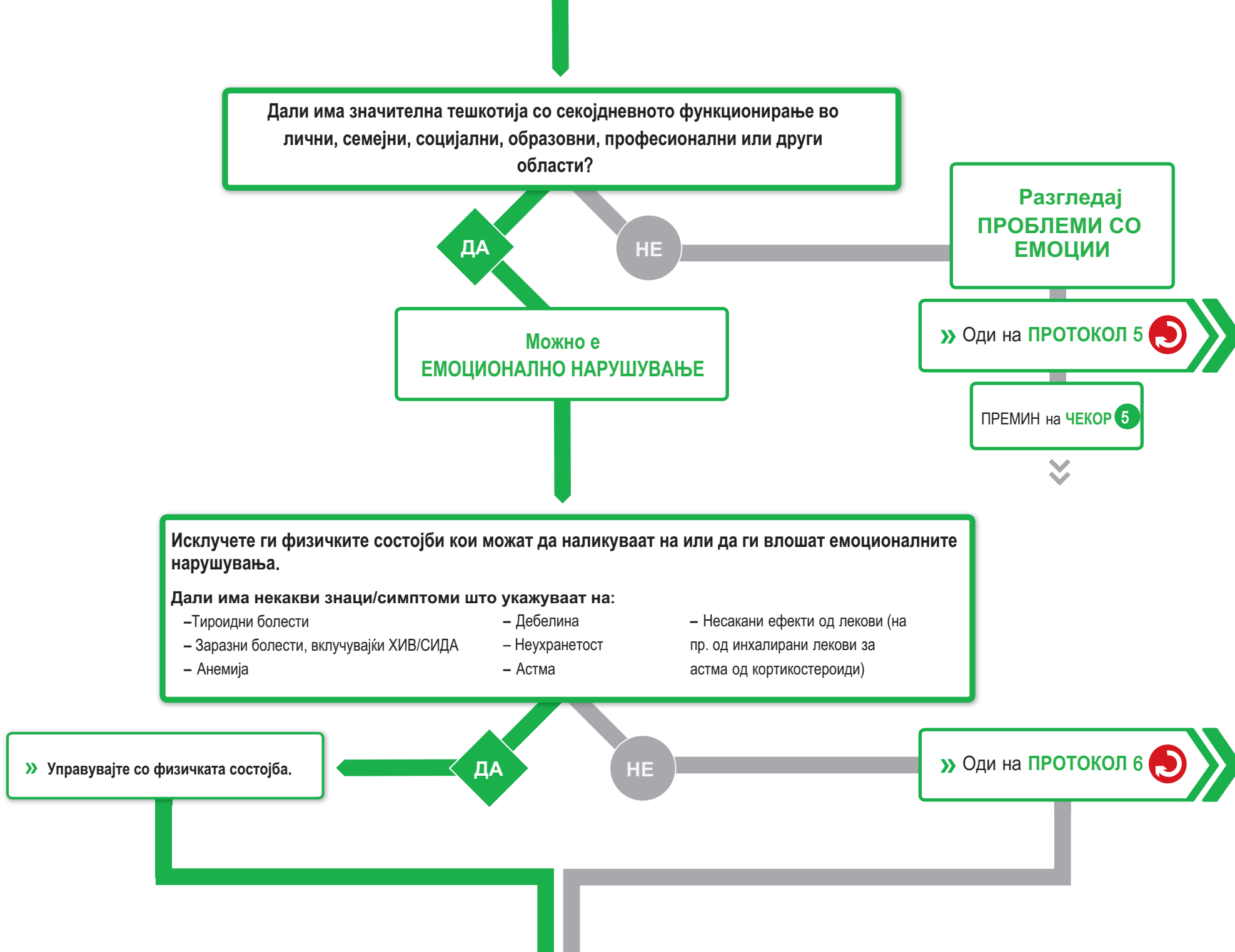
ПРЕМИН на ЧЕКОВ 5

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<br>– 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 раздражливо, 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/ адолсенти.

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/](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/](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. Погледнете [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5\\_17years](http://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. Охрабрете 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 смириле. 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 лутити 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.

# 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. извикување 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 реверзибилно 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

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Серотонински синдром</b>       | 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 интравеза (DIC) |
| <b>Нејасен говор</b>              | Говор со недистинктивен изговор.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Социјална мрежа</b>            | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Повлекување од општеството</b> | Неможност на лицето да се вклучи во активности или интеракции соодветни на возраста со неговите или нејзините врстници или членови на семејството.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Пајакков ангиом</b>            | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Спинален апсцес</b>            | 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.                                                                                                                                               |
| <b>Статус епилептикус</b>         | 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.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Стивенс-Џонсон синдром</b>     | 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.                                                                                                                                                                     |
| <b>Стигма</b>                     | 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.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Мозочен удар</b>               | Види <b>Цереброваскуларна незгода</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## ТЕРМИН

## ДЕФИНИЦИЈА

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Самоубиствени мисли/идеација</b>                   | 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.                                                                                                                                     |
| <b>Тардивна дискинезија</b>                           | 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.                                                                                                   |
| <b>Излив на бес</b>                                   | Емоционален излив од дете или од возмизрено лице                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Тромбоцитопенија</b>                               | 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.                                                                                                            |
| <b>Токсична епидермална некролиза</b>                 | 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.                                                                                                                                                           |
| <b>Традиционално лекување</b>                         | Систем на модалитети на третман заснован на домородните знаења на различни култури кои се однесуваат на лекување                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Транзиторен исхемичен напад (ТИА)</b>              | 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.                                                     |
| <b>Тремор</b>                                         | Движења на треперење или тресење, обично на прстите, неволно осцилирање на дел од телото.                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Болест со дефицит на витамин К кај новороденче</b> | 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. |
| <b>Луѓето</b>                                         | 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 2.0 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 претставиме 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 ширум 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](mailto:mhgap-info@who.int)  
Веб страница: [www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**