

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА ПСИХОЗА КАЈ СТАРИ ЛИЦА**

#### **Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на психоза кај стари лица.

#### **Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при третман на психоза кај стари лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на психоза кај стари лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

#### **Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2720/1  
27 февруари 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ПСИХОЗА КАЈ СТАРИ ЛИЦА

МЗД Упатство  
09.03.2011

- Основи
- Преваленција
- Карактеристики на симптомите
- Клиничка проценка
- Проценка на ургентноста од здравствена заштита
- Третман
- Третман и следење
- Кога да се консултира психијатар?
- Поврзани извори

### ОСНОВИ

- Психотичните растројства, на пример шизофренијата или делузивното растројство, може да започнат веќе во млада возраст.
- Ако шизофренијата започне во средна или стара возраст, се користи терминот “психоза слична на шизофренија со доцен (или многу доцен) почеток”.
- Психотичните симптоми може да се појават во асоцијација со бројни органски и психијатриски состојби.
  - Депресија, манија и делириум.
  - Метаболни и ендокринолошки болести.
  - Невролошки болести.
    - Деменција.
    - Инфекции на ЦНС.
  - Медикаменти, труења и предозирања со лекови.
- Кога е започната медикацијата, се користи најниската можна доза за да се избегнат несаканите ефекти.

### ПРЕВАЛЕНЦИЈА

- Преваленцијата на шизофренијата кај постарата популација е 0-2%.
- Делузиите може да бидат најдени кај 2-4% од старите лица; преваленцијата може да биде дури и значајно повисока.
- Кај конфузните состојби и кај деменцијата, психотичните симптоми се најдени кај 30-50% од пациентите.

### КАРАКТЕРИСТИКИ НА СИМПТОМИТЕ

- Кај шизофренијата, психотичните симптоми често се долготрајни. Делузиите се бизарни и разновидни. Халуцинациите најчесто се аудитивни. Покрај шизофреното растројство на мисловниот процес, кај постарите пациенти недостасува желба за моќ и неговиот/нејзиниот емоционален живот може да е осиромашен.
- Визуелните, тактилните и олфакторните халуцинации, како и персекуторните, сегментирачките и сексуално обоените делузии се чести кај шизофренијата со доцен почеток.
- Кај делузивното растројство мислите се искривени. Оваа личност е убедена во точноста на неговите/нејзините верувања. Делузиите може да раководат со постапките. Делузии на крадење, насилство и сегментирачки делузии се типични.

- Кај психотичната депресија, пациентот често има нереални конструкции на мисли, чувства на вина и делузии, поврзани со телесните функции.
- Кај маничната психоза, расположението на пациентот е зголемено или иритабилно. Однесувањето е неконтролирано и хиперактивно.
- Симптомите, индуцирани од деменцијата, најчесто вклучуваат делузии на крајби и визуелни халуцинации. Делузиите на љубомора исто така може да се појават. Чести се погрешни идентификации. Психотичните симптоми често се транзиторни.

## **КЛИНИЧКА ПРОЦЕНКА**

### **Информации за историјата**

- Почеток и тек на состојбата: кој прв започнал да обраќа внимание на психотичните симптоми и зошто?
- Податоци за претходни психотични растројства.
- Соматски болести и лекови кои се употребуваат за нивно лекување; актуелни соматски симптоми.
- Ако е возможно, вреди да се надополни образложението на пациентот за неговото/нејзиното доживување со информирање за тоа што мислат за ситуацијата членовите на семејството или лицата кои се грижат за пациентот. Ако не е неопходно, постарите лица не им кажуваат на непознати за нештата кои сметаат дека се засрамувачки, но лицата кои се блиски со нив можат да слушнат за нивните доживувања.
- Осигурете се дека имате објективна проценка на ситуацијата: на пример дали може пациентот навистина да биде жртва на кражба? Кое е значењето на содржината?
- Зошто проценката е неопходна сега? Како се променила ситуацијата?

### **Психијатриска егзаминација**

- Дали е возможно да се воспостави контакт со пациентот? Дали пациентот може да зборува за ситуацијата?
- Содржина на мислите: што мисли пациентот, како тој/таа ги извлекува заклучоците, дали тој/таа е во состојба да се запраша за неговите/нејзините сопствени објаснувања на настаните?
- Во текот на интервјуто пациентот може да биде запрашан, на пример, за тоа како тој/таа забележал/а или ја сфатил/а нереалната содржина за која тој/таа зборува.
- Дали пациентот се чувствува загрозен и дали затоа тој/таа е опасен/а за околината?
- Проценката на когнитивните функции е значајна: како функционираат паметењето и перцепцијата?
- Расположение: дали пациентот е депресивен, хиперактивен, исплашен, анксиозен, дефанзивен или агресивен?
- Ниво на функционален капацитет? Некои промени?

### **Физикална проценка**

- Дали психозата е причинета од претходно дијагностицирана соматска болест или од лековите, користени за нејзино лекување?
- Дали пациентот има акутни или нелекувани соматски болести?

### **Социјална проценка и проценка на животната средина**

- Дали пациентот е бездомник, нечист, гладен?
- Дали сместувањето е адекватно?
- Дали е достапна поддршка? Дали членовите на семејството или соседите се исцрпени или агитирани?
- Дали пациентот сака да добие помош (сервиси за престој, домашна нега итн.)?

## ПРОЦЕНКА НА УРГЕНТНОСТА ОД ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Дали пациентот е анксиозен, исплашен, депресивен или агитиран?
- Дали пациентот е во состојба соодветно да се грижи сам за себе?
- Дали пациентот е во состојба да соработува?
- Дали пациентот има таков ризик кон себе или кон другите што хоспитализацијата е оправдана? Пациентот може да биде опасен ако тој/таа се чувствува загрозен. Лицето со силни сомневања или љубомора е потенцијално опасно. Лицето со нарушено паметење може да биде агресивно и насилно. Психотичната депресија може да наметнува автодеструктивно однесување, причинето од нереалните мисли за вина.

## ДИЈАГНОСТИЧКИ АЛТЕРНАТИВИ ЗА ПСИХОЗА

- Ненадеен почеток на симптоми со дезориентација и конфузија: може причината да биде делириум?
- Психотични симптоми, органски симптоми (особено невролошки, ендокринолошки и метаболни симптоми): органска основа?
- Психотични симптоми, органска болест која се лекува со медикаменти: дали психозата е причинета од лекот?
- Психотични симптоми, нарушување на паметењето и глобално нарушување во функционирањето: деменција?
- Долга историја на психијатриско растројство, инкохерентен говор, чудно однесување: шизофренија.
- Тесно дефиниран кохерентен делузивен систем, инаку способност за функционирање, нема забележлива деменција: психоза, слична на шизофренија со доцен почеток?
- Депресивно расположение, безнадежност, субмисивност, чести соматски делузии: депресија.
- Хиперактивност и параноидни обвинувања: манија во постара возраст?
- Долготрајна склоност кон сомневања и резервираност, нема јасно искривено чувство за реалноста: параноидно растројство на личноста.
- Ужива да биде сам/а, ги одбегнува социјалните контакти, нема забележливи проблеми со околината, се оплакува на суровоста на светот: нема психијатриска дијагноза.

## ТРЕТМАН

### Непосредни цели на третманот

- Третман на акутната криза и осигурување на непосреден третман.
- Унапредување на соматската состојба; третман на секоја можна органска болест, скриена зад психотичните симптоми.
- Проценка на реалната потреба од актуелните лекови кои го предиспонираат пациентот на психотични симптоми.
- Подобрување на физичката кондиција.
- Ублажување на анксиозноста и стравот.
- Ако старото лице е опасен/опасна кон себе или кон околината, ако е неопходно, се спроведува принуден психијатриски третман.

### Долготрајни цели на третманот

- Редукција на психичкото страдање.
- Основање и одржување на довербата на пациентот и согласноста за третман.
- Се препорачува да се користат соматските симптоми и третманот на соматските болести во изградување на третман релацијата.
- Ако е можно, умерена толеранција на симптомите.
- Психотичните симптоми како такви не треба да бидат директно категоризирани како болест. Халуцинациите и делузиите се реални за старото лице. Често се препорачува да се бараат “достојни” патишта надвор од нив.
- Редукција на изолацијата.

- Поддршка за семејството и информирање на лицата кои се во контакт со пациентот. Ако пациентот има внуци или правнуци во семејството, се препорачува да се дискутира со нивните родители дали тие сакаат поддршка за тоа како да дискутираат со нивните деца за симптомите на нивните дедовци/баби.
- Се нудат службите за поддршка и советување. Фокусот треба да биде на справување на пациентот со секојдневниот живот.
- Пациентот се упатува и се поддржува при изборот на модели на активности кои се прифатливи и за самиот пациент и за околината.

#### **Антипсихотични медикаменти**

- Изборот на лекот треба да се заснова на индивидуална проценка, земајќи ја во предвид психијатриската или физичката состојба која може да е основа за психотичните симптоми. Другите придружни физички болести и лековите кои се користат за нивно лекување исто така влијаат на изборот на медикаментите.
- Се препорачува да се одложи започнувањето на медикаментозниот третман, сè додека јасно не се дефинира клиничката дијагноза, освен ако состојбата на пациентот бара брзо започнување на медикацијата.
- Антипсихотичните медикаменти се примарен избор кај делузивните и психозите од шизофрен тип кај старите лица.
- Кога се започнува медикацијата, се употребуваат најниските можни дози за да се избегнат несакани ефекти.
- Дозите на лековите треба да бидат 20-50% или дури и пониски од дозите кои се користат кај помладите возрасни лица.
- Пациентите кај кои болеста започнала во млада возраст често употребувале повисоки дози на антипсихотици со години. Редукцијата на дозите на лековите често е оправдана во понапредната возраст.
- Антипсихотичните медикаменти обично се ординираат за ограничен временски период. Потребата за лекови се проценува во регуларни интервали.
- Не постои реален доказ дека некој посебен лек е повеќе ефикасен од друг. (ннд-**D**)
- Кога се лекуваат психотични симптоми кај пациент со деменција, индикациите за медикација треба да се проценуваат со особена внимателност. Медикаментозниот третман, главно, се планира за одреден временски период, на пример максимално за 3 месеци и дозирањето обично е многу внимателно.
- Препорачани антипсихотични медикаменти вклучуваат, на пример:
  - risperidone 0.25-1-2 mg/дневно.
  - quetiapine 12.5-25 mg x1-2/дневно со зголемување на дозата до 75 mg x2/дневно.
  - olanzapine (2.5-)-5(-10) mg/дневно.
  - haloperidol 0.5-2(-4) mg/дневно.
  - Што се однесува до aripiprazole и ziprasidone, сè уште не постојат докази од истражувања за третман на пациенти над 65-годишна возраст. Како резултат на нивниот слаб антихолинергичен ефект, тие во принцип може да бидат корисни.
- Парентералните препарати се користат ако пациентот е психотичен или насилно се однесува:
  - haloperidol 2.5-5 mg x2-3/дневно i.m.
  - risperidone депо инјекции 25 mg i.m.; ефектот трае 2-3 недели.
- Типичниот антипсихотик халоперидол ја ублажува агитацијата и конфузијата без седирање на стариот пациент.
- Антипсихотиците со продолжено дејство не треба да бидат започнати кај психоза пред да биде прво потврдена соодветноста на лекот со употреба на краткотрајно делувачката форма на препаратот. Третманот треба да го спроведуваат лекари кои имаат специјална стручност за антипсихотична медикација кај стари лица. Третманот со долготрајните (депо) препарати се започнува со најниската доза на оралниот препарат. Проценката на несаканите ефекти треба да се врши по секоја инјекција.
- Пациентите со доцен почеток на психоза, слична на шизофренија, често сиромашно ја толерираат медикацијата.

- Стапката на несакани ефекти е пониска со атипичните антипсихотични медикаменти risperidone (ннд-В), quetiapine и olanzapine отколку со типичните антипсихотици. Почетокот на дејството може да биде побавен со атипичните, во споредба со типичните антипсихотици.
- Кога долготрајната антипсихотична медикација не може да биде избегната, треба да се претпочитаат атипичните антипсихотици.
- Несаканите ефекти на антипсихотичните медикаменти кои бараат посебно внимание вклучуваат екстрапирамидни симптоми, тардивна дискинезија, хипотонија, пролонгирање на QT-интервалот на ЕКГ и антихолинергични ефекти кои може да бидат очевидни како детериорација на когнитивните функции.
- Атипичните антипсихотици предизвикуваат најмалку екстрапирамидни симптоми и антихолинергични несакани ефекти кои ги нарушуваат когнитивните функции кај пациентот, но несаканото зголемување на телесната тежина, асоцирано со нивната употреба, некогаш е проблем исто така и кај старите лица.
- Треба да се запомни дека рисперидонот и оланзапинот потенцијално може да го зголемат ризикот за мозочен инфаркт.
- Ако психотичните симптоми се причинети од депресија, пациентот се лекува со антидепресиви, често комбинирани со антипсихотични медикаменти или со електроконвулзивна терапија (ЕКТ).

### **ТРЕТМАН И СЛЕДЕЊЕ**

- Локален центар за здравствена заштита или старател.
- Домашна нега: сервиси за домашна нега (доктор, сестра, домашна помош), психијатриски амбулантски сервис.
- Дневна болница.
- Психијатриска болница: акутна нега и грижа на стари лица со тешки симптоми или со проблеми со третманот.
- Психогеријатриска домашна нега и грижа или старател.

### **КОГА ДА СЕ КОНСУЛТИРА ПСИХИЈАТАР?**

- Дијагнозата не е јасна.
- Се разгледува хоспитален третман или принуден психијатриски третман и нега.
- Медикацијата е проблематична.

### **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

#### **Литература**

- Hassett A, Ames D, Chiu E. (edit). Psychosis in the elderly. Taylor & Francis, Trowbridge, 2005.
- Arunpongpaisal S, Ahmed I, Aqeel N, Suchat P. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2): CD004162. PubMed
- Cohen CI (ed.) Schizophrenia into later life. American Psychiatric Publishing, Inc., 2003.
- Harvey PD, Bertisch H, Friedman JI, Marcus S, Parrella M, White L, Davis KL. The course of functional decline in geriatric patients with schizophrenia: cognitive-functional and clinical symptoms as determinants of change. Am J Geriatr Psychiatry 2003 Nov-Dec; 11(6): 610-9. PubMed
- Cervantes AN, Rabins PV, Slavney PR. Onset of schizophrenia at age 100. Psychosomatics 2006 Jul-Aug; 47(4): 356-9. PubMed
- Moore R, Blackwood N, Corcoran R, Rowse G, Kinderman P, Bentall R, Howard R. Misunderstanding the intentions of others: an exploratory study of the cognitive etiology of persecutory delusions in very late-onset schizophrenia-like psychosis. Am J Geriatr Psychiatry 2006 May; 14(5): 410-8. PubMed

- Uchida H, Suzuki T, Mamo DC, Mulsant BH, Tanabe A, Inagaki A, Watanabe K, Yagi G, Tomita M. Effects of age and age of onset on prescribed antipsychotic dose in schizophrenia spectrum disorders: a survey of 1,418 patients in Japan. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jul; 16(7): 584-93. PubMed
- Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jan; 59(1): 53-9. PubMed
- Ostling S, Börjesson-Hanson A, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population-based sample of 95-year-olds. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 Dec; 15(12): 999-1004. PubMed
- Jeste, DV. Jeste DV. Can medication-free research ever be ethical in older people with psychotic disorders? *Schizophr Bull* 2006 Apr; 32(2): 303-4. PubMed
- Links not boundaries: service transitions for people growing older with enduring or relapsing mental illness. Royal College of Psychiatrists, London. College Report CR153, January 2009.

Authors:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00783 (022.003)

© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори:

Pirkko Hiltunen and Tuula Saarela

Article ID: ebm00471 (022.003)

© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 09.03.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до март 2016 година.**