

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 РАСТРОЈСТВОТА НА ПОВЕДЕНИЕТО КАЈ ДЕЦА И КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при растројствата на поведението кај деца и кај адолесценти.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при растројствата на поведението кај деца и кај адолесценти 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 растројствата на поведението кај деца и кај адолесценти 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

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при третман на растројства на поведението кај деца и кај адолесценти („Службен весник на Република Македонија“ бр.50/14)..

Член 5

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

Бр. 17-2729/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

РАСТРОЈСТВА НА ПОВЕДЕНИЕТО КАЈ ДЕЦА И КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИ

МЗД Упатство
29.8.2013 • Последна промена 12.7.2013
Päivi Lindholm

- Основи
- Класификација на растројствата
- Дијагноза
- Нивоа на третман
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Растројствата во однесувањето се карактеризираат со повторувачко дрско, антисоцијално или агресивно поведење кое ги повредува социјалните очекувања, соодветни за возраста.
- Раните интервенции, кои се однесуваат и на ризик факторите и на индивидуалните карактеристики на растројството во однесувањето, ја подобруваат прогнозата на овие, често тешки за лекување, растројства.
- Сеопфатната интервенција обично гарантира употреба на мултипрофесионален тим со ефикасни мрежни карактеристики.
- Ако симптомите не се препознаат, оние кои се блиски со детето ќе почнат да ги гледаат бихејвиоралните проблеми како дел од личноста на детето, а не како симптоми кои треба да се лекуваат. Ова за возврат може да води кон песимизам во однос на можноста за третман.

КЛАСИФИКАЦИЈА НА РАСТРОЈСТВОТА

Растројство во поведението, ограничено на семејната средина F91.0

- Абнормалното поведење е ограничено на интеракциите со членовите на потесното семејство или со оние кои живеат заедно. Прогнозата е подобра отколку кај другите форми на растројство во однесувањето.

Несоцијализирано растројство во поведението F91.1

- Детето нема позитивни релации со другите и има сиромашни емпатиски способности.

Растројство во социјализираното поведење F91.2

- Детето има пријателства со други од истата возраст и е способно да чувствува емпатија со нив. Суперегото на детето може да отстапува од нормите на општеството, но е во согласност со сродната група (банда).

Опозициско пркосно растројство F91.3

- Вообичаено се среќава кај деца на старост под 10 години.
- Поведението на детето е типично недисциплирано, без да е сериозно агресивно.
- Ако се остави нелекувано, често се развива во едно од претходно споменатите растројства во поведението.

ДИЈАГНОЗА

- Не сите бихејвиорални проблеми се растројства во однесувањето. Дијагнозата бара внимателна проценка и исполнување на МКБ-10 критериумите. Уште повеќе што на овие деца им недостига совест и имаат сиромашни емпатиски способности.
 - Симптомите мора да вклучуваат некои од следниве: често губи трпение, се расправа, непослушен е, намерно ги вознемирува луѓето, ги обвинува другите за сопствените грешки, лесно се вознемирува, често е лут, пакосен или одмаздољубив, лаже за да се здобие со личен беневит, вклучен во физички пресметки, користи оружје, останува надвор ноќе и покрај забраните (започнува пред 13 години), физички немилосрден кон луѓето и кон животните, ја уништува сопственоста на другите луѓе, намерно предизвикува пожар, краде, бега од училиште, бега од дома, врши злосторство, конфронтирајќи се со жртвата, принудена сексуална активност, тиранизирање и заканување, провални грабежи.
- Дијагнозата единствено може да се постави ако детето покажува повторувачки и перзистентен модел на однесување. Изолирани антисоцијални или криминални акти не се сами за себе основа за дијагноза.

Други растројства

- Растројствата во однесувањето често се асоцирани со други растројства, најчесто со дислексија, нарушувања во активноста и во вниманието, хиперкинетско растројство во однесувањето (F90.1) и депресија (депресивно растројство во однесувањето F92.0).

Диференцијални дијагнози

- Растројство во однесувањето не може да се дијагностицира во присуство на, на пример тешко развојно растројство, манија или антисоцијално растројство на личноста. Овие дијагнози имаат приоритет над дијагнозата растројство во однесувањето и растројството во однесувањето треба да се набљудува како интегрален дел од овие растројства.
- Диференцијалната дијагноза, исто така, треба да ја разгледа можноста од невролошко оштетување или болест (на пример, одредени типови на епилепсија) кое може да биде асоцирано со нагли напади на агресивност.
- Изолирани бихејвиорални проблеми се забележуваат кај многу психијатриски растројства без да бидат исполнети критериумите за растројство во однесувањето.
- Без оглед на дијагнозата, мерките кои му нудат помош на детето со растројство во поведението (види подолу), исто така, често ќе покажат беневит кај други растројства кои може да вклучуваат проблеми во однесувањето.

НИВОА НА ТРЕТМАН

- Примарниот здравствен персонал има блиска поврзаност со локалната средина и затоа тие се клучната позиција за идентифицирање на бихејвиоралните симптоми, како и ризик факторите кои може да придонесат за појава на растројства во однесувањето.
- Ризик фактори поврзани со семејството
 - На семејниот живот често му недостигаат правила и регулативи и моделот за одгледување на дете не е конзистентен. Дискусиите и вештините за решавање на проблемот се сиромашни.
 - Ризикот од бихејвиорални проблеми е особено висок кај децата чиј семеен живот вклучува насилство, злоупотреба на супстанции или криминална активност.
- Други ризик фактори
 - Генетски и други биолошки ризик фактори, ризик фактори, асоцирани со интеракцијата на семејството со надворешниот свет, ризик фактори, асоцирани со условите за живеење и средината, како и разни социјални ризик фактори.
- Примарниот здравствен персонал треба да го процени следново

- Историјата на развојот на детето, минатите симптоми, актуелната состојба.
- Домашната ситуација и функционирањето на детето во социјалната мрежа.
- Физикална и невролошка екзаминација, лабораторија и други испитувања ако се индицирани (на пример параметри на гликоза во крв, тироидни тестови, хромозомско тестирање или ЕЕГ).
- Ако е потребно, проценка од страна на терапевт за говор (проблеми, асоцирани со дислексија), окупационен терапевт, физиотерапевт или психолог.
- Некои случаи на растројство во поведението може да се лекуваат во примарното здравство во соработка со семејството и со блиската социјална мрежа (дневна нега, училиште, социјални сервиси, детска социјална служба, клиника за злоупотреба на супстанции итн.).
- Распределбата на задачите меѓу примарната здравствена заштита и специјалистичката здравствена заштита е соодветна. Како и да е, консултација со клиника за семејни упатства, детски/адолесцентни психијатриски сервиси или детска/адолесцентна психијатриска клиника секогаш е индицирана кога:
 - Станува очигледно дека потребните испитувања се надвор од подрачјето на примарната здравствена заштита.
 - Пациентот има сериозни симптоми; автодеструктивното однесување секогаш е индикација за неодложно/итно упатување на специјалистичка нега.
 - Симптомите се умерени, но перзистираат и покрај третманот и супортивните мерки.
 - Постои сомневање за истовремена психолошка состојба или е идентифицирана потреба за сеопфатна диференцијална дијагноза.

ТРЕТМАН

- Третманот е базиран на план за нега кој е зацртан заедно со семејството и сите соодветни блиски контакти.
- Третманот е мултиаспектен и треба индивидуално да се адаптира за секој случај.
- Планот за третман треба, исто така, да ги опфати и ризик факторите и факторите кои ја поддржуваат актуелната ситуација. Сите релевантни особености мора да функционираат заедно за да се постигне оваа цел.
- На родителите треба да им се помогне да ги развијат нивните родителски способности и способностите за одгледување на дете. Родителите, исто така, може да имаат потреба од поддршка за да се справат со нивните проблеми (на пример, проблеми со менталното здравје или злоупотреба на супстанции). Ако е можно, треба да се даде и мислење за условите на живеење на семејството, ситуацијата во дневниот центар за нега/училиштето, како и секојдневното слободно време на детето/адолесцентот (на пример, протоколни активности).
- Службениците во социјалниот сервис/детската социјална служба се значајни партнери кога се имплементираат, на пример, супортивни мерки. Ситуацијата на детето и на неговото/нејзиното семејство понекогаш може да биде таква што преместувањето на детето од родителската нега и грижа во центри за грижа станува неопходно.
- Упатствата за родителите и разните семејни интервенции (охрабрувајќи рана интеракција, видео-асистирана семејна рехабилитација итн.) формираат значаен дел од целокупниот третман. Приодите кои се користат во семејната терапија обично вклучуваат бихејвиорални методи и методи за решавање на проблемот.
- Упатствата, дадени на персоналот од дневната нега и на наставниците се значајни, како што се разни мерки за поддршка кои се однесуваат на дневната нега/школувањето на детето.
- Да се забележи! Дислексијата, на пример, може да ги потенцира симптомите. Земањето во предвид на овие проблеми и обезбедувањето соодветна поддршка на училиште се значајни делови од севкупната помош, понудена на детето со бихејвиорални проблеми.
- Некои деца/адолесценти со бихејвиорални проблеми, исто така, ќе имаат бенефит од различни индивидуални или групни психотерапевтски методи, како и од други индивидуални или групни терапии.

- Медикаментозниот третман треба да го започне лекар специјалист и тој е резервиран за случаи кои се тешки за лекување, како дополнително на другиот третман.
- Ако грижата во средината се покаже дека е неадекватна, треба да се земе во предвид хоспитален престој.
- Хоспиталната грижа и нега обично се состои од бихејвиорална терапија, додека се работи заедно со семејството на детето и социјалната мрежа.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Рисперидонот во споредба со плацебо може да ја редуцира агресивноста и проблемите во однесувањето кај деца на возраст од 5 до 18 години со проблематично растројство во поведението за краток период (4 до 10 седмици) (ннд-С).
- Бихејвиоралните и когнитивно-бихејвиоралните интервенции на родителите, базирани на група, се покажале како ефикасни во редуцирањето на проблемите во однесувањето на детето и во подобрувањето на родителските вештини и менталното здравје на родителите (ннд-В).
- Тренинг програмите за родителите, базирани на група, за унапредување на емоционалното и бихејвиоралното адаптирање кај децата на возраст од три години и повеќе може да бидат корисни (ннд-С).
- Медиумски базирани интервенции се умерено ефикасни за бихејвиоралните растројства кај децата (ннд-А).
- Терапевтското посвојување и нега може да биде корисна интервенција за да им се помогне на деликвентните деца и млади лица со бихејвиорални проблеми да се постават во семејни услови (ннд-С).

Други докази

- Родителската интервенција како превентивна интервенција веројатно го намалува проблематичното однесување кај децата со ризик од растројство во однесувањето и е ефикасна во споредба со контролната листа на чекање (ннд-В).

Литература

- Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z (Eds.). What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. New York 2002: The Guilford Press.

Претходни автори:

Irma Moilanen

Последно ажурирање 29.8.2013 • Последна промена 12.7.2013

Article ID: ebm00700 (033.006)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 29.8.2013, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството не е ажурирано до 2014 година.**
3. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
4. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала **Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.**

Координатор: **Проф. д-р К. Зафировска**