

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ ДЕПРЕСИЈА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИТЕ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман на депресија кај адолесцентите.

Член 2

Начинот на третман на депресија кај адолесцентите е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на депресија кај адолесцентите 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 третманот, 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. 07-6620/2
19 ноември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДЕПРЕСИЈА КАЈ АДОЛЕСЦЕНТИТЕ

МЗД Упатство
23.9.2010

- Основи
- Епидемиологија
- Етиологија
- Симптоми
- Испитување и упатување на депресивен адолесцент
- Третман на депресијата
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Депресивните чувства се чести кај адолесцентите: кај најголемиот дел, сепак, ова е нормативен начин на доживување на растењето и развојот на младоста.
- При евалуацијата на депресијата кај адолесцентот треба да се земат предвид актуелната фаза во развојот на адолесценцијата и настаните во животот кои би можеле да влијаат на расположението.
- Депресијата на еден адолесцент може да биде презентирана преку разни симптоми, таа може да биде маскирана, на пример, со хобија кои фанатично се практикуваат или со нарушувања во поведението (на пример, конфликтност, крадење, злоупотреба на супстанции). Типично е младото лице да изгледа депресивно само кога тоа/таа зборува за депресијата.
- Депресивните адолесценти пушат цигари и употребуваат дроги и алкохол почесто отколку другите млади лица.
- Депресијата кај адолесцентот е психијатриско растројство на кое мора сериозно да се пристапи и соодветно да се лекува.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Во согласност со студиите на популација, преваленцијата на тешката депресија (големо депресивно растројство во DSM-III-R) е 3.4%, со застапеност на лесната долготрајна депресија (Dysthymia DSM-III-R) од 3.2% и со животна преваленција на тешката депресија од 13%. Јасно е дека депресивните состојби сè почесто се застапени кај девојките отколку кај момчињата. Во согласност со разните студии околу 40% од депресивните манифестираат некој друг психијатриски коморбидитет.
- Тешката депресија кај адолесцентот е асоцирана со зголемен ризик за самоубиство. Во постмортем студиите на адолесцентите кои извршиле самоубиство, се покажало дека 51 до 80% страдале од тешка депресија. Ризикот од автодеструктивност се зголемува ако со депресијата се асоцирани злоупотребата на супстанции и асоцијалното однесување.
- Бидејќи тешката депресија кај адолесцентот предизвикува различни долготрајни несакани ефекти на здравјето и го зголемува суицидниот морталитет, превентивните сервиси во САД препорачуваат активен скрининг на депресијата кај адолесцентите, ако се достапни соодветни дијагностички и терапевтски сервиси според актуелните протоколи за третман.

ЕТИОЛОГИЈА

- Факторите кои влијаат на развојот на депресијата не се познати во детали, но и социодемографските фактори и несаканите животни настани е покажано дека се асоцирани со депресијата. Опсервирано е дека депресивните адолесценти имале посиромашни социјални способности отколку другите млади луѓе и имале понегативен поглед кон себеси отколку другите.
- Ризикот од развој на клиничка депресија е поголем ако некој друг член во семејството страдал од тешка депресија или биполарно афективно растројство.

СИМПТОМИ

- Психијатриските симптоми асоцирани со нормалниот развој се минливи и не се асоцирани со директната или индиректната автодеструктивност, а способноста на младата личност да функционира не е нарушена.
- Важно е да се диференцираат чувствата на депресија кои се нормативни за адолесцентот и патолошката депресија.

Нормативна депресија во адолесценцијата (или тага поврзана со загуба)

- Чувство на тага и загуба, плачење.
- Менување на расположението: тага-омраза-радост.
- Неочекувани промени на самопочитта.
- Повремена загриженост за физичката појава.
- Мали физички симптоми.
- Повремени нарушувања на сонот.
- Затскривање, наизменично или зад примитивните (на пример, негирање, обвинување на другите, разделување) или созреаните (на пример, рационализација, одбивање) механизми на одбрана.
- Социјалните релации не се засегнати, како што е способноста да се ужива во храната и хобијата и да се биде лудо вљубен.

Патолошка депресија

- Меланхоличност, злодејност, чувство на празнина или постојана иритација.
- Неконтролирани изливи на чувства.
- Тешкотии во концентрацијата.
- Чувства на безвредност и срам, понекогаш нереални чувства на вина.
- Размислувања за смртта, суицидни идеи, планови за самоубиство
- Растројства во спиењето (тешкотија да заспие, будност, рана утринска инсомнија, кошмари).
- Флукуации во тежината.
- Грижа за сопственото тело до степен на хипохондрија.
- Болки и разни соматски тегоби.
- Мала способност да се радува на што било.
- Помалку контакти и поретки релации со другите.
- Главно, примитивни одбранбени механизми.

ИСПИТУВАЊЕ И УПАТУВАЊЕ НА ДЕПРЕСИВЕН АДОЛЕСЦЕНТ

- Треба да се исклучат соматските причини за заморливоста, апатијата итн.
- Кога се испитува депресивен адолесцент треба да се има предвид дека младото лице може да има негативен став за себеси и може да му е тешко да зборува со непознато лице. Да се обезбеди време за дискусија и да се постават директни прашања кои ќе овозможат одредување на траењето и на природата на симптомите и нивното влијание на

секојдневниот живот. Прашањата кои се однесуваат на училиштето, хобијата и времето поминато со пријателите се важни. Прашањата кои се однесуваат на автодеструктивните мисли треба да се постават одделно бидејќи тие може да бараат веднаш да се реагира.

- Структуриран прашалник за симптомите може да се користи за проценка на интензитетот на депресијата, на пример, Бековиот инвентар на депресија (BDI) (ннд-**B**)¹ или Бековиот инвентар на депресија модифициран од Raitasalo (RBDI) прашалникот кој е специфичен за адолесценти. Бековиот прашалник е корисен скрининг-метод за детектирање на депресијата, иако дава и некои лажно позитивни резултати.
- Ако депресијата на адолесцентот е пролонгирана или се опсервирани симптоми на тешка депресија или автодеструкција, младата личност треба да се упати на егзаминација во специјалистичкото психијатриско одделение за адолесценти.
- Адолесцентот треба да се упати веднаш ако постои ризик од самоубиство. Во евалуацијата може да биде корисна телефонската консултација со специјалистичкото одделение.
- Лесните депресивни состојби и реакциите на тага може да се третираат во примарната здравствена заштита.

ТРЕТМАН НА ДЕПРЕСИЈАТА

- Во примарната здравствена заштита адолесцентот може да биде третиран со супортивни дискусии. Ако е потребно, може да се употреби привремена медикација за редуцирање на симптомите, на пример, хипнотици или анксиолитици во многу кратки интервали. Сепак, ако симптомите не се редуцираат или способноста на младото лице да функционира се намалува, можеби ќе биде неопходна евалуација од страна на специјалистичко одделение (да се има предвид можноста од телефонска консултација).
- Дијагнозата на тешка депресија, планирањето и следењето на третманот се спроведува во специјализирана единица. Бидејќи значителен дел од депресивните состојби со ран почеток (<20-годишна возраст) се развиваат во тешки состојби на депресија, значајно е да се направи аранжман за долготраен третман кој, исто така, ќе ги опфати и останатите постојни ментални растројства.
- Адолесцентите примарно се третираат со различни психотерапевтски методи комбинирани со неопходната медикација. Тесната соработка со родителите и мерките за поддршка на родителството се значаен дел од третманот. Рехабилитацијата, исто така, често е потребна (на пример, едукација, социјална поддршка).
- Кратките когнитивно-бихевиорални терапии (ннд-**A**) се ефикасни.
- Исто така, интерперсоналната психотерапија се покажала како ефикасна во третманот на тешката депресија кај адолесцентите, но генерализацијата на резултатите е под прашање поради малите популации во студиите.
- Не постојат контролни студии за долготрајните психодинамски терапии.
- Нерешените конфликти во релациите со родителите влијаат на закрепнувањето од тешката депресија.
- Третманот на адолесцентната депресија може да има потреба од медикација за да се ублажат симптомите, да се возобнови способноста за функционирање и во некои случаи да се овозможи започнување на други форми на третман.
- Трицикличните антидепресиви не се покажале дека се поефикасни од плацебо (ннд -**B**) и тие не се препорачуваат за адолесцентите.
- Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин (SSRI) се покажале како најмалку корисни во третманот на тешката депресија.
- Ако адолесцентот имал манични или хипоманични фази или има позитивна семејна историја за биполарно афективно растројство, можната медикација со SSRI мора да биде започната под блиска супервизија или ако е потребно истовремено да се користат антипсихотични медикаменти.

¹ ннд – ниво на доказ

- Се препорачува медикаментозниот третман да се продолжи во период од најмалку 4 до 6 месеци. Започнувањето и следењето на медикацијата мора да се спроведува на планиран начин бидејќи автодеструктивните импулси може да се зголемат во иницијалната фаза од третманот.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

21.6.2009

Резиме на докази

- Електрoконвулзивната терапија може да биде ефикасна и кај деца и адолесцентни (ннд-С).
- Трицикличните антидепресиви изгледа дека не се поефикасни од плацебо од при третман на депресија кај деца. Тие може да бидат гранично ефикасни кај адолесценти (ннд-В).

Литература

1. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ* 2010 Jan 22;340():c209. [PubMed](#)
2. Asarnow JR, Jaycox LH, Tompson MC. Depression in youth: psychosocial interventions. *J Clin Child Psychol* 2001 Mar;30(1):33-47. [PubMed](#)
3. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 Dec;35(12):1602-10. [PubMed](#)

Authors:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00253 (034.011)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Mufson L, Firkbank J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1145-1155
2. Windle RC, Windle M. An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect and suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:921-929
3. Marttunen M. Adolescent suicide in Finland. Publications of the National Public Health Institute. KTL A2. T-Print Ky, Hyvinkää 1994
4. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:643-649
5. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1996;31:1575-1583
6. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:465-473
7. Birmaher B, Brent D, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D, Iyengar S, Ulloa R. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:29-36

8. Sallee FR, Vrindavanam NS, Deas-Nesmith D, Carson SW, Sethuraman G. Pulse intravenous clomipramine for depressed adolescents: double-blind, controlled trial. *Am J Psychiatry* 1997;154:668-673.
9. Barbuli C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ* 2009 Feb 3;180(3):291-7. PubMed
10. US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 2009 Apr;123(4):1223-8. PubMed
11. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Jun;61(6):577-84. PubMed
12. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J, Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004 Aug 18;292(7):807-20. PubMed

Authors: Eila Laukkanen Article ID: ebm00703 (034.011) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 23.9.2010, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во септември 2015 година.**