

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 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ТРЕТМАН НА АКУТНА ПСИХОЗА

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман на акутна психоза.

Член 2

Начинот на третман на акутната психоза 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 акутна психоза, 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 од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2966/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Годоров

АКУТНА ПСИХОЗА

МЗД Упатство
28.11.2011

- Основи
- Прва психотична епизода
- Испитувања за да се исклучи непсихијатриска патологија
- Психијатриска екзаминација
- Рејтинг скали
- Растројства во интеракцијата и мислењето
- Иницијална медикаментозна терапија за психотичните симптоми
- Акутна егзацербација на постоечко психотично растројство
- Медикаментозен третман во примарната здравствена заштита
- Медикаментозен третман во болница
- Терапевтски приод при акутна состојба
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Психотичното однесување е **симптом** кој рефлектира искривено чувство за реалноста и вклучува одредени сензорни функции или мисловни процеси. Актуелните психотични **растројства** имаат пообемна симптоматологија и исто така одредени критериуми кои се однесуваат на времетраењето на состојбата.
- Акутната психоза може да се развие секундарно на психијатриска или органска болест, медикаменти или апстиненцијални симптоми.
- Што се однесува на прогнозата, придржувањето на третманот е позначаен фактор отколку брзината со која се елиминираат психотичните симптоми.
- Интоксикацијата не ја превенира екзаминацијата или упатувањето на пациентот или, пак, хоспитализацијата за опсервација.

ПРВА ПСИХОТИЧНА ЕПИЗОДА

- Локалните тимови за ментално здравје, специјализирани за справување со прва психотична епизода се достапни, а психијатарот треба да биде консултиран пред вршење на било какви упатувања.
- Средбите со семејството на пациентот и со другите членови на неговата/нејзината социјална мрежа се значајни.
 - Информации за историјата на пациентот и симптомите.
 - Помош во имплементацијата и во придржувањето на третманот.
 - Спроведување на психоедукација.
- Сите непсихијатриски патологии мора да бидат исклучени.

ИСПИТУВАЊА ЗА ДА СЕ ИСКЛУЧИ НЕПСИХИЈАТРИСКА ПАТОЛОГИЈА

- Во примарната здравствена заштита треба да биде спроведена општа екзаминација за да се исклучат невролошки состојби, злоупотреба на супстанции (структурирани прашалници AUDIT, DAST), злоупотреба на ординираните медикаменти, труења и инфекции.
- Најчестите испитувања се: основна крвна слика, вклучувајќи го бројот на тромбоцити, CRP, анализа на урина, калиум, натриум и гликоза во плазма, ALT, јаглехидрат-дефициентен трансферин (CDT) и ако е индицирано ЕКГ, плазма креатинин, тестирање за лекови, плазма TnT и рендген снимка на белите дробови.

- Пред започнување на медикаментите кои може да имаат метаболни несакани ефекти, исто така треба да бидат испитани ВМІ (индекс на телесна маса) на пациентот, крвен притисок и ниво на липиди во крвта на пациентот.

ПСИХИЈАТРИСКА ЕГЗАМИНАЦИЈА

1. Целокупниот спектар на психотични симптоми мора да биде антиципиран.

- Дали пациентот е чувствителен на звуци или светло?
- Дали пациентот слуша нешта кои другите не ги слушаат, звуци кога ќе биде оставен сам, звук на чукање итн. без надворешен стимулус?
- Дали пациентот гледа светлина, фигури, креатури/инсекти, било што друго абнормално?
- Дали пациентот чувствува мириси кои не можат да бидат објаснети?
- Дали постојат чудни телесни сензации?
- Дали пациентот е исплашен? Дали пациентот мисли дека тој/таа е следен или некој се обидува да му/и наштети?
- Дали пациентот мисли дека дека тој/таа е особено значајна личност? Дали тој/таа чувствува дека поседува специјална моќ?
- Дали постојат натприродни доживувања?
- Диференцијацијата помеѓу примарната и секундарната психоза обично не може да биде базирана само на сликата на психотични симптоми.

2. Треба да биде идентифициран преципитирачкиот фактор за психотичните симптоми, исто како и времетраењето и започнувањето на симптомите.

- Краткотрајните психотични растројства, кои не траат повеќе од еден месец, обично се провоцирани од големи стресни настани.
- Шизофренијата може да биде дијагностицирана ако психотичните симптоми опстојуваат подолго од еден месец и се исполнети критериумите за болеста и нејзините ексклузивни критериуми.
- Психозите, индуцирани од супстанции не траат подолго од една седмица, обично само неколку дена откако користената супстанција е повлечена. Ако психотичните симптоми опстојуваат подолго од една седмица откако супстанцијата е повлечена, дијагнозата е примарно психотично растројство, дури и ако злоупотребата на супстанции или истовременото постоење на депривација на сонот биле иницијален преципитирачки фактор.
- Делириум.
- Delirium tremens (алкохолна апстиненцијален делириум) е медицинска итност, на која ѝ претходи многу тешка алкохолна консумација во текот на неколку дена.
- Делузивното растројство е асоцирано со долготрајно, но дефинирано психотично мислење; точното време на почетокот на симптомите може да остане нејасно.
 - На пример, страв од непостоечки деформитет на телото или болест, морбидна љубомора, сомневање дека е отруен или изложен на зрачење.
 - Погрешните верувања се долготрајни и опстојуваат и покрај било каков доказ за спротивното; како и да е, психотичите симптоми не се неопходно забележани во други области.
 - Нема халуцинации.
- Симптомите на психотичното растројство на личноста вклучуваат изолација, бизарни мисли или навики и стеснување на животните хоризонти. Овие карактеристики се присутни уште од младоста на пациентот и тие преовладуваат во сите сфери на животот. Нема халуцинации или актуелно параноидно мислење.
- Дисоцијативното растројство може да наликува на психоза и тоа особено треба да се има на ум ако пациентот доживеал сериозна ментална траума и симптомите се поврзани со емоционалниот стрес. Траењето на симптомите е кратко во споредба со вистинските психотични симптоми.

3. Мора да биде идентификувано расположението на пациентот.

- Маничното расположение и симптоми може да се сретнат и кај биполарното афективно растројство и кај шизоафективното растројство.
- Психотичната депресија често се карактеризира со ирационални чувства на вина и во некои случаи пациентот слуша акустични гласови. Во овие случаи, пациентот секогаш треба да биде прашан за гласови кои поттикнуваат суицид. Перцепцијата на мирис на изгниено може да биде знак на психотична депресија. Психотичната депресија е асоцирана со тешка депресија, биполарно афективно растројство или шизоафективно растројство.

РЕЈТИНГ СКАЛИ

- Интензитетот на маничните епизоди може да се процени, на пример, со Јунговата рејтинг скала за манија.
- Рејтинг скали, соодветни за евалуација на депресивните симптоми, се Бековиот инвентар за депресија (BDI), the Calgary Depression Scale, the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale и Хамилтоновата рејтинг скала за депресија (HDRS).
- Прашалникот за растројство на расположението (MDQ) може да биде употребен како скрининг скала за биполарното афективно растројство.

РАСТРОЈСТВА ВО ИНТЕРАКЦИЈАТА И ВО МИСЛЕЊЕТО

- Инкохеренција: говорот на пациентот е нејасен или конфузен.
- Губиток на асоцијациите: говорот на пациентот е секвенца од неповрзани идеи, тешко е да се следи содржината и поврзаноста меѓу идеите не е јасна за слушателот.
- Кататонија: состојба на моторна имобилност, во тек на која држењето на пациентот не може да биде модифицирано и пациентот не реагира на говор.
- Брзи погледи на страна, внимателност, сомничавост.
- Конкретно мислење: пациентот не се осврнува на неговите/нејзините емоции, туку само на настаните или нештата.
- Психозата исто така може да се карактеризира со тоа што пациентот ќе го врати назад прашањето, поставено од страна на егзаминаторот или ќе одговори со “Не знам” или ќе даде одговори кои се многу кратки и нејасни.

ИНИЦИЈАЛНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЈА ЗА ПСИХОТИЧНИТЕ СИМПТОМИ

- Основна цел е да се обезбеди сон и да се редуцира анксиозноста; антипсихотиците не се веднаш неопходно потребни за да се постигнат овие цели, би требало пациентот да се воздржува од нивната употреба.
- Антипсихотичните медикаменти може да бидат започнати во примарната здравствена заштита со внимателно контролирање.
- Антипсихотиците се веднаш индицирани ако пациентот не може да спие и покрај хипнотиците или е вознемирен, агитиран или потенцијално агресивен или суицидален.
- Атипичните антипсихотици (втора генерација на антипсихотици) се генерално фаворизирани.
 - Нивниот профил на несакани ефекти е поповолен.
 - Тие се поефикасни за негативните психотични симптоми и за когнитивните нарушувања.

АКУТНА ЕГЗАЦЕРБАЦИЈА НА ПОСТОЕЧКО ПСИХОТИЧНО РАСТРОЈСТВО

- Ако пациентот веќе прима антипсихотични медикаменти, треба да биде утврдено дали егзацербацијата е резултат на прекин во примањето на медикаментот или недостаток на неговиот ефект.

- Пациент со историја на претходна антипсихотична медикација обично ќе има потреба од повисоки дози отколку пациент со прва психотична епизода.
- Рекурентните психотични епизоди обично се лекуваат со медикамент кој претходно покажал бенефит.
- Генерички сродна супституција на долготрајна медикација треба да се примени по консултација со докторот кој го лекува во примарната здравствена заштита.

МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТЕТМАН ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Иницијален третман
 - Risperidone 0.5-2 мг дневно, терапевтска доза до 6 мг.
 - Quetiapine 25-100 мг дневно, терапевтска доза до 800 мг.
 - Aripiprazole 7.5 мг дневно, терапевтска доза до 30 мг.
 - Olanzapine 5-10 мг дневно, терапевтска доза до 20 мг.
 - Ziprasidone 40 мг два пати дневно, терапевтска доза до 80 мг два пати дневно.
 - Sertindole 8 мг дневно, терапевтска доза до 20 мг.
- Ако состојбата останува неадекватно контролирана и покрај употребата на два од гореспоменатите агенси, клозапинот треба да се земе во предвид: иницијална доза 25 мг дневно, терапевтска доза до 900 мг.
- Индикациите за perazine, иницијално 4-8 мг еднаш или два пати дневно, вклучуваат делузивно растројство и психотична депресија.
- Кај растројствата на расположението, литиум или валпроат може да бидат додадени на медикацијата.

МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН ВО БОЛНИЦА

- За лекување на вознемиреноста и анксиозноста
 - Diazepam 5-10 мг три пати дневно или lorazepam 1-2 мг три пати дневно орално. (ннд-В)
 - Повисоки дози може да бидат потребни ако пациентот има историја на прекумерна консумација на алкохол или злоупотреба на бензодиазепини.
- За лекување на несоницата
 - Лек од избор е антипсихотик со хипнотични особини, кој исто така ќе делува како терапевтски агенс.
 - Ако не е возможно веднаш да се започне антипсихотична медикација или не е постигнат адекватен одговор, zopiclone 7.5 мг, temazepam 20-40 мг или promazine 50-200 мг може да бидат додадени на терапевтскиот режим.
- Критериумите за избор на терапевтски агенс за лекување на првата психотична епизода се исти како и во примарната здравствена заштита. Во присуство на метаболен синдром, треба да се одбере агенс кој има колку е можно понеутрални метаболни ефекти (aripiprazole, ziprasidone). Од лековите од прв избор, olanzapine и quetiapine често предизвикуваат зголемување на телесната тежина.
- Ако е потребно, може да се употребат течни или дисперзибилни лекови.
- Лекот ќе треба да се примени со инјекција ако:
 - Пациентот ги плука или повраќа орално дадените лекови.
 - Неопходна е брза седација при фиксација или со цел да се избегне фиксирање.
- Примена на лековите со инјекција во акутни ситуации:
 - Olanzapine 2.5-10 мг.
 - Максимално 3 инјекции/24 часа, вкупна доза 20 мг/24 часа (вклучува и olanzapine орално администриран).
 - Примена на инјекции не подолго од 3 дена еден по друг.
 - Особено кај маничните или шизофрениформните психози.
 - Haloperidol 5-10 мг со дози меѓу себе разделени од најмалку еден час, до 60 мг/24 часа.
 - Особено кај амфетаминските психози. (ннд-В)
 - Aripiprazole 5.25-30 мг/24 часа (до 3 инјекции/24 часа).
 - Ziprasidone 10-40 мг/24 часа (со инјекции не подолго од три дена еден по друг).

- Zuclopenthixol acetate 50-150 мг е индициран за третман на интензивно агресивни пациенти. Да се дозира со интервал од 2-3 дена поради можните несакани ефекти.
- Ако е употребена фиксација, lorazepam 2-4 мг и.м. често се додава на антипсихотичната медикација.
- Администрацијата на медикаменти со инјекција, спротивно на волјата на пациентот, е акт кој е спротивен на индивидуалните права и затоа е исклучителна процедура, која мора да биде добро објаснета во медицинските белешки.
- Кај делирантна манија, треба да се користат само атипични антипсихотици. Класичните антипсихотици ќе ја влошат конфузијата и вознемиреноста.
- Delirium tremens се лекува со бензодиазепини, администрирани на секои 1-2 часа додека пациентот не засpie. Максималната доза на дијапам е 200 мг. Ако пациентот е многу вознемирен или делирантен, дополнително може да се администрира haloperidol 2.5-5 мг и.м. или и.в.
- Индивидуи кои се многу осетливи на несаканите ефекти од медикаментите вклучуваат развојно онеспособени и психогеријатриски пациенти, како и оние кои претрпеле оштетување на мозокот. Кај овие групи на пациенти треба да се користат пониски дози и, ако е возможно, медикаменти кои не предизвикуваат екстрапирамидни симптоми.

ТЕРАПЕВТСКИ ПРИОД ПРИ АКУТНА СОСТОЈБА

- Осигурајте околината да е доволна мирна и безбедна.
- Повикајте ги членовите на семејството или пријателите да го придружуваат пациентот за да се зголеми неговото/нејзиното чувство на сигурност.
- Избегнувајте прекумерна физичка блискост и ненадејни движења: психотичен пациент ќе ги гледа нив како заканувачки.
- Ако пациентот е внимателен и постојано брзо гледа наоколу, прашајте дали тој/таа се плаши од нешто и кажете му/и дека никој надвор од собата не е во можност да го слушне разговорот, сите присутни се сигурно доверливи итн.
- Разјаснете ги сите нејасни и збунувачки мислења. Ако нешто звучи чудно, може да прашате како тоа може да биде возможно. Што го прави толку значаен пациентот што тој/таа е следен/а? Во повеќето случаи ова е доволно за да се подготви пациентот за фактот дека можеби неговите/нејзините искуства, по сè, не се реални.
- Не влегувајте во расправија со пациентот за неговите/нејзините доживувања; доживувањата секогаш се субјективни. Може да споменете дека, иако знаете дека доживувањето е реално за пациентот, содржината не кореспондира ниту со сликата која вие ја имате за реалноста, ниту, пак, со она што вие го перцепирате.
- Кажете му на пациентот дека инсомнијата често е асоцирана со сензитизација на сетилата и погрешни перцепции кои потекнуваат од мозокот и се чувствуваат реални, но тие немаат надворешни стимули. Информациите за постоењето и карактерот на психотичните симптоми, на општо ниво, ќе ги олеснат конфузијата и срамот кај пациентот и ќе му/и помогнат да ги разјасни неговите/нејзините симптоми.
- Ако забележите дека пациентот станува напнат или го зголемува неговиот/нејзиниот глас, прекинете ја дискусијата на пријателски начин. Охрабрете го пациентот да се смири и опишете како вие ја гледате неговата/нејзината актуелна емоционална состојба (“ти веројатно се разочара од она што го реков”) и не продолжувајте со дискусијата додека не се смири ситуацијата. Ако ситуацијата не се смирува, завршете ја средбата.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 2010; 197(5): 350-6. PubMed
- de Leon J, Greenlee B, Barber J et al. Practical guidelines for the use of new generation antipsychotic drugs (except clozapine) in adult individuals with intellectual disabilities. Res Dev Disabil 2009; 30(4): 613-69. PubMed

Authors:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel01090 (035.010)

© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 Suppl 2(): 20-6. PubMed
2. Waterreus AJ, Laugharne JD. Screening for the metabolic syndrome in patients receiving antipsychotic treatment: a proposed algorithm. *Med J Aust* 2009 Feb 16; 190(4): 185-9. PubMed
3. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010 Jan; 36(1): 94-103. PubMed
4. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, Himelhoch S, Fang B, Peterson E, Aquino PR, Keller W, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010 Jan; 36(1): 71-93. PubMed
5. Rosenbaum B, Harder S. Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. *Int Rev Psychiatry* 2007 Feb; 19(1): 13-23. PubMed.
6. Rathod S, Phiri P, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2010 Sep; 33(3): 527-36. PubMed

Authors:

Outi Mantere

Article ID: ebm01070 (035.010)

© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.11.2011, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до ноември 2016 година.**