

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

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ТРЕТМАН НА АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО**

#### **Член 1**

Со ова упатство се пропишува третман при акутна стресна реакција и посттравматско стресно растројство.

#### **Член 2**

Начинот на третман на акутна стресна реакција и посттравматско стресно растројство е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

#### **Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман при акутна стресна реакција и посттравматско стресно растројство 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 објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9025/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

МЗД Упатство  
11.12.2009

- Основи
- Епидемиологија
- Акутна стресна реакција
- Акутно стресно растројство (DSM-IV)
- Психолошка прва помош и следење по голем инцидент
- Посттравматско стресно растројство (PTSD): симптоми и дијагноза
- Посттравматско стресно растројство: третман
- Поврзани извори

### ОСНОВИ

- Психолошките реакции на интензивно трауматските настани се вообичаено поделени во две категории: реакции на стресот и стресни растројства.
  - Реакцијата на стрес е, во принцип, нормална реакција на екстензивен трауматски настан и не бара секогаш медицинско внимание.
  - Стресното растројство вообичаено бара медицинска интервенција.
- Да се разгледа можноста од посттравматско стресно растројство ако пациентот има доживеано исклучително стресен и психолошко трауматски инцидент или настан во последните 6 месеци.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- По голема катастрофа 50-90% од инволвираните ќе доживеат најмалку краток стресен шок, кој, вообичаено, го исполнува критериумот за **акутна стресна реакција**. Симптомите во акутната фаза не мора да го предвидуваат развојот на долготрајните растројства.
- Се проценува дека инциденцата на **посттравматско стресно растројство (PTSD)** е 1-11% во зависност од групата која се испитува и полот на индивидуите. Освен тоа, до 15% од наслението ќе доживее благи форми на оваа состојба. Пропорцијата на засегнати лица може да е значително повисока кај населението со предиспозиции.
- Стресните растројства се јавуваат кај лица на сите возрасти, вклучувајќи ги и децата.
- Типични случаи на растројство вклучуваат големи несреќни случаи, акти на војна и тероризам, сведочење или доживување на насилство и силување кај жените.
- Најголемиот број на пациенти со PTSD ќе бидат, исто така, засегнати од едно или две други асоцирани ментални растројства за време на нивниот живот, обично алкохолизам или афективно растројство.

### АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА

#### Симптоми

- Физичките и емоционалните симптоми на генерализираното анксиозно растројство се јавуваат во текот на еден час од стресното доживување, со можно вклучување на симптомите, поврзани со социјално однесување или расположение. По изложувањето на

стресниот настан, симптомите ќе почнат да се повлекуваат по 8 часа. Ако изложеноста на стресниот настан е продолжена, симптомите може да опстојуваат и до 48 часа.

- Симптомите обично сосема исчезнуваат во рок од 72 часа.

#### **Диференцијални дијагнози и истражувања**

- Слични акутни симптоми може да се припишат на соматска болест, труење или компликација од повреда.
- Панично растројство.
- Дијагнозата се базира на опсервација и слушање на пациентот.

#### **Третман**

- Кај потешок инцидент треба да се следат општите насоки, дадени подолу.
- Кратко делувачките бензодиазепини или хипнотици може да се препишат во текот на неколку дена за да се третира анксиозноста или нарушувањата на спиењето.

## **АКУТНО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (DSM-IV)**

#### **Симптоми**

- Симптомите се исти како и кај посттрауматското стресно растројство, но се јавуваат 2-28 дена по стресниот настан и најмалку три дисоцијативни симптоми треба да се присутни.

#### **Третман**

- Стабилизација на интензивните реакции на стресот, понудување на понатамошен контакт и психосоцијална поддршка, како и помош при вештините за справување.
- Кај интензивните случаи, може да се започне со антидепресивна медикација и/или фокусирана когнитивно-бихејвиорална психотерапија, како кај PTSD.

## **ПСИХОЛОШКА ПРВА ПОМОШ И СЛЕДЕЊЕ ПО ГОЛЕМ ИНЦИДЕНТ**

#### **Основни принципи**

- Близина.
- Итност.
- Очекување.
- Едноставност.

## **НАСОКИ ЗА ПСИХОЛОШКА ПРВА ПОМОШ**

- Да се им се помогне на лицата за основните потреби (храна, шелтер, итна медицинска нега).
- Да се ислушаат лицата кои сакаат да го споделат нивното искуство. Запаметете, не постои “правилен” или “погрешен” начин да се чувствуваат или да се доживеат настаните.
- Обидете се да останете пријателски расположени, сочувствителни и реално да им дадете надеж, дури и кога лицата се тешки или бараат премногу.
- Да се даде колку е можно поточна информација за несреќата или катастрофата и интервенциите за спасување кои се во тек.
- Да им се помогне на луѓето да остварат контакт со нивните пријатели или членови на семејството.
- Да се задржат семејствата заедно секогаш кога е можно,
- Да се дадат практични совети кои ги насочуваат лицата кон самопомош.
- Да се охрабрат и да се водат лицата кон реализирање на нивните потреби, ако е возможно.
- Да им се помогне на лицата да контактираат со локалните авторитети и организатори.

- Да се потсетат лицата дека помошта и поддршката се на нивниот пат (ако знаете дека е така).

## **ИНСТРУКЦИИ, ОСОБЕНО ЗА ДОКТОРИТЕ**

- Ако е можно да се процени можноста за мултипли повреди и да се обрати внимание на физичките или на менталните болести кои биле присутни пред времето на катастрофата.
- Да се делегира психолошка прва помош на тренирани волонтери од спасувачкиот тим (пара-професионални работници) колку е можно повеќе.
- Лицата со интензивен стресен шок да се пренесат во одредени региони за третман за да се згрижат и да се опсервираат од кризниот тим. Целта е да се идентифицираат жртвите кои се склони на паника за да се спречи ширење на паника.
- Ако е можно, воздржете се од употреба на психофармаколошки медикаменти и не употребувајте алкохол за медицински цели.
- Делувајте мирно и бидете пример за другите.

### **Организирање на психолошкото следење**

- Уредувањето на медицинско-психолошката интервенција, на пр. психолошкото следење, е одговорност на медицинскиот персонал. Парапрофесионалните работници може да продолжат да нудат некоја од психолошките поддршки.
- За да се промовира насоченото кон себе справување на жртвите, треба да е слободна на располагање пишаната и електронската информација, како и да се организираат средби и дискусии, итн.
- Оние кои се со интензивни симптоми поврзани со стресот при почетокот треба да се упатат на згрижување во нивните здравствени центри или до нивните професионални здравствени тимови за справување со криза или слично.
- Треба да се организира сесија за деактивирање на стресот за спасувачкиот и за медицинскиот персонал кој бил вклучен во операцијата за спасување од стресот, вообичаено на истиот ден или во текот на 24 часа. Демобилизација се организира кога операциите за спасување се потполно завршени.
- Испрашувањето не треба да биде употребено како психолошко следење по повеќе вознемирувачки настани, каде адекватната информација, советувањето и можноста за зборување со професионалец обично се сметаат како адекватна поддршка за жртвите и за нивните семејства. Понатамошна групна терапија може да биде понудена во форма на поддршка на сродни групи, водена од страна на соодветно тренирани професионалци.
- Оние на кои им е потребно водење, помош или друг вид на поддршка обезбедена од социјалните сервиси, треба да бидат упатени за помош кај соодветниот персонал.

## **ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (PTSD): СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА**

### **Симптоми**

- Постојано повторно доживување на трауматскиот настан.
  - Повратни болни сеќавања на настанот.
  - Ноќни кошмари од настанот.
  - Дисоцијативни флешбек епизоди и чувство на повторно доживување на настанот.
  - Интензивна болка кога е изложен на потсетниците на трауматскиот настан.
  - Психолошки реакции кога е изложен на стимули кои наликуваат на некој аспект од трауматскиот настан.
- Избегнување на стимули кои се асоцирани со траумата и тапост на општото реагирање.
  - Напори да се одбегнуваат мислите, чувствата, активностите, местата или луѓето, асоцирани со траумата.
  - Неспособност да се потсети на важните аспекти на траумата.

- Намален интерес за значајни активности, чувство на оддалечување, ограничен ранг на расположение, чувство на скратена иднина.
- Постојани симптоми на емоционална сензитизација и зголемена готовност/будност.
  - Тешко заспивање или одржување на сонот.
  - Иритабилност или изливи на лутина.
  - Тешкотии во концентрацијата.
  - Прекумерна загриженост.
  - Претерано преплашен одговор.
- Дијагнозата на PTSD се потврдува кога симптомите траат најмалку четири седмици или подолго (примарно потребно во DSM-IV класификацијата). Одложувањето меѓу трауматскиот настан и почетокот на симптомите не треба да надмине 6 месеци, бидејќи причинската врска е потоа сомнителна.
- Критериумот за дијагноза на PTSD одредува дека лицето треба да било изложено на настанот кој е веројатно дека предизвикува продорна болка кај секого. Освен тоа, DSM-IV критериумот понатаму нагласува дека субјективното реагирање на лицето е карактеризирано со интензивен страв, беспомошност или ужас.

#### **Диференцијални дијагнози**

- Растројства во адаптацијата и други реакции на силниот стрес.
- Панично растројство.
- Дисоцијативно растројство.
- Пролонгирана депресивна реакција по траумата.
- Специфична фобија.
- Релапс на психијатриското растројство по изложување на стресот.
- Генерализирано анксиозно растројство без претходен трауматски настан.

#### **Дијагностичко испитување**

- Внимателно интервју со пациентот и детална историја на симптомите, по можност со помош на стандардизирани прашалници.
- Екзаминација од страна на клинички психолог.
- Исклучување на физичките причини на автономната хиперактивност (на пример хипертироидизам, фактори кои предизвикуваат прекумерна секреција на адреналин, употреба на стимуланси).

## **ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО: ТРЕТМАН**

#### **Психотерапија**

- Психотерапевтска релација, понудена од страна на, на пример, здравствениот персонал или од професионалните здравствени сервиси; овој тип на интервенција вклучува мониторирање на пациентот и можност за зборување со членовите на персоналот, обучен за справување во криза, но не грижа од страна на професионално едуциран психотерапевт.
- Супортивна терапија, спроведувана од страна на доктор од општа пракса, често комбинирано со фармакотерапија.
- Кај интензивните случаи рана интервенција со кратка когнитивно-бихејвиорална терапија/терапија на изложеност во центарот за ментално здравје или од страна на приватен терапевт.
- Хоспитален период на испитувања и третман на психијатриски оддел во општа болница или во отворено одделение во психијатриска болница за пациенти со слаб терапевтски одговор или чиј функционален капацитет е значајно нарушен.
- Ако растројството трае подолго од три месеци, когнитивно-бихејвиорална терапија, фокусирана на траума или на десензитизација со движење на очите и репроцесирање во оддел за ментално здравје или од страна на приватен терапевт (ннд - **B**).

## Фармакотерапија

- За намалување на почетната анксиозност и за подобрување на спиењето: нормални дози на бензодијазепини може да се користат во иницијалната фаза, со цел да се редуцираат и да се повлечат бргу лековите. Бензодијазепините не се од бенефит при долготрајна употреба и ризикот од развивање на зависност е особено висок.
- Антидепресиви (ннд - А): Сугериран редослед:
  - Селективни инхибитори на повторното преземање на серотонин (SSRI) (ннд - А).
  - Инхибитори на повторното преземање на серотонин и норадреналин.
  - Amitriptyline
- Медикаментите се започнуваат со ниски почетни дози кои постепено се зголемуваат додека се мониторира пациентот поради итноста на можните несакани ефекти. Правилниот медикамент обично се пронаоѓа со обиди и грешки. Кај PTSD, значаен одговор може да се постигне со антидепресивите, дури и во случаи каде пациентот нема никакви јасни симптоми на депресија.
- Кај пролонгирани растројства во спиењето се преферира антидепресив пред спиење.
- Бета-блокаторите (особено пропранолол), clonidine или други лекови кои ја намалуваат симпатичката активност можат да се дадат особено кога преовладуваат симптомите на автономната хиперактивност.
- Треба да се има предвид дека пациентите со PTSD се подложни кон авто-третман со алкохол.
- Кај перзистентните случаи комбинацијата на психотерапија и фармакотерапија често е од бенефит. Како и да е, психотерапијата останува третман на избор.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Кохранови прегледи

- Психолошките интервенции, веројатно, не се од бенефит при рутинска употреба последователно на трауматските настани. Мултипли интервенции може да имаат несакан ефект на некои индивидуи (ннд - С).

### Литература

- Ursano RJ, Bell C, Eth S et al; Work Group on ASD and PTSD, Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2004 Nov; 161(11 Suppl):3-31. PubMed
- Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. National Institute for Clinical Excellence, London 2005.
- Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ 2007 Apr 14; 334(7597):789-93. PubMed
- Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry 2007 Aug; 41(8):637-48. PubMed
- Multidisciplinary Guideline. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events. Amsterdam: Impact, the Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, 2007.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (toim.). Effective Treatments for PTSD, 2nd Ed: Practice Guidelines from the ISTSS. New York, The Guilford Press, 2009.

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00312 (035.036)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори:

Matti Ponteva

Article ID: ebm00734 (035.036)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 11.12.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во декември 2014 година.**