

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 АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутна стресна реакција и посттрауматско стресно растројство.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутна стресна реакција и посттрауматско 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 медицинското згрижување при акутна стресна реакција и посттрауматско 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 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 акутна стресна реакција и посттрауматско стресно растројство („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. 17-2726/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА И ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

МЗД Упатство
12.4.2013 • Последна промена 19.5.2014
Matti Ponteva

- Основи
- Епидемиологија
- Акутна стресна реакција
- Акутно стресно растројство (DSM-IV)
- Психолошка прва помош и следење после голем инцидент
- Посттравматско стресно растројство (ПТСР): 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.
 - Реакција 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 психолошки трауматски инцидент или настан во последните 6 месеци.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- После 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 неопходно да предвидуваат развој на долготрајни растројства.
- Се проценува дека инциденцата на **посттравматското стресно растројство** (ПТСР) е 1-11% во зависност од групата која се испитува и полот на индивидуите. Освен тоа, до 15% од населението ќе доживее благи форми на оваа состојба. Пропорцијата на засегнати лица може да е значително повисока кај предиспонираните популации.
- Стресните растројства се јавуваат кај лица на сите возрасти, вклучувајќи ги и децата.
- Типични случаи на растројство вклучуваат големи несреќни случаи, војна и тероризам, сведочење или доживување на насилство и силување кај жените.
- Повеќето пациенти со ПТСР исто така ќе доживеат едно или две други асоцирани психијатриски растројства во тек на нивниот живот, обично алкохолизам или афективно растројство.

АКУТНА СТРЕСНА РЕАКЦИЈА

Симптоми

- Физичките и емоционалните симптоми на генерализирано анксиозно растројство се јавуваат во тек на еден час од стресното доживување, можно е вклучување на симптоми поврзани со расположението и социјалното однесување. После изложувањето на стресниот

настан симптомите ќе почнат да се повлекуваат после 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.

Диференцијална дијагноза 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 основните упатства дадени подолу.
- Хипнотици или бензодиазепини со кратко дејство може да се ординираат во тек на неколку дена за да се третира анксиозноста или нарушувањето на спиењето.

АКУТНО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (DSM-IV)

Симптоми

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

Третман

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

ПСИХОЛОШКА ПРВА ПОМОШ И СЛЕДЕЊЕ ПОСЛЕ ГОЛЕМ ИНЦИДЕНТ

Основни упатства

- Близина
- Итност
- Очекување
- Едноставност

Упатства за психолошка прва помош

- Да се им се помогне на лицата за основните потреби (храна, засолниште, итна медицинска нега).
- Да се ислушаат лицата кои сакаат да го споделат нивното искуство. Запамтете не постои “правилен” или “погрешен” начин да се чувствуваат или 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 пат кон нив (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 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 опсервираат од кризниот тим. Целта е да се идентифицираат жртвите кои се склониле 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 психолошко 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 справување со насочување кон себе кај жртвите, треба да е слободно достапна пишаната и електронската информација, како и да се организираат средби и дискусии, итн.
- Оние кои при почетокот имаат интензивни симптоми поврзани со стресот 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 медицинскиот персонал кој бил вклучен во операцијата за спасување од стресот, вообичаено во тек на истиот ден или во тек на 24 часа. Демобилизација се организира кога операциите за спасување се потполно завршени.
- Ако е потребно може да се организира сесија за непосредно кратко психолошко советување (поддршка) за групите на работниот персонал (10-15 лица во група) 1-5 дена после инцидентот, особено ако истата група на луѓе во иднина работат заедно. Советувањето може да го подобри работниот капацитет на групата во иднина.
- Во некои случаи советувањето може исто така да има бенефит кај хомогена група на жртви, на пример работници на индустриско градилиште, кои ќе продолжат да работат заедно после инцидентот. Учество во непосредното кратко психолошко советување е потполно доброволно (освен ако претставува дел од професионалните должности на лицето).
- Групните сесии за психолошко советување не ја заменуваат потребата за индивидуална интервенција во криза, ниту постои доказ дека непосредното кратко психолошко советување е ефективно во превенцијата на развој на ПТСР (ннд-В).
- Советувањето не треба да биде употребено како психолошко следење после повеќе вознемирувачки настани, каде адекватната информација, советувањето и можноста за зборување со професионалец обично се сметаат како адекватна поддршка за жртвите и нивните семејства.
- Понатамошна терапија главно во група може да биде понудена во форма на поддршка во сродни групи водена од страна на соодветно обучени професионалци.
- Оние на кои им е потребно упатство, помош или друг вид на поддршка обезбедена од социјалните сервиси треба да биде упатени за помош кај соодветниот персонал.
- Ако психосоцијалните проблеми се пролонгираат треба рано да се спроведе организација на рехабилитацијата. Специфичната рехабилитација за ПТСР обично е недостапна.

ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (ПТСР): СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

Симптоми

- Постојано повторно доживување на трауматскиот настан
 - Рекурентни болни сеќавања на настанот
 - Нокни кошмари за настанот
 - Дисоцијативни флешбек епизоди и чувство на повторно доживување на настанот
 - Интензивна болка кога е изложен на нешто што потсетува 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 важни аспекти од траумата
 - Намален интерес за значајни активности, чувство на одалечување, ограничен опсег 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 концентрација
 - Прекумерна загриженост
 - Претеран преплашен одговор
- Во DSM-5 критериумите прифатени во 2013 година, негативните алтерации на расположението и когницијата беа претставени како посебна група на симптоми.
- Дијагнозата на ПТСР може да се земе во предвид кога симптомите траат во тек на период од четири седмици или подолго. Одложувањето меѓу трауматскиот настан и почетокот на симптомите не треба да надмине 6 месеци бидејќи причинската поврзаност е сомнителна подоцна.
- Критериумите за дијагноза на ПТСР наведуваат дека лицето треба да било изложено на настан кој веројатно предизвикува первазивен стрес скоро кај секој.

Диференцијална дијагноза

- Растројства во адаптацијата и други реакции на силниот стрес
- Панично растројство
- Дисоцијативно растројство
- Пролонгирана депресивна реакција после траума
- Специфична фобија
- Релапс на психијатриско растројство после 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 професионалните здравствени сервиси; овој тип на интервенција вклучува мониторинг на пациентот и можност за зборување со членовите на персоналот обучени за справување во криза, но не и грижа од страна на професионално едуциран психотерапевт.
- Супортивна терапија спроведувана од страна на доктор од примарната заштита, често комбинирана со фармакотерапија.
- Кај тешките случаи рана интервенција со кратка когнитивно-бихејвиорална терапија/терапија на изложување во центар за ментално здравје или од страна на приватен терапевт.
- Хоспитално испитување и третман во психијатриски оддел на општа болница или отворено одделение во психијатриска болница за пациенти со слаб терапевтски одговор или чиј функционален капацитет е значително нарушен.
- Ако растројството трае подолго од три месеци, когнитивно-бихејвиорална терапија фокусирана на траумата или десензитизација и репроцесирање во оддел за ментално здравје или од страна на приватен терапевт (ннд - С).

Фармакотерапија

- За намалување на иницијалната анксиозност и за подобрување на спиењето, нормални дози на бензодиазепини со строго внимание може да се користат во иницијалната фаза со цел брзо да се редуцираат и повлечат. Бензодиазепините 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 превземање на серотонин (SSRI; paroxetine, sertraline) (ннд - А)
 - инхибитори на повторното превземање на серотонин и норадреналин (duloxetine, mirtazapine, venlafaxine)
 - amitriptyline (ако претходно споменатите не се соодветни).
- Медикаментите се започнуваат со ниски почетни дози кои постепено се зголемуваат додека се мониторира пациентот поради итноста на можните несакани ефекти. Соодветниот медикамент обично се пронаоѓа со обиди и грешки. Кај ПТСР, 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 propranolol), clonidine или други лекови кои ја намалуваат симпатичката активност може да се ординираат особено кога преовладуваат симптомите на автономната хиперактивност.
- Треба да се има на ум дека пациентите со ПТСР 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 сесии на интервенции може да имаат несакан ефект на некои индивидуи (ннд - С).

Клинички упатства

- Посттравматско стресно растројство (ПТСР). Лондон: Национален Институт за Клиничка Извонредност: Клиничко упатство 26, 2005.

Литература

- Aaltonen K. Outcome of traumatic stress. *Psychiatria Fennica* 2008;36-39:41-77
- 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 JJ. 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

Последно ажурирање 12.4.2013 • Последна промена 19.5.2014

Article ID: ebm00734 (035.036)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.4.2013, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 г.**

**Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска**