

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 ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО И ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО (СО ИЛИ БЕЗ АГОРАФОБИЈА) КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни 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 генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни 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

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

Бр. 17-3188/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни

**Менаџмент во примарната, секундарната и
во јавно здравствената грижа**

Објавено: јануари 2011 год.

NICE клинички упатства 113
guidance.nice.org.uk/cg113

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Упатство	6
1.1 Принципи за грижа за пациентите со генерализирано анксиозно растројство (ГАР)	6
1.2 Грижа чекор по чекор за пациентите со ГАР	7
1.3 Принципи за грижа за пациентите со панично растројство	14
1.4 Грижа чекор по чекор за пациентите со панично растројство	15
2. Забелешки за делокругот на упатството	23
3. Имплементација	24
4. Препораки за истражувања	25
4.1 Споредба на клиничката и на економската ефективност на сертралин и КБТ кај пациенти со ГАР кои не одговориле на насочувана самопомош и психоедукација	25
4.2 Клиничка и економска ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), споредени со контрола според листата на чекање во третманот на ГАР	26
4.3 Ефективноста на физичката активност во споредба со контролата според листата на чекање во третманот на ГАР	26
4.4 Ефективноста на камилицата и гинко билоба во третманот на ГАР	27
4.5 Клиничка и економска ефективност од приодот на кооперативна грижа, базирана на примарната грижа во подобрување на третманот на ГАР, споредено со вообичаената грижа	27
4.6 Клиничка и економска ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), во споредба со контролата според листата на чекање во третманот на панично растројство	29
5. Други верзии на ова упатство	30
5.1 Комплетно упатство	30
5.2 Информација за јавноста	30
6. Поврзани NICE упатства	31
7. Ажурирање на упатството	32
Додаток А: Групи за развој на упатството и тим за проектот на NICE	33
2011 Група за развој на упатството	33
2011 Тим за проектот на NICE	33
2004 Група за развој на упатството	33
Работна група, 2007 амандмани на упатството	33
Додаток Б: Панели за ревизија на упатството	34
2011 Панел за ревизија на упатството	34
2004 Панел за ревизија на упатството	34
Панел за ревизија на упатството, 2007 амандмани на упатството	34
Додаток В: Проценка на генерализираното анксиозно растројство	35
За ова упатство	37

Вовед

Ова упатство го ажурира и го заменува NICE клиничкото упатство 22 (објавено во декември 2004 год.; променето во април 2007 год.).

Генерализираното анксиозно растројство (ГАР) е едно од групата анксиозни растројства кое вклучува панично растројство (со или без агорафобија), посттравматско стресно растројство, опсесивно-компулсивно растројство, социјална фобија, специфични фобии (на пример од пајаци) и акутно стресно растројство. Анксиозните растројства може да постојат изолирано, но почесто се јавуваат со друго анксиозно или депресивно растројство. Ова упатство го покрива и 'чистото' ГАР, во кое не е присутен коморбидитет, како и повеќе типичната презентација на ГАР во коморбидитет со друго анксиозно и депресивно растројство во кое ГАР е примарната дијагноза. NICE развива упатство на идентификација на случаи и препораки за честите ментални растројства кои ќе обезбедат идни упатства за идентификација и третман на коморбидните состојби [1].

ГАР е често растројство, кај кое главна карактеристика е прекумерна грижа за бројни различни настани, асоцирана со растечка тензија. За формална дијагноза според DSM-IV класификацискиот систем, потребни се два големи симптоми (прекумерна анксиозност и грижа за бројни настани и активности и тешкотии во контролирањето на грижата) и три или повеќе дополнителни симптоми од списокот на шест[2]. Симптомите треба да бидат присутни најмалку 6 месеци и треба да причинуваат клинички значаен стрес или нарушување во социјалната, работната или други значајни сфери на функционирање.

Според DSM-IV-TR[3], фундаментална карактеристика на паничното растројство е присуство на повторувани, неочекувани панични напади, проследени со најмалку еден месец на перзистирачка грижа за добивање на друг паничен напад и загриженост за последиците од паничниот напад или значајна промена во однесувањето, поврзана со нападите. За дијагноза се неопходни најмалку два неочекувани панични напади и нападите не треба да бидат поврзани со употреба на супстанција, општа медицинска состојба или друг психолошки проблем. Паничното растројство може да биде дијагностицирано со или без агорафобија.

ГАР и паничното растројство варира во интензитетот и комплексноста и ова има импликации на одговорот од третманот. Затоа, кога се спроведува дијагностичка проценка значајно е да се земат во предвид интензитетот на симптомите, времетраењето, степенот на стрес, функционалното нарушување, индивидуалната историја и коморбидитетот.

ГАР и паничното растројство може да имаат и хроничен и ремитентен тек. Онаму каде е можно, целта на интервенцијата треба да биде комплетно ослободување од симптомите (ремисија), што е асоцирано со подобро функционирање и пониска веројатност за релапс.

Упатството претпоставува дека докторите кои ординираат ќе го користат резимето за карактеристиките на лекот за да информираат за нивните одлуки, донесени со индивидуалните корисници на сервисот.

Ова упатство препорачува некои лекови за индикации за кои тие немаа авторизација на пазарот во Англија до датумот на публикација, ако постои добар доказ за поддршка на нивната употреба. Онаму каде препораките се направени за употреба на лекови надвор од нивните лиценцирани индикации, ова е индицирано во препораката или во фуснотата.

Нови и ажурирани препораки се вклучени во третманот на генерализираното анксиозно растројство кај возрасни.

Препораките се означени **[2004]**, **[2004, променет 2011]** или **[нов 2011]**.

[2004] укажува дека доказот не бил ажуриран и ревидиран од 2004 год.

[2004, променет 2011] укажува дека доказот не бил ажуриран и ревидиран од 2004 год., но бил направен мал амандман на препораката.

[нов 2011] укажува дека доказот бил ревидиран и препораката била ажурирана или додадена.

[1] Чести ментални растројства. NICE клиничко упатство 123. Мај 2011.

[2] Американска психијатриска асоцијација (1994). Дијагностички и статистички прирачник за менталните растројства (четврто издание). Вашингтон: Американска психијатриска асоцијација. Ова упатство користи критериуми од DSM-IV, бидејќи доказите за третмани се широко базирани на овој систем.

[3] Американска психијатриска асоцијација (2000). Дијагностички и статистички прирачник за менталните растројства (четврто издание, ревизија на текстот). Вашингтон: Американска психијатриска асоцијација.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди најдобар практичен совет за грижата за возрасните со генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија). Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и склоностите на пациентите. Пациентите со генерализирано анксиозно растројство или панично растројство (со или без агорафобија) треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки за нивната нега и третман во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените професионалци треба да го следат Советот за согласност при Одделението за здравство и кодот на праксата кој го придружува Законот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените професионалци треба да го следат советот за согласност од владата на Велс.

Добрата комуникација меѓу практичарите и пациентите со генерализирано анксиозно растројство или панично растројство е есенцијална. Таа треба да биде поддржана со пишана информација, базирана на докази, изработена според потребите на пациентот. Третманот и негата и информацијата за тоа која им се дава на пациентите треба да бидат културно соодветни. Исто така, треба да биде достапна за пациентите со посебни потреби, како што се физички хендикеп, сензорни или пречки во учењето, како и за пациентите кои не зборуваат или читаат англиски јазик.

Ако пациентот се согласува, семејствата и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за третман и нега.

На семејствата и на негувателите, исто така, треба да им се даде информација и поддршка која им е потребна.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритетни за имплементација. Тие беа одбрани од ажурираните препораки за менаџмент на ГАР.

Чекор 1: Сите познати и суспектни презентации на ГАР

Идентификација

- Идентификувајте ја и соопштете ја дијагнозата ГАР колку е можно порано за да им помогнете на пациентите да го разберат растројството и брзо започнете ефикасен третман. **[нов 2011]**
- Земете ја во предвид дијагнозата ГАР кај пациенти кои презентираат анксиозност или значајна грижа и кај пациенти кои често ја посетуваат примарната здравствена заштита и кои:
 - Имаат хроничен соматски здравствен проблем **или**
 - немаат соматски здравствен проблем, но бараат повторувано уверување за нивните соматски симптоми (особено постарите пациенти и пациентите од минорните етнички групи) **или**
 - се повторувано загрижени за широк ранг на различни проблеми. **[нов 2011]**

Чекор 2: Дијагностицирано ГАР кое не се подобрило по интервенциите од чекор 1

Ниско интензивни психолошки интервенции за ГАР

- За пациентите со ГАР, чии симптоми не се подобриле по едукацијата и активниот мониторинг во чекор 1, како прва линија понудете една или повеќе од следниве интервенции, водени од склоностите на пациентот:
 - Индивидуална нефацилитирачка самопомош.
 - Индивидуална насочувана самопомош.
 - Психоедукативни групи. **[нов 2011]**

Чекор 3: ГАР со значајно функционално нарушување или кое не се подобрило по интервенциите од чекор 2

Опции за третман

- За пациентите со ГАР и значајно функционално нарушување или за оние чии симптоми не одговорише адекватно на интервенциите од чекор 2:
 - Понудете или:
 - Индивидуална високо интензивна психолошка интервенција (види 1.2.17–1.2.21) **или**
 - медикаментозен третман (види 1.2.22–1.2.32).
 - Обезбедете вербална и писмена информација за веројатните бенефити и неповолности од секој вид на третман, вклучувајќи ја тенденцијата на медикаментозниот третман да биде асоциран со несакани ефекти и апстиненцијални синдроми.

- Изборот на третман засновајте го на индивидуалните склоности, бидејќи не постои доказ дека некој вид на третман (индивидуалната високо интензивна психолошка интервенција или медикаментозниот третман) е подобар. **[нов 2011]**

Високо интензивни психолошки интервенции

- Ако пациентот со ГАР одбере високо интензивна психолошка интервенција, понудете или когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) или аплицирана релаксација. **[нов 2011]**

Медикаментозен третман

- Ако пациентот со ГАР одбере медикаментозен третман, понудете селективен инхибитор на повторното преземање на серотонинот (SSRI). Размислете првин да понудите сертралин, бидејќи тој е најефикасен лек, но забележете дека во времето на публикацијата (јануари 2011 год.) сертралинот немаше авторизација на англискиот пазар за оваа индикација. Треба да биде добиена и документирана информирана согласност. Внимателно мониторирајте го пациентот за несаканите ефекти. **[нов 2011]**
- Не нудете бензодиазепини за третман на ГАР во примарната и секундарната здравствена заштита, освен како краткотрајна мерка во текот на кризите. Следете го советот во 'Англиската национална формула' за употребата на бензодиазепините во овој контекст. **[нов 2011]**
- Не нудете антипсихотици за третман на ГАР во примарната здравствена заштита. **[нов 2011]**

Неадекватен одговор на интервенциите од чекор 3

- Земете го во предвид упатувањето на чекор 4 ако пациентот со ГАР има интензивна анксиозност со значајно функционално нарушување во поврзаност со:
 - Ризик од автодеструктивност или суицид **или**
 - значаен коморбидитет, како што е злоупотреба на супстанции, растројство на личност или комплексен соматски здравствен проблем **или**
 - запоставување на себеси **или**
 - неадекватен одговор на интервенциите од чекор 3. **[нов 2011]**

1. Упатство

Упатството кое следува се базира на најдобрите достапни докази. Комплетното упатство дава детали за методите и за доказите кои се користеле за развој на упатството.

1.1 *Принципи за грижа за пациентите со генерализирано анксиозно растројство (ГАР)*

Информација и поддршка за пациентите со ГАР, нивните семејства и негувателите

1.1.1 Кога работите со пациенти со ГАР:

- Изградете релација и работете во отворена, задоволна и неосудувачка атмосфера.
- Истражете ги грижите на пациентот, со цел заедно да го разберете влијанието на ГАР.
- Истражете ги опциите за третман во соработка со пациентот, укажувајќи дека донесувањето на одлуката е заеднички процес.
- Осигурете дека разговорот се спроведува во услови во кои се почитуваат довербата, приватноста и достоинството. **[нов 2011]**

1.1.2 Кога работите со пациенти со ГАР:

- Обезбедете информација за природата на ГАР и за опсегот на достапните третмани, соодветна на нивото на разбирање на пациентот.
- Ако е можно, обезбедете комплетната писмена информација да е достапна на преферираниот јазик на пациентот и во аудио формат.
- Ако е потребно, понудете независни интерпретатори. **[нов 2011]**

1.1.3 Кога семејствата и негувателите се вклучени во поддржувањето на пациентот со ГАР, земете во предвид:

- Понудување на проценка на физичките, менталните и потребите за грижа на негувателот.
- Обезбедување на информација, вклучувајќи и детали за контакт, за групите за поддршка на семејствата и на негувателите и волонтерските организации, како и помагање на семејствата или на негувателите да имаат достап до нив.
- Договарање меѓу пациентите со ГАР и нивните семејства или негуватели за довербата и споделувањето на информации.
- Обезбедување писмена и вербална информација за ГАР и неговиот третман, вклучувајќи и тоа како семејствата и негувателите можат да го поддржат пациентот.
- Обезбедување на контактни броеви и информација за тоа што да се прави и кој да се контактира при криза. **[нов 2011]**

1.1.4 Информирајте ги пациентите со ГАР за локалните и за националните организации за самопомош и за групите за поддршка, особено каде тие можат да говорат со други со слични искуства. **[нов 2011]**

1.1.5 За пациентите со ГАР кои имаат умерени тешкотии со учењето или умерено стекнато когнитивно нарушување, понудете ги истите интервенции, како и за другите пациенти со ГАР, прилагодувајќи го методот на спроведување или времетраењето на интервенцијата ако е потребно земајќи го во предвид хендикепот или нарушувањето. **[нов 2011]**

1.1.6 Кога проценувате или нудите интервенција на пациентите со ГАР и умерено до тешко нарушување на учењето или умерено до тешко стекнато когнитивно нарушување, размислете за консултација со релевантен специјалист. **[нов 2011]**

1.2 Грижа чекор по чекор за пациентите со ГАР

Моделот на грижа чекор по чекор (подолу прикажан) се користи за да ја организира подготовката на сервисите и да им помогне на пациентите со ГАР, нивните семејства, негувателите и на практикантите да ги одберат најефикасните интервенции.

1.2.1 Следете го моделот на грижа чекор по чекор, понудувајќи ја првин најмалку инванзивната, најефикасната интервенција. **[нов 2011]**

Модел на грижа чекор по чекор

Фокус на интервенцијата	Природа на интервенцијата
ЧЕКОР 4: Комплексно рефрактерно на третман ГАР и многу изразено функционално нарушување, како што е запоставување на себеси или висок ризик за автодеструктивност	Високо специјалистички третман, како комплексни режими на медикамент и/или психолошки третман; учество на тимови со повеќе дејности, сервиси за криза, дневни болници или хоспитална нега
ЧЕКОР 3: ГАР со неадекватен одговор на интервенциите од чекор 2 или со значително функционално нарушување	Одберете високо интензивна психолошка интервенција (КБТ/аплицирана релаксација) или медикаментозен третман
ЧЕКОР 2: Дијагностицирано ГАР кое не се подобрило по едукацијата и активниот мониторинг во примарната грижа	Ниско интензивни психолошки интервенции: индивидуална нефацилитирана самопомош*, индивидуална насочувана самопомош и групи за психоедукација
ЧЕКОР 1: Сите познати и суспектни презентации на ГАР	Идентификација и проценка; едукација за ГАР и за опциите за третман; активен мониторинг

* Самоуправувачка интервенција, со цел да го лекува ГАР, вклучувајќи писмени или електронски материјали за самопомош (обично книга или работна тетратка). Таа е слична на индивидуално водената самопомош, но обично со минимален терапевтски контакт, на пример, повремен краткотраен телефонски повик во траење не повеќе од 5 минути.

Чекор 1: Сите познати и суспектни презентации на ГАР

Идентификација

1.2.2 Идентификувајте ја и соопштете ја дијагнозата на ГАР што е можно порано за да им помогнете на пациентите да го разберат растројството и бргу започнете ефикасен третман. **[нов 2011]**

- 1.2.3 Размислете за дијагнозата ГАР кај пациенти кои презентираат анксиозност или значајна загриженост и кај пациенти кои често ја посетуваат примарната грижа и кои:
- Имаат хроничен органски здравствен проблем **или**
 - немаат соматски здравствен проблем, но бараат повторувано уверување за нивните соматски симптоми (особено постарите пациенти и пациентите од минорните етнички групи) **или**
 - се повторувано загрижени за широк ранг на различни проблеми. **[нов 2011]**
- 1.2.4 Кога пациентот со познато или суспектно ГАР ја посетува примарната здравствена заштита, барајќи повторувано убедување за хроничниот соматски здравствен проблем или за соматските симптоми и/или има повторувана загриженост, разгледајте заедно со него дали некој од неговите симптоми може да се должи на ГАР. **[нов 2011]**

Проценка и едукација

- 1.2.5 За пациентите кои можеби имаат ГАР, спроведете детална проценка која не се заснова само на бројот, интензитетот и времетраењето на симптомите, туку исто така го зема предвид и степенот на стресот и функционалното нарушување. **[нов 2011]**
- 1.2.6 Како дел од деталната проценка, разгледајте како следниве фактори може да имаат влијание на развојот, текот и интензитетот на ГАР кај пациентот:
- Кое било коморбидно депресивно растројство или друго анксиозно растројство.
 - Која било коморбидна злоупотреба на супстанции.
 - Која било коморбидна медицинска состојба.
 - Историја за психијатриски растројства.
 - Претходно искуство со третмани и одговорот на нив. **[нов 2011]**
- 1.2.7 Кај пациентите со ГАР и коморбидно депресивно или друго анксиозно растројство, првин лекувајте го примарното растројство (тоа е она кое е поинтензивно и кај кое е повеќе веројатно дека третманот ќе го подобри севкупното функционирање) ^{[4],[5]}. **[нов 2011]**
- 1.2.8 Кај пациентите со ГАР кои злоупотребуваат супстанции, знајте дека: Злоупотребата на супстанција може да го комплицира ГАР.
- Нештетната употреба на супстанција не треба да биде контраиндикација за третманот на ГАР.
 - Штетната злоупотреба на супстанција која создава зависност првин треба да се лекува, бидејќи ова може да води кон значајно подобрување на симптомите на ГАР ^{[6],[7]}. **[нов 2011]**
- 1.2.9 Следејќи ја проценката и дијагнозата на ГАР:
- Обезбедете едукација за природата на ГАР и за опциите за третман, вклучувајќи ја информацијата за јавноста на NICE.
 - Мониторирајте ги симптомите на пациентот и неговото функционирање (познато како активен мониторинг).

- Ова е бидејќи едукацијата и активниот мониторинг може да ја подобрат помалку интензивната презентација и да ја избегнат потребата за понатамошни интервенции. **[нов 2011]**

1.2.10 Разговарајте со пациентите со ГАР за употребата на медикаменти без прескрипција и лекови кои се подготвуваат. Објаснете го потенцијалот за интеракции со други ординирани медикаменти и со медикаментите без прескрипција, како и недостатокот на доказ за поддршка на нивната безбедна употреба. **[нов 2011]**

Чекор 2: Дијагностицирано ГАР кое не се подобрило по интервенциите од чекор 1

Ниско интензивни психолошки интервенции за ГАР

1.2.11 За пациентите со ГАР, чии симптоми не се подобриле по едукацијата и активниот мониторинг во чекор 1, понудете една или повеќе од следниве интервенции како прва линија, водени од склоноста на пациентот:

- Индивидуална нефацитирачка самопомош.
- Индивидуална насочувана самопомош.
- Групи за психоедукација. **[нов 2011]**

1.2.12 Индивидуалната нефацитирачка самопомош за пациентите со ГАР треба:

- Да вклучи писмени или електронски материјали за читање за соодветната возраст (или алтернативен медиум).
- Да биде заснована на принципите за третман со когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ).
- Да вклучи упатства за пациентот систематски да работи со овие материјали во период од најмалку 6 седмици.
- Обично да вклучува минимален контакт со терапевт, на пример, повремени краткотраен телефонски повик со траење не повеќе од 5 минути. **[нов 2011]**

1.2.13 Индивидуалната насочувана самопомош за пациентите со ГАР треба:

- Да вклучи писмени или електронски материјали за читање за соодветната возраст (или алтернативен медиум).
- Да биде поддржана од трениран практикант, кој ја фацитира програмата за самопомош и го надгледува напредокот и исходот.
- Обично да се состои од пет до седум неделно или на две недели директни или телефонски сесии, секоја со траење од 20 до 30 минути. **[нов 2011]**

1.2.14 Групите за психоедукација за пациентите со ГАР треба:

- Да бидат засновани на принципите на КБТ, да имаат интерактивен дизајн и да го поттикнуваат опсервациското учење.
- Да вклучат презентации и прирачници за самопомош.
- Да бидат водени од тренирани практиканти.
- Да имаат однос на еден терапевт на околу 12 партиципанти.
- Обично да се состојат од шест сесии неделно, секоја со траење од 2 часа. **[нов 2011]**

1.2.15 Практикантите кои обезбедуваат насочувана самопомош и/или групи за психоедукација треба:

- Да имаат редовна висококвалитетна супервизија.
- Да користат рутински мерки за исходот и да осигураат дека пациентот со ГАР е вклучен во надгледувањето на ефикасноста од третманот. **[нов 2011]**

Чекор 3: ГАР со значително функционално нарушување или кое не се подобрило по интервенциите од чекор 2

Опции за третман

1.2.16 За пациентите со ГАР и значително функционално нарушување или оние чии симптоми не одговориле адекватно на интервенциите од чекор 2:

- Понудете или
 - индивидуална високо интензивна психолошка интервенција (види 1.2.17 – 1.2.21) **или**
 - медикаментозен третман (види 1.2.22–1.2.32).
- Обезбедете вербална и писмена информација за веројатните бенефити и неповолности од секој вид на третман, вклучувајќи ја тенденцијата на медикаментозните третмани да бидат асоцирани со несакани ефекти и апстиненцијални синдроми.
- Изборот на третман засновајте го на склоностите на пациентот, бидејќи не постои доказ дека некој вид на третман (индивидуалната високо интензивна психолошка интервенција или медикаментозниот третман) е подобар. **[нов 2011]**

Високо интензивни психолошки интервенции

1.2.17 Ако пациентот со ГАР одбере високо интензивна психолошка интервенција, понудете или КБТ или аплицирана релаксација. **[нов 2011]**

1.2.18 КБТ за пациентите со ГАР треба:

- Да биде заснована на прирачниците за третман, користени во клиничките истражувања за КБТ кај ГАР.
- Да биде спроведена од обучени и компетентни практиканти.
- Обично да се состои од 12-15 сесии неделно (неколку ако пациентот закрепне порано; повеќе ако е клинички потребно), секој со траење од 1 час. **[нов 2011]**

1.2.19 Аплицираната релаксација за пациентите со ГАР треба:

- Да биде заснована на прирачниците за третман, користени во клиничките истражувања за аплицирана релаксација кај ГАР.
- Да биде спроведена од обучени и компетентни практиканти.
- Обично да се состои од 12-15 сесии неделно (неколку ако пациентот закрепне порано; повеќе ако е клинички потребно), секој со траење од 1 час. **[нов 2011]**

1.2.20 Практикантите кои спроведуваат високо интензивни психолошки интервенции за ГАР треба:

- Да имаат редовна супервизија за мониторирање на придржувањето кон моделот за третман, ако е можно и ако пациентот се согласи на тоа, користејќи аудио или видео снимање на сесиите за третман.
- Да користат рутински мерки за исходот и да осигураат дека пациентот со ГАР е вклучен во надгледувањето на ефикасноста на третманот. **[нов 2011]**

1.2.21 Размислете ако е можно спроведување на сите интервенции на преферираниот јазик на пациентот со ГАР. **[нов 2011]**

Медикаментозен третман

1.2.22 Ако пациентот со ГАР одбере медикаментозен третман, понудете селективен инхибитор на повторното преземање на серотонин (SSRI). Земете во предвид првин да понудите сертралин, бидејќи е најефикасен лек, но забележете дека во времето на публикацијата (јануари 2011 год.) сертралинот немаше авторизација на англискиот пазар за оваа индикација. Треба да биде добиена и документирана информирана согласност. Внимателно мониторирајте го пациентот за несаканите реакции. **[нов 2011]**

1.2.23 Ако сертралинот е неефикасен, понудете алтернативен SSRI или инхибитор на повторното преземање на серотонин-норадреналин (SNRI), земајќи ги во предвид следниве фактори:

- Тенденцијата да создадат синдром на прекинување (особено со пароксетин и венлафаксин).
- Профилот на несакани ефекти и потенцијалот за интеракции со лековите.
- Ризикот од суицид и веројатноста за токсичност при предозирање (особено со венлафаксин).
- Претходното искуство на пациентот со третманот со одделни лекови (особено придржувањето, ефикасноста, несаканите ефекти, искуството со синдромот на прекинување и склоноста на пациентот). **[нов 2011]**

1.2.24 Ако пациентот не може да ги толерира SSRI или SNRI, земете го во предвид понудувањето на прегабалин. **[нов 2011]**

1.2.25 Не нудете бензодиазепини за третман на ГАР во примарната или секундарната здравствена заштита, освен како краткотрајна мерка во текот на кризи. Следете го советот во 'Англиската национална формула' за употребата на бензодиазепините во овој контекст. **[нов 2011]**

1.2.26 Не нудете антипсихотик за третман на ГАР во примарната здравствена заштита. **[нов 2011]**

1.2.27 Пред ординирањето на кој било медикамент, разговарајте за опциите за третман и за секоја загриженост која ја има пациентот со ГАР во врска со употребата на медикаменти. Целосно објаснете ги причините за ординирање и обезбедете писмена и вербална информација за:

- Веројатните бенефити од различните третмани.
- Различните склоности на секој лек за несакани ефекти, синдром на прекинување и интеракции со лековите.

- Ризикот од активација со SSRI и SNRI, со симптоми како што се растечка анксиозност, агитација и тешкотии со спиењето.
- Постепен развој, во текот на една седмица или повеќе, на потполн анксиолитичен ефект.
- Важноста на примањето на медикаментот како што е ординираан и потребата за продолжување на третманот по ремисијата за да се избегне релапс. **[нов 2011]**

1.2.28 Земете го во предвид зголемениот ризик од крвавење, асоциран со SSRI, особено кај постарите пациенти или кај пациентите кои примаат други лекови кои можат да ја оштетат гастроинтестиналната мукоза или да интерферираат со коагулацијата (на пример, нестероидните антиинфламаторни лекови или аспирин). Во овие околности, размислете за ординирање на гастропротективен лек. **[нов 2011]**

1.2.29 За пациентите помлади од 30 години на кои им се понудени SSRI или SNRI:

- Предупредете ги дека овие лекови се асоцирани со зголемен ризик за суицидално размислување и автодеструктивност кај малцинството од пациенти под 30-годишна возраст **и**
- видете ги во текот на една седмица по првото ординирање **и**
- мониторирајте го ризикот од суицидално размислување и автодеструктивност секоја седмица во текот на првиот месец. **[нов 2011]**

1.2.30 За пациентите кои развиваат несакани ефекти набргу по започнувањето на медикаментозниот третман, обезбедете информација и земете во предвид една од следниве стратегии:

- Внимателен мониторинг на симптомите на пациентот (дали несаканите ефекти се лесни и прифатливи за пациентот) **или**
- редуцирање на дозата на лекот **или**
- прекинување на лекот и соодветно на сколоностите на пациентот, понудување или алтернативен лек (види 1.2.23–1.2.24) **или**
- високо интензивна психолошка интервенција (види 1.2.17–1.2.21). **[нов 2011]**

1.2.31 Ревидирајте ги ефективноста и несаканите ефекти од лекот секои 2-4 седмици во текот на првите 3 месеци од третманот и секои 3 месеци потоа. **[нов 2011]**

1.2.32 Ако лекот е ефикасен, посоветувајте го пациентот да го продолжи неговото примање најмалку една година кога веројатноста за релапс е висока. **[нов 2011]**

Неадекватен одговор на интервенциите од чекор 3

1.2.33 Ако ГАР кај пациентот не одговорило на комплетниот тек на високо интензивната психолошка интервенција, понудете медикаментозен третман (види 1.2.22–1.2.32). **[нов 2011]**

1.2.34 Ако ГАР кај пациентот не одговорило на медикаментозниот третман, понудете или високо интензивна психолошка интервенција (види 1.2.17–1.2.21) или алтернативен медикаментозен третман (види 1.2.23–1.2.24). **[нов 2011]**

1.2.35 Ако ГАР кај пациентот делумно одговорило на медикаментозниот третман, земете во предвид понудување на високо интензивна психолошка интервенција како дополние на медикаментозниот третман. **[нов 2011]**

1.2.36 Земете во предвид упатување на чекор 4 ако пациентот со ГАР има интензивна анксиозност со значително функционално нарушување поврзано со:

- Ризик од автодеструктивност или суицид **или**
- значаен коморбидитет, како што е злоупотреба на супстанции, растројство на личност или комплексни органски здравствени проблеми **или**
- запоставување на себеси **или**
- неадекватен одговор на интервенциите од чекор 3. **[нов 2011]**

Чекор 4: Комплексно, рефрактерно на третман ГАР и многу изразено функционално нарушување или висок ризик од автодеструктивност^[8]

Проценка

1.2.37 Понудете му на пациентот со ГАР специјалистичка проценка на потребите и на ризиците, вклучувајќи:

- Времетраење и интензитет на симптомите, функционално нарушување, коморбидитети, ризик за себе и запоставување на себеси.
- Формален преглед на актуелните и на минатите третмани, вклучувајќи придржување на претходно ординираните медикаментозни третмани и веродостојност на претходните психолошки интервенции, како и нивното влијание на симптомите и функционалното нарушување.
- Домашна средина.
- Поддршка во средината.
- Релации со семејствата и со негувателите и влијанието на нив. **[нов 2011]**

1.2.38 Разгледајте ги потребите на семејствата и на негувателите и понудете проценка на нивните потреби за грижа, физичко и ментално здравје ако тие не биле понудени претходно. **[нов 2011]**

1.2.39 Развијте детален план за грижа во соработка со пациентот со ГАР кој ги насочува потребите, ризиците и функционалното нарушување и има јасен план за третман. **[нов 2011]**

Третман

1.2.40 Информирајте ги пациентите со ГАР на кои не им биле понудени или, пак, ги одбиле интервенциите од чекорите 1-3, за потенцијалните бенефити од овие интервенции и понудете им некоја која не ја пробале. **[нов 2011]**

1.2.41 Земете во предвид понудување на комбинации на психолошки и медикаментозни третмани, комбинации на антидепресиви или аугментација на антидепресиви со други лекови, но практикувајте претпазливост и знајте дека:

- Недостасуваат докази за ефикасноста на комбинираните третмани **и**
- несаканите ефекти и интеракциите се повеќе веројатни кога се комбинираат и аугментираат антидепресиви. **[нов 2011]**

1.2.42 Комбинираните третмани треба да бидат спроведени само од практиканти со експертиза во психолошкиот и во медикаментозниот третман на комплексните, рефрактерни на третман анксиозни растројства и по комплетна дискусија со пациентот за веројатните предности и неповолности од сугерираниот третман. **[нов 2011]**

1.2.43 Кога се лекуваат пациенти со комплексно и рефрактерно на третман ГАР, информирајте ги за релевантните клинички истражувања во кои тие можеби сакаат да учествуваат, работејќи со локалните и со националните етички упатства во сите времиња. **[нов 2011]**

1.3 Принципи за грижа за пациентите со панично растројство

Генерален менаџмент за паничното растројство

На пациентите кои имаат панично растројство и на нивните семејства и негуватели им е потребна детална информација, презентирана на јасен и разбирлив јазик, за природата на нивната состојба и достапните опции за третман. Таквата информација е основна за заедничко донесување на одлука меѓу пациентите со панично растројство и здравствените професионалци, особено кога се прават избори меѓу генерално еквивалентни третмани. Како дополнение, даденото емоционално, социјално и економско чинење на паничното растројство обично наложува на пациентите со панично растројство и на нивните семејства и негуватели да им треба помош во контактирањето со групите за поддршка и самопомош. Групите за поддршка исто така можат да промовираат разбирање и соработка меѓу пациентите кои имаат панично растројство, нивните семејства и негувателите со здравствените професионалци на сите нивоа на примарна и секундарна здравствена заштита.

Заедничко донесување на одлука и снабдување на информација

1.3.1 Заедничкото донесување на одлука треба да има свое место, бидејќи ја подобрува согласноста и клиничкиот исход. **[2004]**

1.3.2 Заедничкото донесување на одлука меѓу пациентот и здравствените професионалци треба да има свое место во текот на процесот на дијагностицирање и во сите фази на грижа. **[2004]**

1.3.3 Пациентите со панично растројство и, кога е тоа соодветно, семејствата и негувателите, треба да бидат снабдени со информација за природата, текот и третманот на паничното растројство, вклучувајќи информација за употребата и веројатниот профил на несакани ефекти од медикаментот. **[2004]**

1.3.4 За да се фацилитира заедничкото донесување на одлуки, треба да бидат достапни информации, базирани на докази за третманите и да се дискутира за можните опции. **[2004]**

1.3.5 При детерминирањето на изборот за третман, треба да се земе во предвид преферирањето на пациентот и искуството и исходот од претходните третмани. **[2004]**

- 1.3.6 Честите грижи, поврзани со примањето на медикаментот, како што е стравот од зависност, треба да се менаџираат. [2004]
- 1.3.7 Како дополнение на обезбеденоста со високо квалитетна информација, пациентите со панично растројство и нивните семејства и негувателите треба да бидат информирани за групите за самопомош и групите за поддршка и да бидат охрабрани во таквите програми, кога тоа е соодветно. [2004]

Јазик

- 1.3.8 Кога разговараат со пациентите со панично растројство и со нивните семејства и негуватели, здравствените професионалци треба да користат секојдневен јазик, ослободен од жаргони. Ако се користат технички термини, тие треба да му бидат објаснети на пациентот. [2004]
- 1.3.9 Кога е соодветно, сите сервиси треба да обезбедат писмен материјал на јазикот на пациентот и треба да се бараат соодветни преведувачи за пациентите чиј префериран јазик не е англиски. [2004]
- 1.3.10 Кога е достапно, треба да се земе во предвид обезбедување на психотерапии на сопствениот јазик на пациентот, ако тоа не е англиски. [2004]

1.4 Грижа чекор по чекор за пациентите со панично растројство

Ова упатство обезбедува препораки за грижа при различни стадиуми на состојбата на пациентот, презентирани со различни чекори:

Чекор 1 – препознавање и дијагноза.

Чекор 2 – третман во примарната здравствена заштита.

Чекор 3 – ревидирање и разгледување на алтернативни третмани.

Чекор 4 – ревидирање и упатување на специјалистички сервис за ментално здравје.

Чекор 5 – грижа во специјалистички сервис за ментално здравје.

Чекор 1: Препознавање и дијагноза на паничното растројство

Консултативни вештини

- 1.4.1 Сите здравствени професионалци, вклучени во дијагностицирањето и во третманот, треба да имаат јасно висок стандард на консултативни вештини, така што може да спроведат структуриран приод во дијагностицирањето и иден план за третман на паничното растројство. Стандардите се детализирани во видео работната книга Вкупна проценка за тренинг во општата пракса: проценка на консултативните вештини - вкупна едномерна проценка и барањата на членството на Ројал колеџот за општи доктори се добар пример за стандарди за консултативни вештини. [2004]

Дијагноза

Прецизната дијагноза на паничното растројство е централна за ефикасен третман на оваа состојба. Познато е дека често се присутни други состојби, како што е депресијата, кои може да ги направат конфузни презентацијата и дијагнозата.

1.4.2 Процесот на дијагностицирање треба да ги креира неопходните релевантни информации, како што е индивидуалната историја, која било авто-медикација и културните и другите индивидуални карактеристики кои може да бидат значајни фактори во понатамошната грижа. **[2004]**

1.4.3 Постојат недоволни докази за препорака на добро потврден, авторепортирачки инструмент за скрининг да се користи во дијагностичкиот процес и затоа консултативните вештини треба да овозможат продуцирање на сите неопходни информации. **[2004]**

Коморбидитети

1.4.4 Клиничарите треба да бидат внимателни кон честата клиничка состојба на коморбидитет, особено паничното растројство со депресија и паничното растројство со злоупотреба на супстанции. **[2004, променет 2011]**

1.4.5 Главните проблеми кои треба да се лекуваат треба да бидат идентификувани преку процес на дискусија со пациентот. Во детерминирањето на приоритетите од коморбидитетите, треба да биде разјаснета хронологијата на проблемите. Ова може да биде помогнато со документирање на хронологијата за идентификување на тоа кога се развиле различни проблеми. Со разјаснувањето на тоа кога се развиле симптомите, може да биде постигнато подобро разбирање на релативните приоритети од коморбидитетите и постои подобра можност за развој на ефективна интервенција која одговара на индивидуалните потреби. **[2004]**

Презентација на панични напади во сервисите за итна медицинска помош

Значајно е да се запомни дека паничниот напад не значи дека тој неопходно е составен дел на паничното растројство и соодветниот третман на паничниот напад може да го ограничи развојот на панично растројство. За пациентите кои презентираат градна болка во сервисите за итна медицинска помош, се покажува дека постои поголема веројатност причината да биде панично растројство ако коронарната артериска болест не е присутна или пациентот е од женски пол или е релативно млад. Две други варијабли, атипична градна болка и авто-рапортирачка анксиозност, исто така може да бидат асоцирани со презентација на панично растројство, но не постои доволен доказ за да се воспостави релацијата.

1.4.6 Ако пациентот презентира паничен напад во сервисот за итна медицинска помош или во други услови, тие треба:

- Да бидат запрашани дали веќе примаат терапија за панично растројство.
- Да бидат подложени на минимални испитувања, неопходни за исклучување на акутни органски проблеми.
- Не секогаш да бидат хоспитализирани во медицинска или во психијатриска установа.
- Да бидат упатени во примарната здравствена заштита за понатамошна грижа, дури и кога проценката е спроведена во сервисот за итна медицинска помош.
- Да им биде дадена соодветна писмена информација за паничните напади и за тоа зошто се упатуваат во примарната здравствена заштита.

- Да им биде понудена соодветна писмена информација за изворите на поддршка, вклучувајќи локални и национални волонтерски групи и групи за самопомош. **[2004]**

Панично растројство - чекори 2- 5

Чекор 2. За пациентите со панично растројство: понудете третман во примарната здравствена заштита.

Препорачаните опции за третман се базирани на докази: психолошката терапија, медикацијата и самопомошта се покажани како ефективни. Изборот на третман ќе биде резултат на процесот на проценка и заедничкото донесување на одлуки.

Може да постојат случаи каде најефективната интервенција не е достапна (на пример, когнитивно-бихејвиорална терапија [КБТ]) или не е опција за третман, избрана од пациентот. Во овие случаи, здравствените професионалци ќе треба да размислат, по дискусијата со пациентот, дали е прифатливо да се понуди еден од другите препорачани третмани.

Ако преферираната опција за третман е актуелно недостапна, здравствените професионалци, исто така, треба да земат во предвид дали е веројатно таа да стане достапна во потребниот временски рок.

Општо

- 1.4.7 Бензодијазепините се асоцирани со помалку добар исход при долготраен период и не треба да бидат ординирани за третман на пациенти со панично растројство. **[2004]**
- 1.4.8 Седативните антихистаминици или антипсихотици не треба да бидат ординирани за третман на панично растројство. **[2004]**
- 1.4.9 Во грижата за пациентите со панично растројство, треба да биде понудена која било од следниве типови на интервенции и треба да биде земено во предвид преферирањето на пациентот. Интервенциите кои имаат доказ за најдолготраен ефект, во десцендентен редослед, се:
- Психолошка терапија (види 1.4.12–1.4.18).
 - Фармаколошка терапија (антидепресивни медикаменти - види 1.4.19–1.4.31).
 - Самопомош (види 1.4.32–1.4.34). **[2004]**
- 1.4.10 Избраната опција за третман треба брзо да биде достапна. **[2004]**
- 1.4.11 Постојат позитивни предности на сервисите, засновани на примарна грижа (на пример, пониски проценти на луѓе кои нè посетуваат) и овие сервиси се често преферирани од луѓето. **[2004]**

Психолошки интервенции

- 1.4.12 Треба да се користи когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ). **[2004]**

- 1.4.13 КБТ треба да биде спроведувана само од страна на соодветни тренирани и супервизирани индивидуи кои може да демонстрираат дека строго се придржуваат на емпириски заснованите протоколи за третман. **[2004]**
- 1.4.14 Треба да биде понудена КБТ во оптимален ранг на времетраење (7-14 часа вкупно). **[2004]**
- 1.4.15 За повеќето пациенти, КБТ треба да се спроведува во форма на неделни сесии од 1-2 часа и треба да биде комплетирана во текот на максимум 4 месеци од почетокот. **[2004]**
- 1.4.16 Кратка КБТ треба да биде додадена со соодветна фокусирана информација и задачи. **[2004]**
- 1.4.17 Онаму, каде се користи кратка КБТ, таа треба да биде околу 7 часа и дизајнирана да интегрира со материјалите за структурирана самопомош. **[2004]**
- 1.4.18 За некои пациенти, може да биде соодветна повеќе интензивна КБТ во текот на краток период. **[2004]**

Фармаколошки интервенции - антидепресивни медикаменти

Антидепресивите треба да бидат единствената фармаколошка интервенција, користена за долготраен третман на паничното растројство. Двете класи на антидепресиви, кои се базирани на докази за ефективност, се селективните инхибитори на повторното преземање на серотонин (SSRI) и трицикличните антидепресиви (ТСА).

- 1.4.19 Следново мора да се земе во предвид кога се одлучува кој медикамент да се понуди:
- Возраста на пациентот.
 - Претходен терапевтски одговор.
 - Ризици.
 - Веројатност од ненамерно предозирање од страна на лекуваниот пациент и од страна на другите членови на семејството, ако е тоа соодветно.
 - Веројатност од намерна автодеструктивност со предозирање или на друг начин (највисок е ризикот со ТСА).^[9]
 - Толеранција.
 - *Можност за интеракции со истовремено ординираните медикаменти (консултирајте го додатокот 1 од 'Англиската национална формула').*^[9]
 - Преферирањето на пациентот кој се лекува.
 - Трошоци, онаму каде е демонстрирана еднаква ефикасност. **[2004]**
- 1.4.20 При започнувањето на третманот сите пациенти на кои им се ординирани антидепресиви треба да бидат информирани за потенцијалните несакани ефекти (вклучувајќи транзиторно зголемување на анксиозноста во почетокот на третманот) и за ризикот од симптомите на прекинување ако третманот нагло се прекине или во некои случаи ако дозата се испушти или повремено при намалување на дозата на лекот. **[2004]**

- 1.4.21 Пациентите кои започнале третман со антидепресиви, треба да бидат информирани за одложениот почеток на ефектот, временскиот тек на третманот, потребата да се прима лекот како што е ординиран и можните симптоми на дисконтинуитет. Треба да биде достапна писмена информација, соодветна на потребите на пациентот. **[2004]**
- 1.4.22 Ако не е поинаку индицирано, треба да бидат понудени SSRI лиценцирани за панично растројство. **[2004]**
- 1.4.23 Ако SSRI не се соодветни или не постои подобрување по 12-неделен третман и ако е соодветна понатамошна медикација, може да се земат во предвид имипрамин^[10] или климипрамин^[11]. **[2004]**
- 1.4.24 Кога се ординира антидепресив, здравствените професионалци треба да го земат во предвид следново:
- Несаканите ефекти од започнувањето на антидепресиви може да бидат минимизирани со започнување на ниска доза и бавно зголемување на дозата додека не се постигне задоволителен терапевтски одговор.
 - Во некои случаи, може да бидат неопходни дози на горниот крај од индицираниот терапевтски ранг за дозирање и тие треба да бидат понудени, ако е потребно.
 - Долготрајниот третман може да биде неопходен за некои пациенти и треба да биде понуден, ако е потребно.
 - Ако пациентот покажува подобрување со третманот со антидепресиви, медикаментот треба да се продолжи уште најмалку 6 месеци по постигнувањето на оптималната доза, по што дозата може да се намалува. **[2004]**
- 1.4.25 Ако не постои подобрување по 12-неделен третман, треба да се понуди антидепресив од алтернативна класа (ако е соодветна друга медикација) или друга форма на терапија (види 1.4.9). **[2004]**
- 1.4.26 Пациентите треба да се советуваат да го примаат нивниот медикамент како што е ординиран. Ова може да биде особено значајно за лековите со краток полуживот, со цел да се избегнат симптомите на дисконтинуитет. **[2004]**
- 1.4.27 Наглото прекинување на антидепресивите може да предизвика симптоми на дисконтинуитет. За да се минимизира ризикот од симптоми на дисконтинуитет, кога се прекинуваат антидепресивите дозата треба постепено да се намалува во текот на продолжен временски период. **[2004]**
- 1.4.28 Сите пациенти на кои им се ординирани антидепресиви треба да бидат информирани дека, иако лековите не се асоцирани со толеранција и силна потреба, симптомите на дисконтинуитет може да се јават при прекинување или испуштање на дозата или повремено при редуцирање на дозата на лекот. Овие симптоми обично се благи и автолимитирачки, но повремено може да бидат интензивни, особено ако лекот нагло се прекине. **[2004]**

- 1.4.29 Здравствените професионалци треба да ги информираат пациентите дека најчесто доживувани симптоми на дисконтинуитет се вртоглавица, апатија и треперење, гастроинтестинални нарушувања (особено гадење и повраќање), главоболка, потење, анксиозност и нарушување на спиењето. [2004]
- 1.4.30 Здравствените професионалци треба да ги информираат пациентите дека тие треба да бараат совет од нивниот доктор ако почувствуваат значајни симптоми на дисконтинуитет. [2004]
- 1.4.31 Ако симптомите на дисконтинуитет се благи, докторот треба повторно да го прегледа пациентот и да ги мониторира симптомите. Ако пациентот доживува интензивни симптоми по прекинот на антидепресивот, докторот треба да размисли за повторно негово воведување (или ординирање на друг од истата класа кој има подолг полуживот) и постепено намалување на дозата додека се мониторираат симптомите. [2004]

Самопомош

- 1.4.32 Треба да биде понудена библиотерапија, заснована на принципите на КБТ. [2004]
- 1.4.33 Треба да биде понудена информација за групите за поддршка, онаму каде тие се достапни. (Групите за поддршка може да обезбедат директни состаноци, телефонски конференциски групи за поддршка [кои може да се засновани на принципите на КБТ] или дополнителна информација за сите аспекти на анксиозните растројства и други извори на помош). [2004]
- 1.4.34 Бенефитите од вежбањето, како дел од доброто општо здравје, треба да бидат дискутирани со сите пациенти со панично растројство како соодветни. [2004]

Чекор 3 за пациентите со панично растројство: ревидирање и понуда на алтернативен третман, ако е соодветно

- 1.4.35 Ако по текот на третманот, клиничарот и пациентот со панично растројство се согласат дека нема подобрување со еден вид на интервенција, пациентот треба повторно да биде прегледан и да се разгледа обид со еден од другите типови на интервенции. [2004]

Чекор 4 за пациентите со панично растројство: ревидирање и понуда на упатување од примарната грижа, ако е соодветно

- 1.4.36 Во повеќето случаи, ако биле спроведени две интервенции (која било комбинација на психолошка интервенција, медикамент или библиотерапија) и пациентот сè уште има значајни симптоми, тогаш треба да му понудите упатување во специјалистички сервиси за ментално здравје. [2004]

Чекор 5 за пациентите со панично растројство: грижа во специјалистички сервиси за ментално здравје

1.4.37 Специјалистичките сервиси за ментално здравје треба да спроведат потполна холистичка проценка на индивидуата, нејзината средина и социјалните услови. Оваа повторна проценка треба да вклучи евалуација на:

- Претходните третмани, вклучувајќи ефективност и усогласеност.
- Каква било употреба на супстанција, вклучувајќи никотин, алкохол, кофеин и рекреативни дроги.
- Коморбидитети.
- Секојдневно функционирање.
- Социјални мрежи.
- Континуирани хронични стресови.
- Улогата на агорафобијата и други симптоми на одбегнување.
- Треба да се спроведе детална проценка на ризикот и да се развие соодветен план за справување при ризик. [2004]

1.4.38 За да се спроведат овие евалуации и да се развие и сподели потполно формулирање, можеби ќе биде потребно повеќе од една сесија и тоа треба да биде достапно. [2004]

1.4.39 Грижата и третманот треба да бидат засновани на индивидуалните услови и да се споделат направените одлуки. Опциите вклучуваат:

- Третман на коморбидните состојби.
- КБТ со искусен терапевт ако сè уште не е понуден, вклучувајќи КБТ во домашни услови, ако посетата на клиника е тешка.
- Структурирано решавање на проблем.
- Потполна експлорација на фармаколошката терапија.
- Секојдневна поддршка за да им се олесни на негувателите и на членовите на семејството.
- Упатување во терциерните центри за совет, проценка или третман. [2004]

1.4.40 Треба да има прецизна и ефективна комуникација меѓу сите здравствени професионалци, вклучени во грижата на секој пациент со панично растројство, особено меѓу клиничарите од примарната грижа (општите доктори и тимовите) и клиничарите од секундарната грижа (јавноздравствените тимови за ментално здравје) ако постојат органски здравствени состојби кои исто така бараат активен третман. [2004]

Мониторинг и следење на пациентите со панично растројство

Психолошки интервенции

1.4.41 Во склоп на секоја пракса, треба да постои процес за проценка на прогресот на пациентот кој е подложен на КБТ. Природата на овој процес треба да биде детерминирана на основа на секој поединечен случај. [2004]

Фармаколошки интервенции

- 1.4.42 Кога е започнат нов медикамент, ефикасноста и несаканите ефекти треба да бидат проценувани во текот на 2 седмици од започнувањето на третманот и повторно по 4, 6 и 12 недели. Следете го резимето за карактеристиките на продуктот, почитувајќи ги сите други мониторирања кои се потребни. [2004]
- 1.4.43 По завршувањето на 12 недели, треба да се направи проценка на ефективноста на третманот и да се донесе одлука дали да се продолжи или да се размисли за алтернативна интервенција. [2004]
- 1.4.44 Ако медикаментот треба да се продолжи по 12 недели, пациентот треба повторно да биде прегледуван на 8-12 неделни интервали, зависно од клиничкиот прогрес и од индивидуалните услови. [2004]

Самопомош

- 1.4.45 На индивидуите кои примаат интервенции на самопомош треба да им се понуди контакт со професионалци од примарната здравствена заштита, така што напредокот може да биде надгледуван и, ако е тоа соодветно, да се земат во предвид алтернативни интервенции. Честотата на таквиот контакт треба да биде детерминирана врз основа на секој поединечен случај, но веројатно е да биде меѓу секои 4 и 8 недели. [2004]

Мерки за исход

- 1.4.46 Кратки прашалници кои самостојно се пополнуваат (како што е паничната потскала од инвентарот за агорафобична подвижност кај пациенти со панично растројство) треба да се користат за мониторинг на исходот секогаш кога тоа е можно. [2004]

-
- [4] За NICE упатствата за депресија, опсесивно-компулсивно растројство и посттравматско стресно растројство, видете го дел 6 ('Поврзани NICE упатства').
- [5] Чести ментални растројства. [NICE клиничко упатство 123](#). Мај 2011 година.
- [6] За NICE упатствата за растројствата од злоупотреба на супстанции и алкохол, видете го дел 6 ('Поврзани NICE упатства').
- [7] Растројства од злоупотреба на алкохол: дијагноза, проценка и менаџмент на штетното пиење и зависноста од алкохол. [NICE клиничко упатство 115](#) (Февруари 2011 год.).
- [8] Чекор 4 обично се однесува на јавноздравствените тимови за ментално здравје, но може да вклучи и специјалистички сервиси и специјалисти во примарната грижа.
- [9] Текстот, прикажан со коси букви (италик) во оваа препорака беше променет во 2007 година.
- [10] Во временскиот период на публикацијата (јануари 2011 год.) имипраминот немаше авторизација за оваа индикација на англискиот пазар. Треба да биде обезбедена и документирана информирана согласност.
- [11] Во временскиот период на публикацијата (јануари 2011 год.) кломипраминот немаше авторизација за оваа индикација на англискиот пазар. Треба да биде обезбедена и документирана информирана согласност.

2. Забелешки за делокругот на упатството

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира што ќе содржи, а што нема да содржи упатството. Делокругот на ова упатство е достапен.

Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за ментално здравје за да ги ажурира препораките за генерализирано анксиозно растројство во ова упатство. Центарот за ментално здравје ја основал групата за развој на упатството (види додаток А), која ги ревидираше препораките за менаџментот на генерализираното анксиозно растројство. Националниот центар за соработка за примарна грижа во 2004 год. ги создал препораките за менаџмент на паничното растројство (со или без агорафобија). Независни панели за ревизија на упатството го надгледуваа развојот на упатството (види додаток Б).

На интернет страницата на NICE постојат повеќе информации за тоа како се создадени NICE упатствата. Достапна е брошурата 'Како се создадени NICE клиничките упатства: преглед за соработниците, јавноста и националниот здравствен систем'.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки за помош на организациите во имплементацијата на ова упатство.

4. Препораки за истражувања

Групата за развој на упатството од 2011 год. ги направила следниве препораки за истражување, засновани на нејзината ревизија на докази, за да го унапреди NICE упатството и грижата за пациентот во иднина. Комплетниот сет на препораки за истражувања на групата за развој на упатството е детален во комплетното упатство (види дел 5).

4.1 *Споредба на клиничката и на економската ефективност на сертралин и КБТ кај пациенти со ГАР кои не одговориле на насочувана самопомош и психоедукација*

Која е релативната ефективност на сертралинот во споредба со КБТ кај пациенти со ГАР кои не одговориле на насочувана самопомош и психоедукација во моделот на грижа чекор по чекор?

Ова прашање треба да се разгледа, користејќи рандомизиран контролиран дизајн во кој пациентите со ГАР кои не одговориле на интервенциите од чекор 2 се отворено предвидени за третман со сертралин, КБТ или контрола според листата на чекање за 12-16 седмици. Контролната група е значајна за да демонстрира дека двата активни третмани создаваат поголеми ефекти отколку оние со природна ремисија. Периодот на контрола според листата на чекање е стандардното траење на КБТ третман за ГАР и исто така е најчестото времетраење кое е потребно за КБТ специјалистот да биде достапен во рутинската пракса. По 12–16 седмици сите учесници треба да примат понатамошен третман, одбран во соработка со нивните клиничари за третман.

Избраните резултати по 12-16 седмици треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за проценка на клиничките симптоми и функционирањето, специфично за ГАР, како и за квалитетот на живот. Исто така, треба да биде спроведена економска анализа во текот на студијата. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти и за какви било разлики во трошоците меѓу опциите за третман, користејќи неинфериорен дизајн. Треба да бидат испитани медијаторите и модераторите на одговор. Последователните проценки треба да продолжат во текот на следните 2 години за да се утврди дали краткотрајните бенефити се одржуваат и особено дали КБТ долготрајно продуцира подобар исход.

Зошто е ова важно

И сертралинот и КБТ се ефикасни во третманот на ГАР, но нивната релативна ефикасност не била компарирана. Во моделот на грижа чекор по чекор и КБТ и сертралинот се опции за третман ако интервенциите од чекор 2 (насочувана самопомош и/или психоедукација) не резултирале со задоволителен клинички одговор. Сепак, досега не постојат податоци од рандомизирани студии за да помогнат во давањето приоритет на третманите од следниот чекор и не постои информација за тоа како индивидуите со ГАР може да бидат спарени со одредени терапевти. Разјаснувањето на релативните краткотрајни и долготрајни бенефити од сертралинот и КБТ ќе помогне во водењето на третманот.

4.2 Клиничка и економска ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), споредени со контрола според листата на чекање во третманот на ГАР

Кај добро дефинирано ГАР, која е клиничката и економската ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), споредени со контрола според листата на чекање.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи трикратен рандомизиран контролиран дизајн со користење на краткотрајни резултати и резултати од средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност). Особено внимание треба да се посвети на репродуктивилноста на моделот за третман со разгледување на содржината, времетраењето и тренингот и супервизијата на спроведуваните интервенции за да се обезбеди резултатите да бидат истовремено и големи и генерални. Одбраните резултати треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за проценка на клиничките симптоми и функционирањето, специфично за ГАР, како и за проценка на прифатливоста и достапноста на опциите за третман.

Зошто е ова важно

Психолошките третмани се препорачана опција за третман кај пациентите со ГАР. ККБТ е ниско интензивна интервенција за ГАР која ветува, а сè уште нема значајни докази. Затоа е важно да се утврди дали ККБТ е ефективен третман кој треба да се обезбеди за ГАР и како е тој во споредба со други ниско интензивни интервенции, како што е насочуваната библиотерапија. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации во обезбедувањето, достапноста и прифатливоста на психолошкиот третман во Националниот здравствен сервис.

4.3 Ефективноста на физичката активност во споредба со контролата според листата на чекање во третманот на ГАР

Кај пациентите со ГАР кои се подготвени да започнат ниско интензивна интервенција, која е клиничката ефективност од физичката активност во споредба со контролата според листата на чекање?

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн за пациенти со ГАР кои биле едуцирани за растројството (како што е опишано во чекор 1) и чекорот нагоре кон ниско интензивна интервенција. Периодот на контрола според листата на чекање треба да биде 12 седмици. Одбраните резултати треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за клиничките симптоми и за функционирањето, специфично за ГАР, како и за квалитетот на живот.

Зошто е ова важно

Доказите за ефективноста на физичката активност во редуцирањето на симптомите на анксиозност се значајно помали отколку за депресијата. Сепак, онаму каде постои доказ, постојат знаци дека физичката активност може да помогне во редуцирањето на

анксиозноста. Бидејќи ГАР е често доживувано психијатриско растројство, резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации во проширувањето на опсегот на опции за третман, достапни во Националниот здравствен сервис.

4.4 Ефективноста на камилицата и гинко билоба во третманот на ГАР

Дали камилицата/гинко билоба се поефективни отколку плацебо во зголемувањето на одговорот и стапката на ремисија и во намалувањето на степенот на анксиозност кај пациентите со ГАР?

Ова прашање треба да се разгледа, користејќи плацебо-контролиран, двојно слеп рандомизиран дизајн за да се споредат ефектите од стандардизираната доза на камилица (220-1100 мг) или гинко билоба (30-500 мг) во подготвена достапна форма, на пример капсули, со плацебо. Ова треба да го процени исходот на крајот од студијата и по 12-месечно постстудиско следење. Одбраните резултати треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за клиничките симптоми и функционирањето, специфично за ГАР, како и за несаканите ефекти. Треба да се вклучи здравствена економска евалуација и проценка на квалитетот на животот. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн. Треба да бидат испитани медијаторите и модераторите на одговор.

Зошто е ова важно

ГАР е често психијатриско растројство и резултатите од оваа студија ќе бидат генерални за голем број на луѓе. Постои доказ за ефикасноста на камилицата и гинко билоба во редуцирањето на анксиозноста кај пациентите со ГАР, но базата на докази е мала (една студија). Сепак, сиромашната литература за ефективноста на други хербални интервенции во лекувањето на ГАР, укажува на камилицата и гинко билоба како две од поефективните хербални интервенции. Освен тоа и двата хербални лекови се широко достапни и релативно ефтини. Покрај тоа, досега не постои научен доказ за несакани ефекти или интеракции лек-билка поврзани со камилицата или гинко билоба. Бидејќи овие две хербални интервенции се достапни подготвени и немаат познати несакани ефекти, тие може да се користат во раните стадиуми како начин на превенција на прогресијата кон медикаментозен третман, кој е асоциран со бројни несакани ефекти и зависност.

4.5 Клиничка и економска ефективност од приодот на кооперативна грижа, базирана на примарната грижа во подобрување на третманот на ГАР, споредено со вообичаената грижа

Кои се бенефитите од приодот на кооперативна грижа, базирана на примарната грижа во подобрувањето на третманот на ГАР, споредено со вообичаената грижа?

Прашањето треба да се разгледа преку користење на дизајн на рандомизирани контролирани кластери во кои кластерите се изведените практики на докторите по

медицина, а пациентите со ГАР се одбираат следејќи го скринингот на последователните посети кај докторите по медицина кои учествуваат. Докторите по медицина во нивната пракса со интервенции треба да добиваат тренинг за препознавање на ГАР и спроведување на медикаментозен третман и ниско интензивни психолошки интервенции, спроведувани од докторите по медицина (психоедукација и нефацилигирана самопомош). Психолозите кои се успешни практиканти во нивната пракса со интервенции, треба да ги обезбедат овие ниско интензивни психолошки интервенции и да го поддржат медикаментозниот третман, ординираан од докторите на медицина, обезбедувајќи информации за несаканите ефекти, да вршат мониторинг на употребата на медикаментот и да соработуваат за каква било промена од медикацијата. Тие, исто така, треба да го поддржат упатувањето на КБТ на учесниците чии симптоми не се подобриле по ниско интензивните интервенции. Структурирани протоколи, базирани на праксата, треба да ги дефинираат патиштата на грижа, интервенциите кои треба да бидат обезбедени од страна на практикантите во секоја точка од патеката за грижа и механизмите кои тие треба да ги користат за да соработуваат за индивидуалните пациенти. Во контролната пракса учесниците треба да добиваат вообичаена грижа од докторите по медицина, вклучувајќи упатување за психолошки интервенции во примарната и во секундарната грижа или во сервисите за ментално здравје.

Резултатите треба да се евалуираат по 6 месеци со последователни проценки во континуитет до 2 години за да се утврди дали краткотрајните бенефити се одржуваат во подолг период. Одбраните резултати треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за клиничките симптоми и функционирањето специфично за ГАР, како и за квалитетот на живот. Исто така, треба да биде спроведена економска анализа паралелно со студијата. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти и какви било разлики во трошоците меѓу кооперативната и вообичаената грижа.

Зошто е ова важно

Повеќето пациенти со ГАР во Англија не добиваат третман, базиран на докази и слабото препознавање на ГАР од страна на докторите по медицина има улога во недостатокот на понудени соодветни интервенции. Постои доказ дека комплексните интервенции, вклучени во тренингот на практикантите од примарната грижа, заедно со приодот на кооперативна грижа кој ги вклучува докторите по медицина, другите практиканти од примарната грижа и професионалците од менталното здравје, може да го унапредат добивањето на интервенции, базирани на докази и клиничките и функционалните исходи за пациентите со ГАР. Сепак, овие приоди не биле евалуирани во примарната грижа во Англија. Поради разликите меѓу организацијата на примарната грижа во различни земји, како што е САД, значајно е да се демонстрира дали овие приоди може исто така да бидат ефективни во Англија.

4.6 Клиничка и економска ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), во споредба со контролата според листата на чекање во третманот на панично растројство

Кај добро дефинирано панично растројство, која е клиничката и економската ефективност на две ниско интензивни интервенции, засновани на КБТ (ККБТ и насочувана библиотерапија), во споредба со контролата според листата на чекање?

Ова прашање треба да се одговори, користејќи трикратен рандомизиран контролиран дизајн со користење на краткотрајни резултати и резултати од средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност). Особено внимание треба да се посвети на репродуктивилноста на моделот за третман со разгледување на содржината, времетраењето и тренингот и супервизијата на спроведуваните интервенции за да се обезбеди резултатите да бидат истовремено и големи и генерални. Одбраните резултати треба да ги вклучат мерките и на опсерваторот и на учесникот за проценка на клиничките симптоми и функционирањето, специфично за паничното растројство, како и за проценка на прифатливоста и достапноста на опциите за третман.

Зошто е ова важно

Психолошките третмани се препорачана терапевтска опција кај пациентите со панично растројство. ККБТ е ниско интензивна интервенција за паничното растројство која ветува, а сè уште нема значајна база на докази. Затоа е важно да се утврди дали ККБТ е ефективен третман кој треба да се обезбеди за паничното растројство и како тој се споредува со други ниско интензивни интервенции, како што е насочуваната библиотерапија. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации во обезбедувањето, достапноста и прифатливоста на психолошкиот третман во Националниот здравствен сервис.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 *Комплетно упатство*

Комплетното упатство 'Генерализирано анксиозно растројство и панично растројство (со или без агорафобија) кај возрасни: менаџмент во примарната, секундарната и јавноздравствената грижа (делумно ажурирано)' содржи детали за методите и за доказите, користени за развој на ова упатство. Издадено е од Националниот центар за соработка за ментално здравје и достапно е на нашата интернет страница.

5.2 *Информација за јавноста*

NICE создаде информација за јавноста која го објаснува ова упатство.

Ги поттикнуваме Националниот здравствен сервис и секторските волонтерски организации да користат текст од оваа информација во нивните материјали за генерализираното анксиозно растројство и паничното растројство (со или без агорафобија).

6. Поврзани NICE упатства

Издадени

- Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. [NICE clinical guideline 100](#) (2010).
- Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. [NICE public health guidance 24](#) (2010).
- Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. [NICE clinical guideline 91](#) (2009).
- Depression: the treatment and management of depression in adults. [NICE clinical guideline 90](#) (2009).
- Medicines adherence. [NICE clinical guideline 76](#). (2009).
- Drug misuse: opioid detoxification. [NICE clinical guideline 52](#) (2007).
- Drug misuse: psychosocial interventions. [NICE clinical guideline 51](#) (2007).
- Antenatal and postnatal mental health. [NICE clinical guideline 45](#) (2007).
- Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. [NICE technology appraisal guidance 97](#) (2006).
- Obsessive-compulsive disorder. [NICE clinical guideline 31](#) (2005).
- Post-traumatic stress disorder (PTSD). [NICE clinical guideline 26](#) (2005).
- Self-harm. [NICE clinical guideline 16](#) (2004).
- Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. [NICE clinical guideline 115](#) (2011).
- Common mental health disorders. [NICE clinical guideline 123](#) (2011).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земаат во предвид значајните нови информации. Новите докази се проверуваат 3 години по издавањето и здравствените професионалци и пациентите се прашуваат за нивните гледишта; ја користиме оваа информација за да одлучиме дали треба да се ажурира целото или дел од упатството. Ако значаен нов доказ е публикуван во друго време, може да одлучиме на направиме побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молиме, видете ја нашата интернет страница за ажурирање на упатството.

Додаток А: Групи за развој на упатството и тим за проектот на NICE

2011 Група за развој на упатството

(21 член, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

2011 Тим за проектот на NICE

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

2004 Група за развој на упатството

(18 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

Работна група, 2007 амандмани на упатството

Работната група беше поставена од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје. (Работната група се состои од 8 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

Додаток Б: Панели за ревизија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независен панел кој го надгледува развојот на упатството и презема одговорност за мониторинг на придржувањето кон процесите за развој на упатството на NICE. Панелот особено обезбедува адекватно разгледување и давање на одговор на коментарите на партиципантите. Панелот вклучува членови од следниве профили: примарна нега, секундарна нега, аматери, јавно здравство и индустрија.

2011 Панел за ревизија на упатството

(Панелот за ревизија на упатството 2011 се состои од 5 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

2004 Панел за ревизија на упатството

(Панелот за ревизија на упатството 2004 се состои од 5 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

Панел за ревизија на упатството, 2007 амандмани на упатството

(Панелот за ревизија на упатството 2007, амандмани на упатството се состои од 3 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg113).

Додаток В: Проценка на генерализираното анксиозно растројство

Како што е наведено во воведот на ова упатство, проценката на ГАР е заснована на дијагностичките критериуми на DSM-IV. Проценката треба да вклучи одреден број и интензитет на симптоми, времетраење на актуелната епизода и текот на растројството.

Клучни симптоми на ГАР

Клучните симптоми на ГАР се:

- Прекумерна анксиозност и загриженост за бројни настани или активности.
- Тешкотии во контролирањето на грижата.

Загриженоста треба да биде присутна во повеќето денови најмалку 6 месеци. Фокусот на грижата не треба да биде ограничен на карактеристиките на друго анксиозно растројство (на пример, не само присуството на паничен напад, социјална срамежливост, трауматски настан, чувство дека е заразен или заболел од некоја сериозна болест).

Ако се присутни два клучни симптоми, прашајте за следниве асоцирани симптоми:

- Вознемиреност.
- Лесна заморливост.
- Тешкотии со концентрацијата.
- Иритабилност.
- Мускулна тензија.
- Нарушено спиење.

Фактори кои ја фаворизираат иницијалната едукација за ГАР и активниот мониторинг (чекор 1) се:

- Неколку симптоми на ГАР или симптоми кои се интермитентни или со времетраење помалку од 6 месеци (значи супклинички).
- Само лесен стрес и отсутно или ограничено функционално нарушување.
- Нема коморбидна анксиозност или растројство на расположението.
- Нема претходна историја за анксиозни растројства или растројства на расположението.
- Индивидуата не се интересира за ни една опција на активен третман.

Фактори кои го фаворизираат иницијалниот активен третман со ниско интензивни психолошки интервенции, вклучувајќи нефацилитирана самопомош, ординирана од докторите по медицина (чекор 2) се:

- Исполнување на дијагностичките критериуми за ГАР.
- Клинички сигнификантен стрес и/или нарушување на социјалната, работната и други значајни сфери на функционирање.
- Коморбидна анксиозност или растројство во расположението.
- Пациентот има желба да следи активен третман за ГАР.

Фактори кои го фаворизираат третманот со високо интензивна психолошка интервенција или фармаколошка интервенција (чекор 3) се:

- Значително функционално нарушување.
- Помалку изразено, но клинички значајно, функционално нарушување или стрес и неадекватен одговор на интервенциите од чекор 2.
- Претходна историја за анксиозни растројства или растројства на расположението.

Фактори кои го фаворизираат упатувањето на специјалистички третман (чекор 4) се:

- ГАР кое е рефрактерно и на КБТ и на медикаментозен третман.
- Многу интензивно функционално нарушување (како што е запоставување на себеси).
Перзистентни суицидални мисли.
- Мултипли психијатриски коморбидитети.

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата за пациентите со специфични растројства и состојби во Националниот здравствен сервис во Англија и во Велс.

Упатството беше создадено од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје и Националниот центар за соработка за примарна грижа. Центрите за соработка работеа со група на здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, доктори на медицина и медицински сестри), пациенти и негуватели, технички персонал кои вршеа ревизија на доказите и правеа нацрт план за препораките. Препораките беа финализирани по консултација со јавноста.

Методите и процесите за развивање на NICE клиничките упатства се опишани во 'Прирачникот за упатства'.

Ова упатство го ажурира и го заменува NICE клиничкото упатство 22 (издадено во декември 2004 година; променето во април 2007 година).

Изработивме информација за јавноста која го објаснува ова упатство. Алатките кои ви помагаат да го ставите упатството во пракса и информацијата за доказите на кои тоа се заснова исто така се достапни.

Промени по публикацијата

Јануари 2012: мала промена.

Октомври 2012: мала промена.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое пристигна по внимателно рагледување на достапните докази. Се очекува здравствените професионалци потполно да го земат во предвид кога ги практикуваат нивните клинички одлуки. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените професионалци да донесуваат одлуки, соодветни на состојбата на индивидуалниот пациент во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и да бидат информирани за резимето на карактеристиките на секој лек кој го земаат во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетуваат дека нивна е одговорноста за имплементација на упатството, во нивен локален контекст, во светлото на нивните должности да избегнат незаконска дискриминација и да обрнат внимание на промовирање на еднаквост во можностите. Ништо во ова упатство не треба да биде интерпретирано на начин на кој би било недоследно во согласност со тие обврски.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2009. Сите права се задржани. Авторските права на NICE за материјалот може да се преземат за приватно истражување и за студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 033 7780