

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 ОПШТИ НАРУШУВАЊА НА
МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при општи нарушувања на менталното здравје.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при општи нарушувања на менталното здравје 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 општи нарушувања на менталното здравје 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. 17-3120/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Општи нарушувања на менталното здравје

Идентификација и патеки до згрижување

Објавено: мај 2011 год.

NICE клинички упатства 123
guidance.nice.org.uk/cg123

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Водич.....	6
1.1. Подобрување на пристапот до услугите	6
1.2. Згрижување во чекори	8
1.3. Чекор 1: Идентификација и проценка	10
1.4. Чекори 2 и 3: Лекување и упатување на лекување.....	13
1.5. Развој на патеките за локално згрижување	18
2. Забелешки за делокругот на упатството.....	22
3. Имплементација.....	23
4. Препораки за истражување	24
4.1. Сеопфатна проценка, наспроти кратка проценка.....	24
4.2. 'Одење преку' од еден инструмент за проценка до друг.....	24
4.3. GAD-2 за луѓето со претпоставено анксиозно нарушување	24
4.4. Рутинско мерење на резултатот.....	25
4.5. Употреба на едноставен алгоритам, спореден со стандардна клиничка проценка.....	25
4.6. Приоритет во лекувањето на луѓе со анксиозност и депресија.....	26
5. Други верзии на ова упатство	27
5.1. Целосно упатство	27
5.2. Информација за јавноста	27
6. Поврзан NICE водич	28
7. Ажурирање на упатството	29
Додаток А: Група за развој на упатствата, Национален центар за соработка и NICE проект тим.....	30
Група за развој на упатствата (26 члена).....	30
Тим за NICE проект (6 члена).....	31
Додаток В: Панел за рецензија на упатствата (5 члена)	32
Додаток С: Алгоритми	33
Додаток D: GAD-2 и GAD-7	34
Додаток Е: Речник.....	35
Додаток F: Табели за лекување и упатување	40
Околу ова упатство	41

Вовед

Општите нарушувања на менталното здравје, како депресија, општо анксиозно нарушување, панично нарушување, опсесивно-компулсивно нарушување (OCD), посттравматско стресно нарушување (PTSD) и социјално анксиозно нарушување [1], можат да нападнат до 15% од населението во кое било време. Депресијата и анксиозните нарушувања можат да траат до крајот на животот со враќање на болеста и ремисија. Постои значителна варијација во сериозноста на честите нарушувања на менталното здравје, но сите може да бидат асоцирани со значаен доживотен инвалидитет. На пример, проценето е дека во развиениот свет, со години депресијата е втор по големина чинител кој придонесува кон живот приспо-собен на попреченоста. Таа е, исто така, асоцирана со високи нивоа на морбидитет и морталитет и е најчесто нарушување кое придонесува кон самоубиство.

Преваленцата на индивидуалните чести нарушувања на менталното здравје значајно варира. Еднонеделните стапки на преваленца од националниот преглед на Бирото за национална статистика 2007 [2] беа 4.4% за генерализирано анксиозно нарушување, 3.0% за PTSD, 2.3% за депресија, 1.4% за фобии, 1.1% за OCD и 1.1% за панични нарушувања. Проценките на односот на луѓе кои веројатно ќе доживеат специфични нарушувања во текот на нивниот живот се од 4% до 10% за голема депресија, 2.5% до 5% за дистимија, 5.7% за генерализирано анксиозно нарушување, 1.4% за панично нарушување, 12.5% за специфични фобии, 12.1% за социјално анксиозно нарушување, 1.6% за OCD и 6.8% за PTSD. Повеќе од половината од луѓето на возраст од 16 до 64 години кај кои се дијагностицираат карактеристики на барем едно често нарушување на менталното здравје имаат како коморбидитет анксиозност и депресивни нарушувања.

Најголемиот дел (до 90%) од дијагностицираните депресивни и анксиозни нарушувања се лекуваат во примарната здравствена заштита. Како и да е, многу лица не бараат лекување и анксиозноста и депресијата често остануваат недиагностицирани. Иако препознавањето е општо почесто кај поумерените отколку кај посериозните случаи, полесните нарушувања се сè уште извор на загриженост. Препознавањето на анксиозни нарушувања од страна на општиот лекар е особено ретко и само мала група луѓе кои имаат доживеано анксиозни нарушувања се лекуваат. Делумно ова води потекло од тешкотиите на општиот лекар да го препознае нарушувањето, но може да е причинето и од грижите на пациентот околу стигмата и избегнување на дел од индивидуалните пациенти.

Најчест метод на лекување на честите нарушувања на менталното здравје во примарната здравствена заштита се психотропни лекови. Ова се должи на ограничената достапност на психологичните интервенции и покрај фактот дека овие лекувања се општо преферирани од пациентите.

Од 2004 година, NICE има произведено серии упатства за грижата и за лекувањето на честите нарушувања на менталното здравје (видете дел 6 за деталите за поврзаните упатства). Некои од овие упатства се фокусираат на идентификацијата и препознавањето (на пример, упатството за депресија), додека други даваат малку совети за идентификацијата (на пример, упатството за општо анксиозно нарушување и панично нарушување). Во дополние на различни совети за идентификацијата и

препознавањето, NICE упатствата исто така варираат во количината на советите кои ги имаат направено за проценката и соодветното упатување за лекување на овие нарушувања.

Намерата на ова упатство, кое е фокусирано на примарната здравствена заштита, е да го подобри пристапот до службите (вклучително и самите служби на примарната здравствена заштита), да ги подобрат идентификацијата и препознавањето и да дадат совет за принципите кои треба да се прифатат за да се развијат соодветни упатувања и патеки на локална грижа. Тоа ги спојува советот од постоечките упатства и ги комбинира со нови препораки кои се однесуваат на пристапот, проценката и патеките на локалната грижа за честите нарушувања на менталното здравје.

Еден број од препораките од ова упатство беа адаптирани од препораките во други NICE упатства за честите нарушувања на менталното здравје. Со ова, групата за развој на упатствата беше свесна дека тие не ги ревидираа доказите за овие препораки и поради тоа кога ги трансферираа во ова упатство, беа внимателни да го зачуваат значењето и намерата на оригиналната препорака. Таму, каде препораките беа адаптирани, промените на текстот или структурата беа направени за да одговараат на препораката на ова упатство; овие адаптации го зачуваа значењето и намерата на препораката, но го сменија контекстот во кој препораката беше направена. Во сите случаи оригиналот на кои било адаптирани препораки е означена во фуснотата.

-
- [1] NICE is developing the clinical guideline 'Social anxiety disorder: diagnosis and treatment' (publication expected 2013).
- [2] McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al (2007) Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey. Leeds: The Information Centre for Health and Social Care.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство го нуди најдобриот практичен совет за грижата на возрасните со чести нарушувања на менталното здравје.

Лекувањето и грижата би требало да ги земат во предвид потребите на пациентот и приоритетите. Луѓето со општи нарушувања на менталното здравје би требало да ја имаат можноста да одлучуваат по информирањето околу нивната грижа и лекување, во соработка со нивните здравствени работници. Ако луѓето немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените работници би требало да ги следат ‘Советот за согласност при одделот за здравство и кодот на пракса кој го придружува актот за ментален капацитет’. Во Велс, здравствените работници би требало да го следат советот за согласност од Владата во Велс.

Основно е да има добра комуникација меѓу здравствените работници и пациентите. Тоа би требало да е поддржано од информација, базирана на докази, направена според потребите на пациентот. Лекувањето и грижата и информацијата која ја добиваат пациентите, би требало да е културолошки соодветна. Таа, исто така, би требало да е достапна на луѓето со посебни потреби, со физички, сетилни попречености или попреченост во учењето и на луѓето кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако се сложува пациентот, семејството и негувателите би требало да имаат можност да бидат инволвирани во решавањето за лекувањето и грижата.

Информациите и поддршката која им треба би требало да им биде дадена на семејството и на негувателите.

Клучни приоритети за имплементација

Подобрување на достапност кон услугите

- Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да ги развијат патеките на локалната грижа (видете дел 1.5), кои го унапредуваат пристапот до службите за луѓето со чести нарушувања на менталното здравје со:
 - Поддршка на составната испорака на услугите во сеопфатната примарна и секундарна здравствена заштита.
 - Имање на јасни и точни критериуми за вклучување во службата.
 - Фокусирање на критериумите за вклучување, а не за исклучување.
 - Имање на повеќе можности (вклучително и самоупатување) за пристап до службата.
 - Обезбедување на повеќе точки на пристап кои олеснуваат врски со поширок систем на здравствена заштита и заедницата во која се наоѓа службата.

Идентификација

- Бидете свесни за опасноста од можна депресија (особено кај луѓето со мината историја за депресија, можни соматски симптоми на депресијата или хронични физички здравствени проблеми, асоцирани со функционално влошување) и земете во предвид да ги прашате луѓето кои може да имаат депресија специфично две прашања:
 - Дали често се чувствуваат лошо, депресивно или безнадежно во последните два месеца?
 - Дали бевте незаинтересирани или незадоволни во работењето во текот на последниот месец?

Ако лицето одговори 'да' на кое било од поставените прашања, земете во предвид дека се работи за депресија и следете ги препораките за проценка (видете дел 1.3.2).^[3]

- Бидете свесни за опасноста од можноста за анксиозни нарушувања (особено кај луѓето со податоци за претходни анксиозни нарушувања, можни соматски симптоми на анксиозно нарушување или кај оние кои доживеале скорашен траматски настан). Земете во предвид да го прашате лицето за неговите анксиозни чувства и способноста да ја запрат или контролираат загриженоста, употребувајќи ја 2-ставната скала за генерализирано анксиозно нарушување (GAD-2; видете додаток D).
 - Ако лицето има резултат три и повеќе на GAD-2 скалата, да се земе во предвид анксиозно нарушување и да се следат препораките за проценката (видете дел 1.3.2).
 - Ако лицето има резултат помалку од 3 на GAD-2 скалата, но вие сте сè уште загрижени дека може да има анксиозно нарушување, прашајте го следното: 'Дали сте забележале дека одбегнувате места или активности и дали ова ви прави проблеми'. Ако одговорот на лицето е 'да' на ова прашање земете во предвид дека се работи за анксиозно нарушување и следете ги препораките за проценката (видете дел 1.3.2).

Развивање на патеки на локална грижа

- Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да ги развијат патеките на локалната грижа кои го унапредуваат моделот на згрижување во чекори при пружањето услуги и така да:
 - Обезбедат прво најмалку инвазивна, но најефективната интервенција.
 - Имаат јасни и одредени критериуми за прагот кој го одредува пристапот и движењето меѓу различни нивои на патеката.
 - Не употребуваат еден критериум како јачината на симптомот за да го одредат движењето меѓу чекорите.
 - Мониторираат напредок и резултати за да се обезбеди пружањето на најефективни интервенции и, ако е потребно, лицето да се проследи на повисок степен.
- Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да дизајнираат патеки на локална грижа кои обезбедуваат интегриран програм на сеопфатна грижа, како во примарната, така и во секундарната здравствена заштита. Патеките би требало да:
 - Намалат потребата од транзиција помеѓу различни услуги и даватели на услуги.
 - Дозволат услугите да се изградат околу патеката, а не патеката околу услугите.
 - Оформат јасни врски (вклучително пристапни и влезни точки) кон други патеки на грижа (вклучително и оние за потребите на лекарска здравствена заштита).
 - Има одреден персонал кој е одговорен за координација на ангажманот на луѓето околу патеките.
- Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да обезбедат ефективна комуникација околу функционирањето на патеката за локална грижа. Би требало да има протоколи за:
 - Делење и соопштување на информациите околу нивната грижа со луѓето со општи нарушувања на менталното здравје и, каде е соодветно, со семејствата и со негувателите.
 - Делење и соопштување на информациите околу грижата за примателите на услуги со други здравствени работници (вклучително општи лекари).
 - Соопштување на информации помеѓу службите, обезбедени во патеката.
 - Соопштување на информации на службите наодвор од патеката.

^[3] Адаптирано од 'Депресија' (NICE клиничко упатство 90).

1. Водич

Следниов водич е базиран на најдобрите достапни докази. Целосниот водич дава детали за методите и доказите употребени за да се развие водичот.

Ова упатство беше развиено за да обезбеди интегриран пристап на идентификација и проценка на општите нарушувања на менталното здравје, особено во примарната здравствена заштита. Тоа ги извлекува заедно препораките од постоечкиот NICE водич и означува какви било празнини во идентификацијата и во проценката на овие состојби. Упатството, исто така, обезбедува совет за примарна здравствена заштита и за другиот персонал при упатување. На крај го поставува водичот за развој на ефективни патеки на локална грижа за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје.

Упатството е организирано според принципите на грижа во чекори (видетет дел 1.2).

1.1. *Подобрување на пристапот до услугите*

1.1.1.1 Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да обезбедат развој на патеки за локална грижа (видете, исто така, дел 1.5) кој го унапредува пристапот кон услугите за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје со:

- Поддршка на интегрираната испорака на услугите во сеопфатната примарна и секундарна здравствена заштита.
- Постоење на јасни и одредени критериуми за влез до услугите.
- Фокусирање на влезни, а не на исклучувачки критериуми.
- Постоење на повеќекратни средства (вклучително самоупатување) за пристап до услугите.
- Обезбедување повеќекратни точки на пристап кои олеснуваат поврзувања со поширок систем на здравствена заштита и заедницата во која е услугата сместена.

1.1.1.2 Обезбедува информација околу услугите и интервенциите кои ја сочинуваат патеката на локална грижа, вклучувајќи:

- Обем и природа на обезбедените интервенции.
- Сместувања каде се испорачуваат услугите.
- Процеси со кои лицето се движи низ патеката.
- Средства со кои се проценуваат напредокот и резултатите.
- Испорака на грижа во поврзаните услуги на здравствена и социјална заштита.

1.1.1.3 Кога се обезбедува информација околу патеките на локална грижа на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје и нивните семејства и негувателите, сите здравствени работници би требало да:

- Го земат предвид кај лицето неговото знаење и разбирање на нарушувањата на менталното здравје и нивниот третман.

- Обезбедат дека таквата информација е соодветна на заедниците кои ја употребуваат патеката.
- 1.1.1.4 Обезбедат сите информации околу услугите во рамките на јазиците и форматите (визуелни, вербални и слушни) и да обезбедат дека се достапни од рамките на сместувањето низ целата заедница за која службата е одговорна.
- 1.1.1.5 Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да соработуваат за да обезбедат развој на патеки за локална грижа (видете, исто така, дел 1.5) кои го унапредуваат пристапот до услугите за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје од рамките на социјално исклучени групи, вклучително:
- Црнци и малцинства.
 - Постари луѓе.
 - Оние во затвор или во контакт со криминалниот правосуден систем.
 - Поранешни службеници.
- 1.1.1.6 Поддршка на пристапот до услугите и зголемување на сфаќањето за интервенциите со:
- Обезбедување системите да се на место за да обезбедат општа координација и континуитет во згрижувањето на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје.
 - Одредување на здравствен работник да надгледува за време на целиот период од грижата (обично општ лекар во сместувања на примарна здравствена заштита).
- 1.1.1.7 Поддршка на пристапот до услугите и зголемување на сфаќањето за интервенции со обезбедување на услуги за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје во различни сместувања. Употребете ја проценката на локалните потреби како база за структура и дистрибуција на услугите, која би требало типично да вклучи испорака на:
- Проценка и интервенции вон нормалното работно време, интервенции во домот на лицето или во друга станбена установа.
 - Специјалистичка проценка и интервенции во нетрадиционална установа во заедницата (на пример, центри во заедницата или социјални центри) и таму каде е соодветно, здружени со персоналот од овие сместувања.
 - Општа и специјалистичка проценка и интервентни услуги во установи на примарна здравствена заштита.
- 1.1.1.8 Докторите од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџерите и членовите на комисиите би требало да ги земат во предвид обемот на службите за поддршка за да се олесни пристапот и сфаќањето на услугите. Тие можат да се вклучат со обезбедување:
- Јасли.
 - Помош при патување.
 - Услуги при застапување.
- 1.1.1.9 Да се земат во предвид модификациите на методот и начинот на испорака на проценката и интервенциите за лекување и надгледување на резултатот

(базиран на проценката на локалните потреби), кои може типично да се вклучат, употребувајќи:

- Технологија (на пример, пишувани пораки, електронска пошта, телефони и компјутери) за луѓето на кои тоа им е тешко или одбираат да не посетуваат одредена служба.
- Двојазични терапевти или независни преведувачи.

1.1.1.10 Почитувајте и бидете внимателни со луѓето со различни културолошки, етнички и религиозни потекла при работење со луѓето со општи нарушувања на менталното здравје и бидете свесни за можните варијации при презентација на овие состојби. Обезбедете надлежност во:

- Културолошки чувствителна проценка.
- Употребата на различни модели за објаснување на општи нарушувања на менталното здравје.
- Одредување на културолошки и етнички разлики кога се развиваат и имплементираат плановите за лекување.
- Работа со семејства од различни етнички и културолошки потекла [4].

1.1.1.11 Не менувајте ги значително содржината и структурата на оценките или интервенциите за да одредите специфични културолошки или етнички фактори (покрај јазичната и културолошка способност на персоналот), освен како дел од формалната евалуација на таквите модификации на основаната интервенција, бидејќи има малку докази кои ги поддржуваат значајните варијации на содржината и структурата на оценките или интервенциите.

1.2 Згрижување во чекори

Модел на згрижување во чекори (прикажан подолу) е употребен да организира снабдување со услуги и да помогне на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје, нивните семејства, негувателите и здравствените работници да ги изберат најефективните интервенции. Моделот претставува сеопфатен преглед на клучната проценка и интервенции на лекувањето од ова упатство. Препораките кои се фокусирани само на специјалистичките услуги за ментално здравје не се вклучени (тие можат да се најдат во поврзаните водичи). Препораката 1.5.1.3 ги прикажува компонентите на моделот згрижување во чекори при испорака на услугите, која би требала да биде вклучена во дизајнот на патеките за локална грижа за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје.

Слика 1: Модел-згрижување во чекори: комбинирано резиме на општите нарушувања на менталното здравје

Фокус на интервенцијата	Природа на интервенцијата
<p>Чекор 3: Постојани субгранични депресивни симптоми или слаба до умерена депресија која не дала одговор на слаба по јачина интервенција; прва презентација на умерена до сериозна депресија; GAD со значајно функционално нарушување или тоа кое не дало одговор на слаба по јачина интервенција; умерени до сериозни панични нарушувања; OCD со умерено до сериозно функционално нарушување; PTSD.</p>	<p>Депресија: CBT, IPT, активација на однесувањето, терапија на однесување на паровите, советување*, краткотрајна психодинамична психотерапија*, антидепресиви, комбинирани интервенции, грижа со соработка**, групи за самопомош.</p> <p>GAD: CBT, применета релаксација, третман со лекови, комбинирани интервенции, антидепресиви</p> <p>Панични нарушувања: CBT, антидепресиви, групи за самопомош.</p> <p>OCD: CBT (вклучително ERP), антидепресиви, комбинирани интервенции и справување со случај, групи за самопомош.</p> <p>PTSD: траума фокусирани CBT, EMDR, третман со лекови.</p> <p>Сите нарушувања: групи за поддршка, спријателување, програми за рехабилитација, услуги за поддршка за едукација и вработување; упатување на понатамошна проценка и интервенции.</p>
<p>Чекор 2: Постојани субгранични депресивни симптоми или слаба до умерена депресија; GAD; слабо до умерено панично нарушување; слабо до умерено OCD; PTSD (вклучително луѓе со слабо до умерено PTSD).</p>	<p>Депресија: Индивидуална помогната самопомош, компјутеризиран CBT, структурирана физичка активност, програми за поддршка (самопомош) на базирани групи**, неусмерено советување дадено дома†, антидепресиви, групи за самопомош.</p> <p>GAD и панични нарушувања: индивидуална непотпомогната и помогната самопомош, психоедукативни групи, групи за самопомош.</p> <p>OCD: индивидуални или групни CBT (вклучително ERP), групи за самопомош</p> <p>PTSD: траума фокусирано CBT или EMDR.</p> <p>All disorders: групи за поддршка, услуги за поддршка за едукација и вработување, упатување на понатамошна проценка и интервенции.</p>

Чекор 1: Сите нарушувања – познати и сомнителни при презентацијата општи нарушувања на менталното здравје.	Сите нарушувања: идентификација, проценка, психоедукација, активно надгледување, упатување на понатамошна проценка и интервенции.
<p>* Да се продискутира со лицето околу несигурноста за ефикасноста од советувањето и психодинамична психотерапија при лекување на депресија.</p> <p>** За луѓето со депресија и хронични проблеми со физичкото здравје.</p> <p>† За жените во текот на бременоста или во постнаталниот период.</p> <p>CBT, когнитивна терапија на однесувањето; ERP, превенција на изложување и одговор; EMDR, репроцесирање и губење на осетливоста на очните движења; GAD, општо анксиозно нарушување; OCD, опсесивно компулсивно нарушување; IPT, интерперсонална терапија; PTSD, нарушување по посттравматски стрес.</p>	

1.3. Чекор 1: Идентификација и проценка

1.3.1. Идентификација

1.3.1.1 Бидете свесни за можна депресија (особено кај луѓето со податоци за поранешна депресија, можни соматски симптоми на депресија или хронични проблеми со физичко здравје, асоцирани со функционално влошување) и земете во предвид да ги прашате луѓето, кои може да имаат депресија, две специфични прашања:

- Дали често се чувствуваат лошо, депресивно или безнадежно во последните два месеца?
- Дали бевте незаинтересирани или незадоволни во работењето во текот на последниот месец?
- Ако лицето одговори 'да' на кое било од поставените прашања, земете во предвид дека се работи за депресија и следете ги препораките за проценка (видете дел 1.3.2).

1.3.1.2 Бидете свесни за опасноста од можноста за анксиозни нарушувања (особено кај луѓето со податоци за претходни анксиозни нарушувања, можни соматски симптоми на анксиозно нарушување или кај оние кои доживеале скорашен трауматски настан). Земете во предвид да го прашате лицето за нивните анксиозни чувства и способноста да ја запрат или да ја контролираат загриженоста, употребувајќи ја 2-ставната скала за генерализирано анксиозно нарушување (GAD-2; видете додаток D).

- Ако лицето има резултат три и повеќе на GAD-2 скалата, да се земе во предвид анксиозно нарушување и да се следат препораките за проценката (видете дел 1.3.2).
- Ако лицето има резултат помалку од 3 на GAD-2 скалата, но вие сте сè уште загрижени дека може да има анксиозно нарушување, прашајте го следното: 'Дали сте забележале дека одбегнувате места или активности и дали ова ви прави проблеми'. Ако одговорот на лицето е 'да' на ова прашање, земете во предвид дека се работи за анксиозно нарушување и следете ги препораките за проценката (видете дел 1.3.2).

1.3.1.3 За луѓето со значајни јазични и комуникациски тешкотии, на пример луѓе со сетилни влошувања или тешкотии во учењето, земете во предвид употреба на Distress Thermometer^[5] и/или да прашате член на семејството или негувателот на лицето да идентифицираат симптоми на можно општо нарушување на менталното здравје. Ако се идентифицира значајно ниво на дистрес, понудете понатамошна проценка или побарајте совет од специјалист^[1].

1.3.2 Проценка

1.3.2.1 Ако идентификационите прашања (видете дел 1.3.1) укажуваат на можно општо нарушување на менталното здравје, но лекарот не е компетентен да спроведе проценка на менталното здравје, да се упати лицето на соодветен здравствен работник. Ако тоа не е матичниот лекар на лицето, да се информира матичниот лекар за упатувањето на лицето.^[1]

1.3.2.2 Ако идентификационите прашања (видете дел 1.3.1) укажуваат на можно општо нарушување на менталното здравје, лекарот кој е компетентен да спроведе проценка на менталното здравје би требало да ја ревидира менталната состојба на лицето и асоцираните функционални, интерперсонални и социјални тешкотии^[1].

1.3.2.3 Кога се проценува лице под сомнение за општо нарушување на менталното здравје, земете во предвид употреба на:

- Алатка или алгоритам за дијагноза или идентификација на проблем, на пример, алатка за инструкции за скрининг на подобрен пристап до психолошките терапии (IAPT)^[6].
- Потврдена мерка, релевантна на нарушувањето или на проблемот кој се проценува, на пример, прашалник за здравјето на пациентот од 9 точки (PHQ-9), Болничка анксиозност и скала на депресија (HADS) или скала на генерализирано анксиозно нарушување од 7 точки (GAD-7) за да се соопшти проценката или да се поддржи евалуацијата на која било интервенција.

1.3.2.4 Целиот персонал кој ја прави проценката на можното општо нарушување на менталното здравје би требало да е компетентен да ја спроведе проценката на презентираниот проблем во согласност со службената установа каде работат и да биде во можност:

- Да ја одреди природата, траењето и сериозноста на презентираното нарушување.
- Да ги земе предвид не само јачината на симптомите, туку и асоцираното функционално нарушување.
- Да се идентифицира соодветно лекување и опциите за упатување во согласност со релевантниот NICE водич.

1.3.2.5 Целиот персонал кој ја прави проценката на општото нарушување на менталното здравје би требало да е компетентен во:

- Релевантни вербални и невербални комуникациски вештини, вклучително способноста да ги извлечат проблемите на виделина, перцепирање на проблем(и) и нивното влијание, обликување на соопштение, поддржување на учество во донесувањето одлуки и дискутирање за можностите за лекување.

- Употребата на формални мерки за проценка и мерки за рутински резултати во различни видови установи и средини.

1.3.2.6 Во додаток на проценката на симптомите и асоцираното функционално влошување, In addition to assessing symptoms and associated functional impairment, разгледајте како следниве фактори може да влијаеле на развојот, текот и јачината на презентираниот проблем на лицето:

- Податоци за било какво нарушување на менталното здравје.
- Податоци за хроничен проблем на физичкото здравје.
- Претходно искуство и одговор на лекувањата.
- Квалитет на интерперсонални односи.
- Услови на живеење и социјална изолација.
- Фамилијарна историја на ментална болест.
- Податоци за домашно насилство или сексуална злоупотреба.
- Вработување и имиграцион статус.

Ако е соодветно, влијанието на презентираниот проблем врз грижата за децата и младите луѓе би требало исто така да се процени и, ако е неопходно, да се следат локалните процедури за заштита^[4].

1.3.2.7 Кога се проценува лице со можно општо нарушување на менталното здравје, бидете свесни за било какви тешкотии во учењето или стекнати когнитивни влошувања и, ако е неопходно, размислете за консултација со релевантен специјалист кога се развиваат плановите и стратегиите за лекување^[4].

1.3.2.8 Ако презентацијата и историјата на општото нарушување на менталното здравје сугерираат дека може да е слабо или самоограничувачко (тоа значи симптомите се подобруваат) и нарушувањето е од скорашен почеток, размислете за спроведување на психоедукација и активен мониторинг пред да се понуди или да се упати на понатамошна проценка или лекување. Ваквите пристапи можат да ги подобрат полесните презентации и да се избегне потребата од понатамошни интервенции.

1.3.2.9 Секогаш прашајте ги луѓето со општо нарушување на менталното здравје директно околу самоубиствените идеи и намери. Ако има опасност од самоповредување или самоубиство:

- Проценете дали лицето има адекватна социјална поддршка и е свесно за изворите на помош.
- Аранжирајте помош соодветна на нивото на ризик (видете дел 1.3.3).
- Советувајте го лицето да бара понатамошна помош ако ситуацијата се влоши^[4].

Антенатално и постнатално ментално здравје

1.3.2.10 За време на бременоста или во постнаталниот период, жените кои бараат психолошки интервенции би требало да бидат примени за лекување нормално во тек на 1 месец од првата проценка и не подолго од 3 месеци потоа. Ова е поради понискиот праг за пристап кон психолошките интервенции за време на бременоста и постнаталниот период кој следи од промената на односот на ризик-бенефит за психотропните лекаства во овој период [7].

1.3.2.11 Кога се разгледуваат третманите со лекови за општите нарушувања на менталното здравје кај жените кои се бремени, дојат или планираат бременост, да се консултира 'Аntenатално и постнатално ментално здравје' (NICE клиничко упатство 45) за совет при препишувањето лекови.

1.3.3 Проценка на ризикот и надгледување

1.3.3.1 Ако лицето со општо нарушување на менталното здравје се презентира со висок ризик за самоубиство или потенцијал да наштети на другите, ризик на значајно самозанемарување или сериозно функционално влошување, прво да се процени и справи со непосредниот проблем и потоа да се упати на специјалистичка служба. Кога е соодветно, да се соопшти на семејствата и на негувателите.

1.3.3.2 Ако лицето со општо нарушување на менталното здравје покажува значителен и непосреден ризик за себе и за другите, веднаш да се упати на ургентна служба или специјалистички служби за ментално здравје^[4].

1.3.3.3 Ако лицето со општо нарушување на менталното здравје, особено депресија, се процени дека е со ризик за самоубиство:

- Да се земе во предвид токсичност од предозирање, ако е препишан лек и потенцијална интеракција со други препишани лекови; ако е неопходно да се ограничи количината на достапниот лек (лекови).
- Да се размисли за зголемување на нивото на поддршка, како што се почести директни или телефонски контакти.
- Да се размисли за упатување на специјалистички служби за ментално здравје^[7].

1.4 Чекори 2 и 3: Лекување и упатување на лекување

Препораките за лекување и упатување се исто така презентирани во табела, организирана според нарушувањето во Додаток F.

1.4.1 Идентификација на коректните можности за лекување

1.4.1.1 Кога се дискутира за можностите за лекување со лицето со општо нарушување на менталното здравје, да се земе во предвид:

- Нивното претходно искуство со нарушувањето.
- Нивното искуство и одговорот на претходното лекување.
- Траекторијата на симптомите.
- Дијагноза или спецификација на проблемот, сериозноста и траењето на проблемот.
- Степенот на кое било асоцирано функционално влошување кое потекнува од самото нарушување или од кој било хроничен проблем на физичко здравје.
- Присуството на какви било социјални или лични фактори кои можат да имаат улога во развојот или во одржувањето на нарушувањето.
- Присуството на какви било коморбидитетни нарушувања.

- 1.4.1.2 Кога се дискутира за можностите за лекување со лицето со општо нарушување на менталното здравје, да се обезбедат информации околу:
- Природата, содржината и траењето на која било предложена интервенција.
 - Прифатливоста и толеранцијата на која било предложена интервенција.
 - Можни интеракции со кои било тековни интервенции.
 - Подразбирања за постојано снабдување со кои било тековни интервенции.
- 1.4.1.3 Кога се упатува пациент на лекување поради општо нарушување на менталното здравје, да се земат предвид приоритетите на пациентот кога се избира од обемот на лекувања, базирани на докази.
- 1.4.1.4 Кога се нуди лекување на општо нарушување на менталното здравје или се упатува за тоа, да се следи пристапот на згрижување во чекори, обично нудејќи или упатувајќи прво на најмалку инвазивна, но најефективна интервенција (видете слика 1).
- 1.4.1.5 Кога лицето се презентира со симптоми на анксиозност и депресија, да се процени природата и степенот на симптомите и ако лицето има:
- Депресија која е придружена со симптоми на анксиозност, првиот приоритет би требало да биде лекување на депресивното нарушување, во согласност со NICE упатството за депресија.
 - Анксиозно нарушување и депресија или депресивни симптоми, како коморбидитет, да се консултира NICE упатството за релевантно анксиозно нарушување и да се размисли прво да се лекува анксиозното нарушување.
 - Ги има симптомите и на анксиозност и на депресија, без формална дијагноза, кои се асоцирани со функционално влошување, да се продискутира со лицето за кои симптоми да се лекува прво и за изборот на интервенција^[4].
- 1.4.1.6 Кога лицето се презентира со општо нарушување на менталното здравје и штетно пиење или зависност од алкохол, да се упати прво на лекување на алкохолната злоупотреба, бидејќи тоа може да води кон значајно подобрување на депресивните или анксиозни симптоми^[8].
- 1.4.1.7 Кога лицето се презентира со општо нарушување на менталното здравје и слаби тешкотии со учењето или слабо когнитивно влошување:
- Каде е можно, да се обезбеди или да се упати за истите интервенции како за други луѓе со исто општо нарушување на менталното здравје.
 - Ако се обезбедуваат интервенции, да се прилагоди методот на испорака или траењето на проценката или интервенцијата и да се земат во предвид попреченоста или влошувањето^[9].
- 1.4.1.8 Кога лицето се презентира со општо нарушување на менталното здравје и има умерени до сериозни тешкотии со учењето или умерено до сериозно когнитивно влошување, да се консултира специјалист во врска со соодветното упатување и можностите за лекување.
- 1.4.1.9 Да не се менуваат рутински стратегиите за лекување и праксата за упатување поради општото нарушување на менталното здравје, опишани во ова упатство,

било поради лични карактеристики (на пример, пол или етницитет) или поради суптипот на депресијата (на пример, атипична депресија или сезонска депресија), бидејќи нема убедливи докази да го поддржат таквото дејство^[4].

1.4.1.10 Ако лицето со општо нарушување на менталното здравје има потреба од социјална, едукативна или стручна поддршка, да се размисли:

- Да се информираат околу групите за самопомош (но не за луѓето со PTSD), групите за поддршка и други локални и национални ресурси.
- Спријателување или рехабилитациони програми за луѓето со долготрајни умерени или сериозни нарушувања.
- Служби за поддршка на едукација и вработување^[10].

1.4.2. Чекор 2: Совет за лекување и упатување за гранични симптоми и за слаби до умерени општи нарушувања на менталното здравје

1.4.2.1 Луѓето со постојани гранични депресивни симптоми или со слаба до умерена депресија, да се понудат или да се упатат на една или повеќе од следниве интервенции со низок интензитет:

- Индивидуално олеснета самопомош, базирана на принципите на когнитивна терапија на однесување (CBT).
- Компјутеризирана когнитивна терапија на однесување (CBT).
- Структурирана програма за групна физичка активност.
- Програма за поддршка на базирани во групи (самопомош) (за оние кои исто така имаат хроничен проблем со физичко здравје).
- Неусмерено советување во домашни услови (посети на слушање) (за жените во тек на бременоста или во постнаталниот период)^[11].

1.4.2.2 За бремените жени кои имаат гранични симптоми на депресија и/или анксиозност, која значајно се меша со лично и социјално функционирање, да се размисли за обезбедување или упатување за:

- Индивидуално кратко психолошко лекување (четири до шест сесии), како интерперсонална терапија (IPT) или CBT за жените кои имале претходна епизода на депресија или анксиозност.
- Социјална поддршка за време на бременоста и во постнаталниот период за жените кои немале претходна епизода на депресија или анксиозност. Таквата поддршка може да се состои од постојана неформална индивидуална или групно базирана поддршка^[4].

1.4.2.3 Да не се даваат антидепресиви рутински на луѓето со постојани гранични симптоми на депресија или слаба депресија, но да се смета на нив, или да се упатат на проценка луѓето со:

- Прва презентација на гранични депресивни симптоми кои се присутни долг период (типично најмалку 2 години).
- Гранични депресивни симптоми или слаба депресија која перзистира по други интервенции.
- Податоци за претходна умерена или сериозна депресија.
- Слаба депресија која го комплицира згрижувањето на проблемот на физичко здравје^[12].

- 1.4.2.4 За луѓето со генерализирано анксиозно нарушување кое не се подобрило по психоедукацијата и активното надгледување, да се даде или да се упати на една од следниве интервенции со слаб интензитет:
- Индивидуално неолеснета самопомош.
 - Индивидуално олеснета самопомош.
 - Психоедукативни групи^[9].
- 1.4.2.5 За луѓето со слаби до умерени панични нарушувања, да се даде или да се упати на една од следниве интервенции со слаб интензитет:
- Индивидуална непотпомогната самопомош.
 - Индивидуална потпомогната самопомош.
- 1.4.2.6 За луѓето со слаба до умерена OCD:
- Да се даде или да се упати на индивидуална СВТ, вклучително превенција на изложување и одговор (ERP) со ограничено траење (типично до 10 часа), кое би можело да се обезбеди со материјали за самопомош или по телефон.
 - Да се упати на група СВТ (вклучително ERP) (забележете дека групно формирање може да испорача повеќе од 10 часа терапија)^[13].
- 1.4.2.7 За луѓето со PTSD, вклучително и оние со слабо до умерено PTSD, да се упати на формална психолошка интервенција (траума фокусирано СВТ или репроцесуирање или губење на чувствителноста на очните движења [EMDR])^[10].
- 1.4.3 Чекор 3: Совет за лекување и упатување за постојани гранични депресивни симптоми и за слаби до умерени општи нарушувања на менталното здравје со несоодветен одговор на првите интервенции или умерени до сериозни општи нарушувања на менталното здравје**

Ако следи несоодветен одговор по укажаното лекување, од избор за постојаните гранични депресивни симптоми или слаби до умерени, индивидуално олеснета самопомош да се земат предвид еден обем од психолошки, фармаколошки или комбинирани интервенции. Овој дел, исто така, препорачува интервенции или обезбедува совет за упатување при првата презентација на умерено до сериозно општо нарушување на менталното здравје.

- 1.4.3.1 На луѓето со постојани гранични депресивни симптоми или слаба до умерена депресија која не дала одговор на интервенции со ниска јачина да им се понуди или да се упатат за:
- Антидепресивни лекови.
 - Психолошка интервенција (СВТ, IPT, активација на однесување или терапија на однесување на парови)^[4].
- 1.4.3.2 На луѓето со прва презентација на умерена до сериозна депресија да им се понуди или да се упатат за психолошка интервенција (СВТ или IPT) во комбинација со антидепресиви^[4].
- 1.4.3.3 За луѓето со умерена до сериозна депресија и хронични проблеми со физичкото здравје, ако нема одговор или тој е ограничен, на психолошкото или друго

лекување само или комбинирано во тековната или мината епизода, да се земе во предвид упатување во центри за соработка на неџа^[4].

- 1.4.3.4 За луѓето со депресија кои одбиваат антидепресивни лекови, СВТ, ИРТ, активација на однесување и терапија на однесување на парови, да се размисли за обезбедување или упатување за:
- Советување за луѓето со постојани субгранични депресивни симптоми или со слаба до умерена депресија.
 - Краткотрајна психодинамична психотерапија за луѓето со слаба до умерена депресија.

Да се продискутира со лицето околу несигурноста за ефективноста од советувањето и психодинамичната психотерапија при лекување депресија^[4].

- 1.4.3.5 За луѓето со генерализирано анксиозно нарушување кои имаат значајно функционално нарушување или интервенцијата со низок интензитет не дала одговор, да им се понуди или да се упатат за едно од следните:
- СВТ.
 - Применета релаксација.
 - Ако лицето преферира, друго лекување^[9].

- 1.4.3.6 За луѓето со умерено до сериозно панично растројство (со или без агарофобија) да се размисли за упатување за:
- СВТ.
 - Антидепресивни лекови, ако нарушувањето трае долго време.
 - Лицето немало бенефит или одбило психолошки интервенции^[9].

- 1.4.3.7 За луѓето со OCD и умерено до сериозно функционално влошување и особено кога постои коморбидитет со други општи нарушувања на менталното здравје, да им се понуди или да се упатат за:
- СВТ (вклучително ERP) или антидепресивни лекови при умерено влошување.
 - СВТ (вклучително ERP), комбинирано со антидепресивни лекови и справување на поединечен случај со сериозно вошување.

Да се понуди лекување во домашни услови таму каде лицето не е во можност или се спротивставува на одењето на клиника или има специфични проблеми (на пример, натрупување залихи)^[13].

- 1.4.3.8 За луѓето со долготрајно OCD или со симптоми кои сериозно го попречуваат или ограничуваат нивниот живот, да се размисли за упатување на специјалистички служби за ментално здравје^[13].

- 1.4.3.9 За луѓето со OCD кои немало бенефит од два курса со СВТ (вклучително ERP), комбинирано со антидепресивни лекови, да се упати на служби со специјалистичка експертиза за OCD^[13].

- 1.4.3.10 За луѓето со PTSD да им се понуди или да се упатат за психолошка интервенција (фокусирана на траума СВТ или EMDR). Да не се одлага интервенцијата или

упатувањето, особено за луѓето со сериозни и интензивирачки симптоми во првиот месец по трауматскиот настан¹⁰.

1.4.3.11 За луѓето со PTSD да им се понуди или да се упатат за лекување со лекови само ако лицето ја одбива понудената психолошка интервенција или преферира лекување со лекови^[10].

1.4.4 Лекување и советување за да се спречи враќање на болеста

1.4.4.1 За луѓето со општи нарушувања на менталното здравје кои се со значаен ризик од враќање на болеста или имаат анамнеза за повторувани проблеми, да се продискутира со лицето околу лекувањата кои би можеле да го намалат ризикот од повторување. Изборот на лекување или упатување за лекување би зависеле од одговорот на претходното лекување, вклучително на сè уште присутни симптоми, последиците од враќање на болеста, од симптомите кои се јавуваат при прекин на лековите и од лекувањето кое лицето го преферира.

1.4.4.2 За луѓето со претходна историја за депресија кои се тековно добри и кои се на одреден ризик за враќање на болеста и покрај земањето антидепресивни лекови или кои не се во можност или одбираат да не продолжат со антидепресивни лекови, да им се понуди или да се упатат на едно од следниве:

- Индивидуална СВТ.
- Когнитивна терапија, базирана на свесност (за оние кои имале три или повеќе епизоди)^[12].

1.4.4.3 За луѓето кои имале претходно лекување од депресија и продолжуваат да имаат остатоци од депресивни симптоми, да им се понуди или да се упатат на едно од следниве:

- Индивидуална СВТ.
- Когнитивна терапија, базирана на свесност (за оние кои имале три или повеќе епизоди)^[4].

1.5 Развој на патеките за локално згрижување

1.5.1.1 Патеките за локално згрижување би требало да се развиваат за да ја унапредат имплементацијата на клучните принципи за добра грижа. Патеките би требало да се:

- Преговарачки, работни и разбирливи за луѓето со општи нарушувања на менталното здравје, нивните семејства и негувателите и здравствените работници.
- Достапни и прифатливи за сите луѓе на кои им се потребни услугите, дадени од патеката.
- Одговараат на потребите на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје, нивните семејства и негувателите.
- Интегрирани така да не постојат пречки при движењето меѓу различни нивоа во патеката.
- Фокусирани резултати (вклучително мерки за квалитет, искуството од употребата на услугите и штетата).

- 1.5.1.2 Одговорност за развојот, справувањето и евалуацијата на патеките за локално згрижување би требало да лежат во одредениот лидерски тим, кој би требало да вклучува доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији. Лидерскиот тим би требало да има особена одговорност за:
- Развој на јасна политика и протоколи за работење на патеката.
 - Обезбедување обука и поддршка за работење на патеката.
 - Проверка и ревизија на изведувањето на патеката.
- 1.5.1.3 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки на локално згрижување кои го унапредуваат моделот на пружање услуги во чекори, така да:
- Обезбедуваат прво најмалку инвазивна, најефективна интервенција.
 - Имаат јасни и точни критериуми за праговите кои одредуваат пристап кон и движење меѓу различни нивоа на патеката.
 - Не употребуваат само еден поединечен критериум како сериозност на симптомите за да одредат движење меѓу чекорите.
 - Надгледуваат напредок и резултати за да осигурат пружање на најефективните интервенции и лицето да се придвижи кон повисок чекор, ако е потребно.
- 1.5.1.4 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки на локално згрижување кои унапредуваат обем на интервенции, базирани на докази на секој чекор во патеката и ги поддржуваат луѓето со општи нарушувања на менталното здравје во нивниот избор на интервенциите.
- 1.5.1.5 Сиот персонал би требало да обезбеди ефективно ангажирање на семејствата и на негувателите, таму каде е соодветно, за да:
- Информираат и подобруваат згрижување на лице со општо нарушување на менталното здравје.
 - Се запознае со идентификуваните потреби на семејствата и на негувателите.
- 1.5.1.6 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки на локално згрижување кои унапредуваат активно ангажирање на сите жители, услужени од патеките. Патеките би требало:
- Да нудат брзи проценки и интервенции кои се соодветно адаптирани на културните, половите, возрасните и комуникационите потреби на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје.
 - Да задржат најмал број на потребни проценки за пристап до интервенциите.
- 1.5.1.7 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки за локално згрижување кои одговараат брзо и ефективно на променливите потреби на сите жители, услужени од патеките. Патеките би требало да имаат во место:

- Јасни и договорени цели на услугите, понудени на лицето со општо нарушување на менталното здравје.
- Силни и ефективни средства за мерење и евалуација на резултатите, асоцирани со договорените цели.
- Јасни и договорени механизми за брзо одговарање на идентификуваните промени на потребите на лицето.

1.5.1.8 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки за локално згрижување кои обезбедуваат интегриран програм на згрижување, како во примарната, така и во секундарната здравствена заштита. Патеките би требало да:

- Минимизираат потребата од премин меѓу различни услуги или снабдувачи.
- Дозволат градење на услуги околу патеката, а не патека околу услугите.
- Основаат јасни врски (вклучително пристапни и влезни точки) кон други патеки на згрижување (вклучително оние за физичките здравствени потреби).
- Имаат одреден персонал кој е одговорен за координација на луѓето, ангажирани со патеката.

1.5.1.9 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да обезбедат ефективна комуникација околу функционирањето на патеките за локално згрижување. Треба да постојат протоколи за:

- Делење и пренесување информации околу нивното згрижување на луѓето со општи нарушувања на менталното здравје и, таму каде е соодветно, на семејствата и на негувателите.
- Делење и пренесување информации околу згрижување на корисниците на услуги со други здравствени работници (вклучително и матични лекари).
- Пренесување информации меѓу обезбедените услуги внатре во патеката.
- Пренесување информации кон услуги надвор од патеката.

1.5.1.10 Доктори од примарна и секундарна здравствена заштита, менаџери и членови на комисији би требало да работат заедно за да дизајнираат патеки за локално згрижување со јаки системи за мерење на резултатот на место и тие би требало да бидат употребени за да ги информираат сите инволвирани во патеката околу нејзината ефективност. Ова би требало да вклучи обезбедување:

- Системи за мерење на индивидуален рутински резултат.
- Ефективен електронски системи за рутинско известување и собирање на резултатите од мерењата.
- Ефективни системи за проверка и ревизија на севкупната ефективност на патеката, како клиничка, така и според цената на чинење.

[4] Адаптирано од 'Депресија' (NICE клиничко упатство 90).

[5] Термометар за загриженост е екран со прашалник со единечна ставка кој идентифицира загриженост која доаѓа од каков било извор. Лицето става знак на скалата, одговарајќи на прашањето: 'Колку сте биле загрижени во текот на последната недела на скала од 0 до 10?' Скор од 4

- или повеќе укажува на значајно ниво на загриженост кое треба да се испитува понатаму. (Roth AJ, Kornblith, Batel-Copel L, et al. (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer 82: 1904–8.)
- [6] За понатамошни информации видете 'The IAPT Data Handbook' Appendix C: IAPT Provisional Diagnosis Screening Prompts.
 - [7] Адаптирано од 'Пренатално и постнатално ментално здравје' (NICE клиничко упатство 45).
 - [8] Адаптирано од 'Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и справување со штетноста од пиењето и зависност од алкохол' (NICE клиничко упатство 115).
 - [9] Адаптирано од 'Генерализирано анксиозно нарушување и панично нарушување (со или без агарофобија) кај возрасните' (NICE клиничко упатство 113).
 - [10] Адаптирано од 'Нарушување од посттравматски стрес' (NICE клиничко упатство 26).
 - [11] Адаптирано од 'Депресија' (NICE клиничко упатство 90), 'Депресија и хронични проблеми со физичкото здравје' (NICE клиничко упатство 91) и 'Пренатално и постнатално ментално здравје' (NICE клиничко упатство 45).
 - [12] Адаптирано од 'Депресија' (NICE клиничко упатство 90) и 'Депресија и хронични проблеми со физичкото здравје' (NICE клиничко упатство 91).
 - [13] Адаптирано од 'Опсесивно-компулсивно нарушување' (NICE клиничко упатство 31).

2. Забелешки за делокругот на упатството

NICE упатствата се развиени во согласност со обемот кој одредува што упатството ќе опфати и што нема да опфати.

Како беше развиено ова упатство

NICE назначи Национален центар за соработка за ментално здравје да го развие ова упатство. Центарот основа група за развој на упатството (видете додаток A), која ги ревидираше доказите и ги разви препораките. Еден независен панел за рецензија го надгледуваше развојот на упатството (видете додаток B).

Постојат повеќе информации околу Како NICE клинички упатства се развиени на вебсајтот на NICE. Книшката, 'Како NICE клинички упатства се развиени: осврт за заинтересираните страни, јавноста и NHS' е достапна.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки да им помогне на организациите да го имплементираат овој водич.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги направи следниве препораки за истражување, базирани на нивната ревизија на доказите, за да го подобри водичот NICE и згрижувањето на пациентот во иднина.

4.1 *Сеопфатна проценка, наспроти кратка проценка*

За луѓето со сомнение за општо нарушување на менталното здравје, која е клиничката ефективност и ефективноста на цената на чинење со употребата на сеопфатна проценка (спроведена од професионалци за ментално здравје), наспроти кратка проценка (спроведена од парапрофесионалци)?

Зошто е ова важно?

Постојат остатоци на несигурност околу точноста и последователната идентификација на соодветното лекување од страна на парапрофесионалци во примарната здравствена заштита. Проценката од професионалец за ментално здравје веројатно резултира со поточна идентификација на проблемите и со соодветно лекување, но веројатно повлекува и поголеми трошоци и потенцијално значајно подолго време на чекање на интервенциите, со што тие имаат штетен ефект врз згрижувањето.

На ова прашање би требало да се одговори со рандомизиран контролиран дизајн на истражување кое ќе известува за краткорочни и среднорочни резултати (вклучително и резултати од ефективноста на цената на чинење) во траење од најмалку 12 месеци.

4.2 *'Одење преку' од еден инструмент за проценка до друг*

Која методологија би требало да се употреби за да дозволи 'одење преку' од еден инструмент за проценка на општи нарушувања на менталното здравје до друг?

Зошто е ова важно?

Бројни различни скали на рангирање на депресија и анксиозни нарушувања се во употреба и двете во истражувачки студии и клиничка пракса. Ова го отежнува добивањето на компаративни проценки на клиничките резултати на индивидуално ниво кога се движи меѓу истражувачки и клинички усогласувања и, исто така, меѓу клиничките усогласувања. Метод кој дозволува брзо и лесно 'одење преку' меѓу инструментите за проценка би имал потенцијално значаен клинички бенефит во рутинското згрижување.

Ова прашање би требало да се одговори со развој на нов метод и последователна анализа на податоците од постоечката база на податоци за да се олесни споредбата меѓу најчесто употребуваните мерења.

4.3 *GAD-2 за луѓето со претпоставено анксиозно нарушување*

Која е клиничката корист од употребата на GAD-2 кај луѓето со претпоставено анксиозно нарушување, споредено со рутинска идентификација на случај, за точно да

се идентификуваат различни анксиозни нарушувања? Дали со додавање на прашање за избегнување би се подобрила идентификацијата на случајот?

Зошто е ова важно?

Постојат добри докази за слабо откривање и недоволно препознавање на анксиозните нарушувања во примарната здравствена заштита. Прашањата за идентификација на случајот со анксиозни нарушувања не се добро развиени. Постојат разумни докази дека GAD-2 може да има клиничка употреба како алатка за идентификација на случајот со анксиозно нарушување, но постои поголема несигурност околу неговата употреба за други анксиозни нарушувања, особено на оние со елементи на фобијачно избегнување. Разбирањето дали со дополнителни прашања за фобијата во GAD-2 помалку или повеќе би ја подобриле идентификација на случајот со различни анксиозни нарушувања и со тоа би дале значаен придонес на нивната идентификација.

На овие прашања би требало да одговори добро дизајнирано кохортно истражување, во кое GAD-2 е спореден со дијагностички златен стандард за палета на анксиозни нарушувања. Ефективноста на цената на чинење на овој пристап би требало исто така да биде проценета.

4.4 Рутинско мерење на резултатот

Која е клиничката употреба на рутинското мерење на резултатот и која е ефективноста на цената на чинење, споредена со стандардно згрижување кај луѓето со општи нарушувања на менталното здравје?

Зошто е ова важно?

Рутинското мерење на резултатот е сè повеќе дел од давањето на психолошки интервенции, особено во IAPT програмата. Постојат докази од оваа програма и од други истражувања дека рутинското мерење на резултатот може да даде вистинки бенефит. Како и да е, има многу помалку докази за исплатливоста на рутинското мерење на резултатот за фармаколошките интервенции. Ако се покаже дека рутинското мерење на резултатот се исплати преку обемот на општите нарушувања на менталното здравје, тоа би можело да биде асоцирано со подобри резултати од лекувањето, поради неговото влијание на однесувањето на здравствените работници и побрзата достапност на соодветни интервенции на лекување, видливо од повратните информации од мерењето.

Ова би требало да се тестира во рандомизирано контролирано истражување во кое се споредуваат различни зачестености на рутинското мерење на резултатот, на пример на почетокот и на крајот од лекувањето, во правилни интервали и на секое место.

4.5 Употреба на едноставен алгоритам, спореден со стандардна клиничка проценка

Дали употребата на едноставен алгоритам (базиран на фактори, поврзани со одговорот на лекување), спореден со стандардна клиничка проценка, е клинички поефикасна и исплатлива за луѓето со општо нарушување на менталното здравје?

Зошто е ова важно?

Постојат добро организирани системи за проценка на менталните состојби на општите нарушувања на менталното здравје во примарната и во секундарната здравствена заштита. Една клучна функција на ваквата проценка е да идентификува, како соодветни лекувања, така и да добие индикација на веројатен одговор на ваквите лекувања, така информирајќи го пациентот за изборот и водејќи кон клинички ефикасни и исплатливи интервенции. Иако сигурноста на дијагностичките системи е многу подобрена, податоците за индикаторите на одговорот на соодветното лекување остануваат слаби, со фактори како хроничитет и сериозност, кои се појавуваат како едни од најсигурните индикатори. Други фактори може исто така да се идентификуваат, кои, ако би можеле да се развијат во едноставни алгоритми, би можеле да информираат за одлуките за изборот на лекување на многу нивоа на здравствениот систем. Изборот на лекување може да вклучи комплексна проценка и дискусија за опциите, но вредноста на ваквите проценки изгледа е ниска. Дали употребата на еден број едноставни индикатори (на пример, хроничитет, сериозност и коморбидитет) би обезбедила подобра индикација на веројатен одговор на лекувањето? Би можел ли едноставен алгоритам да биде развиен за тестирање во проспективно истражување со употребата на постоечките податоци на индивидуални пациенти?

Ова би можело да биде тестирано во двоетапен програм на истражување: прво, ревизија на постоечките бази на податоци да се идентифицираат потенцијални предвидувачки фактори и потоа да се развие алгоритам; второ, рандомизирано контролирано истражување во кое алгоритмот е тестиран наспроти експертско клиничко предвидување.

4.6 Приоритет во лекувањето на луѓе со анксиозност и депресија

За луѓето со анксиозност и депресија, нарушување кое треба да се лекува прво за да се подобри нивниот резултат?

Зошто е ова важно?

Коморбидитетот меѓу депресијата и анксиозните нарушувања е чест. Засега, има малку емпириски докази за да ги насочуваат здравствените работници или пациенти во одбирањето кое нарушување би требало да се лекува прво. Со оглед на тоа дека стратегиите на лекување, особено психолошките пристапи на многу нарушувања може да бидат многу различни, упатството за здравствените работници и пациентите, на соодветно делење на психолошките интервенции, веројатно значајно би ги подобрило резултатите.

Ова би требало да биде тестирано во рандомизирано истражување, во кое пациентите кои имаат двојни дијагнози на анксиозно нарушување и депресија и кога постои несигурност околу соодветното делење во лекувањето, би требало да бидат рандомизирани на различни секвенци од лекувањето. Клиничката ефективност и трошковната ефективност на интервенциите би требало да се тестираат на крајот од лекувањето и по 12-месечното следење.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство, Општи нарушувања на менталното здравје: идентификација и патеки на згрижување, содржи детали за методите и за доказите, употребени за развојот на упатството. Тоа е објавено од Националниот центар за соработка за ментално здравје.

5.2 Информација за јавноста

NICE има направено информација за јавноста која го објаснува упатството.

Ние ги поттикнуваме NHS и волонтерските секторски организации да го употребуваат текстот од оваа информација во нивните сопствени материјали околу општите нарушувања на менталното здравје.

6. Поврзан NICE водич

Објавени

- Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и справување со штетноста од алкохолот и зависност од алкохолот. NICE клиничко упатство 115 (2011).
- Генерализирано анксиозно нарушување и панично нарушување (со или без агарофобија) кај возрасните. NICE клиничко упатство 113 (2011).
- Депресија кај возрасните со хронични проблеми на физичкото здравје: лекување и справување. NICE клиничко упатство 91 (2009).
- Депресија: лекување и справување со депресијата кај возрасните. NICE клиничко упатство 90 (2009).
- Унапредување на менталната добросостојба низ продуктивни и здрави услови за работа: упатство за работодавците. NICE јавно клиничко упатство 22 (2009).
- Злоупотреба на лекови: опиоидна детоксификација. NICE клиничко упатство 52 (2007).
- Злоупотреба на лекови: психосоцијални интервенции. NICE клиничко упатство 51 (2007).
- Пренатално и постнатално ментално здравје. NICE клиничко упатство 45 (2007).
- Компјутеризирана когнитивна терапија на однесување за депресија и анксиозност. NICE водич за технолошка проценка 97 (2006).
- Опсесивно-компулсивно нарушување: основни интервенции во лекувањето на опсесивно-компулсивно нарушување и дизморфично нарушување на телото. NICE клиничко упатство 31 (2005).
- 'Нарушување од посттрауматски стрес' (PTSD): справување со PTSD кај возрасните и кај децата во примарната и секундарната здравствена заштита. NICE клиничко упатство 26 (2005).

Во развој

NICE го развива следново упатство (детали, достапни од нашиот [website](#)):

- Социјално анксиозно нарушување: дијагноза и лекување. NICE клиничко упатство. Очекувано објавување во 2013 год.

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани, така што препораките ги земаат предвид новите важни информации. Нови докази се прегледуваат 3 години по објавувањето и се бара мислење од здравствените работници и пациентите; ние ја употребуваме оваа информација да одлучиме дали целото или дел од упатството бара ажурирање. Ако важни нови докази се објавуваат и друг пат, ние може да се одлучиме за побрзо ажурирање на некои препораки.

Додаток А: Група за развој на упатствата, Национален центар за соработка и NICE проект тим

Група за развој на упатствата (26 члена)

Professor Tony Kendrick (Chair)

Professor of Primary Care and Dean, Hull York Medical School; General Practitioner, Hull Primary Care Trust.

Professor Stephen Pilling (Facilitator)

Director, National Collaborating Centre for Mental Health; Director, Centre for Outcomes Research and Effectiveness, University College London.

Mr Mike Bessant

Mental Health Nurse, Regional Mental Health Lead, NHS Direct, Bristol.

Ms Mary Burd

Head of Psychology and Counselling, Tower Hamlets Primary Care Trust (until December 2009).

Dr Alan Cohen

Director of Primary Care, West London Mental Health Trust; National Primary Care Advisor, Improving Access to Psychological Therapies, Department of Health.

Dr Barbara Compitus

General Practitioner, Southville, Bristol.

Ms Lillian Dimas

Service user and carer member.

Ms Beth Dumonteil

Project Manager 2009-2010, National Collaborating Centre for Mental Health.

Mr David Ekers

Nurse Consultant, Primary Care Mental Health, Tees Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust; Honorary Clinical Lecturer, Centre for Mental Health Research, Durham University.

Professor Linda Gask

Professor of Primary Care Psychiatry, University of Manchester; Honorary Consultant Psychiatrist, Salford Primary Care Trust.

Ms Laura Gibbon

Project Manager 2010-2011, National Collaborating Centre for Mental Health.

Professor Simon Gilbody

Professor of Psychological Medicine and Health Services, Hull York Medical School.

Ms Flora Kaminski

Research Assistant, National Collaborating Centre for Mental Health.

Dr Dimitra Lambrelli

Health Economist, National Collaborating Centre for Mental Health.

Mr Terence Lewis

Service user and carer member.

Mr Francesco Palma

Service user and carer member.

Dr Matthew Ridd

General Practitioner, Portishead; Clinical Lecturer, National Institute for Health Research, Bristol.

Ms Caroline Salter

Research Assistant, National Collaborating Centre for Mental Health.

Ms Christine Sealey

Centre Manager, National Collaborating Centre for Mental Health.

Ms Melinda Smith

Research Assistant, National Collaborating Centre for Mental Health.

Professor Roz Shafran

Professor of Psychology, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading.

Ms Sarah Stockton

Senior Information Scientist, National Collaborating Centre for Mental Health.

Mr Rupert Suckling

Deputy Director of Public Health and Consultant in Public Health Medicine, Doncaster Primary Care Trust.

Dr Clare Taylor

Senior Editor, National Collaborating Centre for Mental Health.

Dr Amina Yesufu-Udechuku

Systematic Reviewer, National Collaborating Centre for Mental Health.

Dr Craig Whittington

Senior Systematic Reviewer, National Collaborating Centre for Mental Health.

Тим за NICE проект (6 члена)**Ms Sarah Willett**

Associate Director.

Ms Caroline Keir

Guideline Commissioning Manager.

Mr Nick Staples

Guideline Coordinator.

Dr Amanda Killoran

Technical Lead.

Ms Stefanie Reken

Health Economist.

Ms Catharine Baden-Daintree

Editor.

Додаток В: Панел за рецензија на упатствата (5 члена)

Панел за рецензија на упатствата е индивидуална комисија која го надгледува развојот на упатството и ја презема одговорноста за мониторирање на придржувањето кон NICE процесите на развој на упатствата. Особено, комисијата обезбедува коментарите на заинтересираните страни да бидат разгледани и соодветно одговорени. Комисијата вклучува членови од следниве профили: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, непрофесионалци, јавно здравје и индустријата.

Dr Robert Walker (Chair)

GP, Workington.

Mr Robin Beal

Consultant in Accident and Emergency Medicine, Isle of Wight.

Mrs Ailsa Donnelly

Lay member.

Dr Mark Hill

Head of Medical Affairs, Novartis Pharmaceuticals UK Ltd.

Dr John Harley

Clinical Governance and Prescribing Lead and General Practitioner, North Tees Primary Care Trust.

Додаток С: Алгоритми

Брз водич низ референците содржи модел во чекори за општи нарушувања на менталното здравје и алгоритам за идентификација и проценка на општи нарушувања на менталното здравје.

Додаток D: GAD-2 и GAD-7

Целосното упатство ги содржи GAD-2 GAD-7.

Додаток Е: Речник

Ова ги обезбедува дефинициите на бројни термини, базирани на дефинициите од поврзаните NICE упатства. Листата има за цел да ги опфати најчесто користените термини и не е наменета да биде исцрпна.

Активно мониторирање: активен процес на проценка, надгледување на симптоми и функционирање, совет и поддршка за луѓето со умерени општи нарушувања на менталното здравје кои можат спонтано да се повлечат. Тоа вклучува дискутирање за поставениот проблем(и) и кои било грижи кои лицето може да ги има околу нив, обезбедувајќи информација околу природата и текот на нарушувањето, правејќи понатамошна проценка, нормално во текот на 2 недели и правење контакти ако лицето не доаѓа на договорените состаноци. Исто така, познато како 'будно чекање'.

Применета релаксација: психолошка интервенција која се фокусира на примена на мускулна релаксација во ситуации и прилики каде лицето е или може да биде анксиозно. Интервенцијата обично се состои од 12 до 15 неделни сесии (помалку ако лицето закрепнува побргу, повеќе ако е клинички потребно), секоја во траење од 1 саат.

Зависност од алкохол: characterised by craving, tolerance, a preoccupation with alcohol and continued drinking in spite of harmful consequences.

Дружење: среќавање и разговарање со некој со проблеми на менталното здравје обично еднаш неделно; ова би било обезбедено како додаток на која било психолошка или фармаколошка интервенција. Придружникот може да го придружува придруженото лице на патувања за да го прошират обемот на активности и понудат практична поддршка со тековните тешкотии.

Активација на однесувањето: психолошка интервенција за депресијата која има за цел да ги идентифицира ефектите на однесувањето на тековните симптоми, расположение и проблематични подрачја. Таа бара да ги намали симптомите и проблематичното однесување низ задачи на однесување, поврзани со намалување на избегнувањето, распоред на активности и зголемување на позитивно засилени однесувања. Интервенцијата обично се состои од 16 до 20 сесии во траење над 3 до 4 месеца.

Терапија на однесување на парови: Психолошка интервенција која има за цел да помогне на луѓето да ги разберат ефектите на нивните меѓусебни интеракции како фактори во развојот и одржувањето на симптомите и проблемите и да ја промени природата на интеракциите и така менталното здравје на лицето да се подобри. Интервенцијата би требало да е базирана на принципите на однесување и обично се состои од 15 до 20 сесии во траење над 5 до 6 месеци.

Когнитивна терапија на однесување (CBT): Психолошка интервенција каде лицето работи во соработка со терапевт за да идентификува ефекти на мислите, верувањата и интерпретациите на тековните симптоми, состојба на чувствата и проблематични подрачја. Тие учат вештини да ги идентификуваат, надгледуваат и спротивставуваат на проблематичните мисли, верувања и интерпретациите, поврзани со целни симптоми или проблеми и соодветни вештини за справување. Траењето на лекувањето

варира во зависност од нарушувањето и неговата сериозност, но за луѓето со депресија би требало да биде во рамки од 16 до 20 сесии во траење над 3 до 4 месеца; за луѓето со GAD тоа обично се состои од 12 до 15 сесии неделно (помалку ако лицето заздравува побргу, подолго, ако е клинички потребно), секоја во траење од 1 саат.

Колаборативна грижа: во контекстот на ова упатство, координиран пристап кон менталната и физичка здравствена заштита, вклучително следниве елементи: справување со случај кој е надгледуван и има поддршка од постар специјалист по ментално здравје; тесна соработка меѓу службите на примарната и секундарната здравствена заштита и специјалистичките служби за ментално здравје;обем на интервенции во согласност со оние препорачани со ова упатство, вклучително едукацијата на пациентот, психолошките и фармаколошките интервенции и справување со лековите; долгорочна координација и следење на згрижувањето.

Компјутеризирана когнитивна терапија на однесување: форма на когнитивна терапија на однесувањето која е базирана на самостојни компјутерски програми и програми преку интернет.Таа би требало да вклучува објаснување на СВТ моделот, да ги поттикнува задачите меѓу сесиите, употребува предизвици на умствена активност и активно следење на однесувањето, обрасците на мислењето и резултатите.Таа би требало да е поддржана од обучен лекар кој обично обезбедува ограничена помош за програмата и го опсервира напредокот и резултатот. Интервенцијата обично се одржува над 9 до 12 недели, вклучително и следењето.

Советување: краткорочен пристап на поддршка кој има за цел да им помогне на луѓето да ги истражат своите чувства и проблеми и да направи динамични промени во нивните животи и односи со другите луѓе. Интервенцијата се состои обично од шест до десет сесии во траење над 8 до 12 недели.

Десензибилизација и преработка преку движење на очите (EMDR): психолошка интервенција за PTSD. За време на EMDR, се замолува лицето да се концентрира на слика, поврзана со трауматски настан и поврзаните негативни емоции, сензации и мисли, додека внимава на нешто друго, обично движењето на прстот на терапевтот од една на друга страна пред очите на лицето. По секој сет од очни движења (околу 20 секунди), лицето се поттикнува да дискутира за сликите и емоциите кои ги почувствувало за време на движењето на очите. Процесот се повторува со фокусирање на сите тешки, постоечки сеќавања. Еднаш кога лицето се чувствува помалку потресено околу сликата, се замолува да се сконцентрира на тоа додека има позитивни мисли во однос на тоа. Лекувањето би требало да биде нормално 8 до12 сесии кога PTSD резултира од еден настан. Кога се дискутира за траумата на сесијата за лекување, тогаш општо се потребни подолги сесии (на пример 90 минути)..Лекувањето би требало да биде редовно и континуирано (обично еднаш неделно).

Изложување и превенција на одговор (ERP): психолошка интервенција која се употребува за луѓе со OCD и има за цел да им помогне на луѓето да ја надминат потребата да се ангажираат во опсесивни и компулсивни однесувања. Со помош на лекарот, лицето се излага на работи кои го прават анксиозен, потресен или исплашен. Наместо избегнување на ситуацијата или повторување на компулзијата, лицето се обучува на други начини да се справи со анксиозноста, потресеноста или стравот. Процесот се повторува сè додека лицето се чувствува на тој начин.

Олеснета самопомош: Во контекст на ова упатство, олеснетата самопомош (позната и како насочена самопомош или библиотерапија) се дефинира како самоприменета интервенција која применува палета на книги или прирачници за самопомош, електронски материјали, базирани на принципите на СВТ и соодветна читачка возраст. Обучен лекар ја олеснува употребата на овој материјал со негово воведување и со надгледување на напредокот и на резултатите. Интервенцијата се состои од 6 до 8 сесии (лице во лице и преку телефон) и нормално се одржува над 8 до 12 недели, вклучително и следењето.

Програм, базиран на групи за поддршка од колеги (само помош): Во контекст на ова упатство, програмата за поддршка (самопомош) се дава на групи пациенти со депресија и поделени хронични проблеми на физичкото здравје. Фокусот е на споделување искуства и чувства, асоцирани со постоење на хронични проблеми на физичкото здравје. Програмата е поддржана од лекари кои го олеснуваат присуството на состаноците, запознаени се со хроничните проблеми на физичкото здравје на пациентите и нивниот однос кон депресијата и ги гледаат резултатите од интервенцијата со секој пациент индивидуално. Интервенцијата се состои типично од една сесија неделно во период од 8 до 12 недели.

Штетноста на пиењето: Шема на консумација на алкохол која предизвикува здравствени проблеми директно поврзани со алкохолот. Ова би можело да вклучува проблеми како депресија, несреќи заради консумација на алкохол и физичка болест како акутен панкреатит.

Интерперсонална терапија (ИРТ): Психолошка интервенција која се фокусира на интерперсоналните прашања. Лицето работи со терапевт за да се идентификуваат ефектите од проблематичните подрачја, поврзани со интерперсонални конфликти, улога на транзицијата, тага и загуба, социјални вештини и нивниот ефект на тековните симптоми, состојба на чувства и проблеми. Тие бараат да ги намалат симптомите со учење како да се справат со нив или да ги решат таквите проблеми или конфликти. Интервенцијата обично се состои од 16 до 20 сесии во траење над 3 до 4 месеца.

Интервенции со слаба јачина: Кратки психолошки интервенции со намален контакт со обучен лекар, каде фокусот е на споделување дефиниција на претставениот проблем и лекарот олеснува и поддржува употреба на палета на материјали за самопомош. Лекарот ја презема улогата на тренер или олеснувач. Примерите вклучуваат: потпомогната и непотпомогната самопомош, компјутеризиран СВТ, програми за физичка активност, програми, базирани на групи за поддршка од колеги (самопомош) и психоедукативни групи.

Когнитивна терапија, базирана на свесност: Програм, базиран на група за обука на вештини со користење на техники преземени од медитација и когнитивната терапија дизајнирани специфично да спречат депресивни релапси или враќање на депресијата. Тој има за цел да овозможи на луѓето да станат посвесни за сензациите од телото и мислите и чувствата, асоцирани со депресивни релапси. Интервенцијата се состои обично од осум недели по 2-часовни сесии неделно и четири сесии во периодот на следење по 12 месеци од крајот нма терапија.

Непотпомогната самопомош: Во контекстот на ова упатство, непотпомогнатата самопомош (исто така позната како чиста самопомош или библиотерапија) е дефинирана како самоприменета интервенција, која употребува напишани или електронски материјали, базирани на принципите на СВТ и од соодветна читачка возраст. Интервенцијата обично вклучува минимален контакт со лекарот (на пример повремени краток телефонски разговор од не повеќе од 5 минути) и вклучува инструкции за лицето да работи систематично со материјалот во период од најмалку 6 недели.

Парапрофесионално: Член на персоналот кој е обучен да дава обем на специјалистички здравствени интервенции, но нема NHS професионална обука, како лекар со психолошка благосостојба.

Програма за физичка активност: Во контекстот на ова упатство, програмите за физичка активност се дефинирани како структурирани и базирани на групи (со поддршка од компетентен лекар) и се состојат типично од три сесии неделно со умерено траење (24 минути до 1 час) во траење над 10 до 14 недели (просечно 12 недели).

Психоедукација: Обезбедување информација и совет околу нарушувањето и неговото лекување. Тоа обично вклучува модел за објаснување на симптомите и совет како до се справат со тоа или да ги надминат тешкотиите кое лицето може да ги доживее. Тоа е обично со кратко траење, поттикнато од здравствен работник и поддржано од употребата на пишани материјали.

Психоедукативни групи: Психосоцијална групно- базирана интервенција, базирана на принципите на СВТ која има интерактивен дизајн и поттикнува на опсервационо учење. Таа може да вклучи презентации и прирачници за самопомош. Таа е предводена од обучен лекар, со однос еден терапевт на 12 учесници и обично се состои од 6 недели по 2-часовни сесии.

Соматски симптоми: Физички симптоми на општите нарушувања на физичкото здравје, кои формираат дел од натрупаните симптоми кои се неопходни за поставување дијагноза. Тие може да вклучат палпитации или мускулни тензии во анксиозно нарушување или летаргија и нарушување на сонот во депресија. Во некои случаи тие можат да бидат главниот симптом со кој лицето за прв пат се презентира; тие не формираат посебна дијагноза и би требало да се разликуваат од соматоформиранки нарушувања на медицински необјасниви симптоми.

Краткорочна психодинамична психотерапија: Психолошка интервенција каде терапевтот и лицето истражуваат и добиваат увид во конфликтот и како се тие претставени во тековните ситуации и односи, вклучително и терапевтскиот однос. Терапијата не е директива и реципиентите не се обучуваат на специфични вештини (на пример, мониторирање на мислите, реevaluација и решавање на проблемот). Интервенцијата обично се состои од 16 до 20 сесии во траење над 4 до 6 месеци.

Сериозност: Видете секција за 'проценка на сериозноста на општите нарушувања на менталното здравје'.

Траума фокусирана СВТ: Тип на СВТ, специфично развиено за луѓето со PTSD кое се фокусира на сеќавањата за траумата и негативните мисли и однесувања, поврзани со таквите сеќавања. Структурата и содржината на интервенцијата се базирани на принципите на СВТ со експлицитен фокус на трауматскиот настан кој довел до нарушувањето. Интервенцијата нормално се состои од 8 до 12 сесии кога PTSD е резултат од поединечен настан. Кога се дискутира за траумата во сесијата на лекување, тогаш се општо неопходни подолги сесии од вообичаено (на пример 90 минути). Лекувањето треба да е редовно и континуирано (обично најмалку еднаш неделно).

Проценка на сериозноста на општите нарушувања на менталното здравје: дефиниции

Проценка на сериозноста на општите нарушувања на менталното здравје е детерминирана од три фактора: сериозноста на симптомите, траење на симптомите и асоцираното функционално влошување (на пример, влошување на професионално, едукативно, социјално и друго функционирање).

Слаба генерално се однесува на релативно неколку основни симптоми (иако доволни да се постави дијагноза), ограничено траење и мало влијание на секојдневното функционирање.

Умерено се однесува на присуството на сите основни симптоми на нарушувањето плус неколку други поврзани симптоми, со траење над потребното за минимум дијагностички критериуми и со јасно влијание на функционирањето.

Тешко се однесува на присуството на најголем дел или сите симптоми на нарушувањето, често со долго траење и со многу назначено влијание на функционирањето (на пример, неможност да учествува во работните активности и повлекување од интерперсонални активности).

Постојано гранични се однесува на симптоми и асоцирано функционално влошување кое ги нема сите дијагностички критериуми, но има значително влијание на животот на лицето и кои се присутни подолг временски период (обично не помалку од 6 месеци и до неколку години).

Додаток F: Табели за лекување и упатување

Целосното упатство содржи табели за лекување и упатување.

Околу ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки околу лекувањето и грижата за луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од националниот центар за соработка за ментално здравје. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучително консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Препораките беа завршени по јавна расправа.

Методите и процесите за развој на NICE клинички упатства се опишани во Прирачник со упатства.

Ние имаме направено соопштение за јавноста со објаснување на упатството. Алатки за помош за да се стави упатството во пракса и соопштение околу доказите на кои е тоа базирано се исто така достапни.

Промени по објавувањето

Јануари 2012 год.: мали одржувања.

Јануари 2013 год.: мали одржувања.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува ставот на NICE, до кој е пристигнато по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува од здравствените работници да го земат целосно во предвид кога го вежбаат своето клиничко просудување. Како и да е, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените работници за да донесуваат решенија соодветни на состојбата на секој индивидуален пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот и да се информирани од резимето на карактеристиките на продуктот за кој било лек кој се зема во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните комисии и /или давателите на услугите. Се потсетуваат комисиите и давателите на услугите дека е нивна одговорност да го имплементираат упатството, во нивниот локален контекст во рамките на нивните должности да се избегнат незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднакви можности. Ништо во ова упатство не би требало да се интерпретира на начин кој би бил недоследен во извршување на овие должности.

Авторски права

© National Institute for Health and Clinical Excellence 2011. Сите права задржани. NICE авторски права може да се преземаат за приватно истражување и проучување и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Не е дозволено репродуцирање од страна на или за комерцијални организации или за комерцијални цели, без писмена дозвола од NICE.

Контакт NICE

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 033 778