

Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска

Проф. д-р Гордана Панова

Проф. д-р д-р Гунтер Никлевски

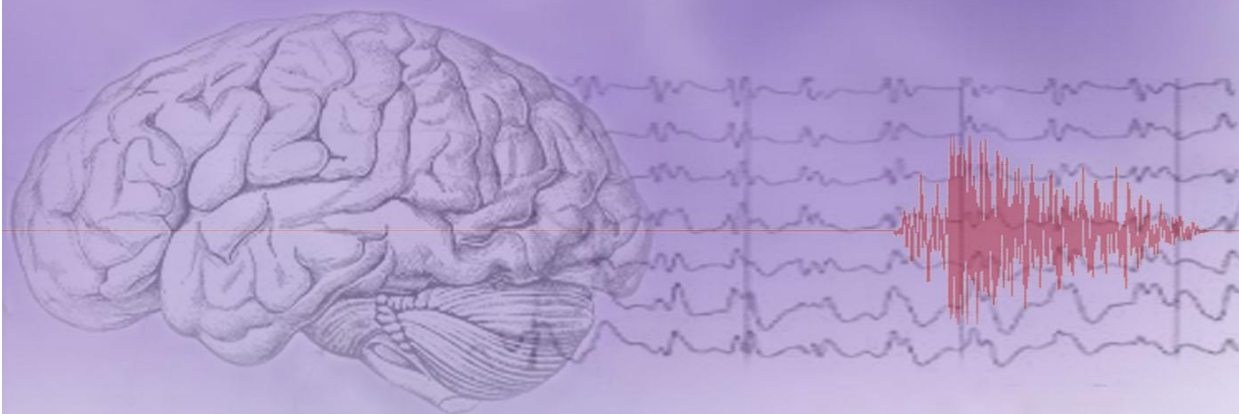
Проф. д-р Диана Белевска

Асс. мр Д-р Стојан Бајрактаров

Учебник по

ПСИХИЈАТРИЈА

за студенти по медицина



Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска

Проф. д-р Гордана Панова

Проф. д-р д-р Гунтер Никлевска

Проф. д-р Диана Белевска

Асс. м-р Д-р Стојан Бајрактаров

Учебник по

ПСИХИЈАТРИЈА

за студенти по медицина

Штип, 2013

Уредници:

Проф. д-р Елизабета Зисовска

Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска

Рецензенти:

Проф. д-р Методи Чепреганов

Проф. д-р Илија Џонов

Техничка подготовка:

Илија Лазаревски

Графички дизајн на насловна страна:

Стојан Андонов

Лектор:

Вангелија Цавкова

Книгата е издадена со поддршка на фондацијата ДААД
(Deutscher Akademischer Austausch Dienst)

Содржина

1. Вовед	8
2. Класификација на психијатриски болести според МКБ 10 класификација	9
3. МКБ 10 Органски, вклучувајќи ги и симптоматските, ментални растројства (F00 – F09) 10	
3.1. Деменции	12
3.1.1. MorbusAlzheimer	17
3.1.2. Васкуларна деменција	25
3.1.3. Деменција кај Пикова болест (Morbus Pick)	27
3.1.4. Деменција со Левијеви тела (Lewy-тела)	28
3.1.5. Деменција кај Хантингтоновата болест.....	29
3.1.6. Деменција кај Паркинсоновата болест	29
3.1.7. ХИВ Деменција комплекс	30
3.1.8. Болест на Кројцфелд Јакоб (Creutzfeldt Jakob)	30
3.2. Психотерапија и деменција	34
3.3. Социотерапија и деменцијата	40
4. МКБ 10, Ментални и растројства на обносните поради употреба на психоактивни супстанции (F10 – F19).....	50
4.1. Ментални и растројства на обносните заради употреба на алкохол (F10)	53
4.2. Ментални и растројства на обносните заради употреба на опијати (F11).....	62
4.3. Ментални и растројства на обносните заради употреба на канабоиди (F12).....	70
4.4. Ментални и растројства на обносните заради употреба на седативи или хипнотици (F13) 73	
4.5. Ментални и растројства на обносните заради употреба на кокаин (F14).....	76
4.6. Ментални и растројства на обносните заради употреба на други стимуланси, вклучувајќи и кофеин (F15)	80
4.7. Ментални и растројства на обносните заради употреба на халуциногени (F16)...	83
4.8. Ментални и растројства на обносните заради употреба на тутун (F17)	86
4.9. Ментални и растројства на обносните заради употреба на испарливи растворувачи (F18) 91	

4.10.	Ментални и растројства на обносните заради повеќекратна употреба на дрога и употреба на други психоактивни супстанции (F19)	93
5.	МКБ 10, Шизофренија, шизотипија и налудничави растројства (F20 – F29)	99
5.1.	Шизофренија (F20).....	99
6.	МКБ 10, Растројства на расположението [Афектот] (F30 – F39)	135
6.1.	Манија (манична епизода).....	140
6.1.1.	Хипоманија (F30.0).....	143
6.1.2.	Манија без психотични симптоми (F30.1).....	143
6.1.3.	Манија со психотични симптоми (F30.2)	143
6.1.4.	Маничен ступор (F30.8)	143
6.1.5.	Други манични епизоди (F30.9).....	143
6.2.	Биполарно афективно растројство.....	143
6.3.	Депресивни растројства.....	147
6.3.1.	Депресивна епизода (F32)	150
6.3.2.	Рекурентно депресивно растројство (F33)	151
6.4.	Циклотимија (F34.0).....	153
6.5.	Други растројства на расположението (F38)	153
6.6.	Неозначено растројство на расположението/афектот (F39).....	153
7.	МКБ 10, Невротични и растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства (F40 – F48)	167
7.1.	Фобични анксиозни растројства (F40)	167
7.2.	Панично растројство (F41.0).....	172
7.3.	Опсесивно компулсивно растројство (F42)	180
7.4.	Посттрауматско стресно растројство (ПТСП) (PTSD-posttraumatic stress disorder) (F43.1).....	187
7.5.	Дисоцијативни [конверзивни] растројства (F44)	197
7.5.1.	Дисоцијативната амнезија (F44.0).....	199
7.5.2.	Дисоцијативна фуга (F44.1)	199
7.5.3.	Дисоцијативен ступор (F44.2).....	199

7.5.4.	Растројствата со транс и опседнатост (F44.3)	200
7.5.5.	Дисоцијативно растројство на идентитетот, порано формулирано како повеќекратно растројство на личноста (F44.8)	200
7.5.6.	Конверзивни растројства (F44.4 – F44.6).....	200
7.5.7.	Дисоцијативно моторно растројство (F44.4).....	202
7.5.8.	Дисоцијативни конвулзии се псеудоепинапади-епинапади кои се психогено условени (F44.5).....	203
7.5.9.	Дисоцијативна анестезија и губење на осетот (F44.6)	203
7.6.	Соматоформни растројства (F45).....	205
7.6.1.	Соматизациско растројство (F45.0).....	207
7.6.2.	Недиференцирано соматоформно растројство (F45.1).....	208
7.6.3.	Хипохоиндриско растројство (F45.2).....	208
7.6.4.	Соматоформна автономна дисфункција (F45.3).....	208
7.6.5.	Перзистирачко соматоформно болно растројство (F45.4)	209
7.6.6.	Други соматоформни проеметувања (F45.8).....	209
8.	МКБ 10, Синдроми на обносните поврзани со физиолошки заболувања и физички фактори (F50 – F59)	212
8.1.	Растројство во хранењето/нарушување во исхраната (F50).....	212
8.1.1.	Анорексија нервоза (Anorexia nervosa) (F50.0)	212
8.1.2.	Булимија нервоза (F50.2).....	218
8.2.	Неоргански нарушувања на спиењето (F51).....	223
8.2.1.	Несоница (Инсомнија) (F51.0).....	223
8.2.2.	Хиперсомнија (F51.1)	231
8.2.3.	Пореметување на деноноќниот ритам (F51.2).....	232
8.2.4.	Сомнабулизам (F51.3).....	233
8.2.5.	Ноќен страв (pavor nocturnus) (F51.4)	235
8.2.6.	Ноќни мори (F51.5).....	235
8.3.	Сексуална дисфункција не предизвикана од органско растројство или болест (F52)	

8.3.1.	Недостаток или губење на сексуална желба (F52.0).....	239
8.3.2.	Сексуална аверзија и недостаток на уживање (F52.1).....	239
8.3.3.	Недостаток на генитален одговор/пореметување на сексуалното возбудување (F52.2)	239
8.3.4.	Пореметување на оргазмот (F52.3).....	240
8.3.5.	Преуранета ејакулација (F52.4)	240
8.3.6.	Неоргански вагинизам (F52.5).....	241
8.3.7.	Неорганска диспауренија (F52.6)	241
9.	МКБ 10, Растројства на личноста и обносните кај возрасен (F60 – F69).....	242
9.1.	Параноидно растројство на личноста (F60.0).....	248
9.2.	Шизоидно растројство на личноста (F60.1)	249
9.3.	Дисоцијално растројство на личноста (F60.2)	250
9.4.	Емоционално нестабилна личност од типот на гранични случаи (borderline) (F60.3).....	251
9.5.	Хистрионично растројство на личноста (F60.4)	255
9.6.	Ананкастично растројство на личноста (F60.5)	257
9.7.	Анксиозно-одбивно растројство на личноста (F60.6)	258
10.	Професионално согорување „burnout“синдром	260
11.	Поврзаност помеѓу насилството во семејството и појавата на ментални нарушувања кај жртвите.....	269
12.	Психолошки мерни инструменти	281
13.	Деца на родител/родители со ментални растројства	298
14.	Организација на службите за ментално здравје во Република Македонија.....	320
15.	Листа на кратенки	326
16.	Листа на автори	328

1. Вовед

Учебникот е наменет за студенти по медицина, стоматологиј, како и за студенти на Високите медицински школи. Целта на учебникот е, на што поедноставен и структуриран начин да се опишат главните групи на психијатриски заболувања со особен осврт на оние заболувања со кои што идните лекари и професионалците од подрачјето на високиот медицински персонал ќе се сретнат во својата секојдневна практична работа. Поради тоа, описот на психијатриските заболувања следи аналогно на класификацијата МКБ 10 (Меѓународна класификација на заболувањата, 10–ревизија, издадена од Светската здравствена организација).

Освен описот на етиологијата, епидемиолошките податоци, главните клинички симптоми, дијагнозата, диференцијалната дијагноза и терапијата, во поголемиот дел од поглавјата се прикажани случаи со прашања кои што треба да им бидат помагала на студентите при подготвување за исптните прашања.

Психијатријата е мултидисциплинарна професија во која што, освен лекарите и медицинскиот персонал се вклучени и други академски професии како што се психолозите, социјалните терапевти и работните терапевти. Поради тоа, поглавјата за терапија, освен описот на медикаментната терапија, содржат и препораки за примена на психотерапијата и социотерапијата, а едно цело поглавје е посветено на психолошките мерни инструменти.

Менталното здравје на поединецот е вмрежено со менталното здравје во семејството, а децата на лица со ментални заболувања се изложени на особен ризик и самите да заболат. На овие системски-психијатриски подрачја се посветени две поглавја од учебникот.

Сите оние кои што работат со ментални заболувања треба особено да внимаваат на своето ментално и физичко здравје. Оваа тема е разработена во поглавјето за превенција на професионално согорување. Во последното поглавје опишана е актуелната организација на менталното здравје во Македонија која што е полна со предизвици за позитивни промени. Се надевам дека студентите со леснотија и задоволство ќе го читаат нашиот учебник, а знаењето ќе им користи за полагање на испити, но, што е многу поважно, дека ќе се разбуди професионален интерес и позитивно љубопитство за работа со лица со ментални заболувања.

2. Класификација на психијатриски болести според МКБ 10 класификација

МКБ 10 е ознака за меѓународна класификација на заболувањата и сродни здравствени проблеми и претставува превод на оригиналниот термин на англиски јазик (ICD -10, International Classification of Diseases and Related Health Problems-Tenth Revision). Каталогот МКБ 10 содржи т.н. кодови за заболувањата и нивните симптоми, а е издаден од Светската здравствена организација (World Health Organization) во 1900 година. Во 1992 година е издадена 10-та ревизија на каталогот.

Во Каталогот на МКБ 10 заболувањата се поделени во 22 групи, аналогно на причините за заболувањата (на пр. Инфективни заболувања) и анатомска припадност (на пр. Невролошки заболувања). Овие 22 групи содржат подгрупи класифицирани според букви од латинската азбука. Сите психијатриски заболувања се класифицирани со буквата F по која следат три бројки (алфанумеричка класификација).

На овој начин можно е точно кодирање на психијатриското заболување со точна ознака на видот, акутниот, односно хроничниот карактер, како и степенот на заболувањето.

3. МКБ 10 Органски, вклучувајќи ги и симптоматските, ментални растројства (F00 – F09)

Асс. д-р Елена Симеоновска Јовева

Во овој дијагностички блок МКБ 10 се класифицирани сите оние ментални растројства во чија етиологија голема улога игра церебралната болест, повредите на мозокот или мозочните инсулти кои доведуваат до церебрална дисфункција.

Мозочните дисфункции можат да бидат примарни, кога етиолошките причинители директно го ледираат централниот нервен систем, и секундарни, во состав на разни системски заболувања кои секундарно го повредуваат мозокот (од F00-F09). Во друг блок посебно се издвоени растројствата кои се предизвикани од алкохол и други психоактивни супстанции (од F10-F19) и покрај тоа што по етиопатогенезата им припаѓа на претходните растројства.

F00-Деменции кај Алцхајмеровата болест:	<ul style="list-style-type: none">- со ран почеток;- со доцен почеток;- атипичен или мешовит тип;- неспецифична.
F01-Васкуларна деменција:	<ul style="list-style-type: none">- васкуларна деменција со акутен почеток;- мултиинфарктна деменција;- субкортикална васкуларна деменција;- мешовита кортикално-субкортикална васкуларна деменција;- друга васкуларна деменција;- васкуларна деменција , неспецифична.
F02-Деменција кај болести класифицирани на друго место:	<ul style="list-style-type: none">- деменција кај Pick-ова болест;- деменција кај Creutzfeldt-Jacob –ова болест;- деменција кај Huntington- ова болест;- деменција кај Parkinson- ова болест;- деменција кај ХИВ инфекциите;- деменција кај други специфицирани болести класифицирани на друго место.
F03- Неспецифицирана деменција	
F04-Органски синдром на амнезија која не е предизвикана со алкохол и со други психоактивни супстанции	
F05-Делириум кој не е предизвикан од алкохол и други психоактивни	<ul style="list-style-type: none">- делириум кој не е накалемен на деменции;

<p>супстанци:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - делириум накалемен на деменции; - друг делириум; - делириум, неспецифициран;
<p>F06-Други ментални растројства предизвикани од мозочни оштетувања и дисфункции и соматски болести:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - органска халуциноза; - органско кататоно растројство; - органско шизоморфно растројство со налудничавост; - органско афективно растројство; - органско манично растројство; - органско биполарно растројство; - органско депресивно растројство; - органско мешовито афективно растројство; - органско анксиозно растројство; - органско дисоцијативно растројство; - органско растројство со емоционална лабилност; - благо когнитивно растројство; - други специфицирани ментални растројства предизвикани од мозочни оштетувања и дисфункција и соматски болести; - неспецифицирани органски растројства на личноста и односите предизвикани од болест, оштетувања и дисфункција на мозокот;
<p>F07-Растројства на личноста и односите предизвикани од мозочни заболувања, оштетувања и дисфункција:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - органско растројство на личноста; - постенцефаличен синдром; - други органски растројства на личноста и односите предизвикани од болести, оштетувања и дисфункции на мозокот; - неспецифицирани органски растројства на личноста и односите предизвикани од болести, оштетувања и дисфункции на мозокот.
<p>F09- Неспецифицирани органски или симптоматски ментални растројства</p>	

Психопатолошките манифестации во овие дијагностички категории можат да се групираат околу растројствата на когнитивните функции и сензориумот (и тие припаѓаат на деменциите од F00-F03) и околу растројства на перцепциите (халуцинации), мислењето

и расположението кои припаѓаат на акутниот психоорганиски синдром или симптоматските психози (F04-F09).

Растројствата можат да се јават на било која возраст, но сепак, најчести се во зрелата и подоцнежната возраст. Дел од овие растројства се транзиторни, а дел се со хроничен и иререверзибилен тек.

Во DSMIV овие растројства се класифицирани во 3 групи:

1. Делириум, Деменција, Амнестички и други когнитивни растројства;
2. Душевени растројства поради општа здравствена состојба;
3. Растројства врзани за психоактивни супстанции.

<p>1. Делириумот е дефиниран како растројство на свеста и когницијата кои се развиваат во краток период.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - делириум поради општа здравствена состојба; - делириум предизвикан од психоактивни супстанции; - делириум од повеќекратна етиологија; - делириум кој не е специфициран на друго место.
<p>2. Деменциите се дефинирани со повеќекратни когнитивни дефицити кои вклучуваат и оштетување на помнењето.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - деменција од Алцхајмеров тип; - васкуларна деменција; - деменција поради општа здравствена состојба (СИДА, траума на глава, Паркинсонова болест, Хантингтонова болест и др.); - перзистентна деменција предизвикана од психоактивни супстанции; - деменција со повеќекратна етиологија; - деменција која не е специфицирана на друго место.
<p>3. Амнестичкото растројство се карактеризира со оштетување на помтењето и отсуство на други значајни когнитивни растројства.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - амнестичко растројство поради општа здравствена состојба; - перзистентно амнестичко растројство предизвикано од психоактивни супстанции; - амнестичко растројство кое не е специфицирано на друго место.
<p>4. Когнитивно растројство, неспецифицирано се карактеризира со когнитивна дисфункција, предизвикано од општа здравствена состојба или психоактивни супстанции.</p>	

3.1. Деменции

Според МКБ 10 деменцијата е синдром предизвикан од некое органско заболување на мозокот, обично од хронична и прогресивна природа, кој се манифестира со повеќекратно оштетување на високите кортикални функции, вклучувајќи го помнењето, мислењето, ориентацијата, сфаќањето, сметањето, способноста за учење, јазикот и расудувањето. Когнитивните оштетувања обично се проследени со детериорација на емоционалната контрола и социјалните односи или мотивации.

Деменцијата уште се дефинира како постојано и стекнато, помалку или повеќе глобално оштетување на интелектуалните, емоционалните или когнитивните функции, кое се случило поради биохемиските или дифузните структурни заболувања на мозокот, кое се манифестира во будна состојба и го попречува нормалното однесување на личноста. Првобитното значење на изразот деменција ги опфаќало сите видови душевни нарушувања (de: надвор од, mentia: ум, памет). Со други зборови деменцијата е губење на постојаните и здобиените интелектуални способности. Таа поретко се јавува кај младите, а почесто кај старите и возрасните лица.

Интелектуалната функција е сложена психичка состојба, базирана на мозаик од меѓузависни и сè уште необјаснети способности (способност за запомнување и учење на нов материјал, решавање на проблеми, апстрактно мислење, вербални способности, аритметички способности, расудување). Промена во било кој сегмент може да е почеток на деменција. Процената на овие психички функции воопшто не е лесна, затоа што на секоја психичка функција дејствуваат разни влијанија кои не се од органска природа, како што се културните влијанија на средината, образованието, емоциите, волевите активности.

Деменцијата се јавува како последица на разновидни мозочни оштетувања кои доведуваат до општо пропаѓање на когнитивните способности, вклучувајќи оштетување на меморијата, без оштетување на свеста. Освен нарушено памтење може да се јави и нарушувања на говорот (афазија), намалување на моторната способност (апраксија), како и способноста за распознавање (агнозија). Ваквото онеспособување на социјален и професионален план во голема мера влијае врз расположението на болниот што од своја страна предизвикува промени во однесувањето (конфузност, агитираност) кое истовремено влијае и врз неговото семејство, поради што е неопходна брза дијагноза на болеста и прогноза на истата со цел да се преземе соодветен медицински и социјален третман.

Заболувањето може да биде прогресивно или статично, реверзибилно или иреверзибилно. Кај 15% од случаите има реверзибилен тек, особено ако третманот е започнат пред да започне иреверзибилното оштетување.

Пред да се постави дијагнозата потребно е да се направи разлика меѓу деменцијата и благите когнитивни промени кај постарите лица (слабо помнење, бавно примање на информации) што се смета за физиолошка појава адекватна со возраста. Често се случува депресијата да се изедначи со деменцијата бидејќи се јавува апатија, намалена когниција, анксиозност, несоница и психосоматски симптоми. Исто така, предвид треба да се земе и делириумот кој обично настанува одеднаш и симптомите можат да траат привремено, за разлика од деменцијата кога почетокот на симптомите е прикриен, а текот на болеста променлив.

Епидемиологија: Деменцијата е болест на старите лица. Во САД преваленцата се движи со 1,5% кај популација над 65 години и 16-25% кај популацијата постара од 85 години. 5% од популацијата над 65 години имаат тешка деменција, а 15% имаат блага форма на деменција. Од сите пациенти со деменција 50-60% ја имаат деменцијата на Алцхајмер, чија преваленца расте со возраста. Во Европа преваленцата за Алцхајмеровата болест изнесува 10,3% кај лица постари од 65 години. Ризик фактори за појава на Алцхајмерова деменција се женски пол, болен роднина од прво колено или историја за повреда на глава. Дауновиот синдром е исто така асоциран со развој на Алцхајмерова деменција.

Инциденцата на Алцхајмеровата болест исто така расте со возраста и се проценува на 0,5% од 65-69 год, 1% од 70-74 год, 2% од 75-79 год, 3% од 80-84 год, 8% за постари од 85 год. Во 2001 година биле направени испитувања кај болни од Алцхајмерова болест и било утврдено дека средното преживување било 3 години од појавата на симптомите.

Втората најчеста деменција е васкуларната деменција која е поврзана со цереброваскуларните болести, при што хипертензијата е предиспонирачки фактор. Васкуларната деменција опфаќа околу 15-30% од сите деменции. Таа е најчеста од 60-70 годишна возраст и тоа кај машкиот пол. 10-15% од пациентите имаат заедно и васкуларна деменција и Алцхајмерова. Другите типови на деменција се вклучени со 1-5% од сите вкупни вклучувајќи деменција при повреда на глава, од алкохол зависна деменција, деменција кај Хантингтонова болест и Паркинсоновата болест.

Етиопатогенеза: Во 1907 година Alois Alzheimer прв ја опишал таа кондиција која подоцна го носела неговото име. Тој за прв пат опишал 51 годишна жена со 4 и пол годишна прогресија на деменција. Но, сепак, крајната дијагноза се поставува со невропатолошко иследување на мозокот.

Генетски фактори: иако причината за деменцијата на Алцхајмер останува непозната, напредок е направен со разбирање на молекуларната база на амилоидниот депозит како белег на ова невролошко заболување. Има направено студии кои кажуваат дека 40% од пациентите имаат семејна историја за Алцхајмерова болест, што укажува дека генетските фактори имаат улога во развојот на болеста, освен во некои случаи. Генетското влијание е многу поголемо кај монозиготните близнаци, отколку кај двозиготните (43% на 8%). Се мисли дека се наследува автосомно доминантно и покажува поврзаност со хромозомите 1,14,21.

Амилоид прекурзорниот протеин (АПП) е кодиран од ген кој се наоѓа на долгиот крак на 21 хромозом. Со диференцијацијата се разликуваат четири форми АПП. Бета/А4 протеинот (најголем составен дел на сенилните плаки) е составен од 42 аминокиселини. Кај Дауновиот синдром има три копии на гени за АПП, а таму каде што имаме мутација на кодот 717, имаме и појава на патолошки процес на прекумерно таложење на бета/А4.

Алцхајмеровата деменција како најчест тип е поврзана со идентификација на неколку гени за фенотип на болеста со ран почеток и генотип на болеста со доцен почеток. Случаите со ран почеток се поврзани со мутација на гени кои кодираат: амилоиден прекурзорен протеин (APP), пресенилин 1 (PSEN 1), пресенилин 2 (PSEN 2). Некои студии ги вклучуваат E4 гените во потеклото на Алцхајмеровата болест. Популацијата која има една копија од овие гени има три пати почеста фреквенција за појава на болеста, а оние со две копии имаат осум пати почеста фреквенција. Дијагностичките тестови обично не се препорачуваат поради присуство на овие гени и кај популација на луѓе без деменција.

Кај деменцијата со фронтотемпорален тип се познати 5 гени: микротубуларен тау протеин, MART, гранилин (GRN). Овие мутации се лоцирани на 17 хромозом и се среќаваат кај 5-10% од семејните случаи со фронтотемпорална деменција таканаречена семејна мултисистемска таупатија со пресенилна деменција. Симтомите кои ги вклучува се краткотрајни мемориски проблеми, тешкотии во одржувањето на рамнотежата и

одењето. Се јавува на 40-50 годишна возраст со средно преживување 11 години од појавувањето на симптомите. Тау протеинот се таложи во нероните и глија клетките и на тој начин ги уништува. Ова пореметување не е асоцирано со појава на сенилни плаки.

Невропатологија: При опсервација на мозок кај болен од Алцхајмерова деменција се гледа дифузна атрофија со зарамнети кортикални сулкуси и проширени мозочни вентрикули. Под микроскопија се најдени сенилни плаки, неврофибриларни клопчиња, губиток на неврони (во кората и во хипокампусот), синаптичка загуба (50% во кортексот) како и грануловаскуларна дегенерација на невроните.

Неврофибриларните клопчиња се составени од цитоскелетни елементи примарно од фосфолипиден *tau* протеин. Таквите клопчиња не се карактеристични само за Алцхајмеровата деменција, туку ги има и кај Дауновиот синдром, деменцијата од психоактивни супстанции, деменцијата кај Паркинсоновата болест со комплексот на Гуам, како и мозокот на луѓе без деменција, но со поголема старост. Најчесто се среќаваат во кортексот, хипокампусот, супстанција нигра и locus ceruleus.

Сенилните плаки, познати уште и како амилоидни плаки, кои се наоѓаат кај Алцхајмеровата болест составени од амилоидниот прекурзорен протеин и тоа типот бета/A4, астроцитите, микроглија и дистрофични неврони. Бројот на сенилните плаки кај мозокот испитуван постмортем е во корелација со тежината на болеста.

Невротрансмитери: невротрансмитерите кои се најчесто вклучени во патофизиолошките механизми особено на Алцхајмеровата болест, се ацетилхолинот и норепинефриот, при што и двата се хипоактивни. Истовремено се среќава и специфична дегенерација на холинергичните неврони во nucleus basalis-Meynert. Се смета дека холинергичната дегенерација е резултат на намалената концентрација на ензимот холинацетил трансфераза во мозокот (особено во фронталниот и темпоралниот лобус, амигдалата и хипокампусот - делови кои учествуваат во учењето и памтењето). Холинацетил трансферазата е клучен ензим во синтезата на ацетилхолинот и неговата редукција предизвикува намалување на бројот на холинергичната невронска презентација. Таа хипотеза е поддржана со примена на холинергични антагонисти (скорополамин и атропин) кои предизвикуваат пореметување во когницијата (особено способноста за учење и примање на нови информации), а додека холинергичните агонисти (physostigmin, mestinon, tacrine) вршат подобрување на когнитивните способности.

Намалувањето на норепинефрин е следено со намалување на норепинефринските нерони во locus ceruleus. Другите невротрансмитери кои се намалени се соматостатин, кортикотропин, супстанција П и вазопресин.

Други теории кои настојуваат да го објаснат развојот на Алцхајмеровата деменција се абнормалности во регулацијата на мембранскиот фосполипидниот метаболизам што резултира со промени во мембранските структури кои се помалку флуентни и ригидни. За тоа се користи молекуларна резонантна спектроскопија.

Токсичноста на алуминиумот е исто така вклучена во етиопатогенезата, бидејќи се пронајдени високи нивоа на алуминиум кај болни со Алцхајмерова деменција. Како ендогени токсини се наведени амнинокиселинските невротрансмитери глутамат и аспартат кои исто така можат да бидат причина за невронално пропаѓање.

3.1.1. Morbus Alzheimer

Алцхајмеровата деменција е примарно дегенеративно и реверзибилно мозочно растројство кое се карактеризира со прогресивна и брза детериорација на когнитивните функции, со сè уште непозната етиологија и со специфични невропатолошки и биохемиски промени (раслојување на мозочната градба, редукција на мозочните нерони, појава на сенилни плаки, особено во кортексот на мозокот, смалување на некои невротрансмитери и невромодулатори, а посебно на холинацетил трансфераза и ацетилхолинот).

Се јавува во две форми:

1. Деменција кај Алцхајмеровата болест со ран почеток (пресенилна форма пред 65 годишна возраст), се карактеризира со мошне брз и прогресивен тек и богатство на разновидни растројства кои потекнуваат од високите кортикални функции (афазисја, аграфија, акалкулија, алексија и апраксија). Таа се карактеризира со прогресивна детериорација на когнитивните функции: пад на продуктивното мислење и општите интелектуални способности, губење на способноста за репродукција на помнењето и дезинхибиција на нагонско афективната сфера. Постои и брз настап на невролошките испади, пред сè од кортикална природа, меѓу кои доминираат афазисја, апраксија, алексија, епилептични напади и моторни парези. За три до четири години настанува глобално пропаѓање на личноста и смрт од различни интеркурентни заболувања;

2. Деменција кај Алцхајмеровата болест со доцен почеток (сенилна форма над 65 годишна возраст), се карактеризира со побавна прогресија на дементна симпоматологија (најчесто со оштетување на помнењето) и посиромашна со жаришни невролошки и кортикални испади.

Од практични цели еволуцијата на растројството се дели во неколку фази, со тоа што преминот меѓу нив не е така строг:

- продромална фаза: се појавуваат одредени тешкотии во работните и социјалните активности кои се резултат на почетните интелектуално мнестички редукции. Сè уште е задржана способноста за самостоен живот;
- рана фаза: интелектуално мнестичките тешкотии стануваат сè победливи. Работната способност се губи. Се јавуваат тешкотии со говорот. Кај болните можат да се појават дилузии (30-40% - примарно од параноидна природа систематизирани или несистематизирани) и халуцинации (20-30%). Потоа се јавуваат или апатија или раздразливост, со појава на ненормални идеи, нарушено спиење;
- меѓуфаза: настапува комплетна авто и алопсихичка дезорганизација и растројство во визуелно просторните димензии. Невролошките жаришни испади сè повеќе се манифестираат. Примарни рефлексии на муцкање, цицање, тонино стапало, можат да бидат присутни, а кај 10% се појавуваат непредвидливи миоклонии;
- доцна фаза: болниот не препознава никој околу себе. Се јавува апраксија, аграфија, акалкулија, агнозија, ехолалија, ехопраксија и моторни парези;
- терминална фаза: се јавува за три до четири години од почетокот на болеста, кога болниот е веќе врзан за постела. Се јавува инконтиненција или дисфункција на сфинктерите, сомноленција, сопор, кома и смрт.

Дијагноза: дијагнозата се поставува феноменолошки и по пат на исклучување на сите други органски етиолошки причини кои доведуваат до ова. Меѓу феноменолошките критериуми за дијагноза на оваа болест најбитни се следните карактеристики:

1. Постепен почеток со бавна детериорација на когнитивните функции (способноста за учење нови информации, планирање, организација и математички опции);
2. Појава на невролошки испадни феномени меѓу кои најчести се апраксијата и агнозијата.

Постојат три типа дијагноза на Алцхајмеровата болест: веројатна, можна и сигурна. Веројатната дијагноза се поставува кога почетокот е бавен, а не постојат други системски или церебрални заболувања. Можно е кога болниот има и други болести, но врз основа на клиничката слика може да се каже дека деменцијата е предизвикана од Алцхајмеровата болест. Сигурна дијагноза е само на аутопсија на хистолошки препарат (фиброза на менингите и оштетените неврони со вакуолна дегенерација, натрупување на липофусцин, сенилни плаки, натрупување на амилоид, васкуларни лезии).

За да се утврдат причините за деменција треба да се направи детална проверка на медицинската историја на пациентот, да се спроведат потребните физикални испитувања, лабораториски и скрининг тестови. Во почетокот потребно е да се направи невропсихолошко тестирање и да се воведат соодветна и редовна контрола на когнитивната функција. Постојат повеќе стандардни методи за процена меѓу кои: мини ментал тестот од 30 прашања за испитување на менталното здравје, како и тестот на цртање часовник. Се користат и тестови за одредување на функционалната способност како Индексот на Кац и системот за физичко самоодржување. Мерната скала за депресија кај геријатриските пациенти обезбедува целосна проценка за евентуално присуство на депресија, исто се користи и Корнеловата скала за процена на депресија при деменција.

Лекарот треба да се фокусира на почетоците, временскиот прогрес на болеста, за примена на лекаства, податоци за злоупотреба на супстанции, васкуларни проблеми, трауматски повреди на главата, инфекции и хируршки интервенции, како и семејна историја на деменција. Потребно е да се направи соматски статус и внимателна невролошка проценка.

Стандардното лабораториско испитување вклучува целосна крвна слика, анализа на урина, скрининг за хемискиот состав на крвта, мерење на тиреостимулирачкиот хормон, B12 и серолошки тест за сифилис.

Во некои случаи се оштетени и евоцираните потенцијали, а на ЕЕГ се забележуваат тета бранови во висок процент. За утврдување на структурните невролошки оштетувања се користат компјутеризирана томографија и нуклеарна магнетна резонанца, кои можат да откријат присуство на некое друго заболување како бенигни и малигни тумори или субдурални крварења или пак хидроцефалус со нормален притисок.

Дијагностички критериуми за Алцхајмеровата деменција

Според МКБ 10:

- присуство на дементни симптоми карактеристични за деменциите;
- постепен почеток со бавна детериорација;
- отсуство на клинички податок или наод од специјализирани испитувања кои укажуваат на постоење на друго органско системско заболување кое довело до деменција (хипертироидизам, хиперкалцемија, дефицит на витамини, хидроцефалус, хематоми, неоплазми);
- отсуство на акутен, апоплектичен почеток или невролошки знаци за фокално оштетување, како што се хемипарези, сензорна загуба и дефекти во видното поле кои се јавуваат во почетокот на болеста.

Според DSM –IV:

A. Развој на повеќекратни когнитивни недостатоци кои се манифестираат како:

1. оштетување на помнењето (оштетена способност за учење нови информации и репродукција на претходните научени информации);
2. едно или повеќе од следните когнитивни растројства (афазија, апраксија, агнозија, растројства на извршното функционирање и идентификување на предметите и покрај зачуваност на сензорните органи).

B. Когнитивните недостатоци од критериумите A1 и A2 предизвикуваат големи оштетувања во општествените и професионалните функционирања и претставуваат осетен пад од претходниот степен на функционирање.

C. Текот на болеста е карактеристичен по постепениот почеток и постојаното когнитивно опаѓање.

D. Когнитивните недостатоци од критериумите A1 и A2 не се предизвикани од:

1. други патолошки состојби во мезенцефалонот (цереброваскуларна болест, Паркинсонова болест, Хантингтонова болест, хематоми, хидроцефалус);
2. одредени состојби за кои е познато дека предизвикуваат дементна слика (авитаминози, хипотироидизам, недостаток на нијацин, хиперкалциемија);
3. состојби предизвикани од психоактивни супстанции.

Е. Недостатоците не се појавуваат исклучително во текот на делириумот.

Ф. Растројството не може да се препише на некое друго растројство (депресија, шизофренија).

Диференцијална дијагноза: Васкуларната деменција се разликува од Алцхајмеровата бидејќи обично ги придружува цереброваскуларните болести, нема постепено влошување на когницијата и многу почесто е придружена со фокални невролошки дефицити и ризик фактори за цереброваскуларните болести. Исто така, треба да се прави разлика меѓу васкуларната деменција и транзиторната исхемична атака (ТИА). Таа претставува кратка епизода на фокално невролошко пореметување кое трае помалку од 24 часа – обично 10-15 минути. Таквите епизоди обично се резултат на микроемболии од проксималните интракранијални артерии што доведуваат до транзиторна мозочна исхемија која не предизвикува значајни патолошки промени во мозочниот паренхим. Подоцна 1/3 од пациентите со ТИА доживеале мозочен инфаркт. Затоа нејзиното препознавање и превенција е многу битна. Треба да се разликува ТИА од каротиден и ТИА од вертебробазиларен систем. Тие атаки од вертебробазиларниот систем предизвикуваат транзиторни растројства на мозочното стебло и окципиталниот лобус, а од каротидниот систем вклучуваат унилатерални ретинални или хемисферални абнормалности. Антикоагулантната, антиагрегационата (како аспирин) и реконструктивната васкуларна хирургија се битни бидејќи го намалуваат ризикот од инфаркти кај пациенти со ТИА.

Хидроцефалична деменција: Бавнопрогресивен хидроцефалус кој е придружен со зголемен интракранијален притисок се карактеризира со тријас на деменција, нарушено одење и уринарна инконтиненција.

Корсаков синдром: Овој синдром е сличен со Алцхајмеровата болест, но во неговата етиологија лежи етилизмоти дефицит на тијамин. Патоанатомски се манифестира со оштетување на *n.dorso-medialis thalami*, мамиларните јадра, хипоталамусните јадра,

паравентрикуларните сиви маси и vermis cerebelli. Конфибулацијата се смета за патогномостични знак.

Делириум: Состојба која е со брз почеток, кратко времетраење, со флукуација на когнитивните оштетувања во текот на денот, ноќна егзацербација на симптомите и пореметување на циклусот спиење-будност со перманентно пореметување во вниманието и перцепцијата.

Депресија: Луѓето со депресија можат да имаат когнитивни оштетувања кои тешко се разликуваат од симптомите на депресија. Терминот депресија поврзан со когнитивни дисфункции е поприфатен термин. Овие пациенти имаат истакнати депресивни симптоми, повеќе увид за нивните симптоми и имаат историја за неколку депресивни епизоди во минатото.

Функционални растројства: Пациентите кои имаат обид за симулација на губиток на меморија како функционално пореметување, го прават тоа на непредвидлив и неконвенционален начин. Кај вистинската деменција, меморијата за време и место е порано изгубена од меморијата за личности, како и поновата меморија која е порано изгубена, отколку далечната.

Шизофренија: Исто може да биде асоцирана со кратки интелектуални оштетувања чии симптоми се помалку тешки отколку симптомите на депресијата.

Старење: Старењето не е асоцирано со некое сигнификантно когнитивно опаѓање, но минималните мемориски проблеми, сепак, се дел од нормалниот процес на стареење. Тоа обично се однесува на бенигно сенилно забораване или нарушување на меморијата поврзано со староста. Тие минорни тешкотии не сметаат значително во социјалните и професионалните навики на личноста.

Други растројства: Ментална ретардација. Амнестичките растројства се карактеризираат со ограничен губиток на меморијата. Хипофизни растројства. Ендокринопатии (хипотироза, хипертироза, Адисонова болест, псеудопаратироидизам).

Психосоцијален модел: Психосоцијалните фактори можат да влијаат врз тежината и клиничкиот тек на деменциите. Поголема преморбидна интелигенција и едукација на пациентот овозможува подобра способност за компензирање на интелектуалниот дефицит. Лицата кои имаат брз почеток на болеста помалку користат одбрамбени механизми отколку оние со искуство и подмолен почеток. Пациентите имаат проблем да

генерализираат од просто кон сложено. Исто така, компримирана е и способноста за решавање на проблеми, логичното размислување и донесување на одлуки. Курт Голтстеин опишал катастрофални реакции кои настануваат како резултат на интелектуалните дефицити при стресни ситуации проследени со агитација. Пациентите сакајќи да ги комензираат интелектуалните дефекти во однесувањето ја променуваат темата, прават шеги со цел да го пренасочат соговорникот. Често се придружени со слаба контрола на импулсот, неугледен хигиенски изглед и општо непочитување на правилата за социјално однесување (поизразено кај деменциите со афекција на фронталниот лобус). Анксиозноста и депресијата (која се јавува кај 40-50%) може да ги интензивира симптомите. Може да презентираат екстремни во емоциите, патолошко смеешење или плачење без присутна провокација. Псеудодеменијата се случува кај депресивни пациенти кои се жалат на оштетена меморија, а во основа имаат депресивно пореметување. Кога депресијата ќе се третира, когнитивните растројства исчезнуваат.

Фармакотерапија: Навременото откривање на болеста значи и поголема шанса за промена на нејзиниот тек. Фармакотерапијата треба да се планира исклучително како дел од севкупниот план на лекување, насочена кон третирање на коморбидните медицински и психијатриски состојби, контрола на однесувањето, социјалните интервенции, поддршка и едукација од страна на давателот на здравствената заштита.

Инхибиторите на холинестеразата придонесуваат за умерено подобрување на когнитивните функции. Целта е да се постигне подобрување на меморијата и забавување на когнитивното опаѓање, подобрување на однесувањето и одложување на потребата од институцијализација на пациентот. Четири холинестеразни – инхибитори: такрин (когнекс), донепезил (арицепт), ривастигмин (екселон) и галантамин (разадин). Се применува како терапија кај слаба до умерена форма на Алцхајмерова деменција. Досегашните податоци укажуваат на инхибиторното дејство на холинестераза инхибиторите врз напредокот на болеста.

Мемантин хидрохлорид (наменда) претставува антагонист на Н - метил Д - аспартат (НМДА) рецепторите и се применува како терапија кај умерена и тешка форма на Алцхајмерова деменција. Може да се применува истовремено со инхибиторите на холинестеразата.

Растението гинко билоба се користи како природна терапија во лекувањето на Алцхајмеровата деменција и васкуларната деменција. Двојно слепата, рандомизирана студија кај 309 пациенти покажала дека терапијата има умерени, но не и незначителни ефикасни потенцијали.

Превентивната заштита вклучува примена на витаминот Е за кој е докажано дека е неефикасен, а исто и примената на естрогени и нестероидни антиинфламаторни лекови. Според некои студии стимулативните когнитивни активности како: читање, играње карти, посетување музеи, свирање на инструмент и танцување го намалува ризикот од појава на Алцхајмерова болест или деменција. Психосоцијалните интервенции можат да го намалат ризикот од морбидитет и да ја одложат хоспитализацијата на пациентот.

Здравствената нега за овие пациенти ги вклучува и дневните центри за нега на стари лица, центри за привремен одмор, медицински услуги за домашна нега, но и програми за нега во соодветни болнички установи.

Психосоцијална терапија: Влошувањето на менталните способности имаат големо психолошко значење за пациентите со деменција. Чувството за текот на болеста, сепак, зависи од состојбата на меморијата. Поновата меморија е порано изгубена отколку далечната во многу случаи со деменција. Многу пациенти се потресени при сеќавањето како тие претходно функционираше, додека ги набљудуваат нивните очигледни когнитивни нарушувања. Идентитетот на пациентот почнува да бледнее со процесот на заболувањето и тие сè помалку се сеќаваат на нивното минато. Емоционалната реакција се движи од депресија до тешка анксиозност и претставува катастрофален терор кој може да произлегува од реализацијата на постепеното губење на сопственото јас.

Пациентот често има бенефит од супортивна и едукациона психотерапија во која природата и причините за нивната болест јасно се објаснуваат. Исто така, терапијата помага пациентите да го прифатат степенот на нивната онеспособеност и да ја задржат сопствената самопочит. Областите на интактно функционирање кај пациентите со деменција треба да се максимизираат и да им се помогне да ги употребуваат оние активности со кои успешно би функционираше. Психодинамичката проценка на дефекти во егото и когнитивните ограничувања може да биде корисна. Клиничарите се тие кои треба да најдат начин како да ги подобрат и решат тие дефекти на егото кај пациентите со водење на календар за ориентација и забелешки за проблемите со меморијата.

Се преземаат психодинамички интервенции со семејството на болниот и лицата кои се грижат за нив. Тие постојано се среќаваат со нивните чувства на вина, тага, бес и исцрпеност. Како резултат на тоа се јавува проблем меѓу старателите во нивното саможртвување во грижата за пациентите. Тука клиничарите можат да им помогнат со цел да се сфати комплексната микстура од чувства поврзани со опаѓањето на некој близок и да најдат разбирање како да се изразат тие чувства.

Клиничарите треба да бидат свесни за старателската тенденција да се обвинуваат себеси или другите за болеста на пациентите и мора да ја ценат улогата што пациентите со деменција ја играат во животот на членовите од семејството.

3.1.2. Васкуларна деменција

Васкуларните (или мултиинфарктните) деменции се предизвикани од бројни инфаркти, најчесто предизвикани од хипертензивни, артериосклеротични промени на мозочните крвни садови. Инфарктите претставуваат мали атрофични лакуни дифузно расфрлани во мозокот. Од Алцхајмеровата деменција се разликува по својот акутен почеток, клиничките особености и еволуцијата на болеста. Почето се јавува кај мажите, особено оние со перзистентна хипертензија и други цереброваскуларни ризик фактори.

Етиопатогенеза: деменцијата е директна последица на губењето на мозочното ткиво од мултиинфарктните жаришта или е предизвикана од хипоксијата и намалената перфузија на мозокот како последица на мозочната артериосклероза.

Симптоматологија: се карактеризира со постепена интелектуална детериорација, фокални невролошки испади (зависи од местото на инфарктот) и анамнеза за мозочни исхемични атаки или инфаркти. Исто така, може повремено да се појави главоболка, гадење, промена во спиењето, како и псеудобулбарна парализа (дизартрија, дисфагија). Кај 20% можат да се јават атипични невролошки презентации како синдром на недоминантен париетален лобус.

Клинички форми: МКБ 10 васкуларните деменции ги класифицира според развојот на болеста:

1. Васкуларна деменција со акутен почеток - се карактеризира со мошне брза појава на дементна симптоматологија по мозочниот инфаркт или хеморагија;

2. Деменција поради повеќе инфаркти (мултиинфарктна) - почнува постепено, одреден временски период по неколку транзиторни или дефинитивни исхемични атаки на мозокот;
3. Субкортикална васкуларна деменција - и покрај тоа што кортексот не е ледиран бидејќи инфарктите ја погодиле белата субкортикална маса, клиничката слика многу наликува на Алцхајмеровата деменција;
4. Мешовита кортикална и субкортикална васкуларна деменција;
5. Друга васкуларна деменција;
6. Неозначена васкуларна деменција.

Дијагностички критериуми

Според МКБ 10 дефицитот на когнитивните функции не е еднакво распореден. Долго време кај пациентот постои увид и критичност за својата состојба. Мора да постојат и клинички и лабораториски докази за фокално оштетување на мозокот од васкуларен тип.

- A.** Симптоми од дементен круг (критериуми од деменциите);
- B.** Невоедначеност во оштетувањето на когнитивните функции;
- C.** Релативен увид во сопствената здравствена состојба;
- D.** Брз почеток и рано присуство на жаришна невролошка симптоматологија;
- E.** Позитивни параклинички наоди (КТМ, МР) за мозочни инфаркти;
- F.** Покачен крвен притисок.

Според DSMIV:

- A.** Развој на повеќекратни когнитивни дефицити кои се манифестираат како:
 1. Оштетување на помнењето (оштетена способност за учење нови информации или присетување на претходно научените информации);
 2. Еден или повеќе од следните когнитивни растројства (афазија, апраксија, агнозија, растројство во извршното функционирање);
- B.** Когнитивните недостатоци од критериумите А1 и А2 предизвикуваат значителни оштетувања во професионалните и општествените функционирања и претставуваат особен пад во однос на претходното функционирање.
- C.** Фокални невролошки знаци.
- D.** Недостатоците не се појавуваат исклучително во делириумот.

Терапија: Лекувањето е насочено првенствено кон воспоставување на контрола врз факторите на ризик, на пример прекин со пушењето, контрола на хипертензијата, дијабетес, контрола на нивото на мастите, по потреба примена на антикоагуланси. Освен тоа терапии кои се применуваат кај Алцхајмеровата деменција можат да помогнат и во лекувањето на васкуларната деменција.

3.1.3. Деменција кај Пикова болест (Morbus Pick)

Претставува прогресивна деменција во предсенилната возраст која се карактеризира со бавно интелектуално мнестичко пропаѓање, лесни тешкотии во јазичните функции, апатичност или еуфоричност, а понекогаш и екстрапирамидни симптоми. Се карактеризира со фронто – темпорална атрофија со зачуван сензомоторен кортекс. Карактеристична е појавата на интернеурални аргентофилни Пикови инклузиони тела со вртлози од влакна во цитоплазмата.

Епидемиологија. Пиковата деменција е 4-5 пати поретка од Алцхајмеровата деменција. Растројството се јавува помеѓу 50 и 60 годишна возраст, 2:1 во корист на жените. Таа се наследува автосомно доминантно во мал број случаи, така што генерално се работи за сопорадична појава.

Клиничка слика: По краток период каде доминира умствениот замор, главоболки и растројства во сонот, почнуваат да се манифестираат симптоми од фронталниот лобус кои најпрвин се карактеризираат со промени во личноста со пропаѓање на социјалните и етичките квалитети и во најраната фаза, опаѓање на општествените способности, емоционални растројства, неконтролирано однесување. Болните ја напуштаат работата, енормно конзумираат алкохол, почнуваат да лажат, да крадат. Стануваат некритични за постапките, заборавени и лесно конфузни. Кај овие лица се зголемува сексуалниот нагон (фронто базална локализација на процесот) или пак обратно, станува безволен и апатичен (фронто конвексна локализација на атрофиите).

Интелектуалната детериорација и дефицитот во помнењето се јавуваат во подоцнежната фаза. Дезориентацијата и губењето на меморијата не е толку карактеристична како кај Алцхајмеровата болест. Многу карактеристични се персеверациите на зборот и на движењата, а подоцна кога процесот ќе го зафати и темпоралниот лобус се јавуваат и дисфазии или апраксии.

Во напредната фаза може да се јават и патолошки рефлексии на фаќање и фаќање со уста (цицање, стискање).

Текот на болеста е хронично прогресивен и за 5-8 години може да заврши со смрт, во тежок физички и психички маразам, а може да се појави и акинетски паркинсонов синдром.

Дијагностички критериуми

Според МКБ 10:

1. Постоење на прогресивна деменција;
2. Доминанција на симптоматологијата од фронтален лобус со еуфорија, емоционална тапост и неадекватно социјално однесување, дезинхибиција и апатија или немир;
3. Бихејвиоралните манифестации често им претходат на мнестичките оштетувања.

Терапија. Лекувањето е симптоматско и без видливи ефекти врз забавување на процесот.

3.1.4. Деменција со Левиеви тела (Lewy-тела)

Овој тип на деменција е опишан во 1961 година. Во САД од ова заболување страдаат околу 20% од лицата со утврдена деменција. Често се поистоветува со Алцхајмеровата болест. Карактеристичен патохистолошки знак е присуството на Левиеви тела, кои исто така се карактеристични и за Паркинсоновата болест. Тие, всушност, претставуваат цитоплазматични туѓи тела. Обично се расфрлани во паралимбичниот кортекс, темпоралниот и париеталниот кортекс, додека кај Паркинсоновата болест се сконцентрирани во substantia nigra.

Во улога на генетскиот фактор на ризик се јавува АПОЕ Е4 генот. Неврохемиските промени кај оваа деменција се слични како и кај Алцхајмеровата болест, особено кога станува збор за недостаток на холин ацетилтрансфераза. Од овие причини терапијата со инхибитори на холинестеразата е исто ефикасна.

Заболувањето е покарактеристично за мажи, отколку за жени. Се карактеризира со халуцинации, визуелни и општи, уште пред да се јават когнитивните нарушувања, што претставува и основна диференцијална карактеристика меѓу овој тип на деменција и

Паркинсоновата болест. Се појавуваат и екстрапирамидни симптоми кои не реагираат на леводопа. Овие пациенти покажуваат несакани ефекти кога ќе му се дадат невролептични лекови поради можност за ирверзибилно влошување на екстрапирамидните симптоми.

3.1.5. Деменција кај Хантингтоновата болест

Хантингтоновата болест е наследна, прогресивна дегенеративна болест на когницијата, чувствата и движењата како резултат на дегенеративните промени во мозокот, особено во корпус стријатум и глобус палидус. Се јавува во средна животна возраст, подеднакво и кај машкиот и кај женскиот пол со долгогодишна, бавна еволуција. Опишани се јувенилни форми (на 4 годишна возраст) и тип со доцен почеток (над 85 годишна возраст). Генот се наоѓа на краткиот крак на 4 хромозом и се пренесува на автосомно – доминантен начин.

Оваа болест е асоцирана со развој на деменција и тоа од субкортикален тип која се карактеризира со моторни абнормалности и помалку говорни тешкотии, отколку кортикалната деменција. Болеста започнува со постепени промени во однесувањето и карактерот, како анксиозност, депресивност, хостилност и раздразливост. Исто се карактеризира и со психомоторна забавеност и тешкотии во решавањето на сложени задачи, но меморијата, зборувањето стануваат релативно интактни во раните и средните стадиуми на болеста. Се разликува од Алцхајмеровата болест по високата инциденца на психози и депресија во состав на хореоатетозните растројства во движењето (хиперкинезии кои опфаќаат различни мускулни групи на главата, јазикот и лицето).

Дијагностички критериуми

Според МКБ 10

- А. Дементна симптоматологија;
- Б. Хореоформни движења;
- Ц. Семејна анамнеза за Хантингтонова хореа.

3.1.6. Деменција кај Паркинсоновата болест

Паркинсоновата болест е болест на базалните ганглии која е асоцирана со тремор на екстремитетите, ригидност, брадикинезија и посурална нестабилност. Исто така е асоцирана и со појава на деменција и депресија. 20-30% од болните имаат деменција, а 30-

40% имаат оштетување на когнитивните функции и тоа кај оние во напреднатата фаза и напредната возраст.

Дијагностички критериуми

1. Дементна симптоматологија;
2. Невролошки симптоми на Паркинсоновата болест.

3.1.7. ХИВ Деменција комплекс

Се јавува како резултат на дифузно мултифокално уништување на белата маса и субкортикалните структури на мозокот. Кај 14% од заболение со ХИВ развиваат деменција, а 75% од болните на кои е направена обдукција имаат зафатеност на ЦНС. Се карактеризира со растројство на когнитивните функции и однесувањето, најразлични невролошки надразливи и испадни феномени и повремени конфузно делирантни состојби, особено во терминалната фаза на болеста.

Дијагностички критериуми:

1. Когнитивен дефицит кој одговара на депресивна симптоматологија;
2. Постојење на ХИВ инфекција.

3.1.8. Болест на Кројцфелд Јакоб (Creutzfeldt Jakob)

Болеста претставува многу ретка форма на деменција. Може да биде инфективна, спорадична или јатрогена, може да биде генетска, но се јавува и во нови варијанти. Се смета дека за пренесување на болеста се одговорни прионите, кои претставуваат дефектни ендегени протеини.

Спорадичната е најзастапена. Болеста се карактеризира со долга претклиничка фаза, но штом ќе се активираат клиничките манифестации натамошното напредување е многу брзо. Настанува ненадејно когнитивно пропаѓање. Освен деменција може да се појави и агнозија, апраксија, афазиија, миоклонија, слабост и проблеми со видот. Можат да се јават и екстрапирамидни знаци. Дијагнозата не е прецизна додека не се направи биопсија на мозокот, иако ЕЕГ абнормалностите (карактеристични трофазни бранови) и наодот на ликворот (присуство на 14-3-3 протеин) можат да помогнат во зголемување на сигурноста на дијагнозата.

Јатрогената се јавува при трансплантација или инјектирање на ткиво од типот на човечки хормон на раст или гонадотропин од хипофизата, кое е заболено со приони (дура матер, корнеа).

Наследната форма обично се активира порано и побавно напредува, во споредба на спорадичната форма. Се наследува автосомно доминантно, со голема продорна моќ и фатален исход. Можат да се направат генетски испитувања на хромозомот 20, со цел да се утврдат потенцијалните ризици.

Новата варијанта се поврзува со говедската спонгиоформна енцефалопатија (позната како кравјо лудило). Тоа е ретко заболување. Најголем број случаи има во Велика Британија, каде во 2006 биле регистрирани 161 случај. Просечна возраст на активација е 26 години, за разлика од спородичната, каде активацијата е во просек на 68 годишна возраст. Првичните манифестации обично се од психолошка природа (напнатост, депресија, повлекување на личноста), а подоцна се јавуваат и болни сензорни симптоми со миоклонус.

Заболувањето е прогресивно, со повремени подобрувања, но обично е со летален исход по една година од почетокот на болеста.

Деменција поврзана со траума на глава

Деменцијата може да биде секвела од траума на глава таканаречен punch-drink syndrome (dementia pugilistica). Истата се случува кај боксери по претрпени трауми на главата после неколку години. Се карактеризира со емоционална лабилност, дизартрија и импулсивност.

Приказ на случај

Господин Е има 68 години, маж, оженет, со 2 деца кој бил следен во текот на 6 години. Причината за неговото следење потекнува од неговата сопруга.

Господин Е за прв пат бил забележан пред 9 години кога неговата сопруга забележала промени во неговата меморија и однесување и дошла до заклучок дека му е потребна медицинска помош. Во тоа време господин Е сè уште бил вработен како обезбедување. Токму поради тие причини побарале лекарска помош. Господинот Е потврди дека проблемите со меморијата датираат уште пред 2 години. Тој кажува дека често го заборава клучот, влегувал во куќата да земе нешто, но заборава што треба да земе. Госпоѓата Е забележала дека од еден пријатен човек, се претворил во човек кој

почнал да избегнува секаква конверзација. Станувал непријателски настроен без некоја посебна причина. Инаку, господинот Е бил во добро здравје, во добра физичка кондиција и не земал никаква медикација. Алкохолната конзумација била ограничена на 2-3 пива на ден. Немал некоја посебна медицинска или психијатриска историја, ниту семејна историја за некои когнитивни или психијатриски растројства.

Три години подоцна, госпоѓата Е контактирала со центарот во кој незиниот сопруг бил третиран за неговите когнитивни и бихејвиорални отстапувања. Невролошкиот преглед покажал отсуство на фокални абнормалности, но глабеларниот и палмоменталниот одговор биле присутни.

Господинот Е бил колеблив и имал проблеми со одржување на вниманието. Пореметување во расположението не било присутно. При испитување на сензориумот, Господинот Е бил дезориентиран во место и време. Бил присутен недостаток од 2 години и еден месец. Но, повеќето од поставените прашања ги сфаќал и бил свесен дека има когнитивни тешкотии.

На невропсихолошкото тестирање се покажало умерено до тешко оштетување во меморијата, вниманието, визуоспацијалните одговори и способноста за планирање. Резултатите од лабораторијата биле во референтни вредности. ЕЕГ испитувањето покажало благи абнормалности со неспецифични тета бранови и шилец празнења билатерално. КТ на глава покажало мало проширување на вентрикулите со блага кортикална атрофија.

Господинот Е бил поставен на 1 мг халоперидол пред спиење. При тоа неговата сопруга забележала дека медикацијата го потенцира неговото агитирачко однесување, заклучувајќи се во бањата и не дозволувал да го исчистат кога мокрел во алиштата. Неговото однесување не се подобрувало ни 4 месеци по медикацијата, при што истата е прекината по барање на сопругата.

Година и пол потоа заедно со сопругата господинот Е го посетил геријатрискиот центар (6 години по појавата на когнитивните проблеми). Во почетокот неговата сопруга почнала да размислува за долгогодишно сместување со соодветно вклучен третман и тим. Во тоа време деменцијата била тешка, симптомите биле повеќе изразени во ноќта, со плачење и физичко заканување кон сопругата. Во еден случај, сопругата се разбудила

ноќта и видела дека сопругот го вклучил термостатот на максимум, сите рингли на шпоретот и печката на 500 степени.

Откако ѝ биле објаснети опциите за семејна поддршка од страна на тимот таа одлучила да се грижи за својот сопруг дома. Му биле препишани SSRI, по што сопругата забележала намалување на плачењето, подобрување на спиењето и зголемена желба да помага во некои од домашните обврски. Но, сепак, сопругата Е наскоро почувствувала дека медикацијата го правела сопругот конфузен и неконтролиран и по 4 месеци ја прекинале истата по барање на сопругата.

Седум месеци подоцна сопругата го донела сопругот за евалуација за да се испита сериозно неговата состојба со цел да се хоспитализира. Таа кажувала дека е на крајот со нервите, бидејќи сопругот постојано ѝ бегал кога таа не го гледа и еден ден буквално ќе бил прегазен од автомобил. Исто така, кажувала дека се чувствува виновна за тоа што го остава но, сепак, мисли дека не може да се справи повеќе со одговорноста кон неговата безбедност. Сопругата не гледа друга алтернатива, освен да обезбеди негова хоспитализација. Поради тоа господинот Е е префрлен од геријатрискиот центар во центар за постојана нега.

Прашања за студенти:

1. Што претставува деменцијата, дефиниција и поделба?
2. Алцхајмерова деменција - дефиниција, клиничка слика, дијагноза, терапија?
3. Васкуларна деменција-дефиниција, клиничка слика, дијагноза, терапија?
4. Диференцијална дијагноза на деменциите.
5. Етиопатогенеза и невропатологија кај деменциите.

Литература

1. Almkvist O, Backam L. Detection and staging of early clinical dementia. Acta Neurol Scand., 1993, 88:10;
2. Bookheimer SY. Patterns of brain activation in people at risk for Alzheimer disease. N Engl J Med., 2001, 345:450;
3. Davis RE, Emmerling MR, Jaen JC, Moos WH, Spiegel K. Therapeutic intervention in dementia. Crit Rev Neurobiol., 1993, 7:14;
4. Gold G, Bouras C, Canuto A, et al. Clinicopathological validation study of four sets of clinical criteria for vascular dementia. Am J Psychiatry. 2002, 159:82;
5. Kawas CH, Brookmeyer R. Aging and the public health effects of dementia. N Engl J Med., 2001, 344:1160;

6. Moulignier A, Allo S, Zittoun R, Gout O. Recombinant interferon – alpha induced chorea and frontal subcortical dementia. *Neurology*. 2002;58:328;
7. Pajeanu AK, Roman GC. HIV encephalopathy and dementia. *Psychiatry Clin North Am.*, 1992;15:455;
8. Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al. for the Alzheimer Disease Cooperative Study. A controlled trial of selegiline, alpha –tocopherol, or both as treatment for Alzheimer disease. *N Engl J med.*, 1997, 336:1216;
9. Serby M, Samuels SC. Diagnostic criteria for dementia with Lewy bodies reconsidered. *Am J General Psychiatry*, 2001, 9:212;
10. Will RG, Ironside JW, Zeidler M, et al. A new variant of Creutzfeldt –Jakob disease in the UK. *Lancet.*, 1996, 347:921;
11. Wolfson C, Wolfson DB. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med.*, 2001, 344:1111;
12. Perov I, Taravari A, Nikodievic D, Petrova V. *Sovremeni terapijski principi kaj nevroloskite zaboluvanja, Parkinsonizam, Epilepsii, Demencii, Prosvetno delo, Skopje, 2004;*
13. Cadlovski, G. *Psihijatrisko dijagnosticki terapijski priracnik, Prosvetno delo, Skopje, 1999;*
14. Svetska Zdravstvena organizacija: ICD 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponasanja, Zavod za ucebnike i nastavna sretstva, Beograd, 1992;
15. Berger, J. *Psihodijagnostika, Nolit, Beograd, 1997;*
16. Kostic V, *Parkinsonova bolest i Parkinsonizam, Belgrad 1998;*
17. Adams R. D, Victor M, Ropper A. H *Principles of neurology, McGraw-Hill, New York, 1997;*
18. Cummings JL, Benson DF, Subcortical dementia, *Arch Neurol* 41, 874, 1984;
19. Bird TD, Genotypes, Phenotypes and frontotemporal, *Take your pick, Neurol* 50, 1526, 1998;
20. Bondareff W, Age and Alzheimer disease, *Lancet* 1, 1447, 1983;
21. Babikian V, Ropper AH, Binswanger disease, a review, *Stroke*, 18.2, 1987;
22. Radojic M. B, *Klinicka nevrologija, Kultura, Skopje, 2006;*
23. Petrova V, grupa avtorov, *Osnovni principi na sovremenata nevrologija, Prosvetno delo, Skopje, 2002.*

3.2. Психотерапија и деменција

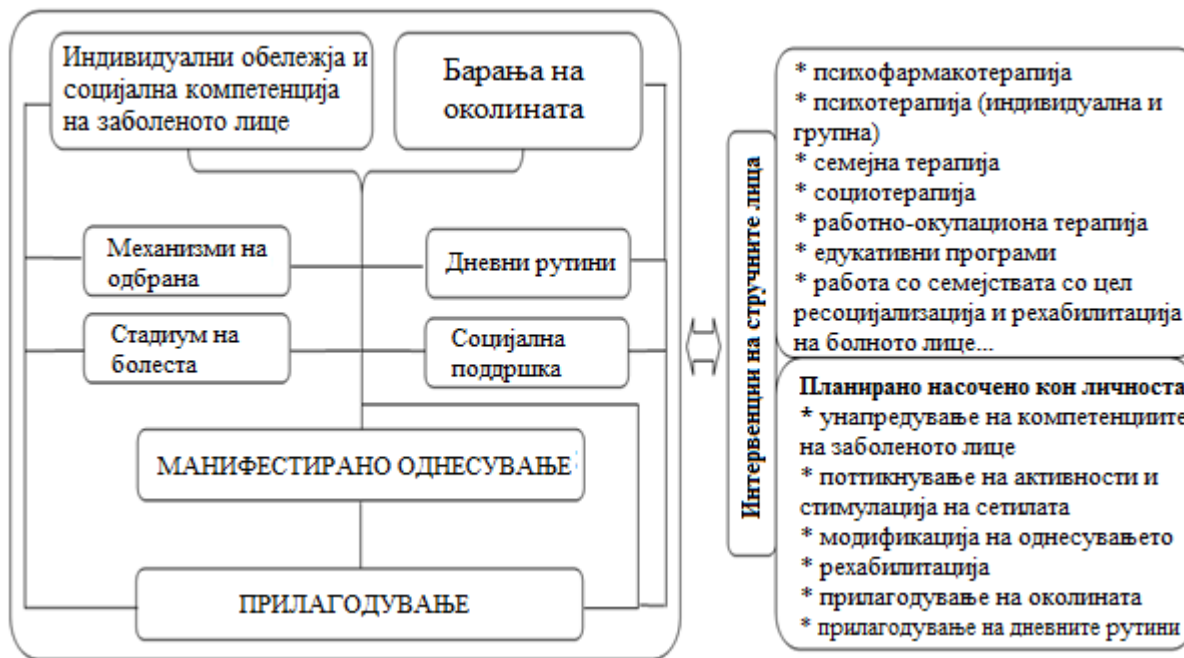
Доц. д-р Маја Лаклија

Третманот на лицата заболени од деменција треба да вклучи покрај психофармакотерапија и психотерапија (индивидуална и групна), семејна терапија, социотерапија, работно-окупациска терапија, едукативни програми и работа со семејствата, со цел да се подобри социјализацијата и рехабилитацијата на пациентите. Истражувањата (Albinson и Strang, 2002.; Zarit и Knight, 2002.; Spalding и Khalsa, 2010) покажале дека нефармаколошките пристапи кон третманот на деменција можат значително да придонесат за квалитетот на животот на лицата заболени од деменција и на нивните семејства. Таквиот пристап вклучува психотерапија, индивидуално советување, групна

поддршка и вклучување во т.н. когнитивно-афективни активности (Zarit и Knight, 2002). Во согласност со тоа, психолошките интервенции ги вклучуваат следните категории на дејство на професионалците: поттикнување на активностите и стимулација на сетилата, модификација на однесувањето и рехабилитација на функциите на улогите; испрашување за емоциите и когнитивните процеси (Spalding и Khalsa, 2010). Од друга страна, добронамерните обиди да се контролираат и намалат симптомите со примена на медикаменти, можат да ја намалат можноста како на докторот/терапевт така и на заболеното лице да се разбере значењето на разните психолошки, емоционални, физички, па и духовни сигнали/знаци кои го вклучуваат искуството од деменцијата.

Многубројните автори (Bryden, 2002; De Bruin и сор 2010; Jerrott и Gigliotti, 2011) укажуваат на значењето на физичката и социјалната околина на лицата заболени од деменција и нивното влијание како на однесувањето, афективните одговори на заболената личност, така и на осмислувањето и примената на различни интервенции во пристапот кон заболените лица. Односно, познато е дека заболувањето од деменција како последица има чувство на губење на силата и дека ја одделува болната личност од социјалната средина. Во тој контекст, од посебно значење е важноста на создадениот однос меѓу давателите на услуги (психијатри, психотерапевти, психолози, работни терапевти, социјални работници и слично) и корисникот-пациентот. Водејќи се од принципите на еколошката теорија, *Lawton* и *Nahemow* (1973) истакнуваат дека лицата заболени од деменција и пристапот кој се применува во работата со нив, треба да се разгледуваат низ односот помеѓу индивидуалните обележја и компетенцијата на лицето од една страна, и барањето на околината од друга страна. Лицето кое не може да постигне подударност меѓу овие две нивоа, ќе манифестира неадекватно однесување и силни емоции, што може да доведе до загрозување на благосостојбата на таа личност. Невролошките оштетувања и когнитивните потешкотии кои се јавуваат како последица од настанатите оштетувања, во состојбите кога заболената личност не е во можност да одговори и/или задоволи на барањата на околината, активира реактивни механизми на одбрана, како што се на пример анксиозност, депресија или потиснување на таа психоза (Bryden, 2002). Бидејќи лицата заболени од деменција се со ограничени можности (емоционални, јазички, ориентациони итн.), за да го намалат тоа чувство на притисок и/или барање на околината, задача на стручните лица (психијатри, психотерапевти, психолози, социјални работници и слично) е да работат на прилагодување

на околината и унапредување на компетенцијата на заболеното лице (Слика 1). Соодветно на тоа, кодифицираните промени на околината додадени на јасно структурираните дневни рутини, можат да го намалат чувството на дезориентираност и стресот кај заболените лица (Spalding и Khalsa, 2010).



Слика 1.: Модел на дејствување на индивидуалните обележја на заболеното лице, барањата на околината и интервенцијата на стручните лица

Spalding и Khalsa (2010.) истакнуваат дека во работата со лицата заболени од деменција треба да се применува хуманистичка и транс-персонална перспектива во специфичниот модалитет на егзистенцијалните и процесно-ориентираните пристапи на психотерапијата. Поимот хуманистички во контекстот на работата на подрачјето на деменциите се однесува на уверувањето дека секое субјективно доживување и искуство на давање на значење, за лицето има важност и како такво треба да биде земено предвид при етичките и ефикасниот третман на лицето заболено од деменција и заштита на неговото достоинство. Поимот трансперсоналност според Spalding и Khalsa (2010) се однесува на т.н. вреднување на психолошките категории кои ги надминуваат значењата на вообичаеното его-функционирање („transegoic“ состојба на свесноста) или „консензус на реалноста“. Односно, настојува да го опфати личното и трансцендентното, или спиритуалното подрачјето на човечкото искуство. Ваквата хуманистичка и

трансперсонална перспектива им овозможува емпатичен пристап на професионалците, но и на неформалните негуватели на заболената личност, ја поттикнува љубопитноста за прашување за перспективата на заболената личност и антидискриминациското гледање на состојбата на заболената личност (Spalding и Khalsa (2010). Адекватно на тоа, изборот на дијагностичката, но и на терапевтската лупа, во голем дел одредува дали на заболеното лице ќе се гледа како на личност која е во состојба на регресија или опторавување, дисоцијација или повторно среќавање со самиот себе, декомпензирање или интегрирање.

Бидејќи и когнитивниот и бихејвиоралниот дел во терапискиот контекст треба да бидат земени предвид при планирањето на третманот, препознаена е важноста на **когнитивно-бихејвиоралната терапија** (Bryden, 2002). Односно, поради претпоставените губитоци, заболеното лице може да гледа негативно на својата сегашност и иднина. Понатаму, поради неможност да продолжи да функционира како дотогаш, доживува сè поголем број негативни искуства што може да доведе до повлекување и депресија. Во раните фази на болеста, когнитивниот аспект на терапијата се насочува на начин на кој заболеното лице ја доживува состојбата на својата болест. Доколку постојат негативни мисли, што доведува до нив и кога се јавуваат тие? Во тој поглед, целта на когнитивната терапија е рedefинирање на состојбата на болеста деменција во лично искуство на прилагодување. Бихејвиоралниот аспект на терапијата за цел има да ја зголеми зачестеноста на пријатните доживувања, што е особено важно во подоцнежните фази на болеста, кога доаѓа до значителни губитоци на когнитивните способности.

Bryden (2002) ја препознава и **супортивната (подржувачката) и психодинамски ориентираната (аналитичката) психотерапија** како адекватна интервенција во подрачјето на деменцијата, доколку сè уште делумно се сочувани когнитивните (на пример апстрактното мислење), и комуникациските компетенции на лицето, и доколку тоа има релативно здрав пре-морбиден психолошки статус. Зборувајќи за психотерапијата во подрачјето на деменцијата Cheston (1998, според Bryden, 2002), истакнал дека „целта е да се дејствува психотераписки, а не да се спроведува психотерапија“, што бара прилагодување на техниката, но и поактивна, понеформална, пофлексибилна и покреативна улога на терапевтот. Во таква состојба, долгорочната супортивна психодинамска психотерапија низ прилагодените тераписки техники може да помогне во развојот на соодветните стратегии на прилагодување на когнитивното пропаѓање и

враќање на чувството на лична благосостојба преку разбирање на влијанието на настаните од минатото врз сегашните реакции. Според Cheston (1998, според Bryden, 2002), дури и во состојбите кога јазичните и логичките можности се намалени, постојат многубројни канали за обезбедување психолошката присутност, емоционалната поддршка и смислената комуникација меѓу заболеното лице и терапевтот.

Депресијата, анксиозноста и психозите треба да бидат во фокусот на третманот, а самата психотерапија треба да доведе до нивно намалување и овозможување на вентилирање, проветрување на чувствата и фрустрациите поради намалените сопствени способности на личноста (Bryden, 2002). Психодинамската психотерапија му овозможува на терапевтот во работата со заболените од деменција да користи прилагодени тераписки техники и така да се добие нов само-објект (self-object), па идентитетот да се оформува низ трансферите. Според Jones (1995, според Bryde, 2002), психотерапијата од гледиште на општествениот конструктивизам, може да се гледа како формирање на идентитетот низ разговор и социјална интеракција која го намалува чувството на социјална изолација. Целта на психотерапијата е во терапијата на заболеното лице од деменција да му ја зголеми емоционалната стабилност, да му го развие и одржи чувството на сопствена вредност и идентитет, низ идентификација на внатрешните фактори кои влијаат на начин на прифаќање на деменцијата. Сето тоа од психотерапевтот (Hausman, 1992, според Bryden, 2002) бара во фокусот да ја има личноста, нејзината/неговата емоционална траума, и низ разговор да ѝ овозможи на личноста да:

- а) развива однос во кој се чувствува поддржана;
- б) да осигура емоционално празнење (вентилирање);
- в) да ја зајакнува самодовербата;
- г) да ги минимализира психолошките односи (бихејвиорални) потешкотии;
- д) да ја унапреди стратегијата на соочување;
- ѓ) да го засили функционирањето во улоги кои ги има личноста;
- е) да даде чувство на контрола, да овозможи тагување за губењето на улоги, капацитети, компетенции и односи;
- ж) да развие и одржува здрави механизми на одбрана и
- з) доаѓање до увид и пронаоѓање на значењето.

Специфичностите на психотерапијата во подрачјето на деменцијата се (Bryden, 2002):

а) важност на обезбедување на присутност на терапевтот на долгорочна основа, до смрт, за да не се случи уште еден губиток за пациентот; нужен е континуитет во грижата и во поглед на губитокот на менталните способности, што резултира со губиток на помнењето;

б) одење во домашни посети и подготовка за потенцијално институционално сместување;

в) оставање простор на заболеното лице само да бира каде ќе седи, за да се намали чувството на беспомошност;

г) договарање на почести, но пократки сесии, во период од денот кој најдобро одговара на функционалните способности на заболеното лице, со телефонско потсетување за средбата;

д) да се користат колку што е можно повеќе декларативни реченици, со воздржување од прашања кои се однесуваат на недостатокот поради губитоците;

ѓ) често менување на глаголските времиња, или зборување за умрените лица во сегашно време, треба првенствено да се припише на намалената комуникациска компетенција и потреба на заболениот за емоционална приврзаност, а не психоза;

е) да се дозволат силните емоции и да се бара значењето кое стои зад нив, на халуцинациите и делузиите кои можат да се појават да се одговори со соодветни одговори на нивната емоционална позадина и да не се бара од лицето да остане ориентирано;

ж) да се применува систематски преглед на животот со користење фотографии, слики и останати материјали, а состојбите во кои заболеното лице ја повторува приказната постојано од почеток, и возбудувањето се намалува кога се додава значење на таа приказна, треба да се интерпретира како потреба на лицето да биде слушнато и уважено;

з) да се поттикнува заболеното лице да ги раскажува приказните/настаните од минатото и тоа поради две цели: доаѓање до метафори за личното искуство на деменција и одржување на социјалниот идентитет.

Семејството може за заболеното лице да има и спротивно значење, да биде важен извор на стрес. Понатаму, неприфаќањето на болеста од страна на членовите на семејството може да доведе до полоша, задоцнета грижа, и како таква може да биде предмет на **семејна терапија**. Некои од целите на семејната терапија можат да бидат обезбедување на позитивно опкружување, уважување на искуството и емоциите на заболеното лице, фацилитување на активностите како на заболениот, така и на другите членови на семејството, поддржување на способноста и силата на заболениот/семејството и овозможување на сензорните уживања. Во согласност со тоа, потребно е по пат на индивидуални, но и циркуларни семејни интервјуа, да се испитаат околностите на семејниот живот, квалитетот на односите во семејството, како се однесуваат членовите на семејството кон болеста на членот на семејството, кои стратегии ги користат притоа и да се добие увид колку се поклопува перспективата на заболеното лице со перспективата на членовите на семејството (Bryden, 2002). Овој дел е особено важен во функција на превенција на негувателскиот стрес и превенцијата од институционализација на заболените лица, особено во раните фази на болеста.

Како техники во психотерапиското работење со заболеното лице можат да се користат генограмот и временската линија која го сместува лицето во социјален контекст (Bryden, 2002). Овие методи добро е да се користат во раните фази на болеста, бидејќи и тие даваат доста биографски информации за подоцнежните средби. Во раната фаза на болеста, по дознавањето на дијагнозата и предвидливиот личен губиток, важно е на заболените да им се обезбеди **советување во процесот на тагување** како лицето би било во можност да ја прифати реалноста, да се справува со тагата и да се пренасочи на некои други активности, со цел да ги ублажи последиците на болеста. **Недирективното или Роџерсовото (Rogersovo) советување** има важна терапевска улога во периодот после запознавање на заболеното лице со дијагнозата, и во подоцнежниот период кога се јавуваат други стресови поврзани за болеста, бидејќи потекнуваат и овозможуваат изразување на силните емоции (Bryden, 2002).

3.3. Социотерапија и деменцијата

Различните рехабилитациони интервенции во подрачјето на работата со лицата заболени од деменција би требало да ги вклучуваат нивните можности, дефицити и социјалното окружување како и забележани дисфункционалности во однесувањето.

Социотерапијата е вид рехабилитациски третман во кој во тераписки цели се користат димензии на групата. Целта на овој третман е да се подобри социјалното функционирање на заболената личност, односно неговата способност за социјално прилагодување (ресоцијализација) (Ружик, 2009). Социотерапијата е тераписка метода која на болниот му овозможува функционирање на релација поединец - општествена средина/семејство (Gruden, 1997). Во согласност со тоа, социотерапијата како дел од рехабилитацијата има за цел унапредување на способностите и компензирање на губитоците настанати како последица на болеста преку обиди за обновување на постоечките вештини, развивање на нови таленти, а потпирајќи се на позитивните тераписки димензии на групата и поттикнување за создавање нови односи и враќање на довербата во околината и во себе, автономијата, идентитетот и интимноста. Поимот социотерапија историски се врзува најмногу со терапевтите на семејната и групната терапија и т.н. „мрежни терапевти“.

Според мислењата на различни автори (Bryden, 2002; Beard, 2011), групната терапија би требало да биде овозможена за болното лице во сите фази на болеста како дополнување на другите терапии и преовладување на чувствата на социјална отфрленост. Искуството да се биде член на групата може низ позитивно искуство да влијае на развојот на позитивниот начин на размислување. Социотераписките постапки меѓусебно се разликуваат според видот на активностите, целите на кои се насочени, и милјето во кое се спроведува (институционална или вонинституционална грижа). Соодветно на тоа, социотераписките постапки и методи се однесуваат на тераписката заедница, работната и окупационата терапија, учењето на социјални вештини, рекреација, музикотерапија, танц и други активности. Во раните фази на болеста, активностите на групната терапија можат да имаат форми на различни активности на групата на интернет, и/или во содејство во физички оформените групи, додека во подоцнежните фази на болеста со губење на когнитивните способности, реминисценцијата, уметноста и музиката се поприфатливи активности (Bryden, 2002). Во тој поглед, Beard (2011) наведува дека е важно да се разликува употребата на различните креативни техники со цел да се редуцираат симптомите и модифицирањето на однесувањето од примената на тие техники, со цел да се организира слободното време на заболените личности и обезбедување на нивно задоволство. Во подоцнежните фази на болеста деменција, поправилно е за тие техники да се зборува како за активности, а не клиничка терапија. Индикациите за групна

терапија се различни и индивидуални. Меѓутоа, нема универзален образец за вклучување на заболените лица во групата, затоа што групната работа не е индицирана за секој болен човек подеднакво (Ружиќ, 2009). Хомогените групи во врска со дијагнозата се поуспешни отколку хетерогените групи, бидејќи членовите на групата имаат заеднички тераписки цели, па можат да се користат специфични техники кои одговараат на нивните заеднички потреби.

Тераписките интервенции во природното опкружување (nature-based interventions) поаѓаат од премисите дека природата (градини, паркови и слично) обезбедува простор за практикување на дневните рутини, го намалува чувството на социјалната изолација и рефлексивна за настаните од минатото кои се одвивале на отворен простор. (Chalfon, 2008). Тераписките интервенции кои ги вклучуваат животните (animal-assisted therapy interventions), во работата со заболените од деменција доведуваат до зголемување на чувството на лична придобивка кај заболената личност, позитивно влијае на расположението, сонот, менталното и физичкото функционирање, развојот на приврзаност и фацилитирање на социјалните интеракции (Nimer и Lundahl, 2007). Интервенциите базирани на активитет (activity-based interventions) имаат позитивно дејство на чувството на лична придобивка поради личната вклученост, доколку е добро извршена проценката на способноста на заболената личност во понудените активности учествува и доколку за заболената личност има смисол (Phinney, Chaudhury и O'Connor, 2007).

Според истите автори, активностите се осмислени доколку учеството во нив кај заболените лица создава чувство на:

- а) пријатност и задоволство;
- б) чувство на поврзаност и припаѓање;
- в) чувство на автономија и идентитет.

Улогата на овие активности е исто така стимулација и мобилизација на когнитивните способности на заболената личност. Соодветно на тоа, се зборува за терапија со ориентација кон стимулацијата (stimulation-oriented interventions) која вклучува рекреативски активности (игра, грижа за животни) и активности на уметничка терапија (на пример: музика, танц, драма и слично). Психосоцијалните интервенции можат да се разликуваат и со оглед на тоа дали е ориентирана на подрачјето на емоциите, однесувањето или когницијата (De Bruin и соp, 2010). Така, во подрачјето на емоциите

може да се примени терапија на потврдување, терапија на присеќавање и мулти-сензорна стимулација. Терапијата на потврдување (validation therapy) вклучува различни вербални и невербални методи на комуникација прилагодени на стадиумот на деменција. Терапевтот заедно со заболениот ја истражува перцепцијата и ја потврдува, независно од реалноста, како болната личност би имала чувство дека е разбрана и прифатена. Терапијата со присеќавање (reminiscence therapy) има позитивно влијание врз личноста во подрачјето на интра и интер-персоналното функционирање, бидејќи овозможува т.н. повикување на сеќавањата, нивното структурирање, интегрирање и обработка преку комуникацијата.

Како алтернативни методи при присеќавањето или раскажувањето на приказни каде што комуникациските способности како последица на болеста се намалени, се користат и различни налепници (стикери), видеозаписи, фотографии (Radley i Taylor, 2003), мултимедијална биографија (Damianakis и сор., 2009). Мулти-сензорната стимулација се базира на позитивна стимулација на заболената личност користејќи светлина, мирис, звукови, вкусови и опипливи материи. Бихејвиорално насочените интервенции се базираат на теоријата на учење низ поткрепување на посакуваните однесувања, од кои најпозната е бихејвиоралната терапија. Интервенциите насочени кон когницијата за цел имаат ре-активирање на когнитивните функции низ тренингот на помнење, со цел да се одржуваат врските на заболениот со вистинскиот свет, колку што е можно подолго, водејќи сметка интервенциите да не резултираат со негативен ефект на потсетување на когнитивното пропаѓање и да не бидат насочени на слабоста, туку на силата на заболената личност.

Вербалниот начин на комуницирање, односно зборовите, не се доволно прецизни за да се искажат со нив сите нијанси на нашите мисли и чувства. Една од причините е таа што чувствата се во подобра кореспонденција со десната хемисфера на мозокот, која е интуитивна, отколку со левата, која е аналитичка и во која се наоѓа центарот за говор (Pregrad, 1996). Ако тоа се поврзе со деменцијата, како последица има опаѓање на когнитивните и комуникациските компетенции и се препознава важноста на примената на техники или постапки кои го овозможуваат искажувањето и запознавањето на емоциите и состојбите по пат на некои други канали, а не само рационално-вербалните. Тие овозможуваат и дивергентни начини да се процесираат информациите и мислењата (не со логичко резонирање и конвергентно мислење), користејќи различни медиуми погодни за тоа, да се освести лицето и да ги изрази сопствените забележувања, чувства и знаењето,

како дел од искуството. Ваквите постапки вклучуваат имагинација, латерално мислење и фантазија, избегнувајќи ги рационалните канали, а на лицето му овозможува да пронајде и испроба нови начини на соочување со стресните и трауматски состојби, засилувајќи ја интроспекцијата и визуелизацијата на поимите и проблемите (Pregrad, 1996). На заболените лица им овозможува да го откријат и да го истражуваат она што се наоѓа во нив „скриено“, да комуницираат и да им ги покажат на останатите околу себе своите мислења, ставови, чувства и стравови.

Ликовната техника во социотерапијата е начин на кој лицето може да ги изрази своите ставови или чувства, своите видувања и доживувања за себе самиот и за лицата од околината, своите можности, внатрешни состојби, потиснатите стравови и несвесните содржини и слично, без пишување и/или изговарање на зборови, туку со помош на цртање, сликање, моделирање и други креативни методи. Притоа не се вреднува творечкото остварување, туку е важно тоа што го мислело лицето, тоа што го доживеало, почувствувало кога го создавало делото. Цртањето, сликањето и моделирањето се однесувања со две компоненти: свесна (подготвена) и насочена цел на создавање на дело, и со друга, несвесна компонента, која извира од внатрешната состојба, односно доживувањето. Арт визуелната терапија и овозможува на личноста дури и во состојби кои се ограничени когнитивно, па и моторно, нешто да и комуницира со другите, и со нив да воспостави контакт (Kinney и Rentz, 2005). Некои од целите на ликовните техники се стимулирање на креативните лица, развој на изразувањето, стимулација на развојот на комуникацијата, засилување на самодовербата и спознавање на сопствената вредност како и подобрување на меѓучовечките односи (Beard, 2011).

Употребата на музика и звук во социотераписката работа со лицата заболени од деменција, подразбира воспоставен однос меѓу корисникот и стручното лице, кој се одвива преку медиумот на музиката и кој влијае на заболената личност, така што овозможува невербална комуникација и доживување на едно друго ниво (Aldridge, 1998). Музиката и звукот му овозможуваат на лицето да реализира некои непознати чувства, настани, но и да ги пренесе на другите, без притоа да употреби зборови. Методата со музика (ритам и тон) има значајна улога во воспоставувањето на контактот на заболената личност со околината, развивање на комуникациските способности, како и помош на личноста во изградба на емоционалните односи, што влијае на унапредување на квалитетот на животот (Beard

2011, Särkämö и сор, 2012). Музиката може да ги ублажи возбудливите состојби и состојбите на апатија кај заболената личност, да го поттикнува одржувањето на вниманието и да ги унапреди поединчените подрачја на когнитивното функционирање, како што се јазикот и чувствата. Бидејќи на единствен начин музиката го вклучува целото тело во активност, се поттикнува и одржувањето и унапредувањето на моторните функции на телото на заболената личност (Beard, 2011).

Танцот и движењата претставуваат најстари и најпримитивни основни изразувања на човечките чувства и ги откриваат универзалните симболи на различните ритуали. Преку терапија со танц и движења се воспоставува контакт со целото тело и со чувствата на лицето. Со помош на танцот и движењата заболената личност може себеси и на другите да им објасни, да се освести и да долови некои свои состојби, размислувања, чувства (Nystrom и Lauritzen, 2005). Заболената личност не е врзана за говорот, туку со движењата, гестовите кои на специфичен начин му даваат значење на самото лице и на другите околу него. Токму поради таа можност за комуницирање со самиот себе и со другите, танцот и движењата имаат неверојатна важност за лицата заболени од деменција, затоа што со нив се отвораат потполно нови можности за доживување и разбирање на самиот себе и на другите, па така се создава искуство на смислена реакција (Beard, 2011).

Драмските техники можат да им помогнат на заболените лица да се соочат со некои улоги во кои лицето се снаоѓа како што би сакало, или како што од него се очекува (Pendzik, 2006). Драмските техники ги препознава како важни во делот за воспоставување и создавање на односи, помош во изразувањето на внатрешниот свет на личноста, проверка и вреднување на искуствата и „режирање“ на сопствениот живот. Предноста од примената на оваа метода, освен во фактот што некои настани можат да се повторуваат и вежбаат за реални ситуации, е во тоа што заболената личност со своите улоги може да им даде на другите на знаење како таа ги доживува и гледа ситуациите и да го изрази својот став на прифаќање/неприфаќање, сложување/несложување и слично. Како корисни драмски техники кои можат да имаат терапевтски ефект е техниката на „животни приказни“ (*life story*) и раскажување на приказни кои, според Moos и Bjorn (2006) го поддржуваат самопочитувањето, квалитетот на живот, го модифицираат однесувањето на заболената личност, ја поттикнуваат интеракцијата меѓу членовите на групата, доведуваат до подобро разбирање на невербалните знаци и комуникации и ја негуваат спонтаноста.

Приказните можат да бидат раскажани на разни начини, директно или индиректно, со помош на животни, фигурички, проективни картички и слично. Токму тие разлики во начинот на раскажување на тие приказни имаат функција на редуцирање на емоциите во оние состојби кои се „емотивно набиени“. Односно, фантазијата е продукт на нашите ментални слики. Бајките и приказните се како креативни, но и како терапевски методи многу важни, затоа што со нивна помош личноста може да создаде имагинарен свет, свет во кој може сè, и во кој ја држи контролата над животот и настаните околу него. Таквата контрола е важна како би можела самата личност да се истражува себеси, своите чувства, да им покаже на останатите како личноста го доживува светот и нив. Во приказните, болните лица остануваат заштитени од надворешниот свет така што креирајќи ги своите приказни си овозможуваат и себеси и на другите поглед на некој настан, состојба, положба кои инаку не се во можност да ги кажат и да ги поправат, да се соочат со нив, па тоа го можат на овој начин.

Како корисни драмски методи се имаат покажано методите на плејбек и форум театар. *Playback театарот* е една од методите со кои на корисникот раскажувач му се овозможува учење на некое сопствено искуство. Личноста има можност да види одреден настан, ситуација која ѝ претставува проблем, да ја доживее повторно, да обнови некое свое доживување, како и можноста да промени одредена ситуација, односно решение на проблемот на некој друг начин. Самата личност добива можност за учење од сопственото искуство, како и интерпретација на нешто што ѝ останало, можеби, нејасно, или и претставувало проблем. Покрај тоа, личноста е таа која што може да ја променува приказната, да ги види своите грешки, да се обиде да најде начин како да ги исправи и да ги избегне во иднина, и таа има моќ на управување. *Форум театарот* е драмска метода затоа што им овозможува на оние кои учествуваат да ја забават работата, дејството, и така да ги препознаат и именуваат своите чувства во одреден момент на криза. Како најважни елементи на форум театарот се истакнуваат токму запирањето на дејството, можноста да се нагласат поедини глетки (важни моменти), можноста на промена на перспективата на гледање и улогите на ликовите, потоа, искуствено учење како би се овозможило на заболената личност да увиди која е причината на нешто што сака да промени, објасни, покаже. Во форум театарот сите членови на групата можат да учествуваат во давањето на идеи, предлози, запирајќи ги и променувајќи ги потенцијално опасните ситуации. Со тоа

корисникот е во ситуација да учи од примери и да стане свесен за некои свои позиции, како и да испроба некои други однесувања кои ќе резултираат на поинаков начин, сè додека не биде задоволен од она што го гледа.

Терапија со кукла најчесто се применува во подрачјето на менаџментот на проблемите во однесувањето на заболената личност, како што се: агитација, дистрес, социјално повлекување, проблеми во комуникацијата и слично (James, MacKenzie и Mukaetova-Landiska, 2006; Verity, 2006). Примената на кукли помага во развојот на терапевтската врска, влијае врз поддржувањето на про-социјалното однесување, обезбедува сензорна стимулација и ја збогатува комуникацијата (James, MacKenzie и Mukaetova-Landiska, 2006; Verity, 2006). Меѓутоа, кога и на кој начин терапијата со кукла ќе се примени, треба да биде темелено на јасната проценка на заболената личност и нејзините реакции кон куклата, кои можат да одат од нејзино одбивање, страв, доживувања, да пристапи на еден детинест, дехуманизиран начин и слично (Bisiani i Angus, 2012).

Пишувањето само по себе е форма на изразување, тоа претставува превод на самиот себе во писмо. Методата со пишување како креативна метода е посебна во тоа што со пишувањето, заболената личност го става и го вообличува на хартија она што е дел од неа, некои свои мисли, чувства, стравови, доживувања и слично. Тоа им овозможува на лицата на тој начин да изнесат дел од себе и да го претстават на останатите, а инаку не се во можност да го направат тоа на некој друг начин. Овој метод е многу корисен кога личноста сака да стане свесна за некои свои проблеми или доживувања, за кои не е во состојба да разговара. Така, може да ги изнесе и да ги опише на начин на кој нејзе ѝ одговара. Пишувањето е многу корисна метода ако корисникот не сака, или не може да ги изрази на некој друг начин мислите и чувствата.



Слика 2.: Некои од можните методи и техники на работа во психотерапијата и социотерапијата на лицата заболени од деменција

Сите наведени техники на работа во социотерапијата можат да бидат користени и како техники на работа во психотерапијата со лица заболени од деменција (Слика 2). Имено, како што наведува Poredoš Lavor (2008), психотерапијата е насочена на разбирање на внатрешниот психолошки свет и односот со другите луѓе низ поранешните искуства кои влијаат на перцепцијата и однесувањето на поединецот. Социотераписките постапки се базираат на учење нови вештини на промена во ставовите и однесувањето без нужност за спознавање на поврзаноста со однесувањето со поранешните искуства. Целта на психотерапијата е постигнување на подобро емоционално и социјално функционирање, опоравување, засилување и зголемување на квалитетот на живот. Влијанието на околината, интерперсоналниот однос, психосоцијалното созревање, групната/семејната динамика и терапискиот потенцијал на членовите на групите се користат и во психотерапијата и социотерапијата. Значи, психотерапијата и социотерапијата имаат исти интереси и цели, а изборот на методите и индикациите за примена се значајни за исходот на заболената личност и структурата на дејствување на професионалците.

Литература

1. Albinsson, L., & Strang, P. (2002). A palliative approach to existential issues and death in end-stage dementia care. *Journal of Palliative Care*, 18, 168-174;
2. Aldridge, D. (1998). Music therapy and the treatment of Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4, 17-30;
3. Beard, R.L. (2011). Art Therapies and Dementia Care: A Systematic Review. *Dementia*, 11 (5), 633-656;
4. Bisiani, L. i Angus, J. (2012.) Doll therapy: A therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia – a case study approach . *Dementia*, 0(0), 1-16;
5. Bryden, C. (2002). A person-centred approach to counselling psychotherapy and rehabilitation of people diagnosed with dementia in the early stages. *Dementia*, 1, 141-156.
6. Chalfont, G. (2008). *Design for nature in dementia care*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers;
7. Damianakis, T., Crete-Nishihata, M., Smith, K. L., Baecker, R. M., & Marziali, E. (2009). The psychosocial impacts of multimedia biographies on persons with cognitive impairments. *The Gerontologist*, 50, 23-35;
8. De Bruin S.R., S.J. Oosting, M.J.Enders-Slegers, A.J. van der Zijpp and J.M.G.A. Schols (2010). The concept of Green Care farms for demented older people: an integrative framework. *Dementia*, 9(1): 9-128;
9. Gruden V. (1997). Psihoterapija i socioterapija. *Socijalna psihijatrija*, 3/4, 93-99;
10. James, I. F., MacKenzie, L., & Mukaetova-Landiska, E. (2006). Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1093-1098;
11. Jarrott S.E. & Gigliotti C.M., (2011). Layers of influence: Important contextual factors in directing dementia care programs. *Journal of Applied Gerontology*, 31, 113-122;
12. Kinney, J., & Rentz, C. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 20, 220-227;
13. Lawton, M. P. & Nahemow. L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisendorfer & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619-667). Washington, DC: American Psychological Association;
14. Moos, I., & Bjorn, A. (2006). Use of the life story in the institutional care of people with dementia: a review of intervention studies. *Ageing & Society*, 26, 431-454;
15. Nimer, J. & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238;
16. Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 271-289.
17. Phinney, A., Chaudhury, H. & O'Connor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. *Ageing and Mental Health*, 11(4), 384-393.
18. Poredoš Lavor, D. (2008) Izazovi psihoterapije u stoljeću uma. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 513-515;
19. Pregrad, J. (1996). Stres, trauma, oporavak. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć;
20. Radley, A., & Taylor, D. (2003). Remembering one's stay in hospital: a study in photography, recovery, and forgetting. *Health*, 7, 129-159;

21. Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, E., Tomljanović, D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. *Medicina: glasilo Hrvatskoga liječničkoga zbora*, 45(4), 338-344;
22. Särkämö, T., Laitinen, S., Tervaniemi, M., Numminen, A., Kurki, M., Rantanen, P. (2012). Music, emotion and dementia: Insight from neuroscientific and clinical research. *Music and Medicine*, 4, 153-162;
23. Spalding, M. & Khalsa, P. (2010.) Aging Matters: Humanistic and Transpersonal Approaches to Psychotherapy With Elders With Dementia. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(2), 142 –174;
24. Verity, J. (2006). Dolls in dementia care: bridging the divide. *Journal of Dementia Care*, 14, 25–27;
25. Zarit, S. H., & Knight, B. G. (Eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.

4. МКБ 10, Ментални и растројства на обносните поради употреба на психоактивни супстанции (F10 – F19)

Доц. д-р Гордана Панова

Вовед

Според МКБ 10 класификацијата во заеднички блок се наоѓаат душевните растројства и растројствата во обносните настанати поради употреба на психоактивни супстанции. Овие растројства се поделени во десет подгрупи:

- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на алкохол;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на опијати и опоици;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на канабиноиди;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на седативи и хипнотици;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на кокаин;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на кофеин;

- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на халуциногени супстанции;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на никотин;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на испарливи растворувачи;
- душевни растројства и растројства во обносните настанати поради употреба на бројни дроги и други психоактивни супстанции.

Зависности

Зависноста претставува континуирана употреба на психоактивна супстанција, односно нејзина злоупотреба. Синдромот е комбинација од телесни, мисловни и однесувачки нарушувања.

Се карактеризира со:

- Силна желба за да се земе психоактивната супстанција за да се промени свеста, психичката или физичката состојба на човекот;
- Толеранција – промена на подносливоста на организмот којашто се карактеризира со потреба од земање на сè поголеми количини до одредена фаза;
- Апстиненцијален синдром – се јавува при целосно прекинување или намалување на земањето на психоактивната супстанција при што се создаваат физички тешкотии (потење, солзење, болки и грчење, тремор, гадење и повраќање) и психолошки тешкотии (нетрпеливост, избувливост, напнатост, агресивност, депресивност) кај зависникот;
- Телесни повреди – предизвикани од долгогодишната злоупотреба на психоактивните супстанции;
- Нарушување во социјалното функционирање – проблеми во семејството, загуба на пријателите, работното место и др.

Светската здравствена организација ја дава следната поделба на психоактивните дроги:

- алкохол (алкохолни пијалоци и коктели);
- амфетамини;

- барбитурати, хипнотици, седативи, транквилизанти;
- халуциногени (ЛСД, мескалин, псилоцибин и др.);
- канабис (марихуана, ганџа и хашиш);
- кокаин (чиста материја и листови на растението кока);
- опијати (сиров опиум, хероин, морфиум, кодеин, синтетичкиот препарат, метадон и петантин);
- испарливи средства и лекови богати со органски растворувачи (ацетон, гасолин, етер, хлороформ...);
- дроги карактеристични за поедини региони или нови дроги (крек, екстаза...).

Според начинот на кој дрогите се третираат во законските одредби, можат да се поделат на легални и илегални. Во легални дроги спаѓаат алкохолот и никотинот, како и многу лекови (на пример: лекови за смирување, против болка, за спиење). Според психоактивните ефекти, дрогите можат да се поделат во три групи: психодепресори, психостимулатори и халуциногени.



Според зависноста, дрогите се делат на тешки (опиум, морфиум, кодеин, хероин, кокаин, амфетамин...) и лесни (марихуана, хашиш, псилоцибин, мескалин).

Био-психо-социјален модел

Низ поголемиот дел од историјата, општеството ги гледало луѓето кои што се зависници од психоактивни супстанции како неодговорни, неморални и со слаб карактер. Казнувањето на зависниците било сметано како потреба за да се заштити заедницата. Сепак, општеството сè уште мисли дека земањето или одбивањето на психоактивна супстанција е прашање на лична одлука, односно, претставува самоволен акт. Индивидуата, според ова, е одговорна за неговото/нејзиното однесување.

Интоксикацијата не им се заканува само на индивидуите кои ги користат овие супстанции, туку и на заедницата. Токму затоа општествата во светот се обиделе да ја контролираат нивната употреба. Некои општества во 19 и 20 век изгласале закони кои овозможуваат апсење и затворско казнување, па дури и забрана за производство, дистрибуција и консумирање.

Денешните експерти ги карактеризираат неправилностите предизвикани од употребата на психоактивните супстанции како болест која е многу распространета и претставува голем здравствен проблем.

4.1. Ментални и растројства на обносните заради употреба на алкохол (F10)

Алкохолизам или алкохолна зависност претставува хронична болест позната по потребата за алкохол. Луѓето кои страдаат од ова заболување се познати како алкохоличари. Тие не можат да го контролираат своето пиење дури ниту кога станува збор за директна причина за сериозна штета, вклучувајќи медицински заболувања, брачни проблеми, загуба на работата или сообраќајни незгоди.

Медицинската наука сè уште ја нема откриено точната причина за алкохолизмот, но истражувањата покажуваат дека генетички, психолошки и социјални фактори се одговорни за неговото развивање. Алкохолизмот сè уште не е излечлив, но постојат најразлични третмани кои што можат да им помогнат на алкохоличарите да го избегнат конзумирањето на алкохол и да продолжат да водат здрав живот.



Луѓето асоцираат било кој вид на претерано пиење со алкохолизам. Но, лекарите и научниците толкуваат дека нестабилностите поврзани со алкохолизмот се појавуваат како резултат на континуирано лошата состојба. Тие преферираат да го користат терминот *алкохолна зависност* или *алкохолизам* за да ги одвојат најсериозните неправилности

предизвикани од алкохолот. Поимите злоупотреба на алкохол и проблеми со пиењето се однесуваат на помалку сериозни алкохолни проблеми како резултат на претерано пиење.

Епидемиологија

Алкохолната зависност е распространета ширум најразлични општества низ светот. Статистиките покажуваат дека алкохолната зависност допрела и до успешни бизнис директори, талентирани механичари, работници, архитекти и членови на цркви од сите религии. Научниците сè уште не дефинирале типичен карактер на еден алкохоличар и тие не можат да предвидат со потполна сигурност кои пијачи прогресивно ќе развијат алкохолна зависност.

Употребата на алкохол варира во зависност од социјалното, културното или религиозното потекло на индивидуата. Некои индивидуи не пијат воопшто – околу една третина од возрасното население во САД, на пример, кое е над 18 години, апстинираат од алкохол. Други пијат како дел од социјалниот обичај. Сè уште, некои пијат често и во прекумерни количини. Тие кои страдаат од алкохолна зависност пијат за да ја задоволат неконтролираната потреба од алкохол и за да ги одбегнат непријатните физички симптоми на враќање.

Светската здравствена организација (СЗО) проценува дека скоро 62 милиони луѓе ширум светот патат од алкохолна зависност. Општата состојба на болеста варира во различни земји. Во Република Македонија во 2002 година се регистрирани 527 лица болни од алкохолизам, што е приближно 0,02% од населението, додека вистинскиот број на луѓе зависни од алкохол се проценува дека е поголем. За споредба, во САД се проценува дека има околу 15 милиони луѓе кои имаат проблеми поврзани со нивната употреба на алкохол. Од нив, 8,1 милион мажи и жени имаат алкохолна зависност, или приближно 3% од населението. Мажите имаат трипати поголема веројатност да станат алкохоличари во однос на жените, додека луѓето над 65 години имаат најмали стапки на алкохолизам. Во Македонија, но општо и во светот, луѓето кои почнуваат да пијат на рана возраст имаат поголем ризик да станат алкохоличари. Проценките кажуваат дека 40% од луѓето кои почнале да пијат на возраст под 15 години ќе станат, евентуално, алкохоличари во некој момент од својот живот. Овие индивидуалци имаат четири пати поголеми шанси да станат алкохоличари во однос на оние кои го одложувале пиењето до својата 21 година.

Во Канада, близу 600.000 луѓе, или 1,9% од 15 години па нагоре, се алкохолни зависници, а бројот на машки зависници е двоен во однос на бројот на женските зависници. Највисоката стапка на болеста кај Канаѓаните е меѓу 20 и 24 години возраст. Во Канада анкетирани се сегашни и поранешни алкохоличари и секој петти испитаник призна дека пиењето им наштетило во одреден момент од животот, имајќи негативен ефект врз нивната работа или финансиска состојба.

Алкохолната зависност достигнала критични пропорции во Русија, каде 40% од мажите и 17% од жените се алкохоличари. Алкохолизмот е прекршок кој се казнува во Русија. Алкохоличарите кои одбиваат болнички третман можат да бидат затворени во работнички кампови. По нивното ослободување, тие тешко наоѓаат вработување, а ако се фатени како повторно пијат, тие се враќаат во затворите. Зафатите на владата да го контролираат пиењето со затворање на фабриките за дестилација, пиварниците и баровите резултирало со контраефект. Наместо решавање на проблемот, таквите тактики само создале широко распространет црн пазар за алкохол, како и земја полна со луѓе кои ги кријат своите проблеми со пиењето.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека алкохолизмот се пренесува во семејствата – алкохоличарите имаат 6 пати поголеми шанси од неалкохоличарите да имаат роднина во семејството кој е зависник од алкохол. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-алкохоличари. Со спитувањата врз близнаци се прават обиди да открие дали алкохолната зависност се развива како резултат на генетички фактори, заеднички влијанија на средината, или пак комбинација и на двете. Лабораториските истражувања ја споредуваат генетската структура кај луѓе кои се зависници од алкохол со оние кои немаат историја на лични или семејни проблеми со алкохол.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со алкохолот се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се: личното однесување,

пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења кон алкохолот, животен стрес и расположливоста со алкохолни пијалоци. Еднаш кога личноста ќе развие рутина за пиење, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на тешкото пиење можат да ја засилат постојаната употреба на алкохол.

Психолошки влијанија

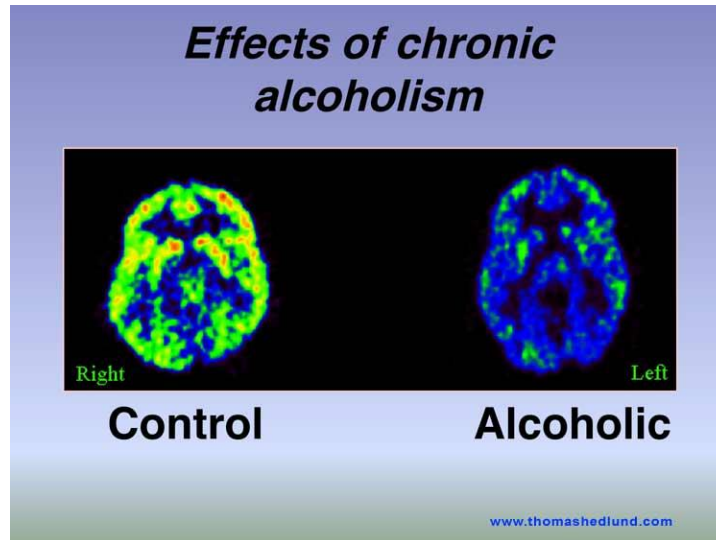
Многу експерти тврдат дека губењето на контрола за пиењето е психолошки поврзано. Студиите покажуваат дека зависници од алкохол ќе пијат прекумерни количини на безалкохолни пијалоци доколку веруваат дека во нив има алкохол. Исто така, доколку им се даде алкохолен пијалок за кој веруваат дека е безалкохолен, нивното однесување во пиењето е слично со она на лицата кои не се зависни од алкохол.

Клинички симптоми

Алкохолната зависност се развива различно кај секоја индивидуа. Но, одредени симптоми ја карактеризираат болеста. Алкохоличарите развиваат силна потреба за пиење и покрај свесноста дека пиењето им создава проблеми во животот. Тие страдаат од недостаток на контрола, односно неможност да сопрат со пиењето кога веќе почнале. Алкохоличарите стануваат физички зависни од алкохол. Кога ќе престанат да пијат по период на тешка злоупотреба на алкохол, тие страдаат од непријатни физички симптоми, кои вклучуваат гадење, потење, тресење и вознемиреност, познати како симптоми на враќање. Алкохоличарите развиваат поголема толеранција на алкохол, односно, тие треба да пијат големи количини алкохол за да стигнат до интоксикација. Светската здравствена организација (СЗО) забележува дека друго однесување кое е познато кај луѓе со алкохолна зависност е барањето можности за да пијат алкохолни пијалоци – многу почесто од другите активности и брзо враќање на старите навики за пиење по периоди на апстинирање.

Етил алкохол или етанол е присутен во разни количини во пива и вина и во дестилирани пијалоци – виски, џин и рум. Кога една личност конзумира алкохол, стомакот и органите за варење бргу го апсорбираат. Од таму, алкохолот патува преку крвта низ целото тело, вршејќи влијание речиси на секое ткиво. Поголеми дози алкохол ги пореметуваат функциите на централниот нервен систем, вклучувајќи го мозокот. Колку е повисоко нивото на алкохол во крвта, толку е поголемо оштетувањето. Како што крвта

минува низ црниот дроб, ензимите го разложуваат алкохолот на безопасни продукти кои се елиминирани од организмот за 6 до 8 часа подоцна. Но, стапката со која алкохолот се акумулира во телото може да биде поголема од стапката со која организмот го елиминира, а со тоа се зголемува концентрацијата на алкохол во крвта. Како резултат на ова, алкохолот останува во организмот, создавајќи ефекти на интоксикација неколку часа откако е проголтана последната голтка алкохол. Мали количини алкохол можат да ја ослободат напнатоста или измореноста, да го зголемат апетитот и да имаат аналгетски ефект кој ја отапува болката. Поголеми количини ги потиснуваат повисоките мисли, ја зголемуваат самодовербата и го намалуваат стравот, напнатоста и вината. Кога личноста ќе стане интоксигирана или пијана, болни или посрамотувачки ситуации стануваат помалку заканливи и со прогресијата на пиењето, говорот стаува гласен и неповрзан. Пореметеното расудување може да биде причина за нерационално однесување, а физичките рефлеси и мускулната координација стануваат забележително нарушени.



Долгорочната употреба на големи количини алкохол можат да предизвикат сериозно оштетување на црниот дроб. Во првиот стадиум од болеста, маснотија се акумулира во црниот дроб. Повеќето луѓе не ги препознаваат симптомите на овој стадиум, иако кај повеќето од нив црниот дроб отекува и станува поголем. Некои луѓе добиваат и хепатитис, кој ги воспалува и убива клетките на црниот дроб. Други добиваат цироза, ирреверзибилна состојба во која нормалното ткиво на црниот дроб е заменето со оштетено ткиво. Ова ја спречува крвта да минува слободно низ црниот дроб, формирајќи висок крвен притисок во вените кои минуваат низ црниот дроб. Како последица на ова, црниот дроб веќе не е во состојба да ја прочистува крвта од токсичните материи. Затоа епилогот може да биде фатален.

Тешкото пиене исто така го оштетува и срцевиот мускул. Близу половината од кардиомиопатиите се поврзани со злоупотреба на алкохол. Во ова заболување, десните и левите вентрикули се зголемени, а со тоа е намалена способноста на срцето за пумпање крв. Алколичарите имаат високо ниво на хормонот епинефрин во крвта и недостаток на минералот магнезиум. Оваа комбинација создава тешки аритмии, или нерегуларности во чукањето на срцето, што претставува честа причина за нагла смрт кај тешките алкохоличари. Тие често развиваат и хипертензија, што е главна причина за удар.

Во некои случаи, алкохолот доведува до deliriumtremens (алкохолно лудило), кое предизукува збунетост, спаност, депресија и страшни халуцинации. Во овој стадиум на делириум, се појавува неконтролирано тресење на рацете кое може да се прошири на главата и телото. Жените кои пијат претерани количини алкохол за време на бременоста,

ризикуваат да родат дете со фетален алкохолен синдром (ФАС), што е водечка причина за дефекти при раѓањето, комбинација на физички и психички дефекти, како што се ретардација, мала глава и слаба мускулатура. Некои бебиња изложени на алкохол за време на созревањето на фетусот развиваат фетален алкохолен ефект (ФАЕ), кој вклучува повеќе суптилни симптоми, како проблеми во однесувањето, проблеми со концентрацијата и фокусирањето или немоќноста да мислат апстрактно.

Дијагноза

За поставување на дијагноза потребно е присуство на три или повеќе од вкупно седум симптоми кои се јавуваат во било кое време во тек на 12 месечен период на конзумирање алкохолни пијалоци:

- Толеранција;
- Физиолошки апстиненцијален синдром;
- Силна желба или чувство за принуда за земање алкохол;
- Тешкотии во контрола на однесувањето поврзано со алкохол;
- Занемерување на другите задоволства и интереси;
- Зголемување на времето потребно да се набави или земе алкохол или да се постигне заздравување од неговите ефекти;
- Продолжување на земање алкохол наспроти јасните знаци за штетните последици по здравјето.



Терапија

Најдобрите методи за лекување на алкохолизмот варираат, зависно од индивидуалните медицински и лични потреби. Некои тешки алкохоличари кои го препознаваат својот проблем, се лекуваат самите. Други алкохоличари бараат долгорочна индивидуална или групна терапија, која може да вклучи и хоспитализација. Сепак, некои воопшто не бараат третман. Овие луѓе не бараат третман како резултат на комбинацијата од фактори, вклучувајќи го игнорирањето на симптомите на болеста, социјалниот страв од можноста за етикетирање од заедницата како алкохоличар и немањето желба да прифати доживотна апстиненција од алкохол како една од целите на лекувањето.

За некои алкохоличари, лекувањето почнува со детоксикација, која безбедно го ослободува пациентот од алкохолот во организмот, а во исто време ги лекува физичките компликации кои создаваат силни симптоми, како делириум тременс или алкохолно лудило. Детоксикацијата обично трае помалку од една недела, а за тоа време пациентите се сместени во специјална установа или посебен оддел од општата или психијатриската болница. Овие установи, исто така, нудат и продолжен третман за да им се помогне на алкохоличарите во нивното закрепнување.

Повеќето програми за лекување ефективно помагаат зависниците да престанат да пијат за некој период, но тие се помалку успешни во превенцијата на повторното враќање кон пиењето. Програмите за третман обично содржат дел кој се фокусира да им помогне на алкохоличарите да ја разберат ситуацијата, чувствата и личните интеракции кои го предизвикуваат повторното пиење. Овие програми ги учат луѓето како да се снајдат со овие фактори без повторно да се вратат на пиењето.

Фармаколошки третман

Во прв план фармаколошката терапија има за цел да го подобри телесното функционирање преку внимателно иследување, после кое следи детоксикација и рехидратација на организмот надолжена со симптоматска терапија.

- Детоксикацијата и рехидратацијата се спроведуваат со високи дози на витамини од Б групата, витамин Е, витамин Ц, инотропи (оикамид, каликор), рехидратација со декстроза, физиолошки раствор, кардиотоници;

- Анксиозноста и психомоторниот немир се лекуваат со анксиолитици од групата на бензодиазепините (дијазепамот, апразоламотот, лоразепамот). Од небензодиазепинските анксиолитици се користи буспиронот.

Психотерапија и социотерапија

Психотераписките и социотераписките методи се применуваат после детоксикациониот третман и тие можат да бидат: индивидуални, групни, семејни и едукативни. Искуствата покажуваат дека најголем успех се постигнува со примена на семејна системска терапија. Во одржување на апстиненцијата голема улога имаат и клубовите на лекувани алкохоличари.

Улогата на медицинските сестри

Негата и постапките при лекувањето на пациентите алкохоличари, значително се разликува од негата и постапките при лекување на останатите пациенти. Кај овие болни, организацијата на правилна и современа нега е многу посложена и претставува составен дел од терапискиот пристап.

Посебен проблем претставува тоа што овие пациенти, не сите, но поголемиот број од нив, претставуваат потенцијална опасност за безбедноста на персоналот и околината каде што се наоѓаат.

При негата на овие болни, медицинските сестри секојдневно се среќаваат со проблеми околу заземање на правилен став кон конкретен болен и кон конкретна манифестација. Должност на медицинската сестра е уште при првиот контакт, со своето однесување, да го намали стравот кај болниот, односно болниот ова одделение да го доживее како секое друго одделение. Не ретко под дејство на налудничави (привидни) идеи, болниот станува опасен за околината, така што придружниците користат разни присилни методи (врзување на екстремитетите), при спроведувањето на болниот до одделение, што претставува додатен стимул за манифестирање на поголема агресија од страна на болниот. Лекувањето и негата на алкохоличарите се одвива во домашни и амбулантски услови, во психијатриските одделенија или во специјализирани психијатриски болници или здруженија и клубови за лица кои се лечат од алкохолизам. Веднаш по приемот мора внимателно да се следат сите постапки на пациентот: неговото однесување, изгледот, мимиките, начинот на облекување, движењата, контакт со другите пациенти.

Прашања

1. Што претставува алкохолизмот?
2. Опиши ја клиничката слика на еден алкохоличар.
3. Како изгледа типичен алкохоличар?
4. Каква цел има фармаколошката терапија во третманот на зависник од алкохол?
5. Кога се применува психо и социо терапија кај зависник од алкохол?

4.2. Ментални и растројства на обносните заради употреба на опијати (F11)



Опиумот е супстанција што се добива со засекување (режење) на зелените чашки на посебен вид афион - опиумски афион (*Papaver somniferum*) од кои истекува млечен сок. Таквиот сок потоа се суши на воздух додека не се добие кафеава смеса, која содржи преку 20 алкалоиди, од кои некои се присутни како слободни, а другите се врзани за сулфурна или меконска киселина. Најголема практична примена имаат четири алкалоиди на опиумот: морфин, кодеин, папаверин и наркотин (носкапин).

Квалитетот на опиумот се одредува според количината на морфинот и зависи од поднебјето каде се одгледува афионот. Се проценува дека една од најквалитетните сорти афион расте во Македонија и тој содржи меѓу 17 и 22% морфин.

Првите пишани податоци за употребата на опиумот потекнуваат уште од најстарата човекова историја, односно од 3 век пр.н.е.

Алкалоидите на опиумот се користат во медицината како аналгетици (морфинот се уште е најефикасниот аналгетик, иако не е најсоодветен поради својството на зависност) за ублажување на сувото, непродуктивно кашлање (кодеин). Морфинот е 10 пати посилен од опиумот и тој ги отстранува болките, а не предизвикува непријатни чувства. Поради ова, многу бргу бил прифатен од медицината. Но, сепак, тој имал некои несакани ефекти, односно кај луѓето создава зависност (наркоманија). Затоа, сè уште се бара најдобрата

верзија на морфин. Хероинот е полусинтетски производ на опиумот, создаден во 1897 година од германската фармацевтска компанија Баер, како смирувачко средство. Тој е околу три пати посилен од морфинот и брзо станал важен лек во медицината. Во Првата светска војна морфинот помагал во олеснувањето на болките за илјадници ранети во борбите. Сепак, многу брзо луѓето сфатиле колку е штетен за здравјето и каква тешка зависност би можел да предизвика.

Морфин

Морфинот претставува алкалоид кој се добива од незрелите листови на афионот (лат. *Papaver somniferum*). Морфинот на човекот му е одамна познат. Порано бил сметан за сигурен, ефикасен и долготраен лек кој не создава зависност и успешно помагал при тешки заболувања.



Денес се знае дека морфинот претставува опоен аналгетик кој силно делува на централниот нервен систем, предизвикувајќи еуфорија, спананост, го ублажува стравот кај пациентот. Со развивање на медицината докажано е дека, сепак, и морфинот предизвикува зависност како и сите други опојни алкалоиди, но, сепак се користи кај пациенти со многу силни болки како: фрактури, оштетување на големи ткива, постоперативни болки и, пред сè, кај малигните заболувања, како ракот на белите дробови - каде го олеснува кашлањето и ја намалува болката, кај малигни заболувања на дебелото и тенкото црево каде што ја намалува перисталтиката. Бидејќи предизвикува зависност, пациентот не смее да дознае дека прима морфин, бидејќи и кога ќе нема силни болки ќе бара да добие доза на морфин.

Морфинот е неизбежен и кај пациентите кои се наоѓаат во терминалната фаза од болеста. На овие пациенти животот им е при крај и затоа им се дава морфин за да го

поминат остатокот од животот со помали болки. Така на пример, кај малигните болни кај кои ракот е во крајна фаза и ниедна терапија не дејствува на него, се преминува на давање на морфин бидејќи пациентот има јаки неиздржливи болки. Аплицирањето на морфинот во вакви случаи се дава додека не настапи смрт.

Од Светската здравствена организација се смета како едно од основните лекарства за најголемиот дел од популацијата.

Хероин



Хероинот е опојна дрога која се добива од морфинот, природна супстанција која се добива од чаурата на афионот. Се појавува во форма на бел прав, но може да биде и во друга боја, бидејќи поголемиот дел од хероинот кој се продава на улиците се меша со други дроги и супстанции (шеќер, млеко во прав, скроб, талк итн.). Интравенозната инјекција создава интензивен и релативно брз почеток на еуфоријата (5 до 8 секунди), додека пак интрамускуларната инјекција создава релативно бавен почеток на еуфоријата (7 до 8 секунди). Кога хероинот се шмрка или се пуши, максималните ефекти се чувствуваат во рок од 10 до 15 минути. Иако пушењето и шмркањето на хероинот не создаваат еуфорија со таква брзина и интензитет како интравенското вбригување, истражувањата потврдиле дека сите три форми на внесување на хероин во организмот создаваат зависност.

Краткорочните ефекти на хероинот се јавуваат веднаш по земањето и се губат по неколку часови. По вбригувањето (или шмркањето), хероинот ја поминува крвно-мозочната бариера, во мозокот се претвора во морфин и брзо се врзува за природните опијатски рецептори. Корисникот го обзема бран на еуфорија (кој обично се опишува како бран на пријатно чувство), а неговиот интензитет зависи од количината на земената дрога.

Возбудувањето кое го предизвикува хероинот го следат чувство на топлина, собирање на зениците, црвенило на кожата, отежнат говор и движење и сува уста, што може да биде проследено со мачнина, повраќање и чешање.

После почетната еуфорија, наркоманот паѓа во состојба на наизменична будност и сонливост и тоа трае наредните неколку часови. Менталните функции стануваат замаглени, а доаѓа и до депресија на централниот нервен систем. Срцето чука послабо, дишењето е успорено, што може да доведе и до смрт. Постои и ризик од предозирање, бидејќи чистотата и количината на дрогата не можат точно да се утврдат.

Долгорочните ефекти се јавуваат по повторена употреба на хероинот во одреден временски период. Кај хроничните корисници доаѓа до пропаѓање на вените, бактериски инфекции на крвните садови, чирови и други инфекции на меките ткива, болести на црниот дроб и на бубрезите. Болестите на белите дробови можат да се појават поради лошата здравствена состојба на наркоманот, но и поради депресивните ефекти на хероинот на дишните патишта. Многу додатоци на хероинот кој се продава на улиците можат да содржат супстанции кои не се раствараат лесно и на тој начин да се блокираат крвните садови кои водат во белите дробови, црниот дроб, бубрезите или мозокот. Тоа може да предизвика инфекција или смрт на клетките на мали површини во виталните органи. Се разбира, заедничката употреба на приборот за вбригување на хероинот може да доведе до разни инфекции како хепатит Б, Ц, СИДА и голем број други вируси кои се наоѓаат во крвта и кои наркоманите можат да ги пренесат на своите деца и своите сексуални партнери.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците од опијатите и опоидите не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 10 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Според некои цитирани податоци денеска во светот би имало околу 50 милиони зависници од опијати или опоиоиди. Зависноста може да започне во било која животна возраст, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјалните и културни мислења. Кога еднаш личноста ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Клиничките манифестации се делат на симптоми кои се како резултат на акутна интоксикација од овие психоактивни супстанции, на апстиненција од истите или како последица на нивното долготрајно дејство на целокупниот организам на индивидуата, во состојба на развиена психофизичка зависност.

Акутна интоксикација

Симптомите на акутната интоксикација настануваат кратко време по внес на дрогата во организмот и се манифестираат со почетна еуфорија, возбуда, психомоторна релаксација, а потоа се јавува безволност, рамнодушност, незаинтересираност, безболност. Интоксикацијата е следена со миоза на зениците и згаснат светлосен рефлекс, сонливост, нејасност во говорот, слаба концентрација. Оваа состојба настанува многу брзо при интравенска апликација на дрогата, а трае кратко, во просек од 10-15 минути.

Апстиненцијален синдром

Апстиненцијалниот синдром настанува било при нагол прекин на внес на опијатна дрога претходно подолготрајно користена или при употреба на опијатни антагонисти (Naloxon или Naltrexone). Симптомите обично се јавуваат после неколку часа од последната апликација на дрога, ја достигнуваат својата кулминација во следните 36-48 часа, а нивниот престанок се очекува 7-15 дена.

Се јавува нерасположение, вознемиреност, намалена толеранција на фрустрација, солзење, потење, течење на носот, немирен, сон, широки зеници, болки во коските, хипертензија, брадикардија...

Симптомите се крајно непријатни и болни за индивидуата и се проследени со интензивна желба дрогата повторно да се земе за да се разреши состојбата.

Хронична интоксикација

Хроничната интоксикација од опијати се јавува многу брзо од првата консумација, за морфинот по само десетдневна секојдневна употреба, а за хероинот по три недели секојдневно земање, што значи дека станува збор за дроги кои што создаваат тешка физичка и психичка зависност и хипотензија.

Карактеристични знаци се: потхранетост, општа телесна слабост, бледило, сува кожа, јадеж по кожата и чешање, миотонични зеници, хроничен психофизички замор, намалено либидо и импонтенција. Можни се траги од убоди со игла како и воспалени вени. Опијатните зависници често заболуваат од заразни болести како HIV, Hepatitis B и C. Но, исто така, висока е и стапката на смртен исход од предозираност.

Дијагноза

Дијагностицирањето на наркоманијата, односно присуството на дрога во организмот се врши врз основа на автоанамнестичките и хетероанамнестичките податоци добиени од нив или од нивните блиски, како и со клинички преглед и лабораториските анализи, кои се најсигурни методи, особено кај оние случаи кога се работи за млади личности кои ја негираат својата наклонетост кон дрогата. Постојат посебни тестови за брза детекција на граничните вредности во случаи кога се мисли дека се работи за некој вид дрога.

Терапија

Третманот на зависностите од опијати треба да се случува во специјални здравствени установи со услови на интензивна нега и примена на антагонисти и друга симптоматска терапија.

Третманот на опијатната зависност е долг и сложен процес и претставува комбинација на фармако, психо и социотерапија, при што се очекува подобрување на здравствената, социјалната и професионалната состојба, како и подобрување на квалитетот на живеење.

Терапијата може да се одвива во болнички, дневноболнички и вонболнички услови, во услови на домашно опкружување во затворски услови и во други форми на организирани медицински служби.

Фармаколошки третман

Фармаколошкиот третман започнува со детоксикациона и роборантна терапија (поливитамини, физиолошки раствор, декстроза, аналгетици, седативи, антидепресиви...) или агонистичка (метадон) во прогресивно намалувани дози. Со користење на метадонот не може да се излечи наркоманијата, туку преку таканаречената супституциона метадонска терапија се отстрануваат знаците на апстиненцијалната криза. Метадонската супституциона терапија, всушност, претставува институционално дрогирање на наркоманите како би се заштитило општеството од нивното криминално однесување.

Наркоманот, под медицински надзор, секојдневно добива доза на хептанон (метадон), кој ја одржува нормалната состојба и метаболичкиот баланс. Метадонот полесно се откажува за разлика од хероинот, поради тоа што неговиот апстиненцијален синдром е далеку помалку изразен и со многу помал интензитет во однос на истиот кај хероинот. Кога дејството на метадонот е подолго во однос на дејството на хероинот, метадонот ѝ овозможува на личноста која што до неодамна користела илегални опијати и целото време ѝ поминувало во набавка, употреба и опоравување од нивното дејство, поквалитетно искористување на времето. Во таа смисла, метадонот помага во процесот на ресоцијализација на личноста.

Болниците можат да го користат метадонот во терапевски цели само со супервизија на неговата употреба. Честа критика која што се јавува на сметка на метадонската терапија е дека само една дрога ја заменува другата. Метадонот предизвикува зависност, но симптомите при прекилот на неговото дејство се значително поблаги во однос на хероинот. Долготрајното лечење со метадон може да предизвика зависност од морфински тип. За да се избегнат апстиненцијалните симптоми по долготрајното лекување, дозите треба постепено да се намалуваат.

Ризикот од предозирање е голем ако се користи без контрола на докторот, а посебно е опасен ако се меша со други дроги или алкохол. Знаците на предозирање се ладна и влажна кожа, конфузија, конвулзии, силни вртоглавици, изразена сонливост, хипотензија, немир, изразена миоза (стеснување на зениците), намален пулс, намалено или отежнато

дишење, несвесна состојба и целокупна слабост на организмот. Предозирањето со метадон може да предизвика престанок на работата на срцето, прекин на дишењето, кома и смрт.

Психосоцијална терапија

Фармаколошката терапија, за да биде успешна, најдобро е да се комбинира со психосоцијална терапија. Психосоцијалната терапија може да се организира во специјализирани медицински институции, терапевтски комуни, центри за социјална работа, но и во домашна средина со посебна програма за рехабилитација и социјализација со цел подобрување на здравствената, социјалната и професионалната состојба, како и подобрување на квалитетот на живеење.

Улогата на медицинските сестри

Сестрата секогаш треба да знае за состојбата на пациентите. Со овие пациенти се занимава и Одделението за токсикологија. А самиот збор значи болна наклонест кон редовни или повремени земања на разни отрови и хемиски супстанции, со цел да се постигнат одредени психички промени (посебно еуфорија, односно состојба на субјективно блаженство).

Причина за појавата на токсикологија е бегството од реалноста и барањето на еуфоријата. Наклоноста кон токсикоманија кај некои луѓе е од конституционален карактер. Ваквите личности се претежно луѓе со слаб карактер кои својот несреден живот се трудат да го подобрат барем во нивната фантазија.

Сестрата користи специјализирани вештини грижејќи се за болниот во задоволувањето на неговите потреби, како и унапредување на здравјето на здравиот поединец. Само во исклучително тешки состојби, како што се комата, крајната исцрпеност, сестрата, наместо болниот, решава што е подобро за него да направи за да му ги задоволи потребите. Сестрата секогаш превзема активности во здравствената нега со согласност и наредба од лекарот или специјалист кој е специјализиран од оваа област на медицината.

Прашања

1. Што е опиум и како се добива?
2. Што претставува морфинот?
3. Што претставува хероинот и кои се неговите краткорочни ефекти?
4. Опиши го апстиненцијалниот синдром на зависник од опијати?

5. Каков вид терапија се применува кај зависниците од опијати?

4.3. Ментални и растројства на обносните заради употреба на канабиди (F12)

Канабидите се продукти од индискиот коноп, уште наречен *Cannabis sativa*. Позната е во централна Азија и Кина околу 3000 пр.н.е и е главно користена како медикамент. Зборот „канабис“ доаѓа од (грчкиот збор- κάμβισ), кој што влече корени од древниот ирански, преку Скитите или Тракијците, сроден на персискиот назив „канаб“. Во различни јазици има различни имиња, во македонскиот јазик често се нарекува „трева“ заради неговиот изглед на трева и неговата зелена боја.



Одгледувањето на конопот во Македонија влече долги корени во историјата, така што ова растение успешно расте и вирее на нашите простори и тоа во пределите со поголем процент на влага или покрај водотеци и акумулации. Во современата медицина конопот со своето дејство на транс-халуциногениот канабинол (ТХЦ) наоѓа примена во лекувањето, ублажување на ефектите на СИДА, рак и други неизлечиви болести. Еден од позитивните ефекти на користењето на ова растение, кое научно е докажано, е дека ТХЦ-то ги намалува ризиците од заболување од глаукум (очна болест). Од исушените и здробени листови и цветови на женската билка се добива марихуана, уште наречен *Cannabis sativa*. Марихуаната се пуши или цвака заради причинување на халуциогени ефекти или ефекти на возбудување. Активната состојка на марихуаната, позната како тетрахидро-канабинол е концентрирана на горните цветни делови на индискиот коноп. Повеќето земји ја сметаат марихуаната како илегална супстанција, но одделни земји варираат со тоа како го казнуваат користењето и снабдувањето на дрогата. Супстанцијата ТХЦ се апсорбира во крвотокот преку белите дробови (или стомакот) и се пренесува до мозокот, каде што ги преплавува рецепторите со мозочните хемикалии за наградување

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците од канабоиди не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 8 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која животна возраст, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Еднаш кога личноста ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Интоксикацијата со канабис се јавува по неколку минути (ако се користи со пушење) или по неколку часа (ако се користи преку уста). Симптомите траат 3-4 часа и зависат од начинот на употреба и од јачината на дозата.

За време на акутната интоксикација се опсервираат три фази:

- 1 фаза: во првите триесетина минути се чувствува главоболка и несвестица, сувост на лигавиците, зацрвенетост на коњуктивите и мидријаза на зениците;
- 2 фаза: подоцна настанува еуфорично расположение, зборливост, интензивен разговор со околината, забрзано мислење, но отежнато внимание и помнење;
- 3 фаза: фаза на физичка и психичка релаксација и апатија.

Симптоми кои можат да се јават при краткорочно користење на марихуана се:

- Нарушена перцепција;
- Проблеми со меморијата и учењето;
- Намалена способност за координација;
- Проблеми со размислувањето и решавање на проблемите;
- Тахикардија и проблеми со крвниот притисок;
- Понекогаш марихуаната може да предизвика нервоза, стравови, недоверба и панични напади.

Симптоми кои можат да се јават при долготрајно користење на марихуана:

- Халуцинации;
- Дезориентација;
- Нарушена меморија;
- Илузии.

Неколку минути по пушење на марихуаната, срцето започнува забрзано да чука и крвниот притисок опаѓа. Марихуаната може да го забрза отчукувањето на срцето за 20 до 50 пати во минута, а доколку истовремено се земаат и други дроги, дури и повеќе. Заради намалениот крвен притисок и зголемената брзина на отчукување на срцето, истражувачите дошле до заклучок дека кај корисниците на марихуана ризикот за срцев удар е 4 пати поголем.

Пушењето марихуана може да предизвика трпнење и сушење на устата и грлото како потешка кашлица.

Марихуаната содржи повеќе канцерогени состојки од тутунот, а бидејќи најчесто чаdot се задржува подолго и се вдишува подлабоко, белите дробови на пушачите на марихуаната се поизложени на канцерогени заболувања.

Дијагноза

Дијагностицирањето е исто како и кај останатите видови дроги, се врши врз основа на автоанамнестичките и хетероанамнестичките податоци, како и со клиничкиот преглед и лабораториски анализи за брза детекција на граничните вредности на дрогата.

Терапија

Акутните интоксикации не бараат некои посебни медицински мерки, додека хроничната злоупотреба се третира како и останатите форми на зависност, симптоматска терапија, анксиолитици за поддржување на апстиненцијата, психо и социотераписки методи. Резултатите од третманот се често неизвесни како поради масовноста на појавата, така и поради високата социјална толеранција кон истата меѓу младите.

Улогата на медицинските сестри

Сестрата има многу важна улога во негата и лечењето на овие пациенти. Особено е важно да се провери дали пациентот поседува јаки седативи или наркотични супстанции и дрога. Уживателите на дрога се спремни истата да ја сокриваат и во најнеочекувани места: во косата, средствата за хигиена, интимната облека, па дури и во телесните отвори! Некои пациенти не се во состојба свесно да ги регулираат своите физиолошки потреби. Овие болни кои се во бунило, кои покажуваат агресивност, никако не смеат да се оставаат сами бидејќи можат несвесно да се повредат самите себе или тие што се околу нив. Секој пациент мора да добива вкусна храна, а во текот на јадењето мора да бидат под контрола од медицинскиот персонал.

За сите посериозни постапки од пациентот: посилни грчеви, агресивност, самоповредување, мора да се извести дежурниот лекар. Пациентот мора да биде под редовно, непрекинато, континуирано набљудување од медицинската сестра. Овие пациенти се многу непредвидливи во своите постапки. Во некои состојби можат да предизвикаат тешки повреди на себе или присутните. Без разлика на тоа, медицинскиот персонал не смее да применува било какви казни кон тие болни.

Прашања

1. Што се канабоиди и како се добиваат?
2. За време на акутната интоксикација кои фази се опсервираат?
3. Кои симптоми можат да се јават при краткорочно користење на марихуана?
4. Кои симптоми можат да се јават при долготрајно користење на марихуана?

4.4. Ментални и растројства на обносните заради употреба на седативи или хипнотици (F13)

Седативите и хипнотиците спаѓаат во групата на депресори на ЦНС. Во оваа група спаѓаат бензодиазепините, карбаматите, хлоралхидратите, барбитуратите и

барбитуроподобните супстанции. Најчесто се злоупотребуваат барбитуратите и бензодиазепините.

Под поимот барбитурати се познати дериватите на барбитуровата киселина. Таа е синтетизирана во 1864 година од страна на Адолф фон Баер, а во 1882 година е синтетизиран првиот барбитурат, наречен барбитал, барбитурат кој стануваат широко познат во 20 век.

Бензодиазепини се лекови кои денес исклучително се користат за предизвикување на седација и хипнотичко делување. За таа цел најчесто се користат бензодиазепини со кратко биолошко полувреме (alprazolam, lorazepam, triazolam). Првите соединенија од овој тип се синтетизирале пред Втората светска војна.

Барбитурати и бензодиазепини се синтетички лекови кои се препишуваат при оптоварување, анксиозност, страв, вознемиреност, несоница. Медицинската употреба на овие лекови се условува од нивното хипоседативно дејство. Зависноста од овие таблети доаѓа при нивна злоупотребата, односно кога се прима секојдневно и значително се надминува терапевтската доза, што доведува до неможност за справување со секојдневниот живот без нивната употреба и потребно е понатамошно зголемување на дозата за да се постигне задоволителниот ефект. Нивната подолготрајна примена предизвикува развивање на психичка и физичка зависност со брза појава на навика, толеранција и апстиненцијален синдром по нивниот прекин.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците од канабоиди не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 8 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која животна возраст, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие

проблеми се резултат на семејно генетско наследство или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависноста се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Кога еднаш личноста ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Сите лекови од оваа група спречуваат различни функции на централниот нервен систем.

- *Физиолошки* - можат да предизвикаат пречки во говорот, нарушена координација, нестабилно одење и вртоглавица;
- *Психички* - намалена концентрација, забавено размислување, варијабилно расположение.

И кај двата вида на лекови се забележува физичка и психичка зависност, но за разлика од бензодиазепините, со барбитуратите зависноста настапува многу побрзо и е многу потешка.

Апстиненцијалниот синдром кај барбитуратите се изразува со треперење, немир, несоница, гадење, конвулзии, делириум (може да трае до десет дена и се карактеризира со халуцинации, дезориентација, конфузија и страв). Апстиненцијалниот синдром кај бензодиазепините се карактеризира со анксиозност, паника, аритмии, висок крвен притисок, проблеми со меморијата и концентрацијата, чувство на нереалност и зголемена чувствителност на светлина и звуци. При многу високи дози може да настапи сонливост, кома и смрт. Ризична и опасна е комбинацијата со алкохол или други психоактивни супстанции.

Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од барбитурати и бензодиазепини се одвива според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Акутните интоксикации се животно загрозувачки, поради можна депресија на виталните центри, поради што е потребна брза интервенција со измивање на желудникот или предизвикување на повраќање и реанимација во услови на интензивна нега. Ако е интоксикацијата предизвикана од бензодиазепини, се ординира нивен антагонист (Anaxete). Ненадејното одземање на психоактивната супстанција е контраиндицирано. Затоа кај хронични интоксикации се препорачува постепено намалување на дозата, бидејќи ненадејно прекинување може да доведе до епилептичен напад. Анксиозноста, немирот и раздраливноста се лекуваат со небензодиазепински анксиолитици или мали дози на базични антипсихотици, иако основниот метод на лекување е психотерапија.

Улогата на медицинските сестри

Негата и постапките при лекувањето на овие пациенти значително се разликува од негата и постапките при лекување на останатите пациенти. Кај овие болни, организацијата на правилна и современа нега е многу посложена и претставува составен дел од терапискиот пристап, интервенција со измивање на желудникот или предизвикување на повраќање и реанимација во услови на интензивна нега.

Прашања

1. Во која група спаѓаат седативите и хипнотиците?
2. Што претставуваат бензодиазепините?
3. Што претставуваат барбитуратите?
4. Како се изразува апстиненцијалниот синдром кај барбитуратите?
5. Како се изразува апстиненцијалниот синдром кај бензодиазепините?

4.5. Ментални и растројства на обносните заради употреба на кокаин (F14)

Кокаинот е моќен стимулатор на централниот нервен систем во вид на бел прав кој што се добива од растението кока. Таа е втора по ред најупотребувана дрога во Европа после марихуаната. Таа обично се вшмркува, а исто така се вшприцува, голта или премачкува на непцата. По уличните имиња е позната како: бело, снег, кока и др.

Во зависност од квалитетот и чистотата, сите три облици на кокаин предизвикуваат моќна краткорочна состојба на еуфорија преку ослободување на невротрансмитерот допамин. Покрај невообичаеното чувство на возбуда, корисниците се чувствуваат премногу сигурни во себе. Имаат забрзан срцев пулс, вознемиреност, параноја и халуцинации, грчење на мускулите и повраќање. Преголема употреба на кокаин во период од неколку часа или денови предизвикува „колапс“ (т.е. депресија и апатија). Кокаинот има



силен вазоконстрикторен ефект врз периферните крвни садови, како и врз коронарните артерии, поради што предизвикува намален доток на крв во миокардот. Ризикот од појава на АИМ (акутен инфаркт на миокардот) е за 24 пати поголем во тек на 60 минути од употребата на кокаин. 6% од пациентите со појава на градна болка по употребата на кокаин имаат покачени вредности на срцевите биомаркери. Хроничното земање на кокаин предизвикува оштетување на срцето поради исхемија или инфаркт на миокардот, што доведува до срцева слабост. Тоа е најчесто меѓу 30-40 годишна возраст.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците од кокаин не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 10 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне

во било која животна доба, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Кога личноста еднаш ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Кокаинот внесен во организмот предизвикува: забрзан срцев пулс, вознемиреност, параноја и халуцинации, грчење на мускулите и повраќање. Преголема употреба на кокаин во период од неколку часа или денови предизвикува „колапс“ (т.е. депресија и апатија).

Психоза предизвикана од кокаин – се карактеризира со насилничко, агресивно однесување и параноични халуцинации – како и проблеми со спиењето, нарушена сексуална способност, мозочен удар, грчеви и откажување на бубрезите. Исто така, вшмркувањето на дрогата ги оштетува носните мембрани што евентуално може да предизвика распаѓање на носната преграда. Со вшприцување на дрогата се оштетува ткивото.



Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од кокаин се одвива според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Терапијата на акутните интоксикации е симптоматска и се состои во лекување на анксиозноста, агитираност, несоницата и транзиторните психотични состојби. Се користат анксиолитици (бензодиазепини) и базични антипсихотици и друга симптоматска терапија.

Кај хроничните интоксикации терапијата се одвива во фази при што почетната е секогаш насочена кон разрешување на апстиненцијалниот синдром. Се инсистира на ненадејно прекинување на внес на кокаин, поддржано со фармакотерапија (седативи и антидепресиви) и супортивна, бихејвиорално ориентирана психотерапија. Добри успеси се постигнуваат со семејна терапија, додека во тек на долготрајниот рехабилитациски процес се препорачува вклучување во групи за поддршка, за самопомош и други форми на организационо делување.

Улогата на медицинските сестри

При негата на овие болни, медицинските сестри секојдневно се среќаваат со проблеми околу заземање правилен став кон конкретен болен и кон конкретна манифестација. Должност на медицинската сестра е уште при првиот контакт, со своето однесување да го намали стравот кај болниот, односно болниот психијатриското одделение да го доживее како секое друго одделение. Не ретко, под дејство на налудничави идеи, болниот станува опасен за околинта така што придружници користат разни присилни методи (врзување на екстремитетите) при спроведување на болниот до одделение, што претставува дополнителен стимул за манифестирање на поголема агресија од страна на болниот. Лекувањето и негата на овие болни се одвива во домашни и амбулантски услови, во психијатриските одделенија или во специјализирани психијатриски болници. Веднаш по приемот мора внимателно да се следат сите постапки на пациентот: неговото однесување, изгледот, мимиките, начинот на облекување, движењата, контактот со другите

пациенти. Доколку приемот е надвор од работното време или ако нема присутен лекар, медицинската сестра треба да побара и добие основни податоци за пациентот од неговиот придружник, ако таков постои. Особено е важно да се провери дали пациентот поседува јаки седативи или наркотични супстанции и дрога. Уживателите на дрога се спремни истата да ја сокриваат и во најнеочекувани места. Некои психијатриски пациенти не се во состојба свесно да ги регулираат своите физиолошки потреби. Психијатриските болни кои се во бунило, кои покажуваат агресивност, никако не смеат да се остават сами бидејќи можат несвесно да се повредат самите себе или тие што се околу нив. За сите посериозни постапки на пациентот: посилни грчеви, агресивност, самоповредување, мора да се известат дежурниот лекар. Психијатриските пациенти мора да бидат под редовно, непрекинато, континуирано набљудување од медицинската сестра. Овие пациенти се многу непредвидливи во своите постапки. Во некои состојби можат да предизвикаат тешки повреди на себе или присутните. Посебен проблем за нега претставуваат пациентите кои се склони кон суицид. Во денешно време, благодарение на новите лекови и современиот третман, суицидите во болнички услови се многу ретки. Секако, за ова е многу заслужен медицинскиот персонал кој со дадената нега, вниманието и постојаното следење на пациентот не дозволува да настане такво нешто. Пациентите за кои што постои сомнение дека може да направат суицид се негуваат во посебни услови. Негата на психијатриските пациенти е многу сложена. Секој пациент е посебен случај и бара посебна нега, третман и внимание. Секако дека сите психијатриски пациенти не можат и не смеат да се негуваат на ист начин, туку секој пациент е случај за себе.

Прашања

1. Што претставува кокаинот?
2. Што предизвикува внесениот кокаин во организмот?
3. Со што се карактеризира психозата предизвикана од кокаин?
4. Од што се состои терапијата кај зависниците од кокаин?

4.6. Ментални и растројства на обносните заради употреба на други стимуланси, вклучувајќи и кофеин (F15)

Кофеинот е метилксантин кој е присутен во чајот и во кафето и претставува стимулативно средство кое денес се користи низ целиот свет. Ова соединение

претставува алкалоид горчлив по вкус (впрочем тоа е и едно од физичките својства на алкалоидите).



Изолиран од чајот и кафето се употребува во медицината како благ стимуланс, како и за третирање на некои видови главоболки. Дејството на кофеинот е различно и широко. Преку инхибиција на некои ензими се влијае врз покачувањето на концентрацијата на цикличниот АМР (аденозин монофосфат).

Кофеинот дејствува стимулативно врз нервниот систем, делува на бубрезите како благ диуретик и при тоа помага во исфрлувањето на вишокот на течности од организмот. Кофеинот, исто така, дејствува стимулативно врз срцевиот мускул, ја покачува будноста итн. Зрната од кафе содржат просечно по 1% кофеин, зелениот чај содржи 1,5 - 2,5% кофеин, кола пијалците содржат од 12 - 18 mg кофеин на 100 ml, а некои енергетски пијалаци можат во себе да содржат значително поголем процент кофеин.

Кофеинот претставува стимулативно средство кое создава извесна зависност. Кофеинот може да ја подобри мобилизацијата на слободните масни киселини, притоа овозможувајќи му на организмот да ги искористи како енергија (мастите при разложувањето ослободуваат најголем процент на енергија, потоа доаѓаат протеините, па јаглехидратите). Многу истражувачи се обидуваат да ја поврзат големата консумација на кофеин со зголемувањето на ризикот од болести, како на пример ракот, високиот крвен притисок и срцевите заболувања, но досега постепењето на ваква врска не е недвосмислено докажана.

Ефектот започнува неколку минути после неговото внесување во организмот. Самиот кофеин останува во крвта повеќе часови. Додека е во организмот кофеинот ги има следните ефекти: ја инхибира апсорпцијата на аденозинот и со тоа го смирува телото помагајќи за кратко време да се чувствуваме свежи, но од друга страна може да предизвика

проблеми со спиењето. Кофеинот придонесува за навлегување на адреналин во крвта, со тоа давајќи привремено подобрување, но потоа е можна малаксаност и депресија. При повторени земања кофеин за да се надминат овие ефекти и да се има свежина во текот на денот, можна е појава на вознемиреност на крајот на денот и немир и напнатост навечер. Кофеинот го зголемува нивото на кортизол во крвта. Кортизолот, пак, е познат како стрес хормон. Долготрајна прекумерна кортизолска активност може да доведе до проблеми со телесната тежина, срцево заболување или дијабет. Кофеинот го зголемува нивото на допамин, а тој, пак, е со сличен ефект како и амфетамините.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците од кофеин не се потполни. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која животна возраст, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Кога личноста еднаш ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанца, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанца, можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Научниците потврдија дека недостатокот на кофеин може да предизвика апстиненцијална криза, со симптоми на главоболка, слабост, тешкотија во концентрацијата, па дури и мачнини и болка во мускулите. Ненадејниот прекин на конзумирање кафе, особено кај оние кои пијат поголема количина дневно, може да предизвика главоболки кои траат ден до два, но може да траат и до една недела. Откритието дека кафето влијае врз расположението го објаснува фактот што луѓето го користат веќе со векови наназад за да ја намалат утринската мрзоволност, да го подобрат расположението или да ја ублажат депресијата.

Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од кофеинот се одвива според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Терапијата на акутните интоксикации се состои во лекување на анксиозноста, агитираноста и транзиторните психотични состојби. Се користат бензодиазепини и базични невролептици.

Кај хроничните интоксикации се препорачува ненадејно прекинување на внес на дрогата и супортивна психотераписка и седативна терапија. Добри успеси се постигнува и со семејна терапија.

Улогата на медицинските сестри

Лекувањето и негата на овие болни се одвива во домашни и амбулантски услови, во психијатриските одделенија или во специјализирани психијатриски болниц. Во негата на овие пациенти влегуваат и активностите кои се превземаат во текот на денот за нивно активирање во секојдневните активности и разбивање на монотијата и здодевноста. Затоа постои и т.н. работна терапија, при што пациентите добиваат одредени активности и работни задачи кои што можат да ги извршуваат, а при тоа да не се наруши нивното достоинство. Негата на овие пациенти е многу сложена. Секој пациент е посебен случај и бара посебна нега, семејна и социјална грижа, третман и внимание.

Прашања

1. Што претставува кофеинот?
2. Какво дејство има кофеинот?
3. Кои симптоми ги дава недостатокот на кофеин кај еден зависник?

4.7. Ментални и растројства на обносните заради употреба на халуциногени (F16)

Халуциногените супстанции редовно предизвикуваат растројства во перцептивната сфера и тоа во вид на живи, изразито колоритни и кинетички халуцинации, како и појава на феномени од типот на дереализација и деперсонализација. Поради тоа познати се и како супстанции кој предизвикуваат т.н. модел на психоза. Најтипичен претставник е LSD (диетил-амидон-лизергична киселина), дериватите на триптаминот, како што е DMT и DET (диетилтриптамин), фенилалкиламините (мескалин), кои се наоѓаат во халуцигените кактуси, саге и др.

DMT се пуши во вид на цигара или се аплицира интравенски, додека LSD на нелегалниот пазар се јавува во форма на мини таблети, импрегнирана мека хартија или желатински фолии, на кои се насликани Бетмен, Супермен, Мики Маус и др., кои се ставаат на јазик или се потопуваат во вода, која потоа се пие. Внесени во организмот предизвикуваат низа телесни и психички промени.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 8 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која животна возраст, но сепак најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Кога личноста еднаш ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Ефектите зависат од дозата, од очекувањето на субјектот и средината во која дрогата се конзумира, малите дози предизвикуваат дејства слични на марихуана, поголемите водат до појава на халуцинаторни доживувања, додека енорно преголемите

доза доведуваат до „космичко-магиски визији“ или, како што некои ги нарекуваат, „молекуларни доживувања“.

Почетните ефекти се со појава на непријатни чувства на исчекување, немотивиран страв со тресење, нагон за повраќање, вртоглавица, главоболка, проширени зеници. Потоа се јавува целосна конфузија на сетилата, отсуство на контрола, неможност за волево управување со постапките, чувство на бестежинска состојба. Како најдоминантен знак се промените на сетилата, како визуелни халуцинации во форма на богато колорирани пејзажи, доживување на бојата на звукот, искривени доживувања на времето, менување на вредносните системи и слично. Дејството трае со часови, а некогаш и со денови. Пост-ефектите можат да бидат многу сериозни и да доведат до развивање на психозата.

Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од халуциногени супстанции се одвива според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Посебно внимание се посветува на акутната интоксикација, особено со поголеми дози на халуциногени дроги, бидејќи постои можност од тешки квантитативни и квалитативни алтернации на свеста, кардио-респираторна и бубрежна инсуфициенција. Затоа се предлага акутните интоксикации да се третираат во посебни центри за интензивна нега и детоксикација. При изразени психотични растројства, по детоксикацијата се ординираат бензодиазепини и мали дози на невролептици. Потоа следи психотерапевтски третман во кој е вклучена и семејната терапија.

Улогата на медицинските сестри

При негата на овие болни, медицинските сестри секојдневно се среќаваат со проблеми околу заземање правилен став кон конкретен болен и кон конкретна манифестација. Должност на медицинската сестра е уште при првиот контакт, со своето однесување, да го намали стравот кај болниот, односно тој психијатриското одделение да го доживее како секое друго одделение.

Особено е важно да се провери дали пациентот поседува јаки седативи или наркотични супстанции и дрога. Уживателите на дрога се подготвени истата да ја сокриваат и на најнеочекувани места. Болните кои се во бунило, кои покажуваат агресивност, никако не смеат да се остават сами бидејќи може несвесно да се повредат

самите себе или тие што се околу нив. За сите посериозни постапки од пациентот: силни грчеви, агресивност, самоповредување, мора да се извести лекар. Психијатрските пациенти мора да бидат под редовно, непрекинато, континуирано набљудување од медицинската сестра. Овие пациенти се многу непредвидливи во своите постапки. Во некои состојби самите можат да си предизвикаат тешки повреди или пак да им предизвикаат на присутните. Без разлика на тоа, медицинскиот персонал не смее да применува било какви казни кон тие болни. Механичките фиксациони средства, кои за жал сè уште се применуваат во некои институции, треба да станат минато и нивното користење да се примени само во исклучителни состојби. Посебен проблем за неа претставуваат пациентите кои се склони кон суицид. Во денешно време, благодарение на новите лекови и современиот третман, суицидите во болнички услови се многу ретки. Секако, за ова е многу заслужен медицинскиот персонал кој со дадената нега, вниманието и постојаното следење на пациентот, не дозволува да дојде до такво нешто. Пациентите, за кои што постои сомнение дека може да направат суицид, се негуваат во посебни услови. Исхраната на најтешките психијатриски пациенти може да биде по пат на и.в., давање на специјално подготвени инфузии раствори. Покрај тоа, од особена важност претставува правилната и навремена поделба на ординираната терапија, особено во попладневните, ноќните часови и неработните денови, кога целокупната грижа околу пациентот останува на медицинската сестра. Ова е особено важно затоа што некои пациенти дадените лекови не ги проголтаат, туку ги држат во уста, под јазик и слично. Некои пациенти го користат невниманието на медицинскиот персонал, така што дадените лекови ги складираат за, во одредена прилика, да ги искористат како средство за суицид.

Прашања

1. Што предизвикуваат халуциногените супстанции?
2. Кој е најтипичен претставник на халуциногените супстанции?
3. Какви симптоми даваат халуциногените супстанции кај еден зависник?
4. Од што се состои терапијата кај зависниците од халуциногените супстанции?

4.8. Ментални и растројства на обносните заради употреба на тутун (F17)

Никотинот, основната психоактивна хемикалија во тутунот, според тоа и во цигарите, создава психолошка зависност, но не и физиолошка (при прекин со консумирање на цигари, не доаѓа до соматски синдром на повлекување во себе, каков што



предизвикуваат дрогата или алкохолот). Никотинската зависност започнува тогаш кога се пуши редовно. Колку подолго се пуши, колку повеќе цигари се трошат на ден, толку е потешко и откажувањето од цигари.

Пушачите стануваат зависници на три различни начини. Тие може да пушат од навика, како одговор на некои чувства, или може да се физички зависници од никотинот кој се наоѓа во чаdot на цигарите.

- Луѓето кои пушат заради навика, најмногу пушат во одредени ситуации. Овие луѓе пушат автоматски, без да се свесни за тоа и без вистинска потреба за цигара;
- Други луѓе пушат повеќе кога се под стрес, кога се нервозни, нерасположени или пушат од злодеиност. Нивната потреба за цигара е поттикната од потребата за емотивна поддршка;
- Најголемиот дел од пушачите тешко се откажуваат од пушење, бидејќи стануваат физички зависни од никотинот во цигарите.

Можно е да се биде зависен на некој или на сите претходно кажани начини.

Повеќето луѓе започнуваат со пушење во тинејџерските години и остануваат редовни пушачи како возрасни. Истражувањата сугерираат дека многу малку луѓе започнале да пушат како возрасни. За жал, и покрај бројните информации за штетноста на пушењето, голем број тинејџери започнуваат да пушат. Често постои мислење меѓу младите дека пушењето е доказ за нивната зрелост која тие сакаат да ја покажат пред другите, особено пред своите пријатели. Младите ќе започнат со пушење ако пушат нивните пријатели, или ако страдаат од чувство на несигурност и намалена самодоверба. Цигарите го јакнат нивното ego.

Луѓето кои се откажуваат од пушење живеат подолго од оние кои продолжуваат да пушат. Пушачите кои се откажале го намалуваат ризикот за предвремена смрт. Аргументот дека е премногу доцна да се откаже пушењето, бидејќи штетата е веќе направена, не е точен.

Денес, во многу развиени земји на пушењето се гледа како на антисоцијало



однесување, кое е ретроградно и казниво на јавни места. Во многу земји постои закон кој забранува пушење на јавни места.

Епидемиологија

Никотинската зависност, според Американскиот центар за контрола на болести, т.е. никотинот, е на првото место во светот како најмоќната супстанција што создава зависност. Околу 40-50% од македонската популација на возраст над 15 години се редовни пушачи, а во Македонија се проценува дека се конзумираат 2.310 цигари по лице годишно или тоа се околу 115,5 кутии цигари. Од вкупниот број смртни случаи во земјава, 12% се поврзани со пушењето, а процентот рапидно расте и достигнува 21% кај населението на возраст меѓу 35 и 69 години. Сè повеќе меѓу пушачите се деца и тоа на возраст од 11-12 години. Од нив околу 23% се изјасниле дека пробале цигара, а 16% дека ќе го сторат тоа

идната година. Ова се застрашувачки податоци на Светската здравствена организација и САД-центарот за контрола на болестите, со кои се алармира за штетното влијание на пушењето врз здравјето.

Епидемиолошката анализа покажала дека пушењето е причина за преку 10.000 смртни случаи во Македонија и 3,5 милиони смртни случаи во светот годишно.

Веќе е докажано дека пушењето предизвикува карцином на белите дробови, на усната празнина, ги провоцира срцевите болести, дијабетесот, мозочниот удар, а има големо влијание и за појава на респираторни инфекции.

Етиологија

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Еднаш кога личноста ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанца, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција, можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Како и кај останатите видови зависности, така и кај никотинската зависност се јавуваат симптоми кои се во состав на апстиненцијалниот синдром, кој нормално се јавува кај долгогодишните пушачи.

Може да се јави кашлица. Белите дробови се обидуваат да се ослободат од наслагите кои со години се таложеле во дишните патишта.

Често се појавува опстипација или пролив кои траат неколку дена, а може да се јават и други симптоми од страна на системот за варење.

Може да се јави главоболка, нерасположение, чувство на вознемиреност, нервоза, замор, несвестица. Сепак, овие проблеми не се јавуваат кај секого, тие се привремени и брзо исчезнуваат.

Колку подолго организмот е без никотин, толку и симптомите на апстиненција ќе бидат сè послабо изразени. Апстиненцијалните симптоми можат да се олеснат со никотински гуми за цвакање или со никотински лепенки.

Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од никотин се движи според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Тераписката програма ја комбинира психофармакологијата со конгитивно-бихејвиорална и социјална терапија:

Психофармакологија

- Никотин смола комплекс или никотин гуми како супститут на пушењето вистински цигари;
- Антидепресиви;
- Анксиолитици;
- Клонидин.

Психотерапија

- Конгитивно-бихејвиорален третман кој содржи три етапи:
 - Подготовка за апстиненција;
 - Престанок на пушење;
 - Поддршка на апстиненција.

Улогата на медицинските сестри

Ова подразбира едукација на поединецот за само-нега, односно изработка на план за само-нега со ставање на акцент на можна прифатливост од страна на болниот и неговото семејство. Затоа сестрата треба да го познава болниот, неговите интереси, желби, потреби, како и средината во која живее и работи. Овој принцип овозможува приближување на здравствената нега во домот на поединецот и семејството каде што таа се спроведува, во границите на нивните способности, економски, станбени културни и други можности. При тоа програмата за одвикнување од никотинска зависност треба да се прилагоди на способностите на пациентот и можностите на семејството, како интелектуално така и материјално. Секој пациент е посебен случај и бара посебна нега, третман и внимание. Секако дека сите овие пациенти не можат и не смеат да се негуваат на ист начин, туку секој пациент е случај за себе. Но, сепак, она што е заедничко при

негата на овие пациенти е потребата од хуман, благ и нежен пристап од страна на медицинскиот персонал, со големо разбирање и љубов кон секој човек.

Прашања

1. На кои начини пушачите стануваат зависници?
2. Кои симптоми се јавуваат кај никотинската зависност?
3. Од што се состои терапевската програма кај никотинската зависност?

4.9. Ментални и растројства на обносните заради употреба на испарливи растворувачи (F18)

По хемискиот состав тоа е многу разнородна група супстанции со заедничка особина лесно да испаруваат, поради што се погодни за инхалација, т.е. вдишување. Спаѓаат во групата на делирантни дроги кои често се користени од страна на деца помеѓу 12-16 год.

Нивните негативни „предности“ се: што се во легална продажба, лесно достапни, широко применувани, редовно присутни во домаќинствата и евтини. Во продажба се наоѓаат во вид на: аеросоли, лепила, домашни дезинфициенти, инсектициди, дезодоранси, средства за полирање мебел, бои, ацетон за нокти, растворувачи, разредувачи, бензин, плински резерви за запалки, ладен спреј за рани и др.

Се инхалираат преку крпа натопена во течност, со загревање на смесата или се ставаат во пластични ќесиња и се вдишуваат пареите.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 8 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која животна возеаст, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие

проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависноста се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Кога личноста еднаш ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Нивното дејство врз ЦНС е депресивно и делирантно. Во првите 10 минути преизвикуваат лесна еуфорија, дезихибирано однесување, екситација, чувство на секојност, доживување на визуелни и аудиотивни халуцинации, зборливост, проширени зеници и др. Една од главните карактеристики е појава на агресивно и виолентно однесување. Подоцна доминираат симптоми на депресија на ЦНС: општа мускулна слабост, поматена свест, вртоглавица, сматеност во главата, главоболка, дремливост, тремавост и сонливост, дезориентација. Често се јавува бледило околу усните со трагови од лепило, тешка апластична анемија и др. Испарливите растворувачи се токсични и за бубрезите, хепарот, кардиоваскуларниот систем, белите дробови и др. При нивна повторена злоупотреба се јавува психолошка зависност. Иако не е докажана физичка зависност, при престанок на нивно земање можна е појава на вртоглавица, мачнина, повраќање, парестезии, анорексија, агресивност и делирантни состојби. Акутната интоксикација клинички се манифестира со слика на токсична, делирантна психоза.

Дијагноза

Дијагностицирањето на злоупотреба и зависност од испарливи растворувачи се одвива според истите критериуми како и кај останатите психоактивни супстанции.

Терапија

Терапијата е речиси идентична како и кај останатите зависности и се состои од комбинација на фармаколошка и психосоцијална терапија.

Улогата на медицинските сестри

Медицинската сестра има важна улога во спроведувањето на здравствената нега кај овие пациенти. И кај нив терапијата е речиси идентична како и кај останатите зависности, се состои од комбинација на фармаколошка и психосоцијална терапија. Но, сепак, она што е заедничко при негата на овие пациенти е потребата од хуман, благ и нежен пристап од страна на медицинскиот персонал, со големо разбирање и љубов кон секој човек.

Прашања

1. Кои се негативните „предности“ на испарливите растворувачи?
2. Кои симптоми се јавуваат после употребата на испарливите растворувачи?
3. Со што се карактеризира акутната интоксикација?

4.10. Ментални и растројства на обносните заради повеќекратна употреба на дрога и употреба на други психоактивни супстанции (F19)

Во оваа група спаѓаат растројства настанати поради внесување во организмот на две или повеќе психоактивни супстанции во различни комбинации, а со цел да се променат одредени психички функции или активности на организмот. Најчесто станува збор за комбинација на алкохолни пијалаци со бензодиазепини, барбитурати и алкохол или алкохол и опијати, а поретко халуциогени во комбинација со алкохол. Како резултат на ова настанува забавување на метаболизмот на алкохолот и на психоактивните супстанции, со што нивното дејство врз ЦНС и врз останатите органи се потенцира и продолжува. Освен тоа, чести се комбинации на опијати и бензодиазепини со што не само што се потенцира нивното дејство, туку често се следат конфузни состојби. Познати се и комбинации на две психоактивни супстанции со спротивно дејство како кокаин и опијати, со цел да се изнивелира нивното дејство.

Поради нивната честа злоупотреба посебно се одвојува фенилциклидинот и сличните супстанции како што се кетаминот и тиофенскиот аналог на фенилциклидинот, кои предизвикуваат еуфорички ефекти, па затоа често создаваат зависност.

Епидемиологија

Епидемиолошките податоци за зависниците не се потполни. Се претпоставува дека бројката на регистрирани зависници треба да се помножи со 8 за да се дојде до некоја релативна бројка. Состојбата станува многу посериозна кога ќе се земе предвид фактот дека бројката на зависници секојдневно расте. Зависноста може да започне во било која

животна доба, но, сепак, најчесто започнува во доцниот пубертет или раната адолесценција.

Етиологија

Психолошко-генетички причини

Истражувањата покажуваат дека зависноста е застапена во семејствата каде што постојат регистрирани зависници. Истражувачите долго време не знаеле дали овие проблеми се резултат на семејно генетско наследство, или пак резултат на општата средина во семејството, која често вклучува родители-зависници.

Причини од средината

Научниците тврдат дека проблемите поврзани со зависностите се резултат на комплексна интеракција меѓу биолошките влијанија и факторите на средината. Факторите на средината кои можат да влијаат на развивањето на болеста се личното однесување, пријателските влијанија во раниот живот, однесувањето на родителите, социјални и културни мислења. Еднаш кога личноста ќе развие рутина за користење на психоактивна супстанција, факторите на средината заедно со физичките промени здобиени како резултат на психоактивната супстанција, можат да ја засилат постојаната употреба.

Клинички симптоми

Интоксикацијата со фенилциклидин се манифестира со нистагмуст, хипертензија или тахикардија, намалена чувствителост на болка, атаксија, дизартија, мускулна ригидност, грчеви, хипераклузија или кома.

Дијагноза

Дијагностиката и третманот на овие состојби е особено сложен и неизвесен проблем.

Терапија

Зависностите од психоактивните супстанции се мошне сложен социо-медицински проблем во чие лекување се вклучени мултипрофесионални тимови (психијатар, по потреба и други профили специјалисти, психолог, социјален работник и сл.) Лекувањето може да се реализира во болнички, вонболнички и домашни услови и се реализира во фази, секогаш максимално прилагодени на постоечките ресурси на индивидуата која е во третман. Лекувањето на секоја од фазите претставува комбинација на фармако, психо и

социотерапија, во различен сооднос. Почетокот е одбележен со терапевтски постапки за детоксикација на организмот од психоактивни супстанции, кога е доминантен фармаколошкиот третман, а следните фази на стабилизација и рехабилитација и ресоцијализација, до целосна социјална реинтеграција се реализираат низ различни форми на психо и социотерапија.

Улогата на медицинските сестри

Лекувањето може да се реализира во болнички, вонболнички и домашни услови. Колку повеќе сестрата знае за вистинските опасности од околината по здравјето и животот, како и од опасностите за кои пациентот, поради својата вера, обичаи или незнаење верува дека постојат, дотолку веројатноста е поголема да ги отстрани и контролира тие ризици. Заштитата на овие пациенти од страна на здравствениот персонал во нашето поднебје е потребна поради негативниот став на околината кон нив. Поради тоа секоја сестра треба да биде едуцирана да знае да ја загарантира на некој начин сигурноста на болниот во околината и обратно - од него на околината. Спречување на несреќите во домот на болниот, образовната институција, работната организација. Во негата на овие пациенти влегуваат и активностите кои се превземаат во текот на денот за нивно активирање во секојдневните активности и разбивање на монотијата и здодевноста. Затоа постои и т.н. работна терапија, при што пациентите добиваат одредени активности и работни задачи кои што можат да ги извршуваат, а при тоа да не се наруши нивното достоинство. Негата на овие пациенти е многу сложена. Секој пациент е посебен случај и бара посебна нега, третман и внимание. Секако дека сите овие пациенти не можат и не смеат да се негуваат на ист начин, туку секој пациент е случај за себе. Но, сепак, она што е заедничко при негата на овие пациенти е потребата од хуман, благ и нежен пристап од страна на медицинскиот персонал, со големо разбирање и љубов кон секој. Сите услуги кои сестрите ги остваруваат преку своите вештини, имаат за цел помагање на луѓето да им го подобрат здравјето, а следните фази на стабилизација, рехабилитација и ресоцијализација, до целосна социјална реинтеграција се реализираат низ различни форми на психо и социотерапија.

Прашања

1. Кои растројства настануваат како последица на психоактивните супстанции?
2. Со што се карактеризира интоксикацијата со фенилциклидин?

3. Од што се состои терапијата кај зависниците од психоактивни супстанции?

Литература

1. Antonijevic M., Bukelic J. i dr.: **Narkomanije mladih**, BIGZ, Kultura, Beograd, 1971;
2. Баншичиков Б., НеврозорваТ.: **Психијатрија**, „Медицина“, Москва, 1969;
3. Bojanin S., Radulovic K.: **Socijalna psihijatrija razvojnog doba**, Naucna kniga, Beograd, 1988;
4. Bukelic J.: **Droga – mit ili bolest**, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1989;
5. Bukelic J.: **Socijalna psihijatrija**, udzbenik za student Defektoloskog fakulteta, Zavod za udzbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000;
6. Bukelic J.: **Droga u skolskoj klupi** (II izdanje), Velarta, Beograd 1997;
7. Henderson D., Gillespie R., **Psihijatrija**, Medicinska kniga, Beograd, 1951;
8. Kalicanin P.: **Psihijatrija**, Velarta, Beograd, 1997;
9. Langeov klinicki prirucnik: **Psihijatrija** (Dijagnoza, terapija), Savremena administracija, Beograd, 1992;
10. Портнов А., Федотов Д.: **Психијатрија**, Медицина, Москва, 1974,
11. Чадловски Г.: **Психијатрија**, (том II) Просветно дело, Скопје, 2004.

Социотерапија

Славица Шекуткоска, Асс. м-р Владимир Илиевски

Социотерапијата опфаќа постапки со кои се менува однесувањето на лицето што употребува дрога, се потпомага неговото созревање и се поддржува неговата рехабилитација и реинтеграција во средината. Таа се состои од повеќе методи на групни и индивидуални техники, од советување, работа со семејствата и работа во групи, што во пракса даваат добри резултати.

Социотераписките методи (работна терапија, групи за самопомош, тераписка заедница, проширена социјална мрежа и социјални клубови) имаат за цел лицето што употребувало дрога да го вклучат во продуктивни активности и да го вратат во неговата социјална средина.

Нивната реализација се спроведува во болница, дневна болница, како и во диспанзери.

Од големо значење е ангажирањето на невладините организации во активностите за ресоцијализација на лицата кои го завршиле лекувањето поради употреба на дрога. Се прават обиди таквите лица да се вклучат во определени производни активности, во клубови и места каде што тие можат да се ангажираат во рекреативни и забавни активности со што им се помага да ја одржат апстиненцијата. Лицата што успешно го завршиле лекувањето се самоорганизираат во клубови или групи за самопомош.

Во некои земји лицата што употребувале дроги својата реинтеграција ја остваруваат преку терапевски комуни или со медитација, јога и акупунктура.

Употребата на дрога е сериозен проблем со кој, покрај лицето што ја употребува, со проблемот се соочуваат и неговите најблиски членови како и заедницата во која тој живее и работи.

Поаѓајќи од фактот дека тоа е хронично заболување кое остава бројни сериозни последици како од медицински, психолошки така и од социјален аспект, значајно е на сите проблеми да им се даде еднакво значење.

Со надминување на медицинските проблеми кои најчесто најбрзо се надминуваат (апстиненцијалните кризи), остануваат проблемите поврзани со неговото психолошко и социјално однесување, кои многу често се причина за неуспех во лекувањето.

Надминувањето на овие проблеми е долготраен процес кој бара превземање низа активности во кои треба да бидат вклучени покрај зависникот, членовите на семејството и заедницата која треба да помогне за негова социјална интеграција.

Покрај индивидуалната работа како многу значајна активност во третманот на лицата зависни од дрога е нивното вклучување во социотерапискиот процес.

Социотерапијата како метода на работа опфаќа повеќе активности кои се насочени во промени на лицето кое започнало да се лекува поради зависност од дроги.

Имајќи ги предвид промените кои се настанати од долгогодишната употреба на дрога, социотерапијата, пред сè, е насочена во промени на однесувањето на пациентот, промени во прифаќање на барањата од средината за него и неговото однесување, прифаќање на моралните норми и вредности, како и нормите на однесување наметнати од заедницата. Исто така, таа е насочена и кон неговите членови од семејството кои се значајни за неговото социјално функционирање и однесување.

За да се реализираат сите овие промени, што преставуваат еден долг процес, неопходно е да се превземат низа активности кои се наменети со една единствена цел - да му се овозможи на лицето негова социјална интеграција.

Постигнувањето на поставената цел се реализира преку *социотерапијата* која вклучува повеќе активности како:

- Работа во група каде пациентите низ групниот процес и динамика работат на себе и својот проблем преку личното искуство со членовите од групата. Споделувањето во група и размената на личните искуства во надминување на проблемите поврзани со зависноста од дрога имаат голем ефект и даваат подобри резултати кога се слушнати од лица кои поминуваат или поминале низ истите или слични проблеми. Тие им помагаат да стекнат увид за својата состојба како и да постигнат личен раст и развој;
- Преку работна терапија - промени кои се однесуваат на нивните работни навики, прифаќање на обврските и одговорноста кон нивната реализација и соочување со чувството на задоволство од нивното исполнување. Вклучувањето во вакви активности е од големо значење како во исполнување на слободното време кое до тогаш било исполнето со обезбедување средства за дрога и употреба на дрога, исто така и за оспособување со одредена работна активност која понатаму би му помогнала и да остварува одреден приход за себе;
- Преку проширена социјална мрежа која има за цел да им помогне преку поддршка и прифаќање во целиот процес на лекување кој опфаќа лекување, стабилизација и промени, со цел да се реинтегрираат во средината. Во таа насока се вклучуваат лица за нив значајни од работната средина, членови од нивното семејство или роднини и пријатели кои имаат значајна улога во остварувањето на очекуваните промени. Се работи на едукација и информација на овие за нив важни лица во насока на разбирање на болеста и сите придружни проблеми кои се поврзани со процесот на лекување. Се градат нивните капацитети за поддршка и помош во текот на лекувањето кои се неопходни низ целиот процес на лекување кој најчесто е долготраен и испреплетен со бројни проблеми-апстиненцијални кризи, рецидиви, притисоци од групата на зависници и сл.

Социјалната терапија има за цел да направи промени во нивните работни навики-вработување, оформување на образование, обврски и одговорности во семејството, емотивни промени - одговорност и грижа за нивните деца и сопруг/а, најблиските членови од семејството, бихејвиорални во однос на неговото однесување, прифаќање на моралните и правните норми во заедницата и воспоставување социјалната контрола во заедницата.

Литература

1. Vidanovic I., (1996), *Pojedinac i porodica. Naucno-istrzivacki centar za socijalni rad i socijalnu politiku*, Fakultet politickih nauka, Beograd;
2. Vidanovic I., (1991), *Metodika socijalnog rada sa pojedincom i porodicom*. Naucna knjiga, Beograd;
3. I.G.Tulevski, S.Shekutkoska, (2004), *Дрога опасен предизвик во младоста*, Скопје
4. Шекуткоска С., (2004) *Личната средина како елемент во комплексниот третман кај лицата зависни од дрога, специјалистички труд*, Институт за социјална работа и социјална политика, Филозофски Факултет, Скопје;
5. Стаменкова – Трајкова В. и Белевска Д. (2002), *Клиничка социјална работа*, Гурѓа, Скопје.;
6. Чадловски Г. и соработници (2004). *Психијатрија*, Том 1, Просветно дело, Скопје;
7. Чадловски Г. и соработници (2004). *Психијатрија*, Том 2, Просветно дело, Скопје.

5. МКБ 10, Шизофренија, шизотипија и налудничави растројства (F20 – F29)

5.1. Шизофренија (F20)

Проф. д-р Слаѓана Штркаљ Ивезиќ

Вовед

Во Интернационалната класификација на болести, шизофренијата е класифицирана во поглавјето за ментални растројства под шифра F20 (МКБ 10). Ова ментално пореметување за прв пат е опишано од Емил Крепелин, а Еуген Блеулер во 1911 година прв го нарекол шизофренија.

Типичните симптоми на шизофренијата се растројства на перцепцијата, од кои најчести се слушните халуцинации и пореметување на мислењето, делузивни (нереални) идеи или делузии, верувања кои се невозможни во реалноста. Симптомите предизвикуваат потешкотии во проценката на стварноста и несоодветното однесување кое произлегува од болеста. Поголемиот број болни доживуваат слушни халуцинации, така што слушаат еден или повеќе гласови кои упатуваат пораки, го коментираат однесувањето на заболениот,

даваат совети, разговараат за болниот за било што и/или имаат едно или повеќе неточни верувања, како на пример такви дека постои завера против нив, дека се набљудувани, следени, контролирани електронски, дека имаат некаква посебна способност, дека над нив се спроведуваат експерименти и слично. Кај шизофренијата, исто така, може да се појави и нелогичен говор, или симптоми, како пасивизација и намалување на мотивацијата, што доведува до социјална изолација и неактивност. Болеста најчесто се јавува во епизоди, кога постојат акутни симптоми како халуцинации и неточни верувања, а после епизодата може да следи потполно опоравување, но во поголемиот број случаи може сè уште да постојат активни симптоми на шизофренија и потешкотии на социјалното функционирање. Симптомите обично спонтано не се губат, а лекувањето, во најголем број случаи, доведува до губење или ублажување на симптомите и подобрување на социјалното функционирање. Лицата болни од шизофренија, особено кога болеста се случува за прв пат и кога не се лекува, често не се критични кон својата состојба, не веруваат дека се болни и покажуваат слаб увид во препознавање на знаците на болест и потребата за лекување, затоа што навистина веруваат дека тоа што ним им се случува и што го доживуваат, е вистинито. Недостатокот на увид во болеста кај еден број од заболените е континуирано присутен, и покрај лекувањето. Спротивно на некои погрешни верувања во јавноста, шизофренијата не е болест на подвоена личност и поголемиот број болни не се насилни и опасни за својата околина во својата болест. Шизофренијата најчесто се јавува во младешко доба, иако може да се појави и кај лица во средна возраст и постари луѓе. Се среќава кај лица од сите општествени слоеви, образование и во различни култури ширум светот. Подеднакво е застапена и кај машки и кај женски лица.

Епидемиологија

Инциденцијата и преваленцијата на шизофренија варираат од истражување до истражување. Според големиот број истражувања за инциденцијата, бројот на нови случаи изнесува 15,2 на 100 000 жители, а преваленцијата на бројот на заболени во определено време е значително повисока и изнесува 4-7 на 1000 лица. Ризикот за заболување од шизофренија се движи од 0,3-2,0% (Saha и сор 2003,2005, Mc Grath и сорг 2004), а најчесто цитираниот ризик за заболувањето изнесува 1%. Во однос на поранешните истражувања, кога се тврдело дека инциденцијата и преваленцијата на шизофренија се константни во сите култури, денеска има истражувања кои покажуваат дека инциденцијата и

преваленцијата се поврзани со социјалните фактори, така што тие се повисоки кај лицата кои мигрирале во урбана средина. Некои истражувања, исто така, покажуваат поврзаност на сиромаштијата со повисоките стапки на инциденција и преваленција.

Етиологија

Шизофренијата е комплексно пореметување. Денеска знаеме дека не постои единствена причина за шизофренија, туку се работи за комплексна интеракција меѓу биолошките, психолошките и социјалните фактори. Постојат многубројни теории за појавата на шизофренија, затоа овде ќе бидат наведени само најчестите.

Биолошките теории (LakhanSE, Vieira KF2009, Weinberger 1987) свое поле на истражување имаат во структурата и функцијата на мозокот во врска со симптомите на шизофренија. Иако точно не се знае што ја причинува шизофренијата, многу од сегашните истражувања имаат откриено некои разлики во работата на мозокот на лицата заболени од шизофренија во однос на лицата кои ја немаат болеста. Овие разлики се однесуваат на промените во одредени регии од мозокот во структурата, количината на невропреносниците (невротрансмитерите) и функционалната поврзаност меѓу две одредени регии на мозокот. Важно е да се напомене дека овие промени не се наоѓаат кај сите лица заболени од шизофренија, туку има висок степен на поврзаност кај голем број пациенти. **Невроразвојната хипотеза** се однесува на поврзаноста на шизофренијата со раните пренатални или перинатални оштетувања кои претставуваат предиспозиција за шизофренија подоцна во животот. Се мисли дека компликациите во бременоста доведуваат до оштетување на пролиферацијата, миграцијата и апоптоза на невроните, процеси кои се потребни за адекватен развој на централниот нервен систем или во адолесценцијата доаѓа до пореметување во процесите на формирање на синапси. Изложеноста на перинатална вирусна инфекција и лошата исхрана може да го оштети развојот на мозокот. Невролошките имиџинг техники на испитување на мозокот кај болен од шизофренија покажуваат намалување на мозочниот волумен, особено од темпоралниот кортекс, амигдалоидните делови и хипокампусот, како и зголемување на латералните комори. Се смета дека хипофункцијата на фронталниот резен е одговорна за негативните симптоми на шизофренија, додека дисфункцијата на темпоралниот резен се поврзува со халуцинациите и делузиите. Исто така се зборува за конективна дисфункција во пренесувањето на информациите, особено во фронто-темпоралната и фронто-париеталната поврзаност, како

и во пореметувањето на интегративните механизми кои овозможуваат разликување меѓу сопствените внатрешни настани и надворешните настани, така што болните лица можат да доживеат како нивниот внатрешен говор да доаѓа однадвор (Williamson 2006). Забележани се некои промени на мозокот во подрачјата одговорни за помнење и внимание (хипокампус, предниот дел на цингулум-cingulum); емоциите и социјалните врски (амигдалите) и во префронталниот кортекс, кората на мозокот и во подрачјето на фронталниот резен кој е одговорен за привремено складирање на информациите и вршењето на различните задачи, како и за емоционалната експресија. Забележани се, исто така, и промени во таламусот кој служи за филтрирање на дразбите. Ако таламусот не функционира добро, лицето може да биде преплавано со различни дразби. Забележани се неправилности во невралните кругови кои воспоставуваат врски помеѓу различните регии на мозокот и на некој начин обединуваат повеќе наброени функции. Растројствата во овие врски доведуваат до појава на симптомите на болеста. Наведените промени на мозокот, исто така, можат да направат мозокот да стане поранлив на емоционални и физички стресови. Функционалните имиџинг техники исто така довеле до хипотеза дека шизофренијата е поврзана со оштетување на меморијата и редукција на нејзиниот капацитет што, од своја страна, е поврзано со префронталниот кортекс, темпоралните регии и corpus striatum. **Генетските теории** за појавата на шизофренија се потпираат на генетските истражувања. Болеста се јавува во семејства кај кои постојат оболени со повисок ризик, но постои и во семејства каде нема податоци за претходно заболување. Направени се многубројни истражувања на гените кај шизофренија. Досега не е откриен ни еден ген кој може со сигурност да биде поврзан со развојот на болеста, туку напротив, генетските истражувања го потврдиле спротивното, дека неповолните фактори на околината се од огромно значење и мора да бидат присутни за да дојде до појава на болеста. Во општата популација ризикот за заболување од шизофренија изнесува 1:100. Колку е поблиска сродноста со заболениот, ризикот е поголем. Така на пример, ризикот за заболување за некој кој има дедо или баба заболени од шизофренија ќе изнесува 3%. Ризикот се зголемува ако лицето има еден болен родител на 10%, а кога и двајцата родители се болни, ризикот расте до 40%. Најголем е ризикот за еднојајчаните близнаци кои имаат 100% исти гени и изнесува 48%. Токму фактот што близнаците кои имаат 100% исти гени немаат во 100% од случаите шизофренија, претставува доказ дека без присуство

на други фактори од околината, нема да дојде до појава на болеста. Значи, се мисли дека гените можат само делумно да придонесат за појава на пореметувањето и затоа претставуваат биолошка вулнерабилност или подложност кон пореметувањето. Истражувани се многу гени, па се мисли дека повеќе гени би биле одговорни, кои дејствуваат синергистички. Невротрансмитерските теории на шизофренија, особено допаминските, се едни од најпопуларните.

Растројствата во количината на невротрансмитерите, без разлика дали се зголемени или намалени, го нарушува складното функционирање на мозокот и доведува до симптоми на болеста. Допаминската теорија на шизофренија е поврзана со зголемување на допаминот во мезолимбичкиот систем. Антипсихотиците кои го блокираат допаминот, значително ги отстрануваат делузиите и халуцинациите, а лековите кои го зголемуваат допаминот, како на пример Леводопа и Бромергон, кај лицата кои се во ремисија од шизофренија, можат да предизвикаат појава на халуцинации и делузии.

Намалувањето на допамин во префронталниот кортекс се поврзува со негативните и когнитивните симптоми на шизофренијата, кои го вклучуваат и проблемот со вниманието, помнењето и обработката на информациите. Исто така е најдено снижување на невротрансмитерот кој се нарекува ГАБА (гама аминокиселина) во мозокот на заболените, пониско од тоа кое е најдено кај оние лица кои не се заболени. Овој невротрансмитер се наоѓа во невроните кои се нарекуваат инхибитори, а кои помагаат во селекцијата на одговорите на дразбите. Ова снижување на ГАБА во инхибиторните неврони се одразува на работата на мозокот и причинува мозокот претерано да реагира на многу дразби и има намалена способност да избере дразби на кои ќе реагира. Исто така, можат да постојат и некои други промени во количината на други невротрансмитери кои ја стабилизираат работата на мозокот, а кои овде нема да бидат наведени.

Стресот и психосоцијалните причини (Ивезиќ, Бауман 2009)

Стресот, сам по себе, не предизвикува шизофренија, но може да влијае симптомите на болеста да се појават или да се влошат ако болеста веќе се појавила. Чувствителноста на стрес, или теоријата за стрес-вулнерабилност, денеска е широко прифатена во разбирањето на појавата на психотичните растројства. Се однесува на различни стресни ситуации од околината, од биолошките, како дрога и алкохол, до емоционалните губитоци значајни за лицето: губење на работа, лошите економски услови, па сè до хроничните

психосоцијални стресови, како на пример вознемирувачки односи во семејството, социјална изолација, намалена способност за решавање на секојдневните состојби, стигмата и други. Психосоцијалните стресови најчесто продуцираат хроничен стрес кој е ризичен фактор за појава на болеста. Тешкотиите во растењето можат да бидат еден од факторите за стрес кој заедно со биолошката предиспозиција можат да доведат до развој на пореметувањето. Психолошките фактори се поврзани со специфичните тешкотии на односот спрема себе и кон светот, кои психотерапевтите ги нарекуваат објективни односи, нестабилности на механизмите на одбрана кои се вулнерабилни, па так, болниот од шизофренија покажува склоност кон панична анксиозност која поттикнува појава на психотични симптоми. Ставовите кон болеста, намалената самодоверба, срамот, негативното гледање во иднината, можат да го спречат опоравувањето од болеста, а порастот на самодовербата, способноста на соочување со проблемите на конструктивен начин, можат да поттикнат опоравување. Зголемениот ризик за појава и влошување на болеста е поврзан и со специфичната комуникација во семејството, било во поглед на претерана заштита или претерана критика.

Психобиосоцијален модел на болеста, теорија на осетливост кон стрес и протективни фактори

Менталните растројства не се само едноставни растројства на мозокот, туку се одраз на комплексност на интеракциите меѓу биолошките, психолошките и социјалните фактори поврзани со појавата, почетокот, текот и исходот на болестите. Разбирањето на болеста во контекст на психобиосоцијалниот модел ја вклучува теоријата на стрес вулнерабилноста (Zubin, Spring 1977; Zubin, Steinhauer, Condray 1992), разбирањето на психолошките, социјалните и биолошките фактори кои придонесуваат за појавата на пореметувањето, влошувањето или опоравувањето и разбирањето на терапевтските фактори на односот терапевт-пациент. Настанувањето на психичките растројства и влијанието врз состојбата после веќе развиено пореметување, се проценува во интеракција со проценката на влијанието на настаните од раниот развој, вклучува специфичен начин на доживувања, толкување и реагирање на настаните во животот, ги вклучува механизмите на одбрана, биолошките (генетска предиспозиција, претпоставени биолошки промени на мозокот) и социјалните фактори (условите на живеење, работата, комуникацијата со околината, интеракциите со другите луѓе, мрежата на поддршка, трауматските настани,

интерперсоналните односи, семејните односи). Често, психолошкото и социјалното се испреплетуваат, па психолошките и социјалните фактори некогаш се нарекуваат психосоцијални фактори. Во состав на биопсихосоцијалниот модел на настанок и одржување на болеста се гледа низ интеракцијата на биолошките, психолошките и социјалните фактори. Влијанието на овие фактори врз состојбата на луѓето кои се лекуваат, во секој поединечен случај мора да се процени индивидуално. Потребно е да се процени значењето на овие фактори на појавата и одржувањето на состојбата на болест, а постапката со влијанието на овие фактори мора да биде означена во планот на лекување. Проценувајќи го и уважувајќи го влијанието на психолошките, социјалните и биолошките фактори, полесно ќе се разбере сложеноста на одредената состојба, и ќе му се објасни на пациентот поради што му требаат лекови, психотерапија и психосоцијални постапки, или му е потребно сето ова заедно. Отворениот разговор со пациентот, кој вклучува разбирање на неговата состојба на темел на психобиосоцијалниот модел, може да ја подобри неговата соработка во лекувањето. Денеска знаеме дека мозокот реагира на биолошки, психолошки и социјални фактори и дека поделбата на биолошко, психолошко и социјално, односно занемарувањето на влијанието на било кој од овие фактори е неоправдано и има штетни последици при лекувањето на пациентот. Во разбирањето на интеракцијата меѓу биолошките и психосоцијалните фактори од корист е и теоријата на осетливост кон стрес. Оваа теорија (Zubin, Spring 1977) го објаснува односот меѓу биолошката предиспозиција (вулнерабилноста) за психотични растројства и стресорите од околината. Неповолната интеракција како последица може да има почеток или влошување на болеста. Секојдневните мали стресори можат да се акумулираат и да резултираат со тешкотии на личноста со шизофренија да ги совладува, што ќе доведе до влошување на болеста. Моделот ги разгледува протективните и ризичните фактори. Социјалните вештини, на пример, можат да бидат протективни фактори во спречувањето на влошување на болеста предизвикани со стресот, така што можат да помогнат лицето полесно да оствари супортивна мрежа што, исто така, е протективен фактор. Моделот на вулнерабилност на личноста и меѓуврските меѓу соочувањето со стресот и способноста, го објаснува почетокот, текот и исходот на симптомите и социјалното функционирање како комплексна интеракција меѓу биолошките, факторите на околината и психолошките фактори. Психобиолошката вулнерабилност може да резултира со појава на психотични симптоми

кога стресните настани во семејството или на работ ги преминуваат капацитетите на личноста да се справува со нив. Затоа, на пример, тренингот на социјалните вештини, кои ја намалуваат вулнерабилноста на личноста со зголемување на вештините и способностите, може да биде значаен фактор на стабилизација на ремисијата. Не земањето на лекови кои ја стабилизираат состојбата по биолошки пат, или земањето на дрога, може да ѝ наштети на биолошката основа на пореметувањето, да биде ризичен фактор и да доведе до влошување. Ниското самопочитување, тешкотиите во контролата на анксиозноста во комбинација со надворешните стресори, како што се, на пример, напнатоста во семејството и злоупотреба на дрогата, исто така претставуваат ризик за влошување на состојбите, со тоа што влијаат на симптомите на болеста, когнитивниот, емоционалниот и социјалниот дефицит кој ќе доведе до тешкотии во социјалното и работното функционирање. Протективните фактори можат да ја зголемат способноста на личноста подобро да се справува со стресот, а вклучуваат и психофармака, психотерапија, и психосоцијални постапки; протективните фактори ја зајакнуваат способноста на личноста подобро да се справува со надворешните стресни состојби и на тој начин да го редуцира морбидитетот и неспособноста (дисабилитетот), па затоа мораат да го пронајдат своето место во планот за лекување на пациентот. Соочувањето со стресот и зајакнувањето на способноста за соочување со стресот се значителни протективни фактори. Во рамките на оваа теорија, биолошките фактори, како што е употребата на дрога и стресните настани во недостаток на капацитетот на личноста да се носи со новонастанатата состојба, можат да доведат до влошување на состојбата на болеста. Така на пример, отпуштање после долготрајна хоспитализација на пациент кој не е доволно подготвен за живот во заедница, ги надминува протективните фактори од лековите, а недостатокот на личните можности за справување со состојбата, недостатокот на социјални вештини и изостанок на социјална поддршка, можат да доведат до влошување на болеста. И кога не постои надворешен значаен стресен настан, заболениите, ако немаат доволно заштита која е поврзана со лекови, способност за совладување на стресот, вештини и социјална поддршка, можат да реагираат дури и на вообичаени барања на секојдневниот живот, кој за нив претставува стрес поради неспособноста да се справуваат со тие барања.

Психосоцијалните постапки низ развојот на вештините и подобро справување со стресот помагаат да се ублажат негативните ефекти од стресот и на тој начин

претставуваат протективни фактори, затоа што ја зголемуваат способноста за подобро справување со животните проблеми кои ја штитат личноста од негативното влијание на стресните настани. Неадекватното соочување со стресот може значително да го намали социјалното, работното функционирање и грижата за себе. Една од целите на планот за лекување е спречувањето на рецидив на болеста, при што е важно да се зголемат протективните фактори, а да се намалат ризичните. Во планирањето на лекувањето важно е препознавањето на протективните фактори, односно факторите кои можат да придонесат во одржување на состојбата на здравје и помош за да не дојде до рецидив на болеста, и тие кои се ризични фактори и кои можат да влијаат на појавата на рецидив и влошување на здравјето. Протективните и ризичните фактори треба да се идентификуваат за секој пациент поединечно.

Симптоми на шизофренија (Kaplan и Saddock 2000; Brickwood и Jackson 2001, Frangou и Murray 1996, Štrkalj Ivezić и Bauman 2009)

Разликуваме позитивни и негативни симптоми на шизофренија. Позитивните или психотичните симптоми кај шизофренија се однесуваат на болни идеи-делузивни идеи (делузии), нелогичен говор и халуцинации, а негативни симптоми се: намалена мотивација, безволност, отапување на емоционалното изразување и посиромашен говор.

Болни идеи (делузивни, налудничави идеи, делузии)

Заболените од шизофренија многу често имаат различни идеи, мисли, уверувања за кои веруваат дека се вистинити, како на пример пациентот И.Г. кој *верувал дека го користат како генетски материјал за да направат копии на неговата личност. За себе верувал дека е избран за спас на светот и за спречување на војна во светот и дека го прогонуваат многу непријатели кои не сакаат неговата мисија да успее, не сакал за тоа да му зборува никому, затоа што се плашел дека сите се поврзани во шпионски служби и работат на неговото уништување. Верувал дека го следат преку чип вграден во неговиот мозок без негово знаење. За ова не зборувал во семејството. Тие го довеле на лекување кога почнал чудно да се однесува, излегувал само во темница, престанал да се дружи со луѓето, не се јавувал на телефон, викал и се карал во својата соба, како да разговара со некого кога во собата немало никој, или со некого разговарал по телефон.*

Болните уверувања/делузивните идеи не можат да се променат со точни толкувања, треба лекување. Личноста е цврсто уверена во вистинитоста на доживувањата, иако за она

што го доживува не постојат докази. Погрешните уверувања можат да опфатат погрешни толкувања на забележувањата, или искуства кои навистина се случуваат во животот. Тогаш се нарекуваат **идеи на однос**. На пример, звукот на автомобилската труба на улица, болниот го толкува како знак кој му е упатен нему, и тоа значи дека ќе го ликвидираат или му порачуваат да внимава што прави. Многумина веруваат како содржината на телевизија, разговорот на луѓето на поминување, се однесува на нив, како спикерите или актерите го коментираат нивното однесување и испраќаат некои пораки. Други делузивни идеи можат да вклучат различни теми. Постојат голем број болни идеи, како на пример верување дека некој го следи и прогонува болниот. Тие се нарекуваат **персекуторни идеи**. Многу пациенти веруваат како некој или некоја надворешна сила управува со нивните постапки преку компјутер, како постои чип во главата кој некој им го вградил додека спие, и со помош на кој го контролираат (идеи на управување, контрола). Надворешната сила може да биде како хипноза, телепатија, рентгенски зраци, атомска енергија, компјутер и друго.

М.Ј. верувала како телепатски добива упатства од свештеникот, како тој го следи секое нејзино движење и управува со неа како да е кукла без своја волја. Еден пациент тврдел како неговиот мозок работи со помош на еден магнет кој му е вграден во главата и преку него е поврзан на космичката свест. На тој начин е управуван и поради тоа често се однесува поинаку, против својата волја. Некои идеи можат да бидат навистина комплетно невозможни и чудни, па се викаат **бизарни делузии**, како горе наведените. Пациентот може да изразува многу чудни мисли (на пример, дека е кралски посвоен син, како побегнал од смртна казна), или мисли кои се апсурдни (како има стотина деца, прима радио-пораки од вселената преку пломбата на забот).

Заболените од шизофренија и слични растројства можат да имаат преценети идеи за сопствената способност и **идеи на величина** (грандиозни идеи) и/или погрешни идеи за својот идентитет. Грандиозноста е поврзана со чувство на нереална надмоќ во однос на другите луѓе. Грандиозните идеи, идеите на *величина* (*мегаломанија*), се однесуваат на уверување како личноста е од голема важност, верување како е специјална, посебна, надарена, талентирана, со единствени способности, сила или моќ, иако тоа не е така во реалноста. Грандиозноста може да биде изразена во поблага форма, па може да изгледа како обично фалење или преценување на способноста, па до сосема јасни грандиозни идеи, нереални уверувања за супериорност, вклучувајќи ги и делузиите за изразени

способности, богатство, знаење, слава, моќ и морални вредности. Така, заболените можат да тврдат дека имаат способност да лекуваат луѓе. Можат да ги прочитаат другите, и слично, што се нарекува преценети идеи, а кога идеите за сопствената способност примаат сосема погрешни верувања кои се очигледни на сите други луѓе, на пример кога личноста тврди дека е познат пејач, актер, дека е од племенско потекло, и слично, тогаш се нарекуваат идеи на величина или грандиозни идеи. Грандиозните идеи можат да бидат поврзани со идеи за друг идентитет, кога личноста мисли дека е некој друг, на пример славна личност, историски важна личност или личност од политичкиот и медиумскиот живот, идеите за идентитет не мора да бидат поврзани со грандиозност. Така на пример, личноста може да мисли дека родителите не ѝ се вистински родители, и слично.

Соматските делузивни идеи постојат кога лицето има погрешни верувања за функционирањето на телесните органи, кои не се дел од незнаење, туку тоа е болно уверување. Незнаењето лесно може да се промени со давање точни информации, додека за болните идеи треба лекување. *Еден пациент тврдеше дека телото му е променето, главата му се издолжила, утробата му е извртена наопаку, од другата страна. Еден друг пациент тврдел дека околу срцето има обвивка од олово, а дека на местото на срцето има некоја вода и дека срцето му исчезнало. Интернистичкиот наод потврдил дека нема никакви срцеви болести, но тоа не му помогнало, уверувањето се повлекло откако започнало лекувањето.*

Нелогично мислење

Мислењето и говорот кај заболените од шизофренија можат да бидат променети на начин така што говорот станува тешко разбирлив, а мислењето нелогично, додека заболениот не го забележува пореметувањето.

Пореметувањето во мислењето и говорот се однесува на прекини во мислите или уфрлување во текот на мислите, што како последица има неповрзан или неважен говор и неологизми (зборови кои ги има измислено пациентот). Говорот може да биде неразбирлив затоа што пациентот скока од тема на тема, без логичка поврзаност. Ваков говор е последица на пореметување во мислењето, кое може да биде неповрзано со полно нелогични конструкции на речениците, следено од детали кои не се важни или со нагла промена на темите, искривена граматика и користење на празни повторувани стереотипни изрази.

Еден пациент на прашањето дали другите луѓе можат да знаат што мисли тој, одговорил дека сè е добро и сè ќе биде добро, што значи дека не одговорил на прашањето, туку дал одговор кој не е поврзан со прашањето. Еден друг пациент, на прашањето како би го опишал своето расположение, одговорил: „Кога бев дома, бев дома, малиот, русокосиот дојде и си отиде, а јас сум Господ тука и тоа во Врапче, јас сум цвет, благ и ветренце“. На прашањето дали слуша гласови, еден пациент рекол: „Знаете, сето тоа е така, ми се мати во главата, свеста е тука, морам да одам дома, сончев ден е, косата не ми е измиена, свеста е моќ, родителите ќе дојдат, повикајте ја мајка ми, знаете, постои централен мозок, тој вербегира“. (Нема објаснување за овој израз кој е негов сопствен збор кој го нема во речникот).

Халуцинации

Халуцинациите се однесуваат на погрешна перцепција. Слушните халуцинации особено често се јавуваат кај шизофренијата, иако и другите видови халуцинации можат да бидат присутни, но обично се многу поретки. Илузијата е крива перцепција или погрешна интерпретација на реалната дразба на нашите сетила. За разлика од нив, халуцинациите кои се симптом на болеста, се јавуваат во будна состојба и се работи за погрешна перцепција без соодветна дразба на сетилото, кога лицето слуша, мириса, гледа и на кожата чувствува доживувања кои навистина не се предизвикани со надворешни дразби и кои другите луѓе кои се со лицето во истата просторија не ги доживуваат. Понекогаш луѓето мислат дека слушнале како некој ги вика, но тоа е различно од гласовите кои ги слушаат лицата кои имаат шизофренија.

Слушните халуцинации се многу типични за шизофренија, кога се јавуваат гласови кои му се обраќаат на пациентот во прво лице, или кога разговараат повеќе гласови. Може да се работи за гласот на Господ, ѓаволот, соседот, за препознатливи гласови. Содржината на она што се слуша може да биде разбирлива и неразбирлива. Многу често има повеќе гласови кои разговараат и зборуваат за некого во трето лице како за неа или за него, го коментираат однесувањето на пациентот, го опоменуваат, му се закануваат, го советуваат, некогаш му велат да направи нешто одредено, и слично. Заболениите можат да доживуваат дека гласовите доаѓаат од другата соба, од сидовите, некогаш доживуваат дека доаѓаат од неговата глава, од друг дел на телото, на пример од грлото или стомакот. Поголемиот број халуцинации се непријатни, иако некои болни слушаат едни или други

пријатни гласови. Болните многу често негираат дека слушаат гласови, од проста причина што за нив тоа не се халуцинации, туку реалност.

Еден пациент слушал гласови како разговараат за него и смислуваат начини да го ликвидираат. На пример, рекле: „Внимавај на него каде оди и, кога ќе излезе, тогаш ќе го...“, слушал дека некој одговара: „Добро, договорено“. Една пациентка чувствувала како има магнетофон во главата кој постојано ѝ зборува. Гласовите често биле неразбирливи, повеќе како мрморење, а некогаш биле сосема јасни. На пример, велат: „Донеси ми хартија“. Таа отишла во другата соба верувајќи дека татко и ѝ и зборува и утврдила дека родителите не ѝ се дома. Понекогаш ѝ се чинело дека гласовите доаѓаат од сидовите.

Тактилните (опипливите) халуцинации не се толку чести кај шизофренија. Тие, на пример, се почести кај некои други состојби, како кај болестите поврзани со земање дрога или алкохол.

Еден пациент често чувствувал удирање по телото на невидливи сили кои ги доживувал како болки. Видните и слушните халуцинации се значително поретки од слушните. Друг пациент видел околу себе пајажина од олово за која мислел дека доаѓа од злбните вили кои му порачувале да внимава што прави. Еден друг пациент речиси секојдневно гледал различни луѓе дводимензионално, како сенки. Верувал дека енергијата од сенките преминува на него. Еден пациент тврдел дека чувствува вкус на отров со кој секој ден го труе сопругата.

Кататоничните симптоми се однесуваат на екстремното возбудување и немирот, заземање на неприродните положби на телото во кои болните можат да стојат со часови, восочната витливост кога делови од телото можат да се виткаат како да се направени од восок, негативизмот кој се однесува на одбивање на сите барања, комплетното молчење кое се нарекува мутизам и потполното укочување и некомуницирање со луѓето кое се нарекува ступор. Кататоничните симптоми се многу ретки, можат да бидат присутни и кај некои телесни болести или после состојба на многу јака психолошка траума за човекот, и бара итна проценка од професионалци за да се започне со лекување колку што е можно порано. Кај некои заболувања може да бидат присутни **одек на мисли, одземање на мисли и емитирање на мисли**. Внесување на мисли е верување дека мислите му се

уфрлаат во главата, тоа не се сопствени мисли, тоа се нечии туѓи мисли, личноста може да верува дека тие се уфрлени со телепатија или радиобранови, радар и слично.

Еден пациент за време на состојбата која тој ја нарекувал состојба на свест и која ја минал во креветот, доживувал дека мислите му се шират, дека другите луѓе знаат што мисли тој, дека во главата му се вметнуваат различни мисли кои не се негови сопствени, тоа се мисли на различни мислители.

Одземањето на мисли е доживување дека мислите се губат, исчезнуваат од главата, па ги има помалку, така што главата останува празна и личноста е потполно блокирана за да мисли било што. Гласните мисли, или одекот на мисли, постојат кога лицето ги слуша сопствените мисли како да се озвучени, за да можат другите да ги слушнат, на пример човек ако седи блиску. *Ширењето на мислите (емитирањето на мислите)* е верување дека мислите не се приватни, дека сите луѓе можат да ги слушнат мислите на болниот, односно можат да ги читаат неговите мисли. Болниот доживува како нема повеќе приватни мисли.

Еден пациент верувал дека мислите му ги фаќа еден скриен микрофон и ги емитира преку телевизија. Една пациентка доживувала дека сите луѓе можат да ги читаат нејзините мисли, па затоа мислела дека не треба да комуницира бидејќи и така сите знаат сè.

Негативни симптоми

Во секојдневниот живот на човекот постојат осцилации во мотивацијата, интересот и енергијата. Кога не се работи за болест, овие осцилации не се големи и не го пореметуваат значајно животот на личноста, во смисол да не е во состојба да ги работи работите како: грижа за себе, работа дома, дружење со луѓето, образование и работните обврски на работа. Негативните симптоми кај шизофренијата не се дел од секојдневните осцилации, туку се состојба со подолго траење и затоа бараат лекување. Негативните симптоми се однесуваат на слабата мотивација, пасивизацијата, недостаток на иницијатива, безволност, немоќ, тешкотии или дисхармонијата во изразувањето на емоциите, сиромашен и неспонтан говор, што доведува до потешкотии во различните активности потребни за секојдневниот живот. Социјалните односи можат да бидат многу променети, личноста се изолира, се повлекува од друштвото, нема интерес за контакти, се

повлекува во својата соба. Може дури и да се запушти и да не се грижи за сопствената хигиена и чистата облека.

Негативните симптоми можат да влијаат на низа животни важни активности, како што се работа, образование, дружење, разонода, активности поврзани со дневната рутина, како грижа за личната хигиена, водење на домаќинството и слично. Поради тоа, многу од болните ќе имаат намалена мотивација за работа и учење, учество во активностите за разонода, намалена способност за уживање, незаинтересираност за активности во секојдневниот живот, како на пример облекување, одржување на станот, личната хигиена, тешкотии во создавањето и одржувањето на пријателства, интимните релации и комуникацијата. Комуникацијата може да биде многу кратка, а често е и повлекувањето од комуникација. Говорот може да биде без спонтаност и сиромашен, било заболениот да зборува малку или да е сиромашен во содржината. Многу од заболениите од шизофренија имаат тешкотии во изразувањето на емоциите, па оставаат впечаток како да се емоционално ладни и незаинтересирани за настаните, односно не реагираат на настаните кои се случуваат околу нив. Ова емоционално изразување е променето во однос на претходното однесување. Растројствата во емоциите се однесуваат на намалување на интензитетот на емоционалното доживување или израмнети емоции (тапост), која може да се девижи од минимална до изразена редукција на надворешното покажување на емоциите, така што личноста може да изгледа дека е емоционално ладна, незаинтересирана и не покажува никакви чувства. Чувствителната рамнодушност е видлива во намалената мимика на лицето, движењата, слабиот контакт со очи. Некои лица можат да имаат осет како чувствата да им се изгубиле, како да немаат чувства, не можат да реагираат, се доживуваат како емоционално тапи, апатични, сосема индиферентни на настаните, а околината може да забележи редукција на мимиките на лицето, гестови на модулација на чувствата и недостаток на иницијатива. Кај некои болни може да постои дисхармонија меѓу емоционалното изразување и идеите и мислите кои се изнесуваат, на пример, пациентот може да зборува за смрт на пријател со насмевка, а тоа стручњаците го нарекуваат неадекватен афект, затоа што кога некој зборува за тажен настан, тоа е пропратено со чувство на тага, а не веселба. Некои лица заболени од шизофренија имаат тешкотии во препознавањето на емоционалните невербални знакови на емоции, односно тешко ги разликуваат емоциите. Некои пациенти ја забележуваат оваа тешкотија во

изразувањето на емоции, додека кај други може да помине незабележано. Најблиската околина и стручњациите лесно ќе го забележат пореметувањето во изразувањето на емоции, за разлика од болниот кој не ја препознава оваа промена. Негативните симптоми можат значително да го онеспособат лицето, така на пример, болните можат да поминат време лежејќи во креветот и ништо да не работат, секоја активност може да им претставува напор, така што може да биде тешко да ги прават вообичаените рутински постапки, како лична хигиена, облекување, одење во продавница и слично. Негативните симптоми често не се препознаени како болест, туку се заменуваат со мрзливост, што често доведува до големи недоразбирања со околината и често само ја влошуваат состојбата.

Когнитивните симптоми се многу чести кај шизофренија, а се однесуваат на тешкотии во вниманието, помнењето, примањето и обработката на информациите од околината. Овие тешкотии битно го отежнуваат секојдневниот живот на болните и често се препознаени.

Во една терапевска група се водела вообичаена социјална комуникација, луѓето зборувале што правеле, каде планираат да одат, за времето, скокаат од тема на тема и бараат од Марија да се вклучи во разговорот, прашувајќи ја за плановите за викенд. Марија е збунета и не знае што би одговорила, забавено ги прима информациите, не е во состојба да се фокусира на честите промени на темите, не е во состојба да ги запамети сите информации, програмата на телевизија ѝ го одвлекува вниманието, не е во состојба да селектира што е важна информација, доживува паника и не може да одговори на едноставното прашање. Кога ѝ се повторува прашањето повторно, кога ѝ се зборува полека, што ѝ помага да го фокусира вниманието, во состојба е да даде одговор.

Тешкотиите во вниманието се однесуваат на тешкотии во фокусирање на вниманието, одржување на вниманието на тоа што го работи, а што се одразува како слаба концентрација, одвлекување на вниманието поради внатрешни и надворешни дразби, и тешкотии при задржување или префрлање на фокусот на новите дразби. Тешкотиите во концентрацијата можат да доведат до тоа болниот, на пример, да не е во состојба да издржи во некоја активност повеќе од неколку минути. Лицата со когнитивни тешкотии потешко ги препознаваат и идентификуваат дразбите од околината, потешко ги обработуваат на соодветен начин и неадекватно одговораат на информациите во однос на состојбата во која се наоѓаат. Тие имаат тешкотии да разликуваат важни од неважни

информации, да фокусираат и задржат внимание на важните информации, а не вниманието да им биде одземено од неважните дразби од околината, имаат тешкотии да ги обединат, сочуваат и искористат информациите на соодветен начин, забавено реагираат на дразбите, дури и во состојби кои се предвидливи, а тоа доведува да бидат преплавени со информации од кои не се во состојба да извлечат што е најважно. Истражувањата на когнитивните функции кај заболените од шизофренија кај некои пациенти откриле оштетувања на краткотрајното помнење кое е многу важно за снајдувањето во секојдневниот живот. Заболените со овие тешкотии нема да ја запомнат информацијата која сте им ја кажале, на пример кога е следниот контролен преглед, треба да се провери дали оваа информација е запаметена или треба да се запише, или, на пример, ќе им биде тешко да запаметат што треба да купат од продавница. Од големиот број информации кои тешко ги селектираат, ќе имаат тешкотии да го изберат однесувањето насочено кон некоја од целите, затоа што од големиот број информации не можат да ги планираат целите, се може да им се чини важно или, едноставно, не можат да ја видат целината од големиот број информации кои не можат да ги филтрираат по степенот на важност. Ако подобро би го приближиле ова пореметување, тоа може да се спореди со мелодија. Личноста не може да ја слушне мелодијата затоа што заднинската врева е посилен од самата мелодија, а нема начин да ја исклучи. Когнитивните тешкотии, исто така, можат да бидат присутни во вид на тешкотии на разбирање на апстрактните поими, па така, личноста со овие тешкотии ќе има проблеми со препознавањето на преносното значење и препознавањето на хуморот. На пример, пациентот нема да знае да го протолкува преносното значење на вообичаените поговорки кои се користат во неговата култура.

Дијагноза и диференцијална дијагноза

Симптомите на шизофренија наведени се во Табела број 1, според Меѓународната класификација на болести (МКБ 10). Докторот ќе ја постави дијагнозата на шизофренија кога лицето кое боледува од шизофренија има било кој од симптомите наведени во табелата од а) до г), или најмалку 2 симптоми наведени од е) до ж). Симптомите мора да траат упорно најмалку 10 дена. Вообичаено, заболените имаат поголем број симптоми кои, за жал, траат многу подолго време, некогаш и со години, пред да побараат помош од доктор. Затоа, раното препознавање на симптомите на болеста и што пораното лекување, се од особена важност.

Табела број 1. Дијагностички критериуми за шизофренија според Меѓународната класификација на болести (МКБ 10)

<p>а) Одек на мислите, вметнување или одземање на мисли и емитирање на мисли-личноста верува дека другите можат да знаат што мисли, дека мислите се губат, исчезнуваат од главата и мислите му се уфрлаат во главата. Може да доживува дека мислите се озвучени и дека го слуша одекот на сопствените мисли.</p>
<p>б) Делузивни идеи на управување, влијание или пасивност, кои се однесуваат на телото и на движењето на екстремитетите, или пак на специфичните мисли, постапки или чувства; и делузивно, погрешно перцепирање. (Ова се однесува на верувањето кое не одговара на реалноста дека некој управува однадвор со однесувањето на личноста и дека однесувањето не е под волна контрола на личноста).</p>
<p>в) Халуцинаторни гласови кои го коментираат однесувањето на болниот или разговараат за него, или пак друг вид на халуцинаторни гласови кои потекнуваат од некој дел на телото. (Ова се однесува на тоа дека личноста слуша гласови кои другите не ги слушаат).</p>
<p>г) Трајни делузивни идеи од друг вид, освен оние кои се наведени под а) и б), културно непримерни и сосема невозможни, како на пример за верски или политички идентитет, за надчовечка моќ и способност (како на пример управување со метеоролошките појави или комуницирање со вонземни суштества). Поради тоа што овие идеи се потполно невозможни, во реалноста се нарекуваат бизарни идеи.</p>
<p>д) Трајни халуцинации од било кој вид, следени од минливи или полуоформени делузивни идеи без јасна афективна содржина, преценети идеи или упорно јавување секојдневно, со недели или месеци. (Значи, лицето може да има различни халуцинации, како слушни, видни, мирисни, тактилни, покрај кои се јавуваат и делузивни идеи како идеи за следење, заговор, големина и слично). Афективно се однесува на пореметеното расположение, како депресија или изразено засилено расположение. Кога се присутни изразени симптоми на депресија или засилено расположение, лекарите можеби ќе постават дијагноза на шизоафективна психоза или биполарно пореметување.</p>
<p>ѓ) Прекин на мислите или уфрлување во текот на мислите, што како последица има неповрзан или ирелевантен говор или неологизми. (Ова се однесува на мислењето кое е нелогично, и говорот кој може да изгледа збркан и неразбирлив).</p>
<p>е) Кататонично однесување, како на пример возбудување, заземање на неприродна положба, восочна витливост, негативизам, мутизам и ступор.</p>
<p>ж) „Негативни симптоми“, како што се изразена апатија, сиромашен говор, тапост или несклад на емоциите, што обично причинува социјално повлекување и пад на социјалната ефикасност. Мора да биде јасно дека не станува збор за последица од депресија или нуспојава на лекови.</p>
<p>з) Доследна промена на вкупниот квалитет на некои аспекти на личното однесување кои се изразуваат како важен губиток на интерес, бесцелност, пасивност, преокупираност со себе, повлекување од друштвото.</p>

Докторот ќе дијагностицира шизофренија кога со преглед ќе открие дека постојат типични симптоми на шизофренија кои траат најмалку еден месец и кога ќе ги исклучи другите психички и телесни растројства кои можат да имитираат симптоми на

шизофренија. Растројствата кои се слични на шизофренија вклучуваат шизотипно пореметување на личноста кое се карактеризира со типично однесување, обележје на личноста кое е трајно присутно, како што е претераната сомничавост, несоодветност на изразување на емоциите, како редуција на емоционалното изразување, чудното однесување, социјалното повлекување и поблагите растројства на перцепцијата; акутните и минливи психотични растројства кога се појавуваат претходно опишаните психотични симптоми и кои траат кратко и после кои следи брзо опоравување, а во поголемиот број на случаи нема повторувани епизоди. Перзистентните параноидни растројства се карактеризираат исклучително со идеи на прогонување, нема други делузии и халуцинации.

Кај шизоафективните психози симптомите на пореметување на расположението кои вклучуваат намалено или зголемено расположение се јавуваат заедно со симптомите на шизофренија кои вклучуваат типични делузии и халуцинации, како претходно опишаните. Кај биполарните пореметување има забележителни промени на расположението кои доминираат во клиничката слика, личноста има и депресивна фаза и фаза на засилено расположение (хипоманична и манична фаза). Психотичните симптоми и промените на однесувањето кои се среќаваат кај шизофренија можат да се најдат кај некои невролошки болести, како Вилсоновата болест и хореа, и во некои форми на мултипна склероза, се среќаваат кај злоупотреба на амфетамин, како и при земање на некои дроги како ЛСД и кокаин. Конзумирањето на дрога и алкохол кои ги земаат некои заболени често е мотивирано со намалување на непријатноста, а порано може да доведе до појава на симптоми на шизофренија и да ја влоши прогнозата на болеста, ако дрогата продолжи да се зема и откако се дијагностицирала шизофренија. Важно е да се исклучат други растројства, како тумор и епилепсија, па затоа најчесто и треба да се направи ЕЕГ и КТ на мозокот, да се консултираат други специјалисти, како невролог, и да се направат други анализи потребни за исклучување на другите телесни растројства. Дијагнозата на шизофренија се поставува кога постојат типични симптоми наведени во Табела 1 и кога овие симптоми траат во тек на подолг временски период, најмалку еден месец. Не постојат лабораториски анализи вклучувајќи и невролошки имиџинг техники на мозокот кои би можеле да ја потврдат дијагнозата на шизофренија. Испитувањата како компјутеризирана

томографија (КТ) на мозокот или електромагнетната резонанца на мозокот служат да се исклучат другите болести, а не да се потврди дијагнозата на шизофренија.

Видови шизофренија

Постои поделба на шизофренијата на видови (типови) поврзани со поголема присутност на одредени типични симптоми кај заболената личност. Психијатарот ќе ја постави дијагнозата **параноиден тип шизофренија** кога кај заболениот повеќе се изразени делузиите (болните, погрешните идеи) на различни теми, како идеи на управување, најчесто со теми на прогонување кои можат да бидат здружени со идеи на величина и типични слушни халуцинации. Негативните и когнитивните симптоми кај параноидниот тип на шизофренија не се присутни или се благо изразени.

Хебефрен/дезорганизиран вид шизофренија се карактеризира со неразбирлив говор кој е последица на нелогичности во говорот и скокање од тема на тема, изразено пореметување на однесувањето како детинесто однесување, изразена возбуденост која нема врска со надворешните стимули, проблеми во однесувањето насочено кон целта, така што постојат тешкотии во изведувањето на активности од секојдневниот живот, како личната хигиена, грижа за просоторот во кој живеат. Личноста може да изгледа нечисто, да се облекува на особено чуден начин, на пример да носи повеќе капути во летно време, може да биде присутно јасно несоодветно сексуално однесување, непредвидливо и непоттикнуто од надворешните настани, возбудување, како викање и пцуење, проблеми во чувствата, како отапеност на чувствата или неадекватни чувства.

Кататоничниот вид шизофренија се карактеризира со јасни симптоми на пореметување на движењето на телото, без разлика дали постои отсуство на движења или претерана подвижност. Симптомите на моторната неподвижност со восочна витливост, кога екстремитетите можат да се свиткуваат како да се од восок, има потполна моторна укоченост. Кога личноста нема движења, тоа се нарекува ступор. Кога постои засилена моторичка активност, тогаш таа е бесмислена, затоа што не е предизвикана од надворешни влијанија. Кај заболениот може да постои негативизам кој се однесува на бесцелен отпор кон сите барања, или одржување на постојана положба на телото и покрај придвижувањата или незборување, што се нарекува мутизам. Може да постојат необични движења на завземање на положба на телото, повторување на зборови кое се нарекува ехолалија и повторување на движењата на други лица, кое се нарекува ехопраксија. Овој тип на

шизофренија е многу редок во поново време. Недиференцираниот тип на шизофренија се дијагностицира кога не постои изразена доминација на поедини симптоми, како во претходно наведените типови.

Резидуалниот тип шизофренија се дијагностицира кога заболениот имал една или повеќе епизоди на шизофренија со позитивни симптоми, а сега подолго време се присутни изразено негативни симптоми на болеста, иако можат да бидат присутни и други симптоми на шизофренија кои се помалку изразени или благи.

Кај **симплекс шизофренијата** преовладуваат симптомите наведени под s) во дијагностичките насоки за шизофренија (Табела 1). Се работи за назначен пад на социјалното функционирање во однос на состојбата пред болеста. Доминираат само негативни симптоми. Овој тип шизофренија многу е тешко да се дијагностицира и не е толку чест.

Фази на болеста

Постои продромална фаза која ѝ претходи на болеста, акутна или активна фаза на болеста, фаза на стабилизација и резидуална фаза. Ремисијата на болеста се вика состојбата кога после акутната фаза на болеста нема повеќе ниту позитивни ниту негативни симптоми на шизофренија, личноста може да се врати на ниво на функционирање пред болеста, или може да има некои благи отстапувања. Кога после акутната фаза нема да се повлечат сите симптоми на болеста, било да се работи за позитивни или негативни, фазата се вика **резидуална**. Во однос на активната фаза, овие симптоми се благо изразени.

Продромалната фаза се јавува пред да се појават типичните симптоми на болеста. Можат да бидат присутни постепени промени во расположението и однесувањето, личноста може да почне да се повлекува од социјалните контакти, чудно да се однесува, да се чувствува уморно и безнадежно, почнува да го запоставува својот изглед и личната хигиена. Овие симптоми можат да се јават и како рани знаци на предупредување откако се појавила болеста, пред појавата на повторна болест, и многу е важно да се реагира на овие симптоми за да се спречи следната епизода на болест или влошување на постоечката состојба.

Акутната фаза на болеста настанува со појава на психотични симптоми кои најчесто се развиваат како различни погрешни верувања (делузии) и халуцинации,

најчесто слушни, следени од вознемиреност, чувство на загрозеност, несоница и други симптоми. Болните поради овие симптоми не можат да се однесуваат адекватно. Во овој момент е многу очигледно дека личноста е болна, иако, за жал, тоа понекогаш е поочигледно за луѓето од околината отколку на самиот болен човек. Недостаток на увид во болеста е многу чест во акутната фаза и е причина да не се бара помош. Во тек на акутната фаза, лекувањето во болница најчесто е најсигурното место на кое може да се добие адекватно лекување.

Фазата на **стабилизација** на состојбата настанува кога акутните симптоми ќе се повлечат или се значително ублажени, така што личноста може да престојува надвор од болница. Оваа фаза може да трае со години, често ја прекинуваат фази на враќање на акутната фаза на болеста. Со сеопфатно лекување кое вклучува лекови и психосоцијални методи, ова враќање на акутната фаза на болеста може да се сведе на минимум. Истражувањата покажуваат дека кога се применуваат лекови, тренинг на социјалните вештини, психоедукација и работа со семејствата, ризикот за повторна појава на болеста опаѓа на 0-20%. Долунаведените примери ја демонстрираат првата епизода на шизофренија.

Своевремено Анте дури и уживал во тоа да слуша гласови, некои го загрижувале, не можел да открие од каде доаѓаат и зошто токму нему му се обраќаат, знаел да оди во другата соба да провери дали радиото е вклучено. Со тек на времето потполно се навикнал на гласовите. Немал друштво од пријателите, па гласовите му биле како некое друштво. Имал тежоктешки во наоѓањето на пријатели, тешко се вклучувал во друштво, иако тоа порано не му било проблем. Сега се му станало напорно. Веќе не одел на пијалак со другите студенти, што порано имал обичај. Само учел и речиси со никого не се дружел. На гласовите се навикнал, поминувал часови слушајќи што имаат да му кажат. Порано гласовите му зборувале дека ангели го чуваат, дека е божјо дете, генијалец кој ќе го спаси светот, но после почнале да му зборуваат грозни работи, дека е воен злосторник, дека ќе го затворат, ќе го убијат, да внимава каде оди и дека му се зад петици. Сето тоа било застрашувачко. Една ноќ, гласовите почнале да му викаат дека сега доаѓаат да го убијат. Анте почнал да вреска, викал на помош, некој повикал полиција, а полицијата Итна помош која го донела во болница. Набрзо дошле родителите на Анте. Докторите им објасниле дека се работи за акутна психотична епизода.

Денеска гледиштата за можноста за закрепнување после епизода на шизофренија и сличните растројства се пооптимистички отколку во поранешните години. Причините за оптимизмот се реални, затоа што се темелат на резултатите од истражувањата, текот на болеста и ефикасното лекувањето кое вклучува психофармака, психолошки и психосоцијални методи на лекување.

Прогнозата на болеста кај заболените од шизофренија е поврзана со низа фактори, како што се должината на траењето на болеста пред почетокот на лекувањето, тежината на самата болест, социјалното функционирање пред почетокот на болеста, когнитивните способности, социјалната поддршка, стресот, образованието, ефикасноста на психофармаколошката терапија, соработката во земањето на лекови, примената на психосоцијалните постапки кои вклучуваат тренинг на социјални вештини, психоедукација, работа со семејствата, помош за вработување, психотерапија и други постапки.

Неповолниот тек на болеста, исто така е поврзан со недостаток во увидот на болеста и потребата за лекување, односот меѓу пациентот, семејството и персоналот кој го лечи пациентот кој не се темели на доверба и добра комуникација, коморбидитетот со болести на зависност, недостаток на социјална поддршка и присутна емоционална напнатост и оптоварувачки комуникации во семејството, како на пример преовладувачки критизирачки или претерано заштитнички и контролирачки односи во семејството.

Значи, како ќе се развива болеста варира од случај до случај и зависи од низа фактори од кои се најважни соработката во лекувањето кое вклучува примена на лекови и психосоцијални методи на лекување.

Лекување

Лекувањето кај шизофренијата се спроведува болнички и вонболнички. Кога и да е возможно, треба да се даде предност на вонболничкото лекување и доброволното болничко лекување. Кај шизофренија можно е лекувањето да се спроведува и присилно, по строго дефинирана правна процедура од Законот за заштита на лицата со психички растројства. Во лекувањето се користат лекови и различни психосоцијални и психотераписки методи.

Психофармакотерапија (Stahl 2008, Kapur 2004, Štrkalj-Ivezić и сор 2001)

Антипсихотиците, лековите кои се користат за лекување на шизофренијата и сличните растројства, дејствуваат на нивоа на невротрансмитерите во мозокот, исто така се верува дека влијаат и на невропластичноста (создавање на нови синапси), и на тој начин помагаат мозокот подобро да функционира, што доведува до губење или намалување на симптомите на болеста. Антипсихотиците повеќе се ефективни кај позитивните психотични симптоми на болеста кои ги отстрануваат кај болниот во поголем процент.

Постојат голем број на антипсихотични лекови (Табела број 2). Сите антипсихотици се ефикасни во лекувањето на психотичните симптоми, но се разликуваат по несаканите ефекти и нуспојавите. Денеска во сите стручни клинички упатства се внесени поновите атипични антипсихотици кои имаат предност пред првата генерација на типични антипсихотици, поради тоа што предизвикуваат помалку непријатни нуспојави. Исто така се преферира монотерапија, а комбинацијата на антипсихотици доаѓа предвид само кога нема поволна реакција на монотерапијата.

Типичните антипсихотици дејствуваат обично преку допаминскиот систем, а атипичните вклучуваат други невротрансмитерски системи, како серотонинските. Антипсихотиците доведуваат до повлекување на акутните симптоми на болеста во 70-90% од случаите. Ова дејствување ќе настапи постепено во тек на 6-8 недели, или дури и порано, пациентот може да се чувствува подобро, многу од симптомите брзо се подобруваат, на пример немирот, напнатоста и несоницата. После акутната епизода на болеста се препорачува продолжување на лекувањето поради намалување на ризикот за повторна епизода на болеста. Кога се земаат лековите превентивно, ризикот за заболување е помал и изнесува околу 40%, а кога лековите не се земаат, ризикот за повторна епизода расте на 70-80%.

Лековите, исто така, имаат и некои други дејства, како на пример да дејствуваат смирувачки на напнатоста, го подобруваат спиењето, ја намалуваат агресивноста и депресијата. Изборот на лекови често зависи од симптомите на болеста кои се присутни и целокупната состојба на пациентот. Дали докторот ќе примени еден или повеќе лекови, тоа е индивидуален пристап. Многу често, лековите во акутната фаза се разликуваат од лековите во фазата на стабилизација, кога е важно да се спречи повторната појава на болеста. Во акутната фаза дозите на лековите обично се повисоки и веројатно ќе бидат применети повеќе лекови, особено за оние за смирување на вознемиреноста и спиењето.

Може да се случи првиот лек со кој е започнато лекувањето да нема поволен ефект или дури да доведе до некои несакани ефекти, па поради тоа да се замени со некој друг, или ќе се промени дозата. Лековите за смирување обично дејствуваат побрзо од тие за отстранување на психотичните симптоми, затоа се важни трпението и соработката. Односот со докторот кој ги препишува лековите е многу важен, важен е и односот на довербата, важно е и докторот да објасни како дејствува лекот.

Најчестите антипсихотици со минимални и максимални дози кои се применуваат во лекување на шизофренијата се наведени во Табела број 2, со генеричките називи без наведување на фабричките имиња на лековите. На пазарот се наоѓаат голем број лекови со иста хемиска супстанција од различни произведувачи кои носат заштитено име (фабрички називи). Дозирањето на лековите е индивидуално, постои минимална препорачана терапевска доза и максимална терапевска доза. Ефективната доза може да биде различна за различни пациенти, затоа таа се одредува индивидуално. Некогаш ќе биде потребно повеќе промени на дозите на лекот или дури и промена на лекот, за да се најде ефикасниот лек. Поголемиот број заболени ќе ги интересира колку долго ќе треба да земаат лекови. За тоа постојат некои стручни препораки поврзани со зачестеноста на пореметувањето. Ако се работи за прва епизода на болеста, па после една година дошло до потполно подобрување, може да се препорача прекин на лекувањето. Ако имало повеќе епизоди, лековите можат да се препорачаат на подолг рок. За прекин на лекувањето треба внимателно да се измери предноста и недостатокот кај секој пациент поединечно, поврзано со неговата лична состојба.

Нуспојави на антипсихотиците

За жал, освен саканите ефекти за отстранување на психотичните симптоми, антипсихотиците кај некои пациенти имаат и несакани ефекти, така што некои пациенти доживуваат многу непријатни нуспојави, како на пример екстрапираמידалните симптоми како акатизија (јако доживување на внатрешна непријатност, немир, неможност да седи на мир или да лежи во погодна положба), дистонија (неволни движења на телото), паркинсонизам (тресење, уоченост, намалување на движењата, намалена емоционална експресија), па тардивна дискинезија, која може да се појави кај некои пациенти кои долготрајно се лекувани со антипсихотици. Тоа вклучува несакани движења на некои мускули, обично мускулите на усните и јазикот, а понекогаш и мускулите на раката, вратот

и другите делови на телото. Малигниот невролептичен синдром е нуспојава која се јавува многу ретко, но е многу сериозна. Се карактеризира со појава на јако мускулно укочување, покачена температура, потење, потешкотии со голтањето, треперење, губиток на контролата на лачење на урина и столица, промена на степенот на свеста, забрзана работа на срцето, промена на крвниот притисок и друго; промени во лабораториските наоди, како на пример зголемување на белите крвни зрнца (леукоцитите) и зголемување на нивото на ензимите во крвта, креатин фосфокиназата (ЦПК).

Екстрапирамедалните симптоми почести се при земање на типичните антипсихотици, како халоперидол и флуфеназин, а скоро и да не се појавуваат кај поновата генерација на антипсихотици кои сè повеќе се препишуваат (како на пример оланзепин, рисперидон, куатиепин, зипрасидон, амисулпирид и други слични лекови), со тоа што од овие антипсихотични лекови, сепак, почести се кај рисперидонот.

Другите несакани симптоми кои можат да се појават кај примената на антипсихотици се сонливост, која може да предизвика тешкотии во секојдневното функционирање кога е присутна преку ден, замаглен вид, вртоглавица, пад на крвниот притисок, сува уста, зголемување на лачењето на плунка, пораст во телесната тежина, сексуални нуспојави, тешкотии во мокрењето и столицата, забрзана срцева работа, промени во ЕКГ, промени во крвната слика-пад на леукоцитите при клозапин, поради што при земањето на овој лек мора да се следи белата крвна лоза, зголемени нивоа на гликоза во крвта. Антипсихотиците, исто така, можат да го снижат прагот за појава на конвулзии (епилептички напади), да предизвика појава на млеко во дојките (галактореа), престанок на менструалното крварење или пореметување на менструалниот циклус (аменореа, олигоменореа), кожни реакции како исип, пораст на хепаталните ензими, окулистички тешкотии и друго, што исто така може да влијае на вниманието и помнењето. Антипсихотиците можат да ги отежнат менталните и физичките способности и времето на реакција кое е потребно за возење автомобил или управување со други машини/машинерија, затоа треба да се избегнуваат тие активности ако лековите дејствуваат успивачки. За способноста за возење треба да се разговара со лекар. Повеќето нуспојави се благи и можат лесно да се отстранат или со снижување на дозата на лекот или со премин на некој друг лек. Денеска има голем број расположиви антипсихотици кои можат да бидат применети во лекувањето, така што постои голема можност да се избере

лек кој, од една страна дејствува на отстранувањето на симптомите на болеста, но од друга страна не предизвикува нуспојави или ги сведува на ниво на толеранција.

Нуспојавите најчесто се појавуваат на почетокот на терапијата, а потоа се повлекуваат и со време можат и да исчезнат. Ретко се сериозни како малигниот невролептички синдром и агранулоцитозата при земањето на клозапин. Некогаш треба да се донесе одлука и за тоа дали користа од земањето на лекот е поголема од непријатноста која ја носи нуспојавата. Секогаш кога постои дилема во врска со земањето на лекови, треба да се размисли за предностите и недостатоците од земањето на лекот. Кога болните имаат несакани нуспојави од лекот или некои симптоми кои се поврзани со нуспојавите, треба да се разговара што е можно побрзо за да се отстранат ако е можно, или со прилагодување на дозата на лекот, или со промена на друг лек, или со друга постапка. Затоа не се советува прекин на лековите поради нуспојавите без да се разговара со докторот кој го препишал лекот. Многу пациенти после прекинување на земањето на лекот доживуваат враќање на симптомите (рецидив) и повторна хоспитализација, а многумина имаат искуство дека редовното земање на лековите може значително да ја намали потребата за хоспитализација.

Исто така, не се препорачува ненадејно прекинување на лековите од некои други причини, постапното намалување на дозата нема да доведе до непријатни симптоми. Кога се зема лек кој е препишан поради некоја друга болест, за тоа треба да биде информиран својот доктор, за да не дојде до несакани реакции поради интеракцијата на лековите.

Табела број 2. Антипсихотици

Антипсихотици од постара генерација (типични)	Вообичаени дневни дози во милиграми (mg)
Flufenazin	5-15 mg
Levomepromazin	150-500 mg
Promazin	
Haloperidol	5-15 mg
Антипсихотици од понова генерација (атипични)	Вообичаени дневни дози во милиграми (mg)
Sulpirid	800- 1800 mg

Amisulpirid	300-1200 mg
Klozapin	200-900 mg
Risperidon	4-6 mg
Olanzapin	10-20 mg
Quetiapin	300-600 mg
Sertindol	12-20 mg
Ziprasidon	80-160 mg

Психосоцијални методи и рехабилитација

Рехабилитацијата е свртена кон изградба на вештини потребни за секојдневен живот и работа во заедницата, а се темели на принципите на опоравување и оснажување, ја поттикнува автономијата на болниот со поттикнување на способноста за работа и, намалувајќи ја неспособноста - ја подобрува самодовербата, социјалното функционирање и квалитетот на животот (Lieberman 2008, Roberson i sur 2006, Štrkalj Ivezić i sur 2010).

Различните психосоцијални постапки кои се применуваат поединечно или се планираат во состав на програмите за рехабилитација и кои вклучуваат поголем број постапки, се покажале како ефективни во лекувањето на многуте тешкотии кои се јавуваат кај заболените од шизофренија и заедно со лековите претставуваат оптимално лекување кое се препорачува денеска.

Најчесто користените психосоцијални методи вклучуваат: тренинг на социјални вештини, водење на случај (case management), едукација за болеста, работа со семејствата и друго.

Тренинг на социјалните вештини (Bellack 1997, Heinsen 2000) е психосоцијална постапка која се користи во лекувањето на различните растројства, а најмногу е користена и истражувана за подрачјето на шизофренија и другите растројства со психоза. Особено е структуриран во однос на потребите на лицата со ментални растројства кои се социјално дисфункционални, па имаат цела низа тешкотии да остварат самостоен живот, почнувајќи од основната грижа за себе до посложените интеракции со луѓето и исполнување на други различни улоги. Целта е, со помош на бихејвиорална техника на учење, да му се помогне на пациентот да научи низа вештини кои му се потребни за да го подобри своето функционирање во заедницата. Социјалните вештини претставуваат научени форми на

однесување, односно извежбани способности. Социјалните вештини се групи на вештини кои им се потребни на луѓето како би биле што е можно подобри во интеракциите и комуникацијата со другите луѓе, а се мисли дека лицето е социјално вешто во зависност од степенот во кој ќе комуницира со околината. Со комуникација болниот ќе ги оствари своите потреби, права и желби, додека на личен план ќе допринесе за воспоставување успешни односи и поголемо лично задоволство. Целта на тренингот на социјалните вештини е подобро снаоѓање и функционирање во секојдневните состојби. Начините на учење вклучуваат учење по модел (можат да се користат и видео записи, филмови или литературни дела), демонстрирање од страна на терапевти, играње на улоги или игри). Тренингот на социјалните вештини во реалните животни ситуации покажал најдобри резултати.

Едукацијата за болеста (Štrkalj Ivezić 2011) вклучува елементи на едукација и психотерапија. Се работи за процес низ кој пациентите разбираат што е можно повеќе за психичката болест врзана за симптомите, лекувањето, превенцијата од рецидив. Целта е да се „засили“ - пациентот да доживува дека е во позиција да влијае на својата ситуација, наместо да има чувство дека е на милост и немилост препуштен на болеста. Во едукацијата е особено важно да се препознаат раните знаци на влошување на болеста и заедно со експертите да се направи план за превенција од влошување. Едукацијата врзана за подучување за принципите на здрава исхрана и физичка активност корисна е како психосоцијална метода која влијае врз квалитетот на животот воопшто, особено врз доброто чувство и задоволство, осигурува корисна физичка активност која помага во поткревање на енергијата и одржување на здравјето. Истражувањата покажале дека лицата со шизофренија имаат зголемен ризик за телесни болести. Лековите кои ги земаат за лекување, исто така можат да предизвикаат нуспојави, како зголемување на телесната тежина, па здравите стилови на живеење можат да бидат добра превентивна стратегија.

Работа со семејствата (Kuipers i sur 1992, Štrkalj- Ivezić i Martić -Biočina 2010., Natfield 1990, Faloon i sur 1982): се одвива индивидуално или во група. Може да вклучува едукација за болеста, работа на подобрување на комуникацијата во семејството или и едното и другото. Информациите за болеста можат да помогнат членовите да ги променат своите ставови за психичката болест кои можат да бидат пречка за пружање поддршка на болниот член. Цел на работата со семејството е да се оптимизираат капацитетите на

членовите на семејството за потпора на болниот член, како и добивање помош за себе кога тоа им е потребно. Истражувањата во семејствата со член кој се лекува од шизофренија и слични растројства покажале дека однесувањето поврзано со претераната критика и претераната заштита кон заболениот член е поврзано со зголемен ризик за појава на психотичка епизода, затоа препознавањето на неповолната комуникација во семејството може да дејствува превентивно на рецидив од болеста. Во работата со семејствата можат да се идентификуваат различни други однесувања кои можат да бидат поврзани со влошување на заболениот член на семејството кое бара терапевтско внимание.

Координирано лекување/ Case mangment (водење на случај) (Kanter 1989, Bachrach 1992, Anthony i sur 1993, Inataglia i sur 1982, Camberlen i Rapp 1999) е форма на специјализирана психијатриска практика развиена во земјите кои имаат развиена психијатрија во заедницата, а се однесува на лекување на болните со психотични растројства. Координираното лекување е пристап во лекувањето на лицата кои имаат долготрајни тешкотии поврзани со опоравувањето од психотичните растројства како шизофренија и биполарното заболување. Вклучува сеопфатна проценка на здравствените и социјалните потреби, координацијата на различните услуги во системот на службите за ментално здравје и во природната средина, на начин со кој пациентот е во центарот на вниманието, да му се помогне да ги постигне своите лични цели и да го пронајде својот личен пат на опоравување. Потпората, клучната личност во системот на координираното лекување е координаторот на програмата на лекување - менаџерот на случајот. Координацијата на лекувањето е процес во кој една личност ја презема одговорноста за долготрајното одржување на супортивната тераписка релација, независно од тоа каде се наоѓа пациентот и колку различни служби се вклучени во неговото лекување. Функцијата на координатор на лекувањето е да му помага на пациентот да го идентификува и да ги осигура внатрешните и надворешните ресурси кои му се потребни за самостоен живот во заедницата. Координаторот би требало да биде вклучен во сите аспекти на физичката и социјалната околина на пациентот, вклучувајќи го домувањето, психијатриското лекување, грижата за здравјето, привилегиите кои треба да ги има, транспортот, семејството и социјалната околина. Координаторот на програмата може да биде експерт од различни подрачја поврзани со менталното здравје, кои во различен однос, во зависност од потребите на пациентот, своите професионални способности и службите за лекување кои

се на располагање, а на темел на индивидуалната или тимската проценка на состојбата, спроведува лекување и му помага на пациентот да ги користи другите служби кои се неопходни за неговото опоравување. Кој однос меѓу терапијата и координацијата ќе биде застапен, зависи од потребите на пациентот, неговите лични капацитети да ги пронајде и користи службите, и од постоењето на различните служби во заедницата. Координираното лекување треба да осигура континуитет во лекувањето кое е индивидуално прилагодено на потребите на пациентот. Денеска е сосема јасно дека координираното лекување е важно за лекување на лицата со психотични растројства и дека ја редуцира потребата за хоспитализација.

Оспособување за работа и вработување

Професионалната рехабилитација (eng. vocationalrehabilitation) и помош при вработувањето (eng. supportedemployment) денеска се методи за рехабилитација кои ја докажале својата ефективност во бројните истражувања (Bond 1992, 1995). Потпомогнатото вработување помага во подобрување на работното функционирање кај различните ментални растројства, вклучувајќи ја и шизофренијата. Освен што ја зголемуваат работната способност, ја намалуваат психопатологијата, го зголемуваат специјалното функционирање. Работната рехабилитација е метода на рехабилитација која ги подготвува болните за работа пред да се вработат, а потпомогнатото вработување е пристап во работната рехабилитација која го нагласува вклучувањето на пациентот во компетитивното вработување кое не мора да вклучува полно работно време, базирано на интересите на пациентот и неговите способности. Во тоа вработување му се пружа постојана поддршка и тренинг како би можел да ја задржи работата. Ефикасното супортивно вработување вклучува индивидуален пристап при изборот на работа, брзо пронаоѓање на работно место во компетитивното вработување, континуирана поддршка на работа и интеграција на службите за вработување и службите за ментално здравје (Lehman 2004). Професионалната рехабилитација му пружа шанса на поединецот да стане самостоен и на тој начин да стекне самодоверба и независност. Професионалната рехабилитација се темели на пронаоѓање работа, задржување на работата и на сите чекори кои доведуваат до вработување, што значи дека лицето е добро рехабилитирано и вклучено во заедницата како би станало независен генератор на приходи. Професионалната рехабилитација е процес кој овозможува пристап до вработувањето на

лицата или пронаоѓање на ново корисно занимање (професија). Професионалниот тренинг вклучува специфични вештини за тренинг низ работата.

Организирано домување (Babić i sur 2010)

Целта на лекувањето во психијатријата е зголемување на автономијата во донесувањето на одлуки за својот живот кој вклучува и место за живеење. Кај еден број на заболените од шизофренија, болеста доведува до последици од намалување на грижата за себе и неможноста за самостојно домување без помош од други лица, додека другите нерешени социјални прилики, како проблемите со домувањето или негативната семејна атмосфера, стануваат извор на постојан стрес и до зачестени влошувања на болеста.

Во овие случаи сместувањето во организирано домување со различен степен на супервизија, во зависност од состојбата на заболените, станува значаен фактор за стабилизација на состојбата. Затоа сместувањето со организирано домување е значајна социотераписка метода која со помош на промена на надворешните фактори кои се постојан извор на стрес, помага во стабилизација на состојбата. Куќите/становите за домување претставуваат дел од психосоцијалната поддршка за пациентите кои не живеат со своите семејства и на кои им треба супервизија од персоналот во средината во која живеат. Се препорачува во системот за заштита и лекување на болни од шизофренија и сличните растројства да постојат следните форми на сместување:

а) преодни рехабилитациски куќи/станови за сместување: овие форми на сместување овозможуваат сместување на пациентите после отпуштањето од болница со цел рехабилитација до трајно сместување. Вообичаеното сместување во овие куќи трае 6-8 месеци. Куќата нуди сместување и програма за рехабилитација;

б) долготрајно сместување во куќите за домување-куќите се наменети за лица со хронични потешкотии во социјалното функционирање. Должината на траење на сместувањето не е дефинирана. Куќите/становите имаат вработено и постојано присутен персонал кој осигурува помош и рехабилитација;

в) сместување во куќи/станови без постојано присуство на персонал: во становите живеат пациенти, а супервизијата од страна на персоналот е организирана со различна фреквенција, зависно од потребите на пациентот;

г) сместување во друго семејство - пациентите можат да бидат сместени во друго семејство со задолжителна континуирана супервизија од едуциран персонал за постојана проценка на адекватноста на сместувањето и грижата во здомувачкото семејство.

Стигмата и методите на борба против стигмата

Стигмата на психичките болести претставена преку негативното обележување на лицата само затоа што имаат дијагноза на психичко пореметување е една од главните пречки за опоравување од болестите. Стигмата ја намалува самопочитта и го зголемува ризикот за депресија. Типичните стереотипни ставови (Link i sur 1998, WHO 2002) ги вклучуваат верувањата дека заболените од психички болести се опасни (шизофренија и лекувани во психијатриска болница), слаби личности, сами се криви за својата болест (депресија и анксиозни растројства), неспособни за донесување одлуки, самостојност и работа (шизофренија и други психотички растројства). Овие ставови често се главна пречка за опоравување од болеста, за самостоен живот и вработување.

Методите на борба против стигмата се ориентирани кон промена на ставовите на околината и се состојат од комбинација на едукација, контакти со претставниците на стигматизираните групи и протести (Corigan i sur 2002). Едукацијата треба да ги опфати оние информации кои точните информации ќе ги спротивстават на погрешните верувања или митовите кои се изградени на темелите од предрасуди и однесувањата кои произлегле од нив. При протестите се работи за протест против стигматизирање и дискриминирање на заболените, поврзано за сите аспекти на животот вклучувајќи ги и медиумите. Секогаш е добро кога е прикажан негативниот стереотип во медиумите, спротивставен на шизофреното или реалистичкото видување.

Истражувањето на самостигматизацијата на лицата со психички болести открило дека 1/3 од испитаниците се оптоварени со стигмата која ја намалува самопочитта и го зголемува ризикот за депресија, па затоа ќе треба помош специфично врзана за овој проблем (Ritsher, Phelan 2004). Психосоцијалните методи кои го поттикнуваат оснажувањето можат да ја редуцираат самостигматизацијата, затоа треба темата за стигмата да биде вклучена во програмата на психоедукација за болеста како и кај другите постапки кои се користат во рехабилитацијата.

Психотерапија (Feinsilver и сор 1986, Štrkalj-Ivezić и сор 2010)

Психотерапијата со помош на увид во поврзаноста меѓу поранешните емоционални искуства и сегашното пореметување на однесувањето, помага пациентот да може да се види себеси и своите тешкотии на реалистичен начин, што ќе му помогне подобро да се разбере себеси и да направи промени во животот, кои ќе резултираат со губење или намалување на симптомите. Психотерапијата на симптомите на болеста гледа како на компромисна формација настаната како исход на интрапсихички конфликт и тешкотии во развојот на објективните односи (психодинамска теорија) или како резултат на дисфункционален начин на размислување (когнитивна психотерапија). Психотерапијата овозможува поинакви избори на начини на мислење, чувства и дејства за да се зголеми чувството на задоволство и за да се намали непријатноста.

Психотерапијата по пат на психолошко разбирање на симптомите на болеста, намалување на непријатноста и зголемување на толеранцијата на непријатноста, подобрување на комуникацијата, зголемување на капацитетот за комуникација, интимност и партиципација во социјалното опкружување, доведува до стабилни односи со околината, помага во изградба на критички односи кон болеста и подобра проценка на реалноста. Психотерапискиот пристап при шизофренија им помага на заболените да можат да ги разберат симптомите на болеста во контекст на сопствениот живот, во терпискиот однос меѓу докторот и пациентот, или во групата да можат да се увидат поинаквите емоционални искуства и да ги користат како корективно искуство за својот емоционален раст, да можат да научат да ја толерираат непријатноста, за да не помине таа во паника, и со тоа би била ризична за влошувањето на болеста. Психотерапискиот пристап е потребен за сите заболени од шизофренија, психодинамската терапија само на некои, додека корективната психотерапија се препорачува за работа со дисфункционалното мислење кое ги поддржува делузиите и халуцинациите.

Дека болните од шизофренија можат да се опорават и после повеќе години кога ќе се вклучи сеопфатно лекување, особено кога имаат на располагање психосоцијални методи и мултидисциплинарен тим кој спроведува лекување, покажува приказната на Звонимир пренесена од книгата Рехабилитација во психијатријата-психобиосоцијален пристап, од С. Штркаљ Ивезиќ и сор.

Пред лекувањето во Центарот за рехабилитација, за себе мислев дека сум пропаднат и уништен човек, дека мојот живот застанал затоа што сум лекуван на

психијатрија, имам дијагноза на шизофренија и морам да пијам лекови. Одлуките ги препуштав на семејството и на социјалниот работник, затоа што мислев дека така треба да биде, јас сум болен и не можам да донесувам одлуки, тие подобро знаат од мене. Така се однесуваа и тие. Поради тоа што сум болен, бев очаен, ги избегнував луѓето за да не ме прашаат нешто, се плашев дека ќе ми се потсмеваат, верував дека животот за мене е готов и дека никогаш нема да најдам девојка. Овде научив дека е многу важно тоа како јас се однесувам кон болеста. Овде научив дека вредам како личност и дека тоа нема врска со болеста. Дури почнав да размислувам дека болеста ми помогна да станам подобар, да имам повеќе разбирање за луѓето. Решив сам да управувам со својот живот, да правам работи кои би ги сакал. Мојот однос кон лековите се промени, гледам на нив како на работи кои му помагаат на мојот мозок подобро да мислам, се ослободив од непријатноста поврзана за шизофренијата, разбрав дека тоа е само болест која се лекува. Се сметам способен за работа, најдов работа и имам девојка. Задоволен сум со животот и животот ми се сврти сто насто откако го сменив мојот став кон болеста. Во Центарот научив да ги препознавам своите способности и почнав да ги ценам, тоа ме исполнуваше со гордост, исто така научив некои вештини да можам подобро да комуницирам со луѓето, да не се плашам од тешкотиите кои доаѓаат во животот, дека ќе можам да ги решам и дека ќе знам да побарам помош. Сега сам донесувам одлуки, иако често го консултирам семејството, пријателите и стручниот тим. Мојот живот навистина има смисол. И понатаму имам повремени кризи, ми се јавува страв и повремено ми се чини дека луѓето ме гледаат накриво, но сега можам да се справам со тоа, кога ќе престанам да се плашам и кога ќе побарам поддршка, повторно сè се нормализира. Тоа им се случува и на другите луѓе, тоа е дел од животот. Звонимир, 35 години, келнер.

Литература

1. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (10 МКВ 10) Klinicki opisi i dijagnostičke smjernice, Desetarevizija (WHO 1992) Zagreb: Medicinska naknada, 1999.
2. Saha S, Welham J, MacCaulay C, El-Saadi O, Chant D, et al. (2003) The incidence of schizophrenia: A systematic review. Schizophr Res 60: 49;
3. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PlosMed, 2005;2:2413-433;

4. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, et al. (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2: 13;
5. Lakhan S E , Vieira KF Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model. *Annals of General Psychiatry*, 2009, 8:12;
6. Weinberger DR: Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 1987, 44:660-669;
7. Williamson P *Mind, Brain and Schizophrenia* Oxford University Press 2006;
8. Ivezić S Bauman L *Shizofrenia Put oporavka*, Zagreb: Svitanje, 2009;
9. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R Vulnerability to relapse in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 1992 Oct.(18):13-8;
10. Zubin J, Spring B Vulnerability: A new view of Schizophrenia *Journal of Abnormal Psychology*, 1977;86: 103-26;
11. Kaplan H I, Saddock B J *Comprehensive Textbook of Psychiatry* New York: Williams&Wilkins, 2000;
12. Brickwood M, Jackson C *Schizophrenia* New York: Psychology Press, 2001;
13. Frangou S, Murray R M *Schizophrenia* London : Marin Dunits, 1996;
14. Stahl S M *Antipsychotics* Calsbad:NEI Press, 2008;
15. Štrkalj Ivezić S, Folnegović-Šmalc V.Mimica N, Bajs Bjegović M.Makarić, G, Bagarić A, Krpan I Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam) za liječenje shizofrenije Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju HLZ-a Lijec Vjesn, 2001, 123:11-12 287.9;
16. Kapur S, Mamo D Why antipsychotics are anti-«psychotic» U: McDonland C, Schulze K, Murray M R, Wright P Lonodon: Taylor and Francis, 2004;
17. Liberman R. P. *Recovery from the disability* American Psychiatric Publishing Washington DC London England, 2008;
18. Roberts G Holloway F, Davenport S, Tattan T *Rehabilitation and recovery now U:: Enabling recovery The principles and practice of rehabilitation psychiatry* Roberts G Holloway F, Davenport S, Tattan T(eds) 2006, The Royal College of psychiatrists;
19. Štrkalj –Ivezić S i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji HLZ* :Zagreb, 2010;
20. Bellack A, Mueser K, Gingerish S, Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia A step by step Guide*, New York, London : The Guildford press, 1997;
21. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A.; *Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory.*; *Schizophr Bull.*, 2000;26: 21- 46;
22. Štrkalj –Ivezić S Psihoza, shizoafektivni poremećaj, shizofrenija, bipolarni poremećaj; Psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Zagreb: Medicinska naknada, 2011;
23. Kuipers E, Leff J, Lam D *Family work for schizophrenia*, London, 1992;
24. Štrkalj- Ivezić S, Martić -Biočina S *Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji* *Medicina fluminensis* 46;2010:318-324;
25. Hatfield A *Family Educatrion in Mental Illness* New York London; The Guidford Press 1990;
26. Faloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AN *Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study* *N Engl Med* 1982; 306: 437-440;

27. Kanter J ,Clinical Case management: Definition, principles, Components Hospital and Community psychiatry, 1989; 40:361-8;
28. Bachrach L L, Case management revised. Hospital and community psychiatry, 1992;43:209-210;
29. Anthony W A, Forbes R Cohen M R Rehabilitation oriented Case mangment in Harris M, Bergman H (eds) Case mangment for mentally ill patients: Theory and practice Chur Switzerland , Harwood Academic, 1993;
30. Intagliata J, Improveing the Quality of Community care for the Chronicaly mentally Disabled : The role of Case Management Schizophr. Bull, 1982; 8:655-74;
31. Chamberlin R, Rapp C A , A decade of casemangment: A methodological review of outcome research Community Mental Health Journal, 1991;27:171-188;
32. Bond G. R., Dietzen L. L., McGrew J. H., Miller L. D. Accelerating enty into suported employment for people with severe mental disabilities. Rehab Psychl, 1995; 40:91-111;
33. Bond G., Drake R., Mueser K. T., Becker D. An Update on Supported Employment for People with Severe Mental Illness Psychiatric Services, 1997; 48:335-46;
34. Lehman A. F., Goldman H. H., Dixon L. B., Churchill R. Evidence – Based Mental Health Treatments and Services: Exsamples to Inform Public Policy, Milbank Memorial Fund, 2004;
35. Babić G,Stojanović Babić R Organizirano stanovanje U: Štrkalj –Ivezić S Rehabilitacija u psihijatriji Zagreb: HLZ, 2010;
36. Link BG, Phelan JC,Bresnahan M, Stueve A,Pescosolidu BA Public conceptions of mental illness:labels,causes,dangrounses and social distance Am J Public Health, 1998: 1328-1333;
37. World Psychiatric Association Reducing the stigma of mental illness.. The Global Programme to Fight the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia 2002 report. Chicago: World Psychiatric Association; 2002. Open The Doors; 92 pp.;
38. Rockland RH Supportive therapy: A Psychodynamic Approach New York : Basic Books, 1999;
39. Sartorius, N.; Schulze, H. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005;
40. Ivezić-Štrkalj S. Stigma Psihičke bolesti U: Štrkalj –Ivezić S Rehabilitacija u psihijatriji, Zagreb:HLZ, 2010;
41. Corrigan PW,River LP,Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski Champion J, Mathisen J,Gagnon C,Bergman M,Goldstein H, Kubiak MA Three strategies for changing attributions about severe mentall illness Schizophr. Bull, 2001: 27 :187-195;
42. Ritsher JB, Phelan JC. Internalizedstigmapredictserosionof morale among psychiatricoutpatients. PsychiatryRes. 2004; 30;129(3):257-65;
43. Slađana Štrkalj Ivezić S, Urlić I Psihoterapijski pristup i psihoterapija u liječenju psihotičnih poremećaja. U: Štrkalj –Ivezić S Rehabilitacija u psihijatriji, Zagreb:HLZ, 2010;
44. Fensilver D B (editor) Toward a comprenhensive model for Schizoiphrenic disorder Hillsdale;New Jersey, 1986.

6. МКБ 10, Растројства на расположението [Афектот] (F30 – F39)

М-р д-р Стојан Бајрактаров

Вовед

Речиси секој човек има сопствено искуство на различни расположенија, барем кратки периоди на тага, чувство дека се „долу“, или пак барем кратки периоди кога се чувствува поенергично, оптимист е на различни точки во неговиот / нејзиниот живот. Тоа е само дел од нормалната состојба да се биде човек. Сепак, постои значителен дел од населението кое има нарушувања во расположението кои не се вбројуваат во нормални. Поединци во оваа група го имаат она што клинички се нарекува „растројство на расположението“.

Иако многу луѓе го користат терминот „расположение“ со едноставна цел тоа да се однесува на нивните чувства во некој даден момент (на пример, „Јас сум денес добро расположен“), професионалците во полето на менталното здравје овој термин го користат малку поинаку. Во клиничка употреба, тој термин се користи за да се опише подолготрајна емоционална состојба што влијае на тоа како личноста се гледа себеси и го доживува надворешниот свет.

Растројствата на расположението се карактеризираат со значителни нарушувања во емоционалната состојба или расположение. Двата основни видови на растројство на расположението се депресија и манија. Така, повеќето нарушувања на расположението припаѓаат во широките категории на депресивните растројства и биполарни растројства (порано позната како „манично депресивно“ растројство).

Растројствата на расположението во значителна мерка ги нарушуваат животите на луѓето влијаејќи на нивното вкупно психосоцијално функционирање, нивната работна ефикасност, нивните релации со другите луѓе.

И според МКБ 10, овој дел ги содржи растројствата кај кои основното нарушување е промената на афектот или расположението во депресија (со или без придружна анксиозност) или во весело расположение. Промената во расположението обично е придружена со промена во вкупното ниво на активност; повеќето од другите симптоми се или секундарни или лесно се разбираат во контекстот на промената во расположението и активност. Повеќето од овие растројства имаат тенденција да се повратни, а почетокот на поединечните епизоди може често да биде поврзан со стресни настани или ситуации.

Во оваа класификација категории на растројствата на расположението се вклучени: манична епизода, биполарно афективно растројство, депресивна епизода, рекурентно

депресивно растројство и перзистентни растројства на расположението, „афектот“.

Во однос на класификацијата и дијагностицирањето на растројствата на расположението, тие се утврдуваат како униполарни или биполарни. Кога само една крајност во расположение (на пример, депресивна или манична состојба) е утврдена, односно дијагностицирана, тогаш тој тип растројство на расположението се нарекува униполарен. Дијагнозите: манична (F30) и депресивна епизода (F 32) се однесуваат на една изразена епизода на промена на расположението. Во маничната епизода се присутни најмалку следните симптоми: зголемена друштвеност, зборливост, претерана блискост, зголемена сексуална енергија и намалена потреба за спиење, идеи на величина и претерана самодоверба. Депресивната епизода е обележена со негативни или безнадежни мисли и физички симптоми, како на пример заморот. Овие епизоди можат да се јават само еднаш, и тогаш се дијагностицираат како епизода на растројство на расположението, некои пациенти имаат изолирани епизоди на депресија. Други пациенти имаат почести епизоди. Но, ако епизодите на ваков вид растројство се повторуваат, се дијагностицира како рекурентно растројство. Иако многу ретко се утврдува, и епизодите на манија можат да бидат рекурентни. Но, секако дека најчесто растројство на расположението е рекурентно депресивното растројство, кај кое се дијагностицираат повторувачки епизоди на депресивно расоложение, окарактеризирани со соодветните дијагностички критериуми. Помеѓу епизодите, пациентот може да не се чувствува депресивно или да има и други симптоми поврзани со депресија.

Биполарна депресија или биполарно растројство (понекогаш се нарекува како манично депресивно растројство), се однесува на состојба во која луѓето доживуваат две крајности на расположението. Односно, имаат и манични и депресивни епизоди. Тие наизменично доживуваат депресија („ниско“ расположение) и манија или хипоманија („високо“ расположение). Овие пациенти одат од депресија кон жестоките, абнормални височини во расположението. Манија и хипоманија се слични, но манијата обично е потешка форма и поболна за пациентот.

Дистимија е рекурентна или долга депресија која може да трае цел живот. Таа е слична на депресивното растројство на расположението, но дистимијата е хронична, долготрајна, упорна и поблага по јачина. Пациентите можат да имаат симптоми кои не се толку тешки, како силната депресија, но симптомите траат повеќе години. Се чини дека

блага форма на депресија е секогаш присутна. Во некои случаи, луѓето со дистимија исто така можат да имаат и тешка депресивна епизода на врвот на нивната дистимија и таа состојба понекогаш се нарекува „двојна депресија“.

Дијагностичките категории кои во претходните класификации беа категоризирани како „ендогена депресија“, „инволутивна меланхолија“, и „психотична депресивна реакција“, сега се инкорпорирани во депресивно растројство, како епизода или рекурентно растројство, и се дијагностицираат според тежината на клиничката слика (лесна, средна, тешка и со психотични елементи). Но, веројатно другите дијагностички категории, како на пример најчесто употребувана дијагноза во последните две децении во која еден од главните симптоми е депресивното растројство, претставува анксиозно–депресивното растројство (F 41.2), внесуваат честа забуна во дијагностицирањето. Исто така и неуроастенијата сè почесто се класифицира, односно се дијагностицира, како синдром на хроничен замор.

Етиологија

Био-психо-социјален пристап

Новите истражувања во кои биле вклучени монозиготни и дизиготни близнаци покажале дека генетската тенденција кон различните растројства на расположението, опфаќаат повеќе лица отколку што биле опфатени порано според концептот на ендодена депресија, односно дека опфаќа и луѓе кои никогаш не побарале и не добиле психијатриски третман. Иако ваквите податоци можат да изгледаат спротивни на оние кои ја ограничуваат депресијата на примарно биолошка болест, тие укажуваат на тоа дека конституционалната предиспозиција за афективна дисрегулација се јавува приближно кај едно од секои три лица. Според Акискал, тој сооднос е сличен на процентот на оние кои развиваат депресивен синдром поради жалост, или кај режус мајмуните кои развиваат депресивно однесување после разделба со друг близок мајмун, или кај кучињата кои биле соочени со безизлезна, беспомошна ситуација. Фактот дека овие стапки се значително повисоки од оние кои се регистрирани во клиничките популации, според Акискал, покажува дека многу субјекти имаат заштитни фактори (механизми) против развој на депресивна симптоматологија; тоа значи дека овие податоците укажуваат на тоа дека други фактори се одлучувачки дали лицето со емоционален стрес ќе стане клинички случај. Тука пред сè се мисли на факторите на средината, кои многу влијаат на развојот на

личноста, чии пак карактеристики можат да бидат предиктори и на појавата, но и на исходот од третманот на афективните растројства.

Ставовите на модерната наука се дека афективните растројства се предизвикани со дисфункција на неврорегулаторните системи во мозокот. Пореметувањето во системите на моноаминергичките системи, од кои како најиндикативни се сметаат серотонинот и норадреналинот, како и допаминот, се земаат како директни причинители во етиологијата и патогенезата на овие растројства. Но, секако дека како важни фактори кои ја одредуваат не само појавата, туку и текот и исходот на третманот претставуваат и карактеристиките на личноста, односно специфичностите на темпераментот и карактерот. Растројства во хормонската регулација се, исто така, ризик фактори за овие растројства, како на пример кортизолот. Растројствата во функционирањето на тиродината жлезда можат да биде причина за етиологија на афективното растројство, како во случаите на покачен ТСХ хормон.

Епидемиологија

Растројствата на расположението се меѓу најчестите ментални нарушувања во целиот свет и се причина за честа попреченост од различен вид. Според студијата на Светската здравствена организација (СЗО) „Глобален товар на болести“ (2004, 2008), униполарната депресија има голем придонес и е трета причина по честота за DALY (disabilityadjustedlifeyears) (години живеење со попреченост), односно е на прво место во високоразвиените змји, а е на осмо место во ниско развиените земји. Ако продолжи ваквиот тренд, Според СЗО, се очекува до 2020 да стане и втора по значење причина за DALY, додека во 2030 година се предвидува униполарното депресивно растројство да стане и водечка причина за DALY, следено од исхемична срцева болест и сообраќајни несреќи. Сепак, во последните децении сè подостапна стана ефикасната терапија за депресивни растројства, што може значително да влијае на овие трендови.

Крос-националните студии спроведени во текот на последните две децении даваат подетална слика во однос на растројствата на расположението во светски рамки. Депресивното растројство со поизразен вид на симптоматологија, односно она кое во светски рамки е прифатено како израз мајор (major) депресија, е релативно честа болест, со средна вредност на почетокот од втората половина на 20-30 годишна возраст и почесто заболуваат лицата од женски пол. Општо е прифатено дека помладите лица кои живеат

сами, изложени се на зголемен ризик. Биполарното растројство е помалку застапено растројство со многу помалку варијабилност во стапките ширум светот, и според повеќе истражувања се мисли дека тоа почнува нешто порано во однос на депресивните растројства, односно во првата половина на 20-30 годишна возраст. Студии за спектарот на биполарно афективни растројства, кои вклучуваат манија, хипоманија, и циклотимија, покажуваат повисоки стапки отколку за тесно дефинираното биполарно растројство. Во шест достапни студии, спроведени во САД, Унгарија, Германија и Швајцарија-животните стапки на спектарот на биполарни афективни растројства се движи од 3,0% до 6,5%. Животната преваленција на депресивните растројства е 16-17%, а преваленцијата во 6 месеци е 6%. Жените се двапати повеќе склони кон депресија, додека во однос на биполарни растројства, нема полова разлоика. Сепак, општо прифатено е дека има големи отстапувања во однос на дијагностицирањето на растројствата на расположението, особено на биполарните растројства. На пример, често се пропушта адекватно да се дијагностицираат манични епизоди во состав на биполарно растројство, делумно поради тоа што лекарите потешко се одлучуваат некој период на повисоко расположение да го класифицираат како хипоманија или манија, а ја утврдуваат дијагнозата единствено на депресивното растројство.

Опис и дијагноза

6.1. Манија (манична епизода)

Манијата обично се опишува како невообичаено и перзистентно подигнато, експанзивно или иритирачко расположение. Постојат повеќе различни видови манија – чиста манија или еуфорична манија, која е најпрепознатлива форма, а се однесува на класична акутна манична состојба (проследена со еуфорија и грандиозност). Посложени форми претставуваат дисфоричните форми на кои, според некои автори, отпаѓаат и до 40% од биполарните епизоди, кои пак се проследени со интензивни емоционални изливи, раздразливост, плачење, безнадежност, па сè до мисли за самоубиство.

Диференцијална дијагноза

Класична манија, или како што е формулирано во МКБ 10, манична епизода (F30) релативно лесно се препознава. Порано, но често и денес, погрешно се дијагностицирала, и тоа поизразените форми, со шизофрено растројство, а поблагите форми со нормалност или со нарцисоидно и социопатско растројство на личноста. Правилното поставување на

вистинската дијагноза бара внимателно проучување на историјата на болеста и однесувањето, како и соодветното феноменолошко познавање на симптоматологијата.

Опис

Лицето кое е во манична епизода многу зборува, знае да биде многу забавно и да прави многу шеги, го привлекува вниманието, има многу идеи, зборува брзо, не му треба спиење, може да има намален или зголемен апетит, има многу енергија, троши доста пари, може лесно да влегува во интимни релации со други лица... Субјективно, пациентот искусува необична смисла на секаков вид на благосостојба. Ваквото воочливо однесување кое отскокнува од нормалното, за клинички професионалец, претставува квалитативна промена на расположението и вкупното отстапување во полето на расположението, однесувањето, и размислувањето, го насочуваат дијагностицирањето на состојбата како манија (манична епизода).

Расположението кај лицата во манична епизода е покачено, проследено со еуфорично однесување и чувство на радост и среќа без видлив повод. Но, често, расположението може да биде и лабилно, кога опишаната еуфорија и радост, обично проследени со смеешење, раздвиженост, впечатлива гестикација, ненадејно се заменети со плачење, тресење, раздразливост. При вакви состојби, пациентите можат да станат исклучително нервозни и со хостилно однесување.

Мисловниот процес по форма е забрзан, со многу идеи кои бргу доаѓаат и се менуваат, но без можност да се задржи на некоја од нив, додека размислувањето и перцепцијата се невообичаено остри. Пациентот има зголемен импулс за зборување, не престанува ниту ако засипне, неговите асоцијации тешко се следат, истите се провоцирани од случајни моментални перцепции. Во мисловната содржина се следат идеи на големина, преценети идеи, може да се присутни и религиозни содржини, сè до параноидности или други делузивни содржини. Ретко може да се присутни и аудитивни халуцинации.

Маничните пациенти обично се психомоторно агитирани, дезинхибирани, импулсивни, наметливи. Тие се нападни во нивната зголемена социјална активност, што доведува до напнатост во нивните социјални релации, вербални и друг вид конфликти, често со членови од семејството, со пријателите и колегите. Тие се со зголемена вигилност и намален тенацитет на вниманието, често се движат брзо, не само од една мисла кон друга, но исто така и од едно кон друго лице, покажува зголемен интерес за секоја нова

дејност. Тие се неуморни и да се вклучат во разни активности, но со слаба проценка на реалноста, при што често влегуваат во конфликтни ситуации.

Пациентите кои се во манија, имаат намалена потреба од сон, спијат многу малку, може и да не спијат неколку дена, но, и покрај тоа, се чувствуваат многу енергично. Некои пациенти, всушност, можат да не спијат по неколку дена.

Може неконтролирано да трошат пари, да купуваат скапи непотребни работи, да даваат скапи подароци и на непознати луѓе, да се однесуваат впечатливо и непримерно на јавни места, да склучуваат штетни деловни договори, или да склучуваат брзи бракови, да се коцкаат со големи суми или да одат на скапи патувања. Често претеруваат со алкохол или со други психоактивни супстанции. Ваквото однесување често има негативни импликации врз социјалниот интегритет на личноста на пациентот.

Недостатокот на увид за својата состојба и за последиците од своето однесување, негирањето на потребата за терапија, чувството на сеоќност, ја прави маничната епизода сериозно растројство, во тек на кое често мора да се преземат разни мерки за сочувување на психосоцијалниот интегритет на пациентот, вклучително и хоспитализација.

Хипоманијата се карактеризира со помал степен на интензитет на маничната симптоматологија. Пациентот може да доживее само една хипоманична епизода во својот живот, или може и неколку кои не се со толкав интензитет за да влијаат на психосоцијалното функционирање. Меѓутоа, ако хипоманијата продолжува или се повторува, може да предизвика негативно влијание на интегритетот на личноста, особено ако остане препознаена, односно недијагностицирана и нетретирана. Хипоманијата често е недијагностицирана состојба бидејќи пациентите не се јавуваат на лекар, или пак психијатрите не ја препознаваат и не ја дијагностицираат.

Од друга страна, како исклучително тешка форма на манична епизода, најинтензивна е симптоматологијата кај маничниот ступор, која поради својата ургентност може да биде и животно загрозувачка. Оваа форма денеска е многу ретка.

Дијагностички критериуми според МКБ10

Според МКБ 10, сите поткласи на F30-манична епизода, треба да бидат употребени само за единечна епизода. Хипоманичните или маничните епизоди кај лица што претходно веќе имале една или повеќе афективни епизоди (депресивни, хипоманични, манични или мешани), треба да бидат шифрирани како биполарно афективно растројство (F31.-). Овие

епизоди според интензитетот на симптоматологијата можат да бидат класифицирани како:

6.1.1. Хипоманија (F30.0)

Ова е растројство окарактеризирано со постојано благо повишување на расположението, зголемена енергија и активност и обично изразени чувства на благосостојба и физичка и ментална ефикасност. Зголемена друштвеност, зборливост, претерана блискост, зголемена сексуална енергија и намалена потреба за спиење се често присутни, но не до таа мерка да доведат до тешко прекинување на работата или да резултираат со отфрлување од средината. Раздразливост, вообразеност и несмасни обноски можат да се појават наместо повообичаената еуфорична друштвеност. Растројствата на расположението и обносните не се придружени со халуцинации или налудничавости.

6.1.2. Манија без психотични симптоми (F30.1)

Расположението е повишено, несогласно со состојбата на пациентот и може да се менува од безгрижна веселост до речиси неконтролирана возбуда. Веселото расположение е придружено со зголемена енергија што доведува до засилена активност, притисок да се зборува и намалена потреба за спиење. Вниманието не е можно да се одржи, па често има забележлива расеаност. Себеценењето е често надуено со идеи на величина и претерана самодоверба. Загубата на нормалните социјални кочници може да доведе до обноски што се безобсирни, дрски или несоодветни на околностите и карактерот.

6.1.3. Манија со психотични симптоми (F30.2)

Покрај клиничката слика опишана во F30.1, присутни се уште и налудничавост (обично на величина) или халуцинации (обично гласови што директно му зборуваат на пациентот), или пак возбудата, претераната моторна активност и бегањето на мислите се толку изразени што лицето е несфатливо или недостапно за обична комуникација.

6.1.4. Маничен ступор (F30.8)

6.1.5. Други манични епизоди (F30.9)

6.2. Биполарно афективно растројство

Биполарното афективно растројство е веројатно едно од најчесто непознаени ментални растројства, и тоа од повеќе различни причини. Опишана пред повеќе од 2000 години, манијата е растројство кое го претставува едниот израз на растројството, додека

депресијата го претставува другиот израз. Хипоманичните состојби, како и недоволно изразените или маскираните депресивни епизоди, можат често да се сметаат и како дел од нормалното однесување на личноста, па поради тоа ова растројство е често недијагностицирано. Општо прифатено е дека поставувањето на погрешна дијагноза е еден од позначајните фактори што доведуваат до лош исход за пациентите. Дијагностичките критериуми за ова растројство покажуваат различни видови поттипови на неговата експресија, во зависност од видот и интензитетот на симптоматологијата. Покрај тоа, симптомите често се поклопуваат со оние на другите психијатриски нарушувања, вклучувајќи како од шизофрениот спектар, така и од растројствата поврзани со недостаток на внимание, како и од различни подтипови растројства на личноста.

Повеќе епидемиолошки студии укажуваат на тоа дека биполарното афективно растројство се јавува кај околу 5% од општата популација (Akiskal et al, 2000; Angst et al, 2003; Цади Akiskal, 2003), а се смета дека околу 1% од општата популација во текот на својот живот може да искуси манични епизоди. Животниот ризик за обиди за самоубиство од страна на пациентите со биполарно афективно растројство се движи од 25% до 50%, и смрт од самоубиство се јавува кај 10-15% на несоодветно третирани пациенти. Иако се смета дека почеток на болеста почнува обично пред 25 годишна возраст, почетокот на третманот во просек е обично околу 35 годишна возраст на пациентите, иако во тој период можеби често и барале помош од лекар.

Форми со рапидно менување на расположение

Формите на биполарно афективно растројство кај кои рапидно се менуваат фазите на расположение, се често состојби каде што се случува погрешно дијагностицирање. Кај овие форми се среќаваат чести фази на промени на расположението (манични или депресивни), и повеќе од 4 годишно. Во некои изразени случаи на овие форми се среќаваат и многу нагли менувања на епизодите на промени во расположението, при што, всушност, и нема периоди на ремисија, односно на еутимија. Ваквите состојби обично се јавуваат во подоцнежните фази на болеста и дури можат да попримат и т.н. *хаотична форма*, кога не може да се направи дистинкција која фаза кога настапила и каква фаза преовладува.

Погрешно дијагностицирање

Проблемите со дијагностицирањето на ова растројство се среќаваат и при

почетокот на болеста, особено ако почетокот е во адолесцентниот период - тогаш маничната, или хипоманичната епизода, можат да изгледаат како дел од нормалниот развој, додека повпечатливи се депресивните епизоди. Погрешното дијагностицирање е многу често и во случаи кога има коморбидитет, и тоа со други психијатриски растројства - како на пример со злоупотреби на супстанции, анксиозни растројства, гранично растројство на личноста, или пак и со прекумерна (зло)употреба на антидепресиви, но и во некои други медицински состојби - хипотироидизам, некои видови на тумори...(Koukouroulos et al., 2003). Сепак, најчесто дијагностицирани коморбидни растројства се панично растројство, социјална фобија и растројствата на исхраната.

Дијагностички критериуми за биполарно афективно растројство според МКБ 10

F31 Биполарно афективно растројство. Растројство што се карактеризира со две или повеќе епизоди кога нивоата на активност и расположение на пациентот се значително нарушени, при што нарушувањето во некои случаи се состои од повишено расположение и зголемена енергија и активност (хипоманија или манија), а во други случаи со спуштање на расположението и намалена енергија и активности (депресија). Повторуваните епизоди на хипоманија или само манија се класифицираат како биполарни.

F31.0 Биполарно афективно растројство, хипоманична епизода во тек

Пациентот моментално е хипоманичен и имал барем најмалку една друга афективна епизода (хипоманична, манична, депресивна или мешана) во минатото.

F31.1 Биполарно афективно растројство, манична епизода во тек без психотични симптоми Пациентот е моментално маничен, без психотични симптоми (како во F30.1), и имал барем најмалку една друга афективна епизода (хипоманична, манична, депресивна или мешана) во минатото.

F31.2 Биполарно афективно растројство, манична епизода во тек со психотични симптоми. Пациентот е моментално маничен, со психотични симптоми (како во F30.2), и имал барем најмалку една друга афективна епизода (хипоманична, манична, депресивна или мешана) во минатото.

F31.3 Биполарно афективно растројство, блага или умерена епизода на депресија во тек. Пациентот сега е депресивен, како во депресивна епизода од блага или умерена острина (F32.0 или F32.1), и имал барем најмалку една докажана хипоманична, манична или мешана афективна епизода во минатото.

F31.4 Биполарно афективно растројство, епизода на тешка депресија без психотични симптоми во тек. Пациентот сега е депресивен, како во епизода со тешка депресија без психотични симптоми (F32.2), и имал барем најмалку една докажана хипоманична, манична или мешана афективна епизода во минатото.

F31.5 Биполарно афективно растројство, епизода на тешка депресија со психотични симптоми во тек. Пациентот сега е депресивен, како во епизода со тешка депресија со психотични симптоми (F32.3), и имал барем најмалку една докажана хипоманична, манична или мешана афективна епизода во минатото.

F31.6 Биполарно афективно растројство, мешана епизода во тек. Пациентот имал барем најмалку една докажана хипоманична, манична, депресивна или мешана афективна епизода во минатото, а сега покажува или смеса, или брзо изменување на манични и депресивни симптоми. (F38.0).

F31.7 Биполарно афективно растројство, ремисија во тек. Пациентот имал барем најмалку една докажана хипоманична, манична или мешана афективна епизода во минатото, а освен тоа, уште најмалку една од другите афективни епизоди (хипоманична, манична, депресивна или мешана), но сега не страда од било кое друго значајно афективно нарушување, ниту пак страдал во текот на неколку месеци. Периодите на ремисија во текот на профилатичкото лекување треба да бидат тука шифрирани.

F31.8 Други биполарни афективни растројства

F31.9 Биполарно афективно растројство, неозначено

Третман на биполарно афективно растројство

Третманот на биполарното афективно растројство се разликува во однос на тоа дали пациентот се наоѓа во акутна фаза или во ремисија. Маничната фаза се третира со психостабилизатори (еден или комбинација во потешки случаи), и најчесто во комбинација со антипсихотици (пример olanzepine), и бензодиазепини (lorazepam или clonazepam).

Третманот на депресивната фаза вклучува антидепресив, но клиничките испитувања покажуваат дека во биполарното афективно растројство тие лекови не се толку ефикасни како во униполарното депресивно растројство. Најчесто се користи комбинација на антидепресив од поновите генерации со антипсихотик од поновите генерации. (пр.флуоксетин, есциталопрам во комбинација со оланзапине).

Третман на одржување

Постигнувањето на квалитетна ремисија, превенирањето на нови епизоди на болеста, како и одбегнувањето или минимизирањето на несаканите ефекти на лековите претставуваат голем предизвик за клиничарот. Психостабилизаторите (литиум, валпроична киселина, карбамазепин) се најчестите агенсии кои се користат како терапија на одржување. Ламотригинот најмногу се препорачува во биполарни растројства каде што преовладуваат депресивните епизоди, бидејќи се смета дека има профилактично антидепресивно дејство. Други медикаменти се препорачуваат во зависност од симптоматологијата, односно од индивидуалната историја на болест (антидепресиви, антипсихотици, анксиолитици).

Она на кое се обрнува внимание во последните години, е интеракцијата на појавата на биполарно афективно растројство и дисфункција на тироидната жлезда. Многу пациенти кои примаат литиум, развиваат хипотироидизам, и многу пациенти со биполарно афективно растројство имаат идиопатска тироидна дисфункција.

6.3. Депресивни растројства

Депресивните искуства ги измачувале луѓето уште во најраната историја на човековото постоење. Описи на депресивни состојби се наоѓаат уште во старогрчките пишани текстови каде се опишани како меланхолија, што преведено од грчки значи црна жолчка. Хипократ (460 до 357 пр.н.е.) ја опишал меланхолијата („црна жолчка“) како состојба на „одбивност кон храна, безнадежност, несоница, надразнетост и вознемиреност“. Многу познати филозофи и лекари се занимавале со состојбите на меланхолија, обидувајќи се да ги разберат (пр. Аристотел). Емил Крепелин, кој се смета за еден од основоположниците на современата психијатрија, правел разлика помеѓу расположение кое е мрачно, со чувство на безнадежност во депресивната фаза во манично-депресивно лудило, со расположението кое се карактеризира со одбивност и раздразливост, како карактеристика на параноја.

За депресијата е општо прифатено дека е најраспространето психичко растројство. Светската здравствена организација (СЗО) ја класифицирала депресијата како четврта на листата на најургентни светски здравствени проблеми, предизвикувајќи поголема попреченост отколку исхемичната срцева болест или цереброваскуларната болест. Податоците од референтни истражувачи алармираат дека депресивните состојби примаат карактеристики на „епидемија“, станувајќи сè пораширени и почести дијагностицирани растројства. За тоа придонесуваат не само подигањето на свеста на луѓето, туку и

достапноста на ефикасни третмани, како и развојот на човековите здравствени ресурси во светот. Депресијата е болест на современото општество и претставува голем предизвик, не само за професионалците во областа на менталното здравје, туку и за експертите како што се социолози, психолози, педагози и др. Депресијното растројство (доаѓа од латинскиот збор *deprimere*-поттиштено, безволно, онемоштено, тапо), претставува психијатриско растројство кај кое водечки симптом е патолошки намалено расположение. Тоа се разликува од состојбите на тага или на чувство дека некои денови сме нешто „down“. Она што е карактеристично за депресивното растројство е намаленото расположение, кое мотивационо, квантитативно и квалитативно се разликува од нормалната тага.

Депресивната симптоматологија може да има различна експресија и да биде изразена не само со психички, туку и со други соматски симптоми, или комбинација од нив. Тежината на болеста особено, проследена со психосоцијална и професионална дисфункционалност, претставува голем товар не само за пациентите, туку и за нивните блиски, па и за целото општество. Се смета дека депресивните растројства се повообичаени кај жените, но од самоубиство повеќе умираат мажи отколку жени, додека обидите за самоубиство се почести кај жени.

Во рамките на афективните растројства, депресивната симптоматологија може да се јави во состав на биполарно афективно растројство, или како униполарно депресивно растројство. Тие во својата експресија на симптоматологијата може и да не се разликуваат, но третманот и приодот кон пациентот се разликува. Секако дека во третманот на депресивната фаза на биполарно афективно растројство поголемо значење ќе се даде на третманот со психостабилизатори, најчесто придружен со антидепресивен третман, но секогаш внимателно и во оптимални дози, за да не се предизвика нагол премин во манична фаза. Од друга страна, кај третманот на униполарното депресивно растројство, примарната терапија е со антидепресив, која може (дури и се препорачува) да се аугментира со психостабилизатор, но со цел првенствено за профилакса на евентуални идни депресивни епизоди.

Депресивно растројство може да се појави како една епизода или како повторливи, рекурентни епизоди, кои пак често се придружени со разни форми на резидуални симптоми, како и степени на дисфункционалност. Епизодите на болеста можат да траат и

доста долго, дури и преку шест месеци, и затоа треба да се биде трпелив со третманот. Она што е карактеристично за депресивните растројства е дека тоа е крос-културелна состојба, која се јавува во сите култури и сите нации, со одредени специфичности, иако има разлики во нејзината експресија. Многу истражувања покажуваат дека во голем број, депресијата често е придружена со анксиозни растројства, како и со растројства на личноста.

Според дефиницијата на СЗО, депресијата е често ментално растројство кое се карактеризира со чувство на тага, губење на интерес или задоволство, чувство на вина или ниско самовреднување, нарушен сон или апетит, чувство на замор и слаба концентрација.

Херeditарната оптовареност има големо значење, што се нагласува и во теориите за етиологијата на депресијата. Меѓутоа, и факторите на личноста како ризик фактори се поврзани со појавата на депресија, а психосоцијалниот стрес е многу чест тригер фактор. Како најчести ризик фактори за појава на депресивното растројство се посочуваат:

- Историја на депресивно растројство во блиск семејство;
- Претходна историја на депресивни епизоди;
- Претходна депресивна епизода;
- Депресивно растројство во семејството;
- Психосоцијален стрес (губиток на близок, егзистенционални проблеми, губиток на работно место, развод, болест);
- Предиспонирачки фактори на личноста (темперамент, карактер, негативни бихејвиор обрасци...);
- Лицата од женски пол двојно повеќе заболуваат од депресивно растројство, а особено ризичен е постпарталниот период;
- Хронична злоупотреба на алкохол или на други психоактивни супстанции;
- Долготрајни соматски заболувања;
- Низок социо економски статус.

Депресијата може да биде долготрајна или повторувачка, значително намалувајќи ја способноста на поединецот да функционира на работа, училиште или да се справи со секојдневниот живот. Како еден од најтешките исходи, депресијата може да доведе до самоубиство. Поблагите форми на депресивно растројство можат да бидат третирани без лекови, но кога депресијата е со умерена или потешка симптоматологија, состојбата треба

медикаментозно да биде третирана, како и со други видови на професионални третмани.

Дијагностички критериуми според МКБ 10

6.3.1. Депресивна епизода (F32)

Кај типично благите, умерени или тешки депресивни епизоди, пациентот страда од потиштеност, намалена енергија и опаѓање во активноста. Способноста за уживање, интересот и концентрацијата се намалени, а видлив замор е чест дури и при намален напор. Спиенето обично е нарушено, а апетитот намален. Себеценењето и самовербата речиси секогаш се намалени, па дури и во блага форма, некои мисли за вина и безвредност се често присутни. Сниженото расположение се менува од ден на ден, не реагира на околностите и може да биде придружено од т.н. „соматски“ симптоми, како губење на интересот и чувството на пријатност, утринско будење неколку часа пред вообичаеното време, влошување на депресијата наутро, изразена психомоторна забавеност, немир, губење на апетит, на телесната тежина и на либидото. Во зависност од бројот и острината на симптомите, депресивната епизода може да биде означена како блага, умерена или тешка.

Вклучува единечни епизоди на:

- депресивна реакција;
- психогена депресија;
- реактивна депресија.

Исклучува:

- растројство во приспособувањето (F43.2);
- рекурентно депресивно растројство (F33.-) кога е здружено со растројство во обносните кај F91.- (F92.0).

Следните потподелби со пет знаци се употребуваат со категоријата F32: .

- 0 не е означено како да се јавува во постнаталниот период;
- 1 се јавува во постнаталниот период.

F32.0 Блага депресивна епизода. Два или три од горните симптоми се обично присутни. Пациентот често, поради овие симптоми, страда, но веројатно ќе биде способен да продолжи со повеќето од активностите.

F32.1 Умерена депресивна епизода. Четири или повеќе од горните симптоми се

обично присутни, а пациентот, веројатно, ќе има големи тешкотии да продолжи со вообичаените активности.

F32.2 Тешка депресивна епизода без психотични симптоми. Епизода на депресија во која неколку од погорните симптоми се изразени и мачни со типично губење на самопочитта и со мисли за безвредност и вина. Чести се размислувањата за самоубиство и за самоубивствени постапки, присутни се бројни „соматски“ симптоми.

Агитирана депресија; голема депресија - единечна епизода без психотични симптоми; витална депресија.

F32.3 Тешка депресивна епизода со психотични симптоми. Епизода на депресија како што е опишано во F32.2, но со присуство на халуцинации, налудничавости, психомоторна забавеност или ступор, кои се така жестоки што вообичаените општествени активности се невозможни; може да има опасност по живот од самоубиство, дехидратација или изгладнување. Халуцинациите и налудничавостите може, но не мора, да бидат сообразени со афектот. Има единечни епизоди на: голема депресија со психотични симптоми; психогена депресивна психоза; психотична депресија; реактивна депресивна психоза.

F32.8 Други депресивни епизоди

Атипична депресија; единечни епизоди на „маскирана“ депресија.

6.3.2. Рекурентно депресивно растројство (F33)

Растројство што се карактеризира со повторувани епизоди на депресија, како што е опишано за депресивната епизода (F32.-), без каква и да било историја на независни епизоди за повишено расположение и зголемена енергија (манија). Меѓутоа, може да има краткотрајни епизоди на благо повишување на расположението и претерана активност (хипоманија) веднаш по депресивната епизода, понекогаш забрзани со антидепресивната терапија. Потешките форми на рекурентно депресивно растројство (F33.2 и F33.3) имаат многу повеќе заедничко со поранешните концепти како манично-депресивна депресија, меланхолија, витална депресија и ендогена депресија. Првата епизода може да се случи на секоја возраст од детството до староста, почетокот може да биде акутен или подмолен, а траењето може да се протега од неколку недели до повеќе месеци. Ризикот дека пациентот со рекурентно депресивно растројство ќе има епизода на манија, никогаш целосно не исчезнува, меѓутоа тој доживеал многу депресивни епизоди. Ако се случи ваква епизода

дијагнозата треба да биде променета во биполарно афективно растројство (F31.-).

Вклучува: рекурентни епизоди на:

- депресивна реакција;
- психогена депресија;
- реактивна депресија сезонско депресивно растројство.

Исклучува:

- рекурентни краткотрајни депресивни епизоди (F38.1).

F33.0 Рекурентно депресивно растројство, лесна епизода во тек. Растројство што се карактеризира со повторувани епизоди на депресија, при што во тек е лесна епизода како во F32.0 и без каква и да било историја за манија.

F33.1 Рекурентно депресивно растројство, умерена епизода во тек. Растројство што се карактеризира со повторувани епизоди на депресија, при што епизодата што е во тек е од умерена тежина, како во F32.1, и без каква и да било историја за манија.

F33.2 Рекурентно депресивно растројство, тешка епизода во тек без психотични симптоми. Растројство што се карактеризира со повторувани епизоди на депресија, при што епизодата што е во тек е тешка, но без психотични симптоми, како во F32.2 и без каква и да било историја за манија. Ендогена депресија без психотични симптоми: голема депресија, рекурентна, без психотични симптоми. Манично-депресивна психоза, депресивен тип без психотични симптоми. Витална депресија, рекурентна, без психотични симптоми

F33.3 Рекурентно депресивно растројство, тешка епизода со психотични симптоми во тек. Растројство окарактеризирано со повторувани епизоди на депресија, при што епизодата што е во тек е тешка и со психотични симптоми, како во F32.3, и без претходни епизоди на манија.

Ендогена депресија со психотични симптоми; манично-депресивна психоза, депресивен тип со психотични симптоми; рекурентни тешки епизоди на:

- голема депресија со психотични симптоми;
- психогена депресивна психоза;
- психотична депресија;
- реактивна депресивна психоза.

F33.4 Рекурентно депресивно растројство, ремисија во тек. Пациентот имал две или повеќе депресивни епизоди во минатото, како што е опишано во F33.0-F33.3, но неколку месеци нема депресивни симптоми.

F33.8 Други рекурентни депресивни растројства.

6.4. Циклотимија (F34.0)

Постојана нестабилност на расположението што содржи бројни периоди на депресија или благо повишување на расположението, при што ниту едно не е доволно тешко или продолжено за да ја оправда дијагнозата на биполарно афективно растројство (F31.-), или рекурентно депресивно растројство (F33.-). Ова растројство често се сретнува кај роднините на пациенти со биполарно афективно растројство. Некои пациенти со циклотимија евентуално развиваат биполарно афективно растројство.

F34.1 Дистимија

Хронично депресивно расположение, кое трае најмалку неколку години, кое не е доволно тешко, или пак кај кое поединечните епизоди не се доволно долготрајни да ја оправдаат дијагнозата на тешко, умерено или благо рекурентно депресивно растројство (F33.-).

F34.8 Други постојани растројства на расположението.

6.5. Други растројства на расположението (F38)

Кои да се други растројства на расположението што не оправдуваат класифицирање во F30-F34, бидејќи не се доволно тешки и трајни.

F38.0 Други единечни растројства на расположението/афектот-мешана афективна епизода.

F38.1 Други повратни растројства на расположението/афектот-повратни краткотрајни депресивни епизоди.

F38.8 Други означени растројства на расположението/афектот.

6.6. Неозначено растројство на расположението/афектот (F39)

Дијагностички алатки

Најупотребувани скали за дијагностицирање на хипоманични и манични состојби се следниве референтни скали: Алтманова скала за самопроцена на манија (Altman Self-Rating Mania Scale), како и Јанг скала за процена на манија (Young Mania Rating Scale).

Постојат повеќе референтни скали на симптоми кои можат да се употребат за препознавање и евалуација на депресијата: Bek-овата скала-BDI-Beck depression inventory; Hamiltonova скала за депресија, HDRS = Hamilton depression rating scale; Montgomery - Asberg depression rating scale- MADRS.

Третман на растројствата на расположението

Со развојот на психофармакологијата уште од втората половина на 20 век, растројствата на расположението спаѓаат во групата на растројства кои можат многу успешно да се третираат. Иако тие многу често траат цел живот, или се повторуваат периодично, сепак, со адекватен третман се постигнува задоволителен квалитет на живот, односно квалитетни ремисии. Во зависност од видот на растројството, но и од видот и интензитетот на присутната симптоматологија, лекарот препорачува каков и колку долго е потребен третман. На пример, за разлика од униполарната депресија, биполарното афективно растројство се смета за доживотно нарушување што бара постојан третман.

Двата основни видови третман на растројствата на расположението се медикаментозниот третман и психотерапија. Медикаментозниот третман е пред сè насочен кон невротрансмитерите во мозокот. Постојат повеќе видови на психотерапевтски техники кои се препорачуваат за примена кај растројствата на расположението, но во последните години најприфатена е когнитивно бихејвиористичката терапија. Во случај на благи форми на депресија, може да биде доволно и психотерапевтски третман, но општо прифатено е дека доколку е поизразена симптоматологијата, тогаш третман на избор е медикаментозниот третман.

Третман на депресивното растројство

Во последните години преовладува медикаментозниот третман на депресивното растројство, особено на умерените и потешките форми. Сепак, повеќе психотерапевтски видови третман, како и социотерапија, можат да имаат клучно значење во однос на исходот на болеста. Други видови на медикаментозен третман вклучуваат и антипсихотици и анксиолитици. Кантарионот е често препорачуван, а има и некои истражувања кои го потврдуваат неговиот антидепресивен ефект.

Други видови терапија:

Транскранијалната магнетна стимулација претставува еден нов вид третман кој е сè позастапен во модерните протоколи за третман. Deep brain stimulation (длабока

стимулација на мозокот), како и light therapy (терапија со светлост) претставуваат, исто така, нови методи на третман кои се широко прифатени.

Психички статус кај манија

Генерален опис:

Пациентот е често со впечатлив изглед, хиперактивен, раздвижен, веднаш влегува во центар на внимание, носи облека со изразено јаки бои, или со изразено јака шминка, лесно воспоставува релации со непознати луѓе, може да стане и сексуално многу активен, или да биде хостилен, да се вознемирува и да влегува во конфликт на најситен повод.

Расположение – основното расположение е покачено, еуфорично, проследено со маничен афект, често со иритабилност, конфликтност, но може да бидат присутни и чести промени со плачливост или лутина.

Мисловен тек: пациентот многу и забрзано зборува, тешко може да се следи, до степен на неразбирливост, дури може да се присутни неологизми, мислата му „лета“ од тема на тема не можејќи да ја задржи, со наплив на многу идеи кои другите не можат да ги следат или разберат, дека или има или може да заработи многу пари и тоа веднаш, сака на сите да им помогне и да им даде сè што има, често се присутни идеи на величина дека е најдобар, најспособен, главен, дури и претседател или премиер, или многу позната и важна личност, а во многу изразени манични состојби може да се присутни и делузивни идеи.

Внимание: Вниманието е со намален тенацитет, не може да го задржи, и со зголемена вигилност, односно постојано го префрлува на друго место, често и провоцирано од најмали стимули.

Волево–нагонските динамизми се покачени, проследени со зголемена активност, импулсивност, зголемена социјална активност, покачен сексуален нагон, зголемен или намален апетит, намален сон.

Интелектуално – мнестичките функции се обично интактни, но често се следи и пад на когнитивната ефикасност поврзан со засегнатоста на другите психички функции.

Перцептивни измами може да се присутни во поизразени форми, и тоа најчесто од аудитивен тип.

Маничните пациенти се најчесто со намален, или воопшто немаат критичен увид за својата состојба, и многу често ја прекинуваат препишаната терапија, поради што е потреба засилена супервизија и поддршка.

Психички статус кај депресија

Генерален опис:

Пациентот е често со невпечатлив изглед, хипоактивен, повлечен, често се следи изразена вознемиреност, свртен кон себе и своите размислувања, со запуштен изглед, со тешкотија да воспоставува комуникација, со намален интерес за околината, повлечен, но може да биде и хостилен, вознемирен, напнат...

Расположение – основното расположение е снижено, проследено со депресивен афект, напнатост, често проследено со апатичност, но може и со иритабилност, конфликтност, со можно присуство на чести промени со плачливост или лутина.

Мисловен тек: Мисловниот тек е успорен, со тешкотија се воспоставува вербален контакт, најчесто е преокупиран со тешки, црни мисли, проследено со депресивна идеација, идеја на бесперспективност, песимизам за иднината, најчесто неоправдана загриженост за сегашноста, за егзистенцијата, за семејните и пријателските релации, чувство на отуѓеност, отсуство на блискост со други луѓе, намалена самодоверба и самопочит, можно е присуство на суицидални мисли, па сè до нихилистички идеи...

Внимание: Вниманието е со зголемен тенацитет кон интрапсихичките доживувања, и со намалена вигилност, фокусиран на депресивната идеација, со тешкотија се префрла на друга тема, со намалена реактивност на други надворешни стимули.

Волево–нагонските динамизми се намалени, проследени со намалена активност, намалена социјална активност, импулсивност, намален витален нагон, можно суицидално однесување или постапки, или намален апетит, зголемен или намален сон.

Интелектуално – мнестичките функции се обично интактни, но често се следи и пад на когнитивната ефикасност поврзано со засегнатоста на другите психички функции. Когнитивните функции се забавени и многу често пациентите се жалат на тешкотии со концентрација и меморија.

Перцептивните измами може да се присутни во поизразени форми, и тоа најчесто од аудитивен тип.

Депресивните пациенти се најчесто со намален, или воопшто немаат критичен увид за својата состојба, и многу често ја прекинуваат препишаната терапија, ако вербализира, или дури и ако се претчувствуваат суицидални идеи, треба сериозно да се сфатат, поради што има потреба од засилена супервизија и поддршка.

Биопсихосоцијален модел

Диференцијална дијагноза

Маничните состојби, освен кај афективните растројства, можат да се јават и кај злоупотреба или интоксикација со психоактивни супстанции, како на пр. психостимуланси (кокаин, метамфетамин), или како несакан ефект од некои лекарства (антидепресиви, стероиди).

Терапија

Медикаментозна терапија

За третман на **афективните растројства** се употребуваат медикаменти од неколку групи:

Психостабилизатори: стабилизатори на расположението се користат за лекување на акутна манија, хипоманија, мешани епизоди (кога манијата и депресијата коегзистираат во една епизода) и депресија. Како што и нивниот назив посочува, тие се употребуваат за стабилизирање на расположението кај биполарните растројства, како и за превенција на нови епизоди на болеста, или да ги направат помали амплитудите на истата, како и за профилакса на евентуална суицидалност.

Литиум: литиумот претставува стандард за третман на манија и се користи како литиум карбонат. Пред да се почне со третман треба да се провери тироидната, бубрежната и кардиолошката функција. Мониторирањето на нивото на литиумот во плазмата е еден предуслов кај неговата употреба. Терапевтската концентрација во плазмата изнесува 0,5-1,0mmol/l, со тоа што во фази на ремисија препорачано ниво е 05-08, а во акутни фази и до 1,0 mmol/l. Концентрации над 1,2mmol/l се сметаат за токсични. За одредување на концентрацијата треба да се следи 12 часовниот протокол, односно концентрацијата треба да се мери наутро, околу 12 часа после земањето на последната доза. Најчести нуспојави се чувство на жед, тремор, летаргија, зголемување на тежината.

Антиконвулзиви: воведувањето на антиконвулзивите за третман на нарушувања на расположението претставуваше доста значаен напредок во психофармакотерапијата. Тие

во голем процент го заменија литиумот, пред сè поради неговата токсичност. Карбамазепин прв почнал да се употребува и се користи повеќе децении како успешен лек за стабилизирање на расположението. Денес најупотребуван лек за третман на растројствата на расположението е валпроичната киселина, додека покрај нив и ламотригинот е признаен како ефикасен за оваа намена. Неколку други лекови поретко се користат, како на пр. окскарбамазепим, топирамат, габапентин...

Валпроична киселина: најмногу се користи за терапија на манични епизоди, одржување и профилактичен третман на биполарни болести. Препорачана доза на одржување за терапија на биполарни нарушувања е 1000-2000 mg на ден, со препорака дека максималната дневна доза не смее да е поголема од 3000 mg на ден.

Профилактичкиот третман треба да се воспостави индивидуално, со најмали ефективни дози.

Ламотригин: ламотригинот се препорачува како избор на лек за превенција на депресивни епизоди кај пациенти со тип на биполарно растројство, кои имаат претежно депресивни епизоди. Ламотригин не е индициран за акутна терапија на манични и на депресивни епизоди. Се препорачува многу внимателно зголемување на дозата во тек на неколку недели, со почетна доза од 25mg, а терапевтска доза околу 200 mg дневно разделени дози (според клинички испитувања во распон од 100 до 400 г. дневно).

Карбамазепин: карбамазепинот се користи за профилакса на манично-депресивни психози кај пациенти кои не реагираат на терапија со литиум. Почетна доза е 400 mg дневно, во поделени дози; вообичаена доза е 400-600 mg на ден, поделена во неколку дози

Антипсихотици

Антипсихотиците често се препишани во комбинација со стабилизаторите, особено во третманот на акутната манија. Тие дејствуваат корисно за брзо намалување на симптомите на манија, особено за време на интервалот до почетокот на дејството на стабилизаторите на расположение, кога имаат побавен почетокот на дејство. Вообичаена препорака е психијатарот да ја прекине антипсихотичната терапија по стабилизирање на состојбата, но многу честа пракса е антипсихотикот да биде вклучен во терапијата на одржување на постигнатата состојба на ремисија. Порано почесто се користеле антипсихотици од постарата, прва генерација (на пример, халоперидол, тиоридазин, флуфеназин...). Но, како што е познато, долгорочната употреба на конвенционалните

антипсихотици не е препорачлива, пред сè поради сериозните нусефекти што ги предизвикуваат, како тардивната дискинезија и екстрапираמידалната симптоматологија. Покрај тоа, конвенционалните антипсихотици можат да ги влошат депресивните симптоми кај некои пациенти.

Меѓутоа, овие препораки се променети со појавата на втората, понова генерација на антипсихотици (клозапин, оланзапин, кветиапин, амисулприд, zipрасидон). Тие предизвикуваат многу помалку несакани ефекти и поради тоа се многу поприфатливи за пациентите. Исто така, покажуваат дека имаат поширок спектар на терапевтска активност отколку конвенционалните агенси. Тие можат да сторат повеќе отколку само да ја намалат манијата. Податоците зборуваат дека имаат особина да го стабилизираат расположението и можат да го спречат релапсот кога се користат во терапијата на одржување. Оланзапинот, на пример, е одобрен за третман на акутна манија, како и за третман на одржување кај биполарни афективни растројства. Повеќе релевантни истражувања покажуваат дека и другите антипсихотици од втората генерација се ефикасни во третманот на акутните состојби, но и како терапија на одржување на биполарните афективни растројства.

Оланзапин: Оланзапин е наменет за третман на умерени до тешки манични епизоди, како и за превенција на рекуренци кај пациенти со биполарни растројства кај кои маничните епизоди одговараат на третманот со оланзапин. Кај манични епизоди почетна доза е 15 mg, како еднократна дневна доза при монотерапија или 10 mg дневно при комбинирана терапија. Кај терапија на одржување најчесто препорачувана доза е 10 mg/дневно, но секако дека во предвид се земаат индивидуалните карактеристики, односно специфичноста на симптоматологијата на секој пациент.

Кветиапин: Кветиапинот се користи за третман на биполарни нарушувања, вклучително и на умерени до тешки манични епизоди, тешки епизоди на депресија при биполарни нарушувања како и за превенција на повторна појава на манични, мешани или депресивни епизоди при биполарните нарушувања кај пациентите со поволен тераписки одговор на третманот со кветиапин. Во третман на маничните епизоди, начинот и дозите треба да се прилагодат во зависност од клиничкиот одговор и од подносливоста кај секој пациент поединечно, при што дозите можат да се прилагодуваат во интервал од 200 до 800 mg /дневно (вообичаена ефикасна доза е од 400 до 800 mg /дневно). Во третман на

депресивните епизоди во состав на биполарни растројства, дневната препорачана доза е 300 mg.

Антидепресиви

Оваа група на медикаменти, како што се гледа и од нивниот назив, се употребуваат првенствено за третман на депресивните растројства, но и во третманот на анксиозните, опсесивно компулзивните, растројствата на апетитот, како и другите невротски растројства.

Во групата на антидепресиви спаѓаат:

Инхибитори на МАО (моноаминооксидазата): МАО ги кочат ензимите одговорни за оксидација на норадреналин, 5-ХТ-а и останати биогени амини. Постојат два типа на МАО (традиционални, ирверзибилни) и моклобамиди, кои се реверзибилни инхибитори на моноаминооксидазата. Има две форми МАО-А и МАО-Б. Традиционалните МАО се неселективни и ги инхибираат двата вида ензима. Инхибицијата на МАО-А се смета дека го прави антидепресивниот ефект (моклобамид се смета за реверзибилен инхибитор на МАО-А, и со тоа се објаснува неговото антидепресивно дејство). Иако имаат антидепресивен ефект, овие медикаменти се избегнуваат од употреба поради интракцијата со други лекови и храна која содржи тирамин. Претставници: Моклобемид, Исокарбоксазид, Пириндол, Фенелзин, Селегилин.

Трициклични и други на нив сродни антидепресиви: Трицикличните антидепресиви ја блокираат реапсорпцијата на норадреналин и серотонин. Трицикличните антидепресиви се трициклични хемиски соединенија, кои дејствуваат како антидепресиви, откриени се во раните 1950 години. Тетрацикличните супстанции се слични соединенија со антидепресивно дејство. Заради нивните изразени несакани ефекти (тахикардија, палпитации, аритмија, хипотензија и ортостатска хипотензија, главоболка, слабост, вертиго, сонливост, седација, дизартрија, тремор, заматен вид, сува уста, констипација, мачнина, нарушено мокрење, жед...), губење на либидото или сексуална импотенција (инхибирана ејакулација, фригидност кај жените), денес во многу почеста употреба се новата генерација на антидепресиви, пред се ССРИ (селективни реаптејк инхибитори на серотонин). Трицикличните, тетрацикличните и другите на нив сродните антидепресиви претставуваат неселективни инхибитори на превземањето на моноамините (ја засилуваат

норадренергичката и серотонергичната трансмисија). Овде спаѓаат: Амитриптилин, Кломипрамин, Доксефин, Имипрамин, Trimipramine, Дезипрамин, Нортриптилин...

Трициклични антидепресиви

Амитриптилинот е индициран за лекување на мајор депресија, а кај некои пациенти и за полесни видови депресија. Поради неговите седативни својства, амитриптилинот се препорачува за лекување на депресија со анксиозни елементи (терапевтска дневна доза на амитриптилин е 100 - 300 mg/ден).

Кломипраминот е трицикличен антидепресив, со многу потентно дејство, кој е многу силен серотонински инхибитор со дополнителни дејство како инхибитор на ре-аптејк на норадреналинот, со антисеротонергично, антиадренергично, антидопаминергично, антихистаминско и антихолинергично дејство, што предизвикува и придружни несакани ефекти (терапевтска дневна доза на кломипраминот е 100 - 250 mg/ден)

Тетрациклични антидепресиви

Мапротилин е тетрацикличен антидепресив кој, освен што дејствува антидепресивно и анксиолитички, ја ублажува агитацијата и психомоторната ретардација. Тој има моќно и селективно инхибиторно дејство на повторното користење на норадреналинот во пресинаптичките неврони на кортикалните структури на централниот нервен систем, со што ја зголемува неговата синаптичка концентрација. За разлика од трицикличните антидепресиви, мапротилинот нема влијание врз повторното превземање на серотонинот (терапевтска дневна доза мапротилин е 50-150 mg/ден).

Многу клинички испитувања ги потврдуваат предностите на новите генерации на антидепресиви, како на пример селективните серотонински инхибитори (ССРИ) и другите класи кои што се подолу наведени, особено во однос на несаканите ефекти на лековите. Овие нови генерации даваат многу поретки и послабо изразени нусефекти отколку постарите генерации, додека во однос на ефикасноста, во најмала рака се со ист или сличен ефект. Најчести несакани нуспојави на новите генерации се: гадење, сонливост, потење, главоболки, сексуална дисфункција, сушење на устата, несоница, вртоглавица, тремор, опстипација, дијареа и намален апетит, а треба зголемена претпазливост доколку се појави акутен глауком или ретенција на урината.

Освен во терапија на депресивните растројства, новата генерација на антидепресиви се покажала многу ефикасна во третманот и профилакса на други растројства, како на пример: опсесивно - компулзивно растројство, панични состојби со или без агорафобија, социо-невротични растројства/социофобија, генерализирано анксиозно растројство, како и во лекување на посттравматски стрес.

Селективни серотонински инхибитори

Селективните серотонински инхибитори (ССРИ) ја спречуваат реасорпцијата на серотонинот (исто така познат како 5-хидрокситриптамин, или 5-ХТ) од страна на пресинаптичкиот невррон, така што влијаат на постигнување повисоки нивоа на 5-НТ во синапсите. Во оваа група на ССРИ антидепресиви спаѓаат:

Циталопрам, Есциталипрам, Сертралин, Пароксетин, Флуоксетин. Препорачани терапевтски дози: (циталопрам 20-40 mg – иницијална доза 20 mg, есциталопрам 10-20 mg, сертралин 50-200 mg, пароксетин 20-60 mg, флуоксетин 20-60 mg).

Норадренергични и специфични серотонинергичните антидепресиви (НССА)

Норадренергични и специфични серотонинергичните антидепресиви ја инхибираат реасорпцијата на серотонин и норадреналин на пресинаптичката алфа-2 адренергични рецептори. Овде спаѓаат: Миртазапин, Миансерин (терапевтска дневна доза Миртазапин 15-60 mg /ден).

Инхибитори на реасорпцијата на серотонин и норадреналин

Инхибиторите на реасорпцијата на серотонин и норадреналин (СНРИ) ја инхибираат реасорпцијата на серотонинот и норадреналинот (спаѓа Десвенлафаксин-Pristiq).

СНРИ антидепресиви: Венлафаксин, Дулоксетин, Милнаципрам (терапевтска дневна доза венлафаксине 75-350 mg /ден).

Инхибитори на реасорпцијата на норадреналинот (НРИ)

Селективните инхибитори на реасорпцијата на норадреналинот (НРИ) ја инхибираат реасорпцијата на норадреналинот. НРИ антидепресиви се Ребоксетин, Вилоксазин, Атомоксатин.

Инхибитори на реасорпцијата на допамин и норадреналин: Бупропион

Целта на фармаколошкиот третман на депресивните растројства е потполно повлекување на симптомите. Кај 30-40% од пациентите не се постигнува квалитетен одговор на терапијата, а кај повеќе од половина од соодветно третираниите пациенти се постигнува потполна ремисија.

Карактеристично за антидепресивниот медикаментозен третман е дека првите антидепресивни ефекти се гледаат после 2-3 недели од започнувањето на терапијата. Протоколите на лекување укажуваат дека ако нема одговор после 6 недели, треба да се промени со друг лек од истата група. Доколку и со тој лек нема одговор после дополнителни 6 недели или повеќе, се менува со лек од друга група. Доколку и со тој лек нема одговор, се препорачуваат други методи на третман, кои се опишани подолу. Доколку пациентот има рекурентни епизоди на депресија, се препорачува повеќегодишна терапија на одржување.

Во изборот на антидепресив треба да се обрне внимание на очекуваните несакани ефекти, индивидуалните карактеристики на пациентот, неговата претходна историја на лекување (позитивен терапевтски одговор на некој антидепресив), клиничките препораки како и трошоците.

Други методи за третман на депресија

Психотерапија

Голем број клиничари се согласуваат дека од методите на психотерапијата за депресивните растројства, метод на избор претставува когнитивно-бихејвиоралната психотерапија. Во определени случаи, во сообразност со клиничката слика, може да се аплицира и кратка психодинамска психотерапија.

Репетитивната транскранијална магнетна стимулација (рТМС) претставува техничка метода за неинвазивна модулација на ексцитабилноста и функциите на поединечни ареални регии на кортексот како и на асоцираните региони на мозокот. Методата на рТМС спаѓа во техничките и биофизички терапевтски методи. Репетитивната транскранијална магнетна стимулација се разликува во однос на начинот на дејство и ризикот на употреба на методата од познатите класични терапевтски методи, како што се психофармакотерапијата и психотерапијата. Најголемиот број студии како и резултатите на критичките осврти на студиите како и мета-анализите укажуваат на позитивен ефект на рТМС кај депресивните заболувања, доколку времетраењето на терапијата изнесува две

недели. Се чини дека најдобар антидепресивен ефект се добива со употреба на високофреквентната стимулација во регионот на левиот дорзолатерален префронтален кортекс (ЛДПФЦ). Досегашните студии укажуваат на фактот дека рТМС, како локално така и во асоцираните нервни сплетови, доведува до промена на кортикалниот метаболизам и регионалниот крвоток како и ослободување на невротрансмитерите како што се серотонинот и допаминот. Освен тоа се јавуваат и невроендокрини ефекти врз хормоните на штитната жлезда и на хормоните кои што се ослободуваат во оската на хипофиза-хипоталамус-супраренална жлезда. Во обидите со животни се јавуваат промени на генската експресија и промена на густината на серотонергичните неврони, и ослободување на невротрансмитерите и неuropeптидите. Освен тоа, се регистрираат промени на когнитивните и некогнитивните функции на мозокот во зависност од стимулираната регија на мозокот.

Електроконвулзивна терапија

Електроконвулзивна терапија (ЕКТ) е постапка во која електрична струја се пренесува низ мозокот, со цел намерно да се предизвика краток конвулзивен напад. ЕКТ предизвикува промени во мозочните структури преку кои се влијае на симптомите на одредени ментални болести. Таа е индицирана за потешки видови депресија, и тоа кога другите антидепресивни третмани се неуспешни. Голем дел од стигмата на ЕКТ е заснована на почетокот на третманите, кога се аплицирале високи дози на електрична енергија, без анестезија, што доведувало до губење на меморијата, фрактура на коските и други сериозни несакани ефекти. ЕКТ е многу побезбедна денес и се дава на луѓето додека тие се под општа анестезија. Иако ЕКТ уште предизвикува некои несакани ефекти, денешните процедури за апликација во контролиран амбиент ја прават доста побезбедна и похумана, со цел постигнување најголема корист со најмали можни ризици.

Стимулација на нервус вагус

Стимулацијата на нервус вагус се користи во третман на депресија. Стимулацијата се врши на тој начин, што поткожно се имплантира мал генератор на импулси, кој по хируршки пат се поврзува на нервус вагус (препорачано на левата страна) и му праќа импулси во соодветните подрачја на мозокот одговорни за афектност. Пациентите треба да се подложат на општа или локална анестезија во соодветната постапка. Еден од позитивните аспекти за користење на стимулацијата на вагусниот нерв за депресија е дека

овој третман би можел да лекува тешка форма на депресија и таква која е отпорна на терапија. Таа има ниска стапка на рецидив, а со тоа може да се подобри функционирањето на пациентот, спиењето и расположението. Стимулацијата на вагусниот нерв при депресија, сепак, има свои несакани ефекти поради кои треба да се аплицира внимателно (на пр. несоодветна работа на генераторот на импулси).

Освен електроконвулзивната терапија (ЕКТ) и методата на стимулација на нервус вагус (НВС) постојат уште неколку биофизички методи како што се магнетно-конвулзивна терапија (МКТ)- при што се користат високи фреквенци од 40 до 50 Hz под краткотрајна наркоза, кои што предизвикуваат епилептичен напад со цел да се предизвика ефект сличен на електроконвулзивната терапија.

Позната е и методата на длабока стимулација на мозокот или deepbrainstimulation (ДБС). За методите на магнетно-конвулзивна терапија и длабинска мозочна стимулација не постојат доволен број студии во областа на клиничката апликација.

Терапија со светлина

Пациентите се подложуваат на експозиција на светлина со јачина од 1500-10000 лукси, секој ден, еден до два часа дневно. Идејата за ваква терапија доаѓа од искуствата со сезонската депресија во зимскиот период, кога има многу помалку светлина отколку во летниот период.

Како друга дополнителна терапија често се користат анксиолитици и седативи.

Психосоцијални третмани на растројства на расположението

Психотерапија

Различни психотерапевтски процедури се применуваат во третманот на афективните растројства. Иако според повеќето протоколи за третман на растројствата на расположението како прва линија е назначена фармакотерапијата, особено во однос на умерените и потешките форми, сепак, различните видови психосоцијални интервенции претставуваат фундаментална терапевтска опција, чии индикации за примена и очекувани бенефити се јасно докажани. Во најголем број случаи комбинацијата на психофармакотерапија со психосоцијална интервенција/психотерапија претставува најдобар избор на третман. Препораките во протоколите за ваков вид комбиниран третман се дека првин се започнува со фармакотерапија и после стабилизирање на состојбата, или почеток на дејството на медикаментозниот третман, се започнува со психотерапевтски

третман. За жал, многу акутно болните пациенти не можат да бидат во можност да го толерираат нивото на активност кое е потребно за да се вклучат во психотерапевтската група, па затоа оваа интервенција може да биде одложена до стабилизирање на состојбата. Сепак, супортивните психотерапевтски интервенции се адекватни и прифатливи уште во самиот почеток и треба да се дел од воспоставениот терапевтски однос лекар-пациент.

Во однос на изборот на психотерапевтскиот пристап, повеќе водечки клиничари и истражувачи се согласуваат дека когнитивно-бихејвиор пристапот е најсоодветен за третман на лицата со афективни растројства. Кај некои пациенти, особено кај оние со полесна симптоматологија, или каде што ќе процени клиничарот дека е соодветна за апликација, психодинамскиот пристап може да биде терапија од избор, иако ваков вид психитерапија е применлив само кај депресивните растројства, додека искуствата покажуваат дека не се постигнуват задоволителни резултати кај биполарно афективното растројство.

Когнитив – бихејвиор психотерапија

Когнитив-бихејвиор психотерапијата се базира на премисата дека секое однесување може да се научи, да се одржува, но и да се „одучи“ според истите принципи. Притоа не се мисли само на надворешните, видливите обрасци на однесување, туку и на „внатрешно“ доживеаните чувства, мисли и обрасци на однесување. Се работи на подобрување на капацитетите на пациентот, со цел што поадекватно да се прилагоди на барањето на средината, односно да има поадекватни одговори на надворешните барања. Ако сопствените способности на поединецот не се доволни за да се одговори на барањата на околината, или кога надворешните околности делуваат инхибиторно, тогаш и обрасците на однесување се дисфункционални. Во случај на психоза или биполарното нарушување, претпоставка е дека се намалени способностите да се прилагодат на барањата во животната средина-особено на социјалната средина, поради таквите неадекватни, негативни обрасци на однесување, па според тоа и целта на терапијата е да се променат и да се научат нови, позитивни начини на однесување, како надворешни така и внатрешни.

Психоедукација

Од другите психосоцијални интервенции, секако дека психоедукацијата како на самите пациенти, така и на нивните семејства се дел од строго препорачаните протоколи за

третман, како во форма на индивидуална така и в групна терапија. Со нив се постигнува многу во поглед на разбирањето и прифаќањето на болеста, распознавањето на симптомите и начинот на третман, како и поддршката од околината во однос на секојдневното социјално функционирање.

Социотерапија

Социотерапијата се однесува на подобрувањето на социјалните аспекти на функционирањето на пациентот, пред сè на аспектите на секојдневното живеење, работа и социјални релации. Доколку овие аспекти имаат негативно влијание врз психосоцијалното функционирање на пациентот, различни социјални интервенции се спроведуваат од страна на социјалниот работник – работниот терапевт.

Целта на социотерапијата е да се создадат, односно да се реструктурираат ресурсите во заедницата кои можат да придонесат за подобро функционирање, како и за подобар квалитет на животот на пациентот. Преку поддршка на сите аспекти на адекватно функционирање во реалноста, треба да се постигне што поголема самостојност во секојдневното функционирање.

7. МКБ 10, Невротични и растројства поврзани со стрес и соматоформни растројства (F40 – F48)

7.1. Фобични анксиозни растројства (F40)

М-р д-р Лидија Сушевска Паневска

Сите овие растројства по МКБ 10 се групирани во една група поради нивната поврзаност во смисол на нивниот концепт и етиопатогенеза.

Епидемиологија

Преваленцата на специфичните анксиозни растројства варира во зависност од земјата и различните културни фактори. Просечните студии на преваленца на паничното растројство изнесува 0,4% во Тајван, а 2,9% во Италија. Исто така, студиите за ОКР (Опсесивно компулсивното растројство) покажува преваленца од 0,7 во Тајван до 2,5% во Порторико.

Во САД најчеста е социјалната фобија чија што преваленца изнесува 2,6-13,3%, за ОКР изнесува 2,3-2,6%, за паничното растројство 2,3-2,7%, за генерализирано анксиозно

растројство изнесува 4,1-6,6%, за ПТСР (Пострауматско стресно растројство) изнесува 1-9,3% (1,2).

Дистрибуцијата по однос на пол варира, и тоа засегнати се повеќе жените, односот спрема мажи е 3:2.

Дистрибуција по години

Повеќето анксиозни растројства се појавуваат во детството, адолесценцијата и во раната адултна возраст. Сепарационата анксиозност е анксиозно растројство во детството што многу често вклучува анксиозност поврзана со тргнувањето во училиште и истата може да биде прекурсор на анксиозноста во адултното доба.

Паничното растројство покажува бимодален распоред на возраст и тоа во две групи 15-24 и 45-54 години.

ОКР најчесто се појавува во средината на 20-тите години до раните 30-ти. Социјалната фобија најчесто се појавува пред дваесеттата година, агорафобијата вообичаено почнува во раната адолесценција до доцното адултно доба, во просек околу 29-тата година. Генерално специфичните фобии се појавуваат многу порано од социјалната или агорафобијата и тоа од 7-20 годишна возраст (3).

Етиологија

Генетските фактори значајно влијаат на ризикот за појава на повеќето од анксиозните растројства. Факторите на опкружување, како што се рани трауми од детството, придонесуваат за појава на соодветно растројство. Посебно значајна е интеракцијата помеѓу гените и опкружувањето. Некои индивидуи се отпорни на стрес, додека други се вулнерабилни во однос на стресот (4). Најчесто презентирани анксиозно растројство е функционално психичко растројство.

Психолошките теории говорат за анксиозноста во смисол на постоење на интрапсихички конфликт, како конфликт помеѓи Идот и Егото (психодинамски модел), до условно научени парадигми, со тенденција да се прецени потенцијалната опасност, како и замислување на најлошото можно сценарио до избегнување на ситуации кои поединецот мисли дека се опасни како што се гужва, висина, социјални интеракции итн.(когнитивно-бихејвиорална теорија).

Според МКБ 10, невротските, со стрес поврзани, и соматоформни растројства се класифицираат во следниве групи (5):

F40 Фобични анксиозни растројства

- Агорафобија;
- Социјална фобија;
- Специфична фобија;
- Други фобично анксиозни растројства;
- Неспецифицирани анксиозни растројства.

F41 Други анксиозни растројства

- Панично растројство;
- Генерализирано анксиозно растројство;
- Мешовито анксиозно и депресивно растројство;
- Други мешовити анксиозни растројства;
- Други специфицирани анксиозни растројства;
- Неспецифицирани анксиозни растројства.

F42 Опсесивно-компулсивни растројства

- Најчесто опсесивни мисли и руминации;
- Најчесто компулсивни постапки (опсесивни ритуали);
- Мешани опсесивни мисли и постапки;
- Други опсесивно-компулсивни растројства;
- Неспецифицирани опсесивно-компулсивни растројства.

F43 Реакција на тежок стрес и растројства во прилагодувањето

- Акутна реакција на стрес;
- Пост-трауматско стресно растројство;
- Растројство во прилагодувањето;
- Краткотрајна депресивна реакција;
- Продолжена депресивна реакција;
- Мешовита анксиозна и депресивна реакција;
- Со најчесто растројство на другите емоции;
- Со најчесто растројство на однесувањето;

- Со мешани растројства на емоциите и однесувањето;
- Со други специфицирани најчести симптоми;
- Други реакции на тежок стрес;
- Неспецифицирана реакција на тежок стрес.

F44 Дисоцијативни (конверзивни) растројства

- Дисоцијативна амнезија;
- Дисоцијативна фуга;
- Дисоцијативен ступор;
- Состојба на транс и опседнатост;
- Дисоцијативни моторни растројства;
- Дисоцијативни конвулзии;
- Дисоцијативна анестезија и сензорна загуба;
- Мешани дисоцијативни (конверзивни) растројства;
- Други дисоцијативни (конверзивни) растројства;
- Ганзеров синдром;
- Растројства во вид на мултиплицирање на личност;
- Транзиторни дисоцијативни (конверзивни) растројства кои се јавуваат во детството и адолесценцијата;
- Други специфицирани дисоцијативни (конверзивни) растројства;
- Неспецифицирано дисоцијативно (конверзивно) растројство.

F45 Соматоформно растројство

- Соматизационо растројство;
- Недиференцирано соматоформно растројство;
- Хипохондриско растројство;
- Соматофорфна автономна дисфункција;
- Срце и кардиоваскуларен систем;
- Горниот дел на гастроинтестиналниот тракт (ГИТ);
- Долниот дел на ГИТ;

- Респираторниот систем;
- Урогениталниот систем;
- Други органи и системи;
- Перзистентно соматоформно болно растројство;
- Други соматоформни растројства;
- Неспецифицирано соматоформно растројство.

F48 Други невротски растројства

- Неврастенија;
- Синдром на депресонализација-дереализација;
- Други специфицирани невротски растројства;
- Неспецифицирано соматоформно растројство.

Анксиозните растројства се последица на интеракција на биопсихосоцијалните фактори, т.е. генетската вулнерабилност, која што е во интеракција со стресот и траумата, продуцирајќи на тој начин клинички симптоми.

Симптоматологијата варира во зависност од специфичното растројство.

Анксиозните растројства се многу чести психијатриски растројства. Голем број пациенти со ваков тип растројство имаат физички симптоми поврзани со анксиозност и најчесто ги посетуваат лекарите од примарната здравствена заштита.

Литература

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry. Dec 1988;45(12):1094-9;
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. Jan 1994;51(1):8-19;
3. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. Feb 1996;53(2):159-68;
4. Tambs K, Czajkowsky N, Røysamb E, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T, Aggen SH. Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. Br J Psychiatry. Oct 2009;195(4):301-7;
5. World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation.

7.2. Панично растројство (F41.0)

М-р д-р Лидија Сушевска Паневска

Паничното растројство се карактеризира со спонтани, повторувачки, неочекувани напади на паника проследени со интензивен страв и придружени со бурна вегетативна симптоматологија. Фреквенцијата може да варира од неколку напади во тек на денот до неколку напади годишно. Вообичаено паничните напади не се условени од некоја опасна или животна загрозувачка ситуација (1,2).

Паничното растројство вообичаено се класифицира како Панично растројство со и без агорафобија. Агорафобијата се опишува како анксиозност на места или во ситуации каде што бегаето е тешко или засрамувачко или поедноставно е опишана како страв од отворен простор. Агорафобијата може да биде најонеспособувачка од сите фобии и може да интерферира со способноста на личноста да функционира на работа и во други социјални збиднувања кои се одвиваат надвор од дома.

Пациентите кои имаат панични напади често одат во здравствените установи и на тој начин симптомите можат да бидат препознаени како сериозна медицинска состојба (на пр. миокарден инфаркт) или пак како хистеричен симптом.

Паничните напади можат да се појават, исто така, во состав на повеќе ментални растројства како што е, на пример, депресијата и другите медицински состојби како што се апстиненцијалната криза и алкохолната интоксикација.

Епидемиологија

Преваленцата се движи помеѓу 1,5-3% за панично растројство и 3-5,6% за панични напади.

Полова предилекција - вообичаено жените се позастапени од мажите (0,7% наспроти 0,3%) и тоа почесто кај жени кои не биле трудни или во постпарталниот период.

Возрасна предилекција - вообичаена возраст на појава на првиот паничен напад е помеѓу 18 и 45 годишна возраст (3).

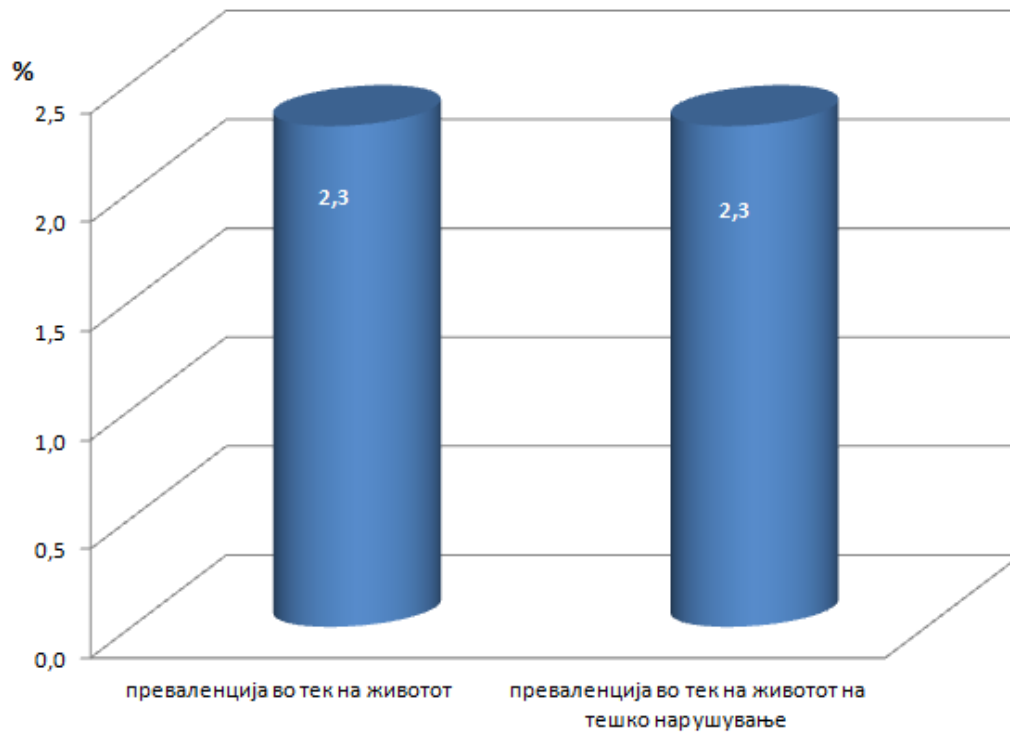
Коморбидитет - 91% од пациентите со панично растројство и 84% од тие со агорафобија имаат најмалку уште едно психијатриско растројство. 10-15% од пациентите со панично растројство имаат тешко депресивно растројство (Слика 1, Слика 2 и Слика 3).

12 месечна преваленција: 2,7% од адултната популација во САД
Тешка: 44,8% од овие случаи, што изнесува 1,2% од адултната популација во САД класифицирани како „тешка“

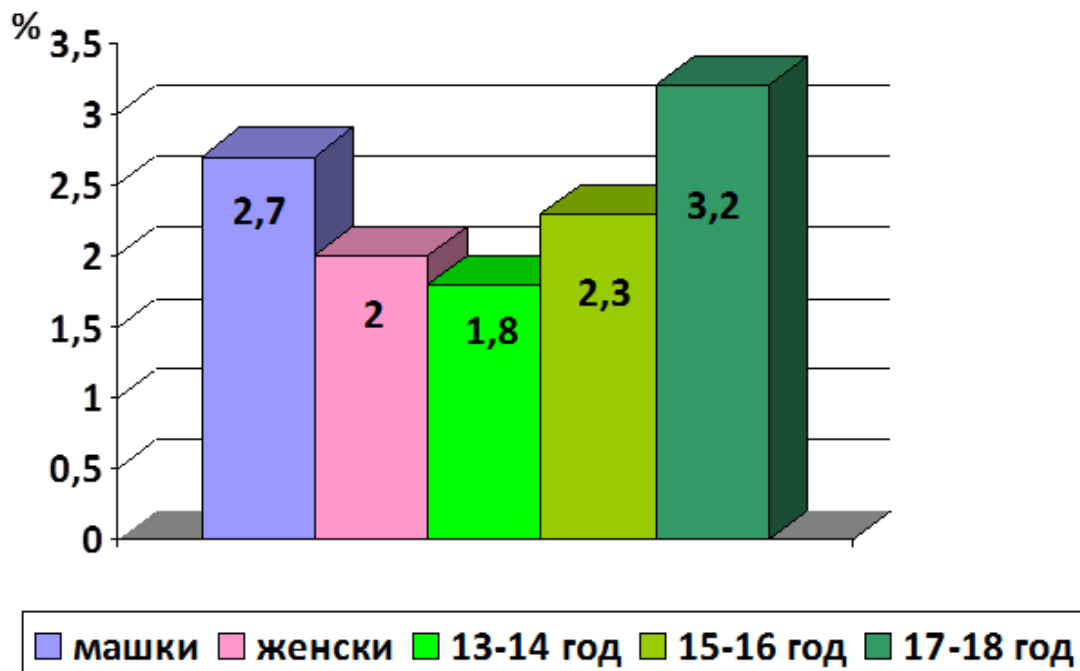


Слика 1.

12 месечна преваленција: 2,3% од тие на возраст 13-18 години
12 месечна преваленција на тешка форма: 2,3% од тие на возраст 13-18 години ќе имаат тешка хипоманија



Слика 2.



Слика 3. Merikangas KR, He J, Burstein, Swanson SA, Awenevoli S, Cui L, Benjet CN, Georgiades K, Swendsen J, Lifetime prevalence for mental disorders in US adolescents: Results from National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Oct 49(10), 980-989.

Етиологија

Се претпоставува дека паничното растројство е наследна неурохемиска дисфункција. Херeditарноста се движи помеѓу 0,3-0,6%. Генетските студии укажуваат дека хромозомските региони како што се: 13q, 14q, 4q31-q34 и најверојатно 9q31 може да се асоцирани со наследниот на паничното растројство.

Исто така, намалената ГАБА, зголемениот кортизол, нарушување во серотонинскиот систем итн., можат да бидат одговорни за појава на ова растројство.

Се мисли дека 5HT1A-рецепторите се субсензитивни и играат улога во патофизиологијата на растројството.

Неуроанатомскиот модел покажува дека паничните напади се одвиваат преку т.н. мрежа на стравот во која се вклучени амигдалата, хипокампусот и центрите во мозочното стебло.

Когнитивната теорија говори дека пациентите со панично растројство имаат зголемена сензитивност на внатрешните автономни сигнали (пр.тахикардија).

ПЕТ-скенот укажува на зголемен проток во десниот парахипокампаден регион и намален тип 1A серотонински рацептор во пределот на предната и задната цингулатна витка и нуклеус рафе (4-11).

МРИ покажала намален волумен на темпоралниот лобус.

Био-психо-социјален модел

Интеракцијата на биолошките, психолошките и социјалните фактори го сочинуваат овој модел.

Во биолошки фактори: спаѓаат генетските, неурохемиските фактори, хормоните, автономниот нервен систем.

Психолошки фактори: личност, когнитивен модел, социјални вештини, психопатолошка симптоматологија.

Социјални фактори: фамилијарно функционирање и опкружување, стресогени фактори, релација со врстници, задоволност од работата и училиштето, брачно прилагодување итн.

Психодинамски теми за настанок на паничното растројство

- Тешкотии со толерирање на лутината;
- Физичка или емотивна сепарација од значајна личност во детството или во возрасно доба;
- Ситуации кои бараат поголема одговорност при работата;
- Перцепција за родителите како контролирачки, заканувачки, критички, захтевни;
- Внатрешно доживување на врската како сексуална или физичка злоупотреба;
- Хронично чувство на заробеност;
- Порочен круг на лутина на родителското одбивачко поведение следено со анксиозност дека фантазијата ќе ја уништи врската со родителите;
- Типичните одбрамбени механизми реактивна формација, соматизација, екстернализација.

Клиничка слика

Паничните напади се јавуваат вообичаено со некој „тригер“ фактор (посебно кај паничното растројство со агорафобија) проследени со интензивен страв (анксиозност,

паника) и придружени со бурна вегетативна симптоматологија (срцебиење, чувство на гушење, гадење, палпитации, болки во градите, потење, тремор).

Во тригер фактори за настанок на паничниот напад би можеле да ги наброиме следниве (12,13,14):

- Повреда (несреќа или операција);
- Болест;
- Интерперсонален конфликт;
- Злоупотреба на марихуана;
- Употреба на стимуланти како кофеин, кокаин, амфетамини;
- Специфични места (продавници, јавен превоз-кај пациенти со агорафобија);
- Употреба на ССРИ-антидепресивите.

Пациентите вообичаено имаат повторувачки епизоди на паника, со страв дека паничниот напад ќе се повтори, што резултира во видни бихејвиорални промени (избегнување на ситуациите и местото каде што се случуваат нападите), како и грижа за последиците од нападот (губење на контрола, полудување, умирање), промени на личноста во смисла на пасивност, зависност, повлекување.

Дијагноза

МК 10 Дијагностички критериуми за Панично растројство (15):

Панично растројство (епизодни пароксизмални напади на анксиозност).

А. Личноста доживува рекурентни панични напади кои не се конзистентно асоцирани со специфична ситуација или објект и често се појавуваат спонтано (епизодите се непредвидливи).

- Паничните напади не се асоцирани со експозиција на опасност или животнo-заканувачка ситуација.

В. Паничниот напад е карактеризиран со следново:

- 1) Тој е дискретна епизода на интензивен страв или дискомфорт;
- 2) Почнува наеднаш;
- 3) Достигнува максимум по неколку минути и перзистира неколку минути;
- 4) Најмалку четири од долунаведените симптоми мора да бидат присутни, а барем еден од а до d.

Симптоми од автономниот нервен систем:

- a) Палпитации, забрзано чукање на срцето;
- b) Потенење;
- c) Тресење или треперење;
- d) Сува уста (која не се должи на употреба на лекови или дехидратација).

Симптоми кои ги вклучуваат респираторниот систем и ГИТ:

- e) Тешкотии во дишењето;
- f) Чувство на загушување;
- g) Градна болка или дискомфорт;
- h) Нагон за повраќање или стомачен дистрес (клокотење во стомакот).

Симптоми кои го зафаќаат менталниот статус:

- i) Вртоглавица, зашеметеност;
- j) Чувство дека објектите се нереални или дека не е тука присутен/а;
- k) Страв од загуба на контрола, на полудување;
- l) Страв од умирање.

Општи симптоми:

- m) Жештини или студена треска;
- n) Вкочанетост или сензации во вид на пецкање.

С. Паничните напади не се должат на физичка болест, органско ментално заболување или други ментални заболувања, како што се шизофренија и слични поврзани растројства, афективни растројства или соматоформни растројства.

Панично растројство (средна тежина)

Најмалку четири панични напади во период од 4 недели.

Тешко панично растројство

Најмалку четири панични напади во тек на една недела во рок од период од 4 недели.

Диференцијална дијагноза

Следните состојби може да наликуваат на паничен напад:

- Ангинозна болка, миокардијален инфаркт;

- Срцеви дизритмии;
- Пролапс на митрална валвула;
- Пулмонален емболус;
- Астма;
- Хипертироидизам;
- Хипогликемија;
- Феохромоцитом;
- Транзиторен исхемичен напад;
- Хипопаратиреоидизам;
- Грчеви и епилептични напади.

Терапија

Третманот на паничното растројство вклучува фармакотерапија и психотерапија. Во принцип, ваквиот вид на растројства прилично добро реагира на комбинираниот тип на третман.

Фармаколошки третман

- Анксиолитици:
 - а) Бензодиазепински препарати како што се: Дијазепам, Апаурин, Валиум, Оксазепам, Бромазепам, Алпразолам и др.
- Антидепресиви:
 - а) Инхибитори на серотонинскиот риаптејк (SSRI): флуоксетин, пароксетин, сертралин и др.;
 - б) Трициклични антидепресиви: имипрамин, хломипрамин и др..
- Антиконвулзанти:
 - а) Клоназепам и др. (1).

Прашања

1. Со што се прослени паничните напади?

Приказ на случај

В.С. е 25 годишна жена, електро-инженер, презентира панично растројство и агорафобија со класично безбедносно однесување. Воедно, дијагностицирано е и

дистимично расположение со хронично флукуирачко ниско расположение и ниска самопочит. Пациентката добива панични напади при возење со градски превоз на работа, во ресторан, во супермаркет, во дискотека, при одење на отворено... Симптоматологијата се појавува половина година пред јавувањето кај психијатар, по смртта на повеќе блиски личности (дедо, прв братучед, тетка, вујна). Се појавува маладаптивно однесување во смисла на возење со такси, а не со градски превоз (кое финансиски не може да го издржи), не оди во супермаркети, избегнува ресторани, отворени места... Сето ова е проследено со бурна вегетативна симптоматологија (забрзано дишење, потење на дланките, забрзано чукање на срцето). Зголемената анксиозност влијае и на нејзиниот квалитет на работа. Направени се 7 сесии (по две неделно) со Когнитивно-бихејвиорална психотерапија во комбинација со антидепресиви (Пароксетин). На крајот од третманот се бележи значително подобрување на психичката состојба. Пациентката дојде во допир со нејзините основни шеми и убедувања создадени во детството и научи како да се справува со негативните мисли, чувства и маладаптивното однесување.

Литература

1. Чадловски Г. Психијатриско-дијагностички тераписки прирачник, Просветно дело, Скопје, 2000;
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000;
3. Katerndahl DA, Talamantes M. A comparison of persons with early-versus late-onset panic attacks. *J Clin Psychiatry*. Jun 2000;61(6):422-7;
4. Maron E, Hettema JM, Shlik J. Advances in molecular genetics of panic disorder. *Mol Psychiatry*. Jul 2010;15(7):681-701;
5. Zwanzger P, Eser D, Nothdurfter C, Baghai TC, Möller HJ, Padberg F, et al. Effects of the GABA-reuptake inhibitor tiagabine on panic and anxiety in patients with panic disorder. *Pharmacopsychiatry*. Nov 2009;42(6):266-9;
6. Wedekind D, Bandelow B, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Salivary, total plasma and plasma free cortisol in panic disorder. *J Neural Transm*. 2000;107(7):831-7;
7. Neumeister A, Bain E, Nugent AC, Carson RE, Bonne O, Luckenbaugh DA, et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci*. Jan 21 2004;24(3):589-91;

8. Lonsdorf TB, Rück C, Bergström J, Andersson G, Ohman A, Schalling M, et al. The symptomatic profile of panic disorder is shaped by the 5-HTTLPR polymorphism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Nov 13 2009;33(8):1479-83;
9. Strug LJ, Suresh R, Fyer AJ, Talati A, Adams PB, Li W, et al. Panic disorder is associated with the serotonin transporter gene (SLC6A4) but not the promoter region (5-HTTLPR). *Mol Psychiatry*. Feb 2010;15(2):166-76;
10. Johnson MR, Lydiard RB, Ballenger JC. Panic disorder. Pathophysiology and drug treatment. *Drugs*. Mar 1995;49(3):328-44;
11. Vythilingam M, Anderson ER, Goddard A, Woods SW, Staib LH, Charney DS, et al. Temporal lobe volume in panic disorder--a quantitative magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Res*. Aug 28 2000;99(2):75-82;
12. Dannon PN, Lowengrub K, Amiaz R, Grunhaus L, Kotler M. Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol*. Mar 2004;19(2):97-101;
13. Schifano F, Di Furia L, Forza G, Minicuci N, Bricolo R. MDMA ('ecstasy') consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug Alcohol Depend*. Sep 1 1998;52(1):85-90,
14. González-Berríos N. Sertraline-induced panic attack. *Bol Asoc Med P R*. Jan-Mar 2009;101(1):59-60;
15. World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation.

7.3. Опсесивно компулсивно растројство (F42)

Проф. д-р Слаѓана Штркаљ Ивезиќ

Вовед

Опсесивно компулсивните растројства (ОКП) во класификацијата на ментални растројства се класифицирани во групата на анксиозни растројства. И покрај тоа што анксиозните симптоми не се карактеристични за опсесивно компулсивните растројства како кај другите анксиозни растројства, симптомите се појавуваат особено кога лицето се

обидува да се ослободи од присутните дејства или од присутните мисли. Карактеристичните симптоми на опсесивно компулсивното растројство вклучуваат присилни мисли и присилни работи. Опсесивните симптоми ги карактеризираат наметливи, повторувачки, несакани мисли, идеи, предлози и поттикнувања кои се вознемирувачки и од кои лицето не може да се ослободи. Компулзивните опфаќаат повторувачко однесување кое може да биде лесно воочливо (на пример, миене раце) и ментално присутно (на пример, броење). Опсесивните и компулсивните симптоми најчесто се појавуваат заедно. Компулсивните симптоми најчесто служат во намалување на стегите кои ги предизвикуваат опсесиите. Кај голем број заболени, растројството тешко се препознава и поминуваат доста години додека да се постави дијагнозата и да се пристапи кон соодветното лекување.

Епидемиологија

Преваленцијата на ОКП е различна од истражување до истражување и се движи од 1,6 до 2,5% (1,2). Симптомите се појавуваат кај сите возрасти, од претшколска до понапредната возраст. Жените имаат повисока преваленција од мажите. Во најголем број од случаите, растројството се појавува на возраст од 17 до 20 години. Најчести се опсесиите од типот на страв од контаминација, патолошко сомневање, потреба за симетрија и агресивните опсесии. Најчести компулзии се проверка, чистење и симетрија. Кај најголем број од заболени се наоѓа комбинација на опсесивните и компулсивните симптоми. Опсесивно компулсивното растројство често се појавува во коморбидитет со друго анксиозно растројство, како на пример, кај социјалната фобија и паничното растројство чест е коморбидитет со депресија.

Етиологија (1)

Опсесивно компулсивното растројство настанува со интеракција на разни фактори. Генетските фактори играат улога, со оглед на тоа што растројството се наоѓа кај 63% од монозиготните близнаци, што упатува на значењето на генетиката и околината. Истражувањата на мозокот со невросликовни техники, спроведен кај еден број од заболени лица, наоѓаат абнормалности на орбито-фронталниот кортекс, на предниот цингуларен кортекс, во структурата на таламусот и на базалните ганглии. Теориите на учењето укажуваат на поврзаноста помеѓу опсесиите кои ја зголемуваат стегнатоста и компулзивноста како начин на намалување на стегнатоста која ја предизвикува опсесијата и

која ги поддржува симптомите кои претставуваат основа за когнитивно-бихејвиоралната метода на лекување на овие растројства. Психоаналитичките теории на симптомите на опсесијата и компулзијата гледаат како на експресија на несвесните интрапсихички конфликти помеѓу сексуалниот и агресивниот нагон и бара суперего. Овие теории можат да помогнат во разбирањето и лекувањето на опсесивно компулсивните растројства.

Клинички симптоми (1,2,3)

Карактеристичните клинички симптоми вклучуваат опсесии (мисли, идеи и предвидувања) и компулзии (дејства).

Најчестите опсесии се контаминација, потреба за симетрија, сексуални и агресивни опсесии и патолошки сомнежи, а најчестите компулзии се поврзани со работи кои ја намалуваат стегнатоста што ја предизвикала наведената опсесија.

Контаминацијата и претераното чистење најчесто се однесуваат на страв од валкање и зараза со бактерии, може да вклучи, на пример, страв од контаминација со некои надворешни работи, како што е азбест или контаминација со излачевините на телото, како што се урина, фецес или секрет од носот. Многу пациенти со страв од инфекција користат принцип на одбегнување, така на пример, лице со страв од контаминација може да стане неактивно бидејќи не се осмелува да допре ништо од својата околина што би можело да биде валкано. Претераното миење на рацете е компулзија која е често поврзана со опсесијата на контаминација. Претераното миење раце се случува после секој допир со објектот на контаминација, на пример лицето ја допира книгата и потоа мора да ги измие рацете.

Потребата за симетрија и активности кои придонесуваат за симетрија се однесува на импулсивната потреба за ред или предметите да се организирани во некој перфектен ред, на пример, книгите да се наредени на ист начин, во куќата да владее перфектен ред и сите работи да стојат на исто место, секое помрдување на работите кај лицата со ОКП предизвикува стегнатост и нерасположение.

Сексуални и агресивни опсесии: честите сексуални опсесии се однесуваат на страв од промискуитет, така што можат да бидат присутни присилни незгодни мисли дека личноста може да стане проститутка, да направи некои сексуални активности за кои таа мисли дека за неа се непримерни, на пример, мисли за орален секс се јавуваат кај религиозна жена, за која тие се неприфатливи и предизвикуваат големо вознемирување.

Агресивните опсесии се однесуваат на страв дека некогo ќе повредат, на пример, пациент може со часови да размислува дали некогo повредил во сообраќајот, и покрај тоа што не постои некаков план тоа да го стори, туку напротив, на таквите мисли се спротиставува. Мислите дека ќе направи некоја лоша работа за лицето се вознемирувачки и неприфатливи, ниту постои зголемен ризик врз основа на опсесивните мисли во состав на ОКП да направи некое несакано дејство.

Патолошки сомнежи и проверување: патолошките сомнежи се појавуваат кај заболените кои имаат различни опсесии и компулзии. Постои верување дека поради нивната негрижа може да се случи некоја несреќа, така на пример, личноста верува дека ќе се случи пожар затоа што не ја угаснала печката, или станот ќе биде ограбен затоа што не ја заклучила вратата, или лицето со компулсивно растројство може да поминува часови во проверување на станот пред да излезе од него.

Поставување на дијагноза

Опсесивно компулсивното растројство во МКБ 10 (3) е класифицирано по следниот редослед:

- F 42 Опсесивно компулсивно растројство;
- F 42.0 Доминираат опсесивни мисли или руминација;
- F 42.1 Доминираат компулсивни активности (опсесивен ритуал);
- F 42.2 Мешани опсесивни мисли и активности;
- F 42.8 Други опсесивно компулсивни растројства;
- F 42.9 Опсесивно компулсивно растројство, неозначено.

Според класификациските критериуми, следните параметри треба да бидат присутни, за да се постави дијагнозата на опсесивно компулсивно растројство:

1. Присуство на опсесија или компулзија (или и двете) повеќе денови, најмалку во траење од 2 недели;
2. Опсесиите и компулзиите мораат да ги имаат следните заеднички карактеристики: да се препознаени како сопствени и да не се условени од надворешни влијанија или личности, да се повторувачки и непријатни, а од личноста препознаени како претерани и без причина;

3. Пациентот настојува да се спротивстави на опсесиите и компулзиите со постоење на опсесии и компулзии на кои им се спротивставува безуспешно;
4. Искуството на опсесивните мисли и активности не смее да биде пријатно, туку напротив, непријатно и вознемирувачко;
5. Опсесиите или компулзиите произведуваат емоционална непријатност или интерферираат со социјалното и индивидуалното функционирање на пациентот, вообичаено со губење на време.

Диференцијална дијагноза

Повратните присилни мисли, поттици, предупредувања и/или компулсивното однесување, можат да се јават во рамките на други ментални растројства, како на пример окупираност со изгледот кај хипохондријата, окупираност со грижите кај генерализираното анксиозно растројство, стравот од различни објекти или ситуации кај фобиите, корнењето на влакна кај трихотиломанијата. Кога постои преокупираност со телесниот изглед, или верувањето дека постои сериозна телесна болест, треба да се постави дијагноза на хипохондрија. Ако личноста се плаши дека би можела да се разболи од некоја болест (не дека е болна), тогаш дијагнозата за специфична фобија е посоодветна. Кај психотичните растројства постојат карактеристични симптоми, како халуцинации и налудничави идеи, опсесиите и компулзиите се доживевани како туѓи, а не како сопствени.

Кај опсесивно компулсивното растројство на личноста постои долготраен карактеристичен формат, образец на однесување кој не е во сооднос со вообичаената културна средина на поединецот, додека пак цртите на личноста кои се во сооднос со белегот на опсесијата и компулсијата, никогаш не ги задоволуваат полните дијагностички критериуми за да се постави дијагноза на ОКП. Опсесивните и компулсивните симптоми кои можат да се појават кај депресијата се повлекуваат со ремисијата на депресијата. Тиковите и стереотипните потребно е да се разликуваат од компулзиите. Тикот е ненадејно, брзо, повратно, неритмично, стереотипно моторичко движење или вокализација (на пример трепнување со очите, плазење на јазикот, накашлување). Стереотипното движење е повторувачко, привидно присилно, нефункционално моторичко однесување (на пример, удирање со главата, тресење со телото), додека наспроти компулзиите, тиковите и стереотипните движења се помалку комплексни и не се насочени кон неутрализација на опсесиите. Некои поединци покажуваат и симптоми на ОКП и тогаш можат да бидат

поставени две дијагнози, како што е тоа случај кај Tourett-овиот синдром. Невролошките болести, како Sydenham-овата и Huntington-овата болест, можат да имаат слични симптоми и треба да се исклучат. Некои лекови, како на пример clozapine, можат како нуспојава да имаат опсесивно компулсивни симптоми.

Лекување (1,4,5)

Лекувањето на пациентите со опсесивно компулсивно растројство најчесто вклучува комбинирана примена на фармакотерапија, психотерапија и психосоцијални постапки, како едукација за болеста. Едукацијата за болеста се состои од давање информации за болеста и лекување во рамките на емпатиски терапевтски однос доктор-пациент или во терапевска група, му помага на пациентот подобро да го разбере растројството за да соработува во лекувањето.

Фармаколошко лекување: прв избор во психофармаколошкото лекување на опсесивно компулсивното растројство се антидепресиви од групата на селективните инхибитори на повторната апсорпција (ре-апсорпцијата) на серотонинот, а како втор избор, кога лековите од првиот избор не се ефикасни, може да биде klompiramin. Во резистентните случаи можат да се користат и антипсихотици, најчесто во комбинација со некој лек од селективните инхибитори на повторната апсорпција (ре-апсорпцијата) на серотонинот. Се мисли дека адекватното време за проценка на ефикасноста на лекувањето со одбраниот лек е околу 8-12 недели, па затоа се препорачува одбраниот лек од групата на селективните инхибитори на повторната апсорпција (ре-апсорпцијата) на серотонинот да се зема во терапевска доза минимално наведен број на денови. Кај неефикасност при примената на некој лек од селективните инхибитори на повторната апсорпција (ре-апсорпцијата) на серотонинот, може да се направи обид со друг лек од оваа група. Со тек на лекувањето, дозата на лекот може да се титрира поврзано со ефикасноста на одговорот. Вообичаено е дека за лекување на ОКП се даваат поголеми дози од оние кои, на пример, се користат во лекувањето на депресијата. Сите лекови од селективните инхибитори на повторната апсорпција (ре-апсорпцијата) на серотонинот се користат во лекување на ОКП (escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, и sertraline). Штом се постигне задоволителен терапевски одговор на фармаколошкото лекување, се препорачува терапијата да се продолжи минимално 6-12 месеци.

Психотерапија: денеска се смета дека когнитивно бихејвиоралната терапија е ефективна во лекувањето на ОКП и дека може да се користи самостојно, но и во комбинација со лекови. Колку клиничката слика е потешка, толку е поверојатно дека ќе се користи комбинација со психофармака. Една компонента од терапијата е изложување (бихејвиорална терапија). Изложувањето се заснова на претпоставката дека анксиозноста е причинета од опсесии и ќе се намали доколку личноста доволно долго се изложува. Повторуваното изложување на опсесијата постапно доведува до намалена анксиозност. Оптимално е покрај изложувањето, паралелно да се спроведува спречување на одговорот со кој се блокира изведувањето на дејствата. Пациентот вообичаено треба да согледува дека до редуција на анксиозноста дошло и покрај тоа што не ја извршил/извршила активноста. Когнитивната терапија е втората компонента на овој пристап, а целта е да се редуцира дисфункционалниот начин на размислување поврзан со катастрофалното размислување и нереално претераното чувство на одговорност. Психоаналитичките терапии можат да бидат корисни во разбирањето на интрапсихичкиот конфликт кој придонесува во одржувањето на симптомите.

Социотерапија: социотераписките техники, како на пример рехабилитацијата, значајни се кај заболените лица кај кои доаѓа до силно работно и социјално оштетување во одржувањето на работната способност, во зголемувањето на ефикасноста во интерперсоналното однесување, зголемувањето на самодоврбата, намалувањето на стигмата и зголемувањето на квалитетот на животот, без разлика на постојаноста на значителната онеспособеност поврзана со болеста.

Приказ на случај

Маж на возраст од 35 години, чиј главен дел од работните задачи се состои од работа на компјутер, има опсесивни мисли на страв од нечистотија, затоа пред почеток на работата со компјутерот спроведува присилни активности: мора да го пребрише компјутерот со средство за дезинфекција и добро да ги измие рацете со минимално траење на миењето од 5 минути. проблемот се појавува кога целата процедура треба да ја повтори ако, на пример, го допре телефонот кој ќе засвони, или допира различни хартии. Во миењето на рацете и бришењето на компјутерот поминува и до 3 часа дневно, што станало кочница на работа, па морал да останува прекувремено за да ја заврши работата. Лекуван е со sertraline, дозата постепено е титрирана до максималната доза од 200 mg. Вклучен е во

когнитивна бихејвиорална терапија, после 6 месеци од лекувањето доаѓа до значително намалување на компулсивните активности, така што сега во компулсивни активности поминува помалку од еден час, што не влијае значително на неговата работа.

Прашања

1. Да се опишат најчестите симптоми кај опсесивно компулсивното пореметување.
2. Да се наведат дијагностичките критериуми за поставување на дијагнозата на опсесивно компулсивното пореметување.
3. Диференцијална дијагноза кај опсесивно компулсивното пореметување.
4. Лекување на опсесивно компулсивното пореметување.

Литература

1. Kay J, Tasman J Essentials of Psychiatry Wiley and Sons Chischester 2006;
2. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders Fourth Edition ,DSM IV International version with ICD 10 codes Washington DC American psychiatric Associations 1995;
3. Svjetska zdravstvena organizacija Klasifikacija mentalnih poremejavivporemecaja ponašanja (МКВ 10) Klinickiopisihjatriske dijagnosticke smjernice Deseta revizija (WHO1992) Zagreb: Medicinskanaknada 1999;
4. Mimica N, Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V Farmakološke smjernice za liječenje anksioznih poremećaja, osim posttraumatskog stresnog poremećaja U: Anksiozni poremećaji tema borija uredn Štrkalj Ivezić S Medix ,71 2007 dodatni tisak 8-12-
5. Jurić I, Štrkalj Ivezić S Suportivna grupna terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja U: Anksiozni poremećaji tema broja urednica Štrkalj Ivezić S Medix ,71 2007 dodatni tisak 37-40.

7.4. Посттрауматско стресно растројство (ПТСТ) (PTSD-posttraumatic stress disorder) (F43.1)

Проф. д-р Гертрауд Мулер

Епидемиологија

Според една репрезентативна американска студија (2001-2003), преваленцијата во текот на животот за ова заболување изнесува 6,8% кај мажите, односно 9,7% кај жените. Преваленцијата варира не само во зависност од полот, туку, исто така, во зависност од тоа во која земја е испитана. Според СЗО (Светската здравствена организација), преваленцијата се движи од 0,3% во Кина, до 6,2% во Нов Зеланд. Преваленцијата во текот на животот за ова заболување, според една репрезентативна американска студија(2001-2003), кај мажите изнесува 6,8%, додека 9,7%. кај жените. Дванаесетмесечната

преваленција изнесува кај мажите 1,8%, а кај жените 5,2%. Во популациите каде што живеат голем број луѓе со посттрауматско стресно растројство, логично се наоѓа висок степен на преваленција, како на пример кај виетнамските ветерани, каде што изнесува и до 31%.

Дефиниција

Се работи за едно заболување за кое што, во рамките на каталогот на МКБ 10, се наведува етиологијата на заболувањето: посттрауматското стресно растројство претставува продолжена реакција на еден краток или долг трауматски настан кој што силно ја загрозува личноста, или пак реакција на катастрофален настан кој што, кај речиси секогo, би предизвикал длабоко растројство.

Значи, се работи за дискрепанца помеѓу, од една страна загрозувачкиот настан како што е несреќа, силување, смрт на близок член во семејството, и, од друга страна, индивидуалните можности за преработка на загрозувачкиот настан (како што се, на пример, борбата или бегството). Оваа дискрепанца предизвикува кај жртвата чувство на немоќ и неконтролирано предавање на злосторникот или несреќата, што предизвикува растројство на интегритетот на личноста (пример кај злоупотребата), или пак чувство на неразбирање на светот (пример кај земјотрес). Посттрауматската стресна состојба би можела да се разбере и како нормална реакција кон една потполно нова, патолошка надворешна состојба. Интересен е фактот дека некои лица кои што биле изложени на надворешни стресни состојби кои што кај други лица предизвикуваат заболување, и покрај тоа не покажуваат симптоми на ПТСР. Како протективни фактори кои што го штитат човекот од појава на ова заболување се сметаат трајната и сигурна поврзаност со мајката, односно со друга личност која што се грижела за лицето во детството, а од другите перитрауматски фактори кои играат одредена протективна ролја се споменуваат сигурната околина после трауматското доживување и прифатеноста од околината. Во секој случај, ПТСР не настанува како резултат на индивидуална слабост, туку како резултат на силна надворешна стресна состојба.

Разликата помеѓу акутната реакција на стрес и посттрауматското стресно растројство, се состои во временскиот критериум: додека кај акутната стресна реакција симптомите се јавуваат непосредно, а најдоцна во рок од неколку дена по настанот, кај посттрауматското стресно растројство, симптомите можат да се јават како временски

одложена реакција. Акутната реакција на стрес според МКБ 10 е кодирана со шифрата F41.0, додека акутното посттрауматско растројство со F41.1.

Етиологија

Био-психо-социјален модел

Биолошки модел: биолошкиот модел кај посттрауматското стресно растројство може да се разбере врз база на архаичките модели за физиологија на стресот. Луѓето поседуваат способност за неколку различни можности за реакција на состојбите кои што ја загрозуваат нивната егзистенција:

1. Борба: При овој вид реакција се активира симпатичкиот нервен систем, при што се ослободува адреналинот и се манифестираат следниве телесни реакции: контракција на мускулите, покачување на крвниот притисок, забрзување на срцевата фреквенција и зголемување на вигиланцата. Доколку на овој начин дојде до совладување на изворот на страв, доаѓа до ослободување на трансмитери кои што имаат наградувачки карактер, како што се допаминот и ендорфините. Ослободувањето на овие трансмитери предизвикува кондиционирано однесување, што значи дека при следната загрозувачка состојба лицето повторно ќе реагира на ваков начин;
2. Бегството е втората можна реакција, која настанува по истиот механизам како борбата, но со спротивна акција;
3. Трета можна реакција е активирањето на системот на паника: кај човекот постои вроден страв од сепарација, кој што се манифестира преку следниве симптоми: под вијание на невротрансмитерот глутамат, истовремено доаѓа до реакција на периферниот парасимпатичен систем, кој што се манифестира преку засилен нагон за мокрење и празнење на дебелото црево, чувство на грутка во грлото, тешкотии при диешењето и страв од напуштање. Овие панични симптоми се подобруваат со помош на трансмитерот окситоцин, преку допир на кожата, но и со тивка, бавна музика. Овие симптоми вообичаено се јавуваат кај трауми поврзани со блиски личности (запоставување и злоставување);
4. Четврта можност за реакција е заземањето на состојба на мртовец, т.н. „Freezereaction“. Иако внатрешната напнатост е многу голема (hyperarousal), мускулите се вкочанети, а говорот е исклучен;

5. Последна можност за реакција на трауматската состојба е дисоцијацијата: се работи за сепарација помеѓу мислите, чувствата, когнициите, дејствувањето и чувството за идентитет и свесност: на пример, жртвата која што била мачена ја гледа сцената на мачење одозгора, како да не ѝ се случува нејзе, туку на некој друг.

Сензорните дразби се филтрираат во хипоталамусот за потоа да се пренесат:

1. До nucleusamygdale, каде што добиваат емотивно значење (се проценуваат како опасни, односно пријателски);
2. До кортексот (каде што се споредуваат со сегменти од сеќавањето и каде што се започнуваат волевите реакции);
3. До хипокампусот (кој што ја инхибира активноста на nucleusamygdale, каде што се врши сортирање на настаните во просторот и времето, како и меморирање во свесниот дел на помнењето).

Во состојби на екстеман стрес доаѓа до прекинување на невротрансмисијата помеѓу nucleusamygdale и кортексот, nucleusamygdale и хипокампусот, помеѓу хипокампусот и кортексот и помеѓу таламусот и кортексот, така што инхибиторните импулси врз nucleusamygdale не можат да се реализираат, што оневозможува споредба на актуелната случка со случки од сеќавањето, ниту пак е возможно едно нормално запомнување на актуелниот настан. Така, сеќавањето на трауматизирачката случка не станува дел од наративното сеќавање кое што може да се повика во секое време, туку е поделено во поединечни сегменти како слики, емоции, телесни чувства и мисли. Исто така, овие поединечни сегменти не влегуваат во делот на долготрајната меморија, односно во сеќавањето за минатите настани, и се некој вид туѓо тело кое што секогаш кога ќе се активира nucleusamygdale, истовремено се јавува во вид на „flashbacks“ или ноќни мори. На овој начин пациентот повторно привидно ги доживува трауматизирачките сцени, без можност да ги класифицира како одминати, тој ги преживува истите симптоми како и за време на трауматизирачкиот настан, и повторно се чувствува беспомошно.

Заборавањето и дисоцијацијата служат како механизми за самолекување на траумата бидејќи, со повторно потсетување на трауматскиот настан, жртвата се обидува да ја интегрира траумата во секојдневието, а со дисоцијацијата се обидува да ја заборава.

Хипервигиланцата, пак, го штити пациентот од појавата на повторни симптоми на симпатетичка хиперреакција, а со тоа од едно ново трауматизирање.

Социјалната димензија на ПТСР особено се гледа во случај на трауматизирање на едно лице од страна на блиски лица или т.н. *men-made-disaster*. Притоа, доаѓа до длабоко пореметување на вербата и довербата во социјалниот свет. За понатамошниот тек на заболувањето е особено важно на кој начин околината ја прифаќа жртвата, односно дали околината ѝ дава поддршка или, пак, ја обвинува жртвата за она што ѝ се случило.

Симптоми

Водечки симптоми кои се јавуваат по 6 месеци од трауматскиот настан се: Интрузии (несакани сеќавања), Flash backs (повторно визуелно претставување на доживеаната состојба) и ноќни мори. Понатаму, се избегнува сè она што асоцира на доживеаната состојба, а во текот на денот се јавуваат симптоми на хипервигиланца, како што се намалена концентрација, несоница, засилено потење, тахикардија и зголемена плашливост. Исто така, се јавуваат емоционална затапеност, бесчувствителност, анхедонија, влошување на расположението во вид на страв и депресија или, пак, неочекувана појава на агресија, страв и паника. Понекогаш доаѓа и до мисли за самоубиство или пак обиди за самолекување со алкохол и дроги.

Дијагноза

Дијагнозата е базирана врз опишаните симптоми и временскиот фактор од 6 месеци после трауматизирачката состојба. Дијагнозата на посттрауматска реакција (F43.0) се поставува кога гореопишаните симптоми се јавуваат веднаш по трауматскиот настан во вид на затапеност, со појава на депресивни, анксиозни симптоми, бес, збунетост, хиперреактивност и повлекување. Овие симптоми по правило исчезнуваат во период од околу три дена.

Дијагнозата на растројство на приспособувањето (F 43.2) се поставува кога лица со зголемена вулнерабилност, при случување на негативни настани (селидба, губиток на блиска особа итн.), реагираат со манифестација на следниве симптоми: депресивно распложение, страв, загриженост, неснаодливост и неспособност да се справат со секојдневието. Овие симптоми се јавуваат околу 4 недели по акутниот настан кој што ги предизвикал и траат до 6 месеци.

Доколку симптомите по една трауматска состојба постојат со години или дури десетици години, тогаш се работи за хронично растројство на личноста поради екстремно оптоварување (F60.2).

Диференцијална дијагноза

Депресивни и анксиозни заболувања, како и заболувања од групата на психози.

Терапија

Ставот на сите терапевти кон пациентите со дијагноза на пострауматско стресно растројство треба да е емпатичен и истовремено дистанциран. Тоа значи дека терапевтите не треба да ги преценуваат своите можности како спасувачи на пациентите, туку треба да бидат солидарни и да ја зајакнат самовербата на пациентот, оддавајќи му признание за начинот на кој што пациентот живее со симптомите и покрај она што го доживеал. На тој начин се стимулираат или поттикнуваат внатрешните ресурси на пациентите. Исто така, важно е на пациентките да им се овозможи дистанцирање од контакти со виновникот за трауматското дејство (доколку се работи за злоставување, злоупотреба итн.), да им се овозможи на пациентите да ја заштитат својата приватност и да добијат чувство на контрола. Притоа, секојдневниот контакт помеѓу терапевтот и пациентот може да создаде чувство за контрола врз секојдневните настани, со тоа што пациентот ќе се праша каде сака да седне, кој вид на терапија му одговара итн. Во терапевтската констелација со овие пациенти честопати можат да се појават состојби како резултат на контратрансфер, а кои што се манифестираат како агресивни импулси кон злоставителот (кон терапевтот), чувство на беспомошност, нереактивност, одбивање да се конфронтираат со една состојба итн. Во овие случаи, терапевтот не треба да реагира, бидејќи само на тој начин може да се создаде здрава терапевтска заедница која што ќе го зајакне егото на пациентот. Треба особено да се внимава во терапевтската работа да не се предизвика повторна траума преку интензивното распрашување за деталите во врска со трауматската состојба, при што терапевтот треба да внимава и самиот да не стане жртва на индиректна траума, па затоа се препорачува грижа за самиот себе и редовна супервизија.

Фармаколошко лекување

Фармаколошката терапија е секундарна, на прво место се користи психотерапијата и социотерапијата. При акутни кризни состојби може да се препорача антидепресивна, анксиолитична или, пак, невролептична терапија.

Психотерапија

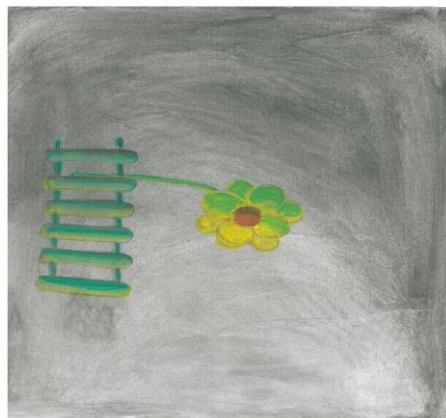
Психоедукацијата на пациентите е важен елемент на психотерапијата и има за цел да им ги објасни симптомите и начинот на нивното настанување. Притоа, на пациентот му се укажува дека, пред сè, трауматските настани се одговорни за појавата на заболувањето и дека симптомите не значат понатамошно влошување, туку дека се дел од процесот на самолекување на човечката психа.

Модерните видови на психотерапија на ПТСР соединуваат елементи од повеќе психотерапевтски техники од областа на бихејвиоралната, системската, длабинско-психолошката и его/стејт терапијата и ги соединуваат во една теоретски поткрепена, интегрирана, целокупна терапија.

Терапијата се одвива во три фази:

1. Фаза на стабилизирање;
2. Фаза на конфронтација со траумата и
3. Фаза на интеграција и нова ориентација.

Во фазата на стабилизирање се потенцира чувството на сигурност во секојдневната реалност, а се користат и имагинативни техники, како на пример „техниката на имагинација на сигурно место“, „добри помагачи“, и „спасување на повреденото внатрешно дете“.



Слика на цвеќе по една имагинација на тема „цвет“ :

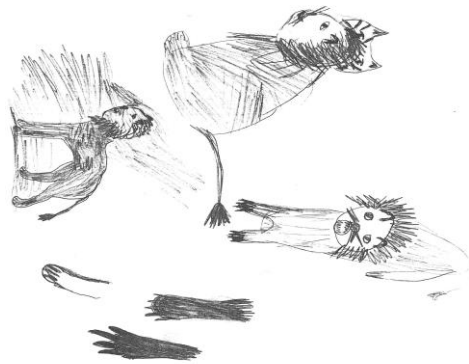
56-годишен службеник со депресија која што за прв пат се појавила по деградирање на работното место: цвет зад една ограда што би можело да ги означува опсесивно-компулзивните делови на неговата личност, но и едно премногу строго супер-его, во празен и сив простор....



Слика на цвеќе по една имагинација на тема „цвет“:

27-годишна студентка со посттрауматска стресна состојба поради сексуална злоупотреба во детството и силување во адолесцентна возраст. Таа нацрта еден цвет кој што крвари, и потоа уште едена слика која што ги содржи нејзините две страни: страната на прекција на сторителот и нејзината лична светла страна која што ги означува нејзините ресурси.

Слика по имагинација на „диво животно“



40-годишна пациентка со тешка депресивна епизода: Пациентката забележала дека тигарот носи чорапи и, сепак, ги црта неговите канџи како излегуват низ чорапите. Оваа слика ја симболизира потиснатата агресија на пацеинтка која што е „многу добро воспитана“.

Целта на конфронтацијата со траумата е синтеза на траумата преку спојување на зборови, слики, афекти и телесни чувства доживевани за време на трауматското доживување, како и интеграција на недореченото во вербалната свесност, за на тој начин да се овозможи нормално преработување и запомнување на настаните. За таа цел се користат дистанцирачки техники, како што се техниката на набљудување, техниката на излог и методата на EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), според Shapiro, која што во меѓувреме е евалуирана и валидирана. Кај оваа метода се работи за билатерална стимулација со движење на очите лево и десно, со цел да се „избришат“ меморираните трауматизирачки слики.

Во последната фаза на терапијата, всушност, се работи за прифаќање на лузната која што цел живот ќе остане, што истовремено е и фаза на тагување и, воедно, можност за отворање на нови перспективи во животот, при што некои пациенти наоѓаат нов смисол на животот во религиозен и спиритуален контекст.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е зајакнување на социјалните ресурси, овозможување на чувство на сигурност, каде што, на пример, жртвата нема контакт со злоставувачот, финансиска сигурност (адекватно работно место, социјална помош, барање средства од

осигурувањето, доколку се работело за несреќа на работното место) и помош во делот на слободното време и рекреацијата (започнување на релаксирачки активности). Во катастрофални услови, како што е на пример војната, се препорачуваат сите мерки кои што овозможуваат социјална сигурност. Цел на социотерапијата е кај пациентот да се создаде чувство дека сам може да се грижи за својата сигурност. При случаи на колективно трауматизирање, социјалните работници можат да организираат заеднички ритуали на тагување (како на пример, богослужба), или пак да организираат една локација како место за сеќавање на жртвите на трагедијата во соработка со одговорните субјекти. Овие социотерапевтски постапки помагаат при преработувањето на тагата кај преживеаните.

Улога на медицинскиот персонал

Улогата на медицинскиот персонал треба да биде, како што веќе беше споменато во делот за психотерапијата, да овозможат стабилна, доверлива терапевтска врска за време на болничкото лекување. На пациентот треба да му се укаже дека неговото мислење се прифаќа дури и кога ќе каже „не“, односно кога ќе одбие нешто и треба да му се даде чувство на контрола врз состојбата во која што се наоѓа, со тоа што ќе се праша за тоа каков вид терапија сака да користи и да му се укаже на потребата за самогрижа и самосмирување. Во некои специјализирани клиници дури е вообичаено медицинската сестра да учествува во фазата на конфронтација со траумата како „сведок“, и потоа да ѝ помага на пациентката како да се грижи за „своето внатрешно повредено дете“.

Приказ на случај

1. Една 27-годишна пациентка која што од пред повеќе години страда од хронична несоница и поради тоа не може да работи, се јавила на прием во центарот за сомнологија. Дури по деталната анамнеза пациентката открива дека во тек на пубертетот, таа повеќе години по ред била сексуално злоставувана со употреба на сексуални садистички методи од страна на машка особа која што е член на потесното семејство. Таа раскажала дека има ноќни мори, flashbacks и интрузии, кои што се јавуваат кога таа ќе го почувствува мирисот на кафе...

Секогаш кога се обидува да заспие, станува сè побудна и има чувство како еден рој пчели да се наоѓаат во нејзиниот стомак... Покрај тоа, таа страда од силни неоргански главоболки, поради што зема прекумерна доза аналгетици.

- Прашање: Кои се типичните симптоми на ПТСР кај опишаниот случај?

2. *Еден млад психолог сака да дознае детали за она што ѝ се случило на пациентката, со цел да постави точна дијагноза,на и поставува директни, дури по малку и агресивни прашања, при што пациентката одеднаш почнува да го променува своето однесување и да изгледа отсутно во текот на разговорот...*

- Како го толкувате природот на психологот?
- Опишете го однесувањето на пациентката со помош на стручен израз!
- Размислете конкретно, како би требало да изгледа разговор со пациентката при лекување во една болница и како би го организирале нејзиното слободно време за време на лекувањето, а со цел таа да се здобие со чувство на поголема контрола и чувство за подобрување на нејзините ресурси...

Литература

1. Peichl, J., (2007), Die inneren Traumalandschaften, Stuttgart, Schattauer, ISBN-10:3-7945-2521-3, p. 205
2. Reddemann, L., (2011), Psychodynamisch imaginative Psychotherapie PITT-das Manual, Stuttgart, Klett-Cotta, ISBN 978-3-608-89105-8, p. 74
3. Fischer, G., Riedesser P., (2003), Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, Reinhardt, ISBN 3-8252-8165-5, pp. 85-97

7.5. Дисоцијативни [конверзивни] растројства (F44)

Проф. д-р Слаѓана Штркаљ Ивезиќ

Интернационалната класификација на болести, 10-та ревизија (МКБ 10) (1) во поглавјето Невротични растројства, растројства врзани за стрес и соматоформни растројства под F 44 се опишуваат дисоцијативни и конверзивни растројства. Тоа е различно од американската класификација ДСМ IV (2), која посебно ги опишува дисоцијативните растројства, додека конверзивните растројства ги подредува во соматоформни растројства. Дисоцијативните и конверзивните растројства се разликуваат по клиничката слика, но имаат заеднички психолошки механизам на настанување и

решавање на психичкиот конфликт со потиснување (конверзија) и со дисоцијација (дисоцијативни растројства), исто така, заедничка им е поврзаноста со стресните случувања и лекувањето кое се базира на психотерапијата. Дисоцијативните растројства се поврзани со тешкотиите на идентитетот, на помнењето, на перцепцијата и свесноста, додека конверзивните растројства се поврзани со губење на телесната функција која не е предизвикана со телесна болест.

Епидемиологија (2,3)

Не е позната точната преваленција на дисоцијативните растројства, постои тренд на зголемување на преваленцијата што се должи на подоброто препознавање на растројствата. Според некои проценки, преваленцијата е 1 на 10 000 жители, преваленцијата во психијатриската популација е околу 3%. Може да се очекува поголема преваленција на растројствата веднаш после војна, после природни катастрофи и сл. Преваленцијата на дисоцијативната фуга е околу 0,2%. Во однос на полот, значително поголема е преваленцијата кај жените и се движи близу околу 90%.

Етиологија

Неодамнешен стрес/траума кој ја надминува психолошката способност на личноста да се соочи со тоа, најчесто е поврзан со појава на дисоцијативните растројства, при тоа улога играат и раните трауми кои довеле до развој на механизмот на одбрана кој го користи дисоцијацијата. Дисоцијацијата е поврзана со несвесни конфликти и е еден од механизмите како што е репресијата во психологијата на човекот во соочување со трауматските аспекти на сопственото лично минато. Во согласност со психобиосоцијалниот модел на создавање на растројствата, надворешните стресни причини се најчест двигател на дисоцијативното растројство во околности во кои количината на стрес ги надминува психолошките можности на човекот да се справи со тоа, па доаѓа до дисоцијација која резултира со дисоцијативни растројства.

Клиничка слика на дисоцијативните растројства (1,2,3)

Важна карактеристика на дисоцијативните растројства е прекин во обично целосните функции на свеста, помнењето, идентитетот или согледување на околината, делумно или потполно губење на свеста од минатото или свеста за себеси (ДСМ IV, МКБ 10), вклучувајќи ја дисоцијативната амнезија, фуга, растројството на идентитетот по

американската класификација, а според МКБ 10 уште и дисоцијативниот ступор и растројството со транс и опседнатост.

7.5.1. Дисоцијативната амнезија (F44.0)

Се карактеризира со неспособност за присетување на важни лични податоци, обично од трауматска или стресна природа, кое е поголемо од она кое може да се објасни со вообичаена расеаност, како на пример жена која само што ја примила информацијата за смртта на сопругот почнува да се однесува како да не ја примила таа информација, прави вообичаени работи, очекува враќање на сопругот, не може да се сети дека таа информација ја добила; или, на пример, лице кое неповредено доживеало сообраќајна несреќа, не може да се сети неколку часа после неа што се случило...

Се работи за реверзибилно оштетување на помнењето, кое не е последица на влијанието на психоактивни работи или на некое невролошко растројство. Амнезијата кај дисоцијативната амнезија е најчесто антероградна, за разлика од невролошкото растројство каде што е ретроградна.

7.5.2. Дисоцијативна фуга (F44.1)

Важната карактеристика на дисоцијативната фуга се однесува на ненадејно, неочекувано скитање, оддалечување од куќата или вообичаеното место на дневните активности, со неспособност за присетување на некои делови или личното минато, постои мешање на сопствениот идентитет, дури и преземање на нов идентитет; скитањето може да осцилира од кратки патувања во краток временски период (часови или денови), до сложени, помалку впечатливи скитања во подолг временски период. Лицата се обично незабележани и може да постои амнезија за состојбата на фугата.

7.5.3. Дисоцијативен ступор (F44.2)

Се дијагностицира врз основа на големо намалување или отсуство на саканите движења и нормалните реакции на надворешните појави, како што се светлина, врева, допир, а со преглед и испитување не се добива доказ за телесна причина. Вообичаено, постои доказ за неодамнешниот стресен настан.

Жена на 35 г. доаѓа со автомобил на итна помош, ја внесуваат во амбуланта во лежечка положба. Со неа не може да се воспостави контакт, лежи, не мрда, мирна е и има цврсто стиснати очни капаци. Невролошкиот статус е уреден. Дознаваат дека сопругот денга и рекол дека ја напушта и дека ќе си оди од куќата, по што таа занемела

и стоела без да мрдне до доаѓањето на итната помош. Оттргнувајќи ја од стресната средина и давајќи ѝ психолошка поддршка, после два часа таа станува и воспоставува контакт со лекарот.

7.5.4. Растројствата со транс и опседнатост (F44.3)

Се однесуваат на растројства кај кои постои привремено губење на личниот идентитет и свест за околината. Важно е дека не се работи за доброволни состојби на транс кои се појавуваат во согласност со некои религиски и културни ритуали.

7.5.5. Дисоцијативно растројство на идентитетот, порано формулирано како повеќекратно растројство на личноста (F44.8)

Се карактеризира со присуство на два или повеќе јасно одвоени идентитети, или состојби на личноста кои наизменично го преземаат надзорот над однесувањето на личноста, кое е проследено со неспособност на сеќавање на важните податоци, а сето тоа е посилно изразено од она што може да се објасни со вообичаената расеаност.

Диференцијална дијагноза

Дијагнозата на дисоцијативното растројство се поставува кога симптомите не се поврзани со некоја телесна причина, односно телесна болест (на пример, треба да се разликуваат дисоцијативната фуга од постикаталните состојби кај епилепсијата), со дејство на психоактивните работи, односно не се дел од културните ритуали кои, иако се слични на дисоцијативните растројства, претставуваат општо прифатен начин на изразување на културолошките активности и религиските искуства. Дисоцијативните симптоми се вклучени во акутното стресно растројство, посттрауматското растројство и соматизација, така што, кога се дел на клиничката слика на овие растројства, не треба посебно да се бележат.

7.5.6. Конверзивни растројства (F44.4 – F44.6)

Конверзивните растројства се однесуваат на психичките растројства во кои се јавуваат телесни симптоми без вистинско телесно растројство. За разлика од соматизациското растројство кога често постојат различни телесни симптоми кои не можат да го објаснат постоењето на соматизациското, туку повеќе претставуваат израз на психолошката комуникација по пат на телесните симптоми. Кај конверзивните растројства телесните симптоми се телесна симболизација на интрапсихичкиот конфликт и/или се неадекватно разјаснување на несвесниот психички конфликт. Називот конверзивни се

однесува на психолошкиот механизам на претворање на несвесното интрапсихичко или интерперсоналната борба во телесен симптом.

Епидемиологија

Преваленцијата на конверзивните растројства се движи од 11–500 на 100 000 луѓе, 5-25% кај психичките пациенти во вонболничката пракса, кај 5-14% од пациентите лекувани во општите болници, како и 4% од пациентите упатени кај невролог. Постои поврзаност помеѓу лошата социоекономска состојба, руралната средина и пониското образовно ниво и конверзивните растројства. Преваленцијата на конверзивните растројства опаѓа во развиените земји, што се поврзува со зголеменото ниво на едукација и пораст на психолошкото разбирање.

Етиологија

Психосоцијалните фактори се најзначајни во етиологијата на конверзивните растројства, но може да постои и биолошка предиспозиција за ова растројство или почесто јавувања во некои семејства, што може да упатува на научен образец на однесување во стресни ситуации.

Кај некои пациенти симптомите обично се развиваат тесно поврзани со психолошкиот стрес, но кај други пациенти оваа врска не е толку изразена. Кај помал број луѓе овие симптоми можат да бидат вообичаена реакција на стрес. Обично се наоѓа преморбидна абнормалност во интерперсоналните односи. Кај 1/3 од заболените од конверзивно конвулзивно растројство се наоѓа сексуалната траума од детството (3).

Клиничка слика

Во конверзивните растројства постои губење или пречка во движењето, или губење на осетот со отсуство на телесна болест која би можела да доведе до тоа растројство. Симптомите наликуваат на телесните симптоми кај некои телесни болести поврзани со моторни пречки и губење на чувството. Изгледа како пациентот да има телесно растројство, но не може да се најде ништо што би ги објаснило симптомите (парализа, афонија, оштетување на видниот нерв и слично). Често симптомите ја одразуваат сликата на телесното растројство како што го гледа пациентот, што може да биде и во спротивност со основните физиолошки и анатомски законитости. Симптомите кои ги покажува пациентот можат да бидат симптоми на телесна болест која ја имаат блиските роднини и приатели. Може да биде забележано и мирно прифаќање на потешка неспособност („belle

indifference“), но тоа не е универзална карактеристика бидејќи може да се најде и кај добро прилагодени лица кои се соочени со многу сериозна телесна болест.

Поставување на дијагноза

Според МКБ 10, конверзивните растројства се класифицирани под F 44.4-F 44.6 како дисоцијативни (конверзивни) растројства на движењата и чувството.

Дијагностичките насоки за поставување на дијагнозата на конверзивното растројство вклучува постоење на телесни симптоми со негативен резултат за телесно растројство и убедливи психолошки и социјални причини за настанување на ова растројство за кои треба да се заклучи врз основа на доброто познавање на психолошкото и социјалното опкружување и интерперсоналните односи кои пациентот ги има. Проценката на психичката состојба на пациентот и на социјалната ситуација обично укажува на фактот дека симптомите му овозможуваат на пациентот бегство од потежок конфликт или му помагаат индиректно да ја изрази својата зависност или лутина. Пациентот најчесто ја негира психолошката етиологија на симптомите, постоење на проблемот или конфликтот и ги поврзува сите тешкотии на симптомите или последичната неспособност, иако постоењето на проблемот или конфликтот може да биде очигледно од другите, психолошките околности и социјалната ситуација. Со губење на движењето или осетот кој не е под свесна контрола, се воочува и различно интензивно однесување насочено кон привлекување на внимание.

Диференцијална дијагноза

Многу е важно да се исклучи дијагнозата на било кое телесно растројство, па затоа треба да се спроведат сите дијагностички постапки кога и да се потребни. Раните фази на прогресивните невролошки растројства, особено на мултипната склероза и системскиот еритематозен лупус, можат да бидат помешани со дисоцијативното растројство на движењето и осетот. Посебно тежок проблем претставуваат пациентите кои на почетокот од мултипната склероза реагираат со непријатност и свртување на вниманието кон себе. Во тие случаи потребен е релативно долг период на набљудување и проценување пред да се разјасни дијагнозата.

7.5.7. Дисоцијативно моторно растројство (F44.4)

Најчестата форма на дисоцијативното моторно растројство е губењето на способност за движење на цел екстремитет, двата екстремитети, или дел од ногата или

нозете (пареза или парализа). Клиничката слика може да вклучи различни степени на некоординација (атаксија, астазија-абазија). Може да постои голема сличност со сите форми на атаксија, апраксија, акинезија, афонија, дисартрија, дискинезија или парализа. Важно е да се нагласи дека се работи за психогена етиологија на овие симптоми и јасно непостоење на телесна болест.

По краткотрајната хоспитализација поради пареза на долните екстремитети, жена на 40 години е упатена кај психијатар. Констатирано е дека парезата не е резултат на невролошка болест. Жената не покажува знаци на загриженост за својата состојба и мирно седи во инвалидската количка. Во тек на психијатриското интервју се дознава дека живее сама со своите деца и дека сопругот работи во друга држава и редовно доаѓа еднаш месечно дома. По сознанието дека сопругот има љубовница престанала да оди еден месец наназад. Несвесната „корист“ од симптомите помогнала да се одржи status quo, бидејќи сопругот не сакал да ја напушти во ваква болна состојба. Со психотерапија се утврди стравот од сепарација и несвесната корист од симптомите, постапно се зголемуваше нејзината способност дека и без конверзија во телесен симптом може да се соочи со развод на бракот. По увидот во интрапсихичкиот конфликт, се изгуби потребата за симптомот, што довело до појава на парезата.

7.5.8. Дисоцијативни конвулзии се псеудоепинапади-епинапади кои се психогено условени (F44.5)

Дисоцијативните конвулзии можат да наликуваат на епилептични напади. За разлика од епилептичните напади, кај дисоцијативните конвулзии многу ретко е гризнување на јазикот, поголеми модрици од паѓање и инконтиненција на урината. Кај дисоцијативните конвулзии нема губење на свеста, туку, наместо тоа, присутна е состојба на ступор или транс.

7.5.9. Дисоцијативна анестезија и губење на осетот (F44.6)

Клиничката слика може да вклучува растројство на различни осети со недостаток на физичко оштетување на било кој осет. Пациентите можат да се жалат на губење на осетот за допир. За разлика од телесното растројство на губење на осет на подрачјата на кожата кои се **анестетички**, во дисоцијативните растројства често имаат остри граници, од што е јасно дека тие се поврзани повеќе со идеите на пациентите за телесните функции. Пациентите можат да се жалат и на парастезии. Кај дисоцијативните растројства ретко е

потполното губење на видот, а почести се **проблемите во видот**, како што се губење на остријата, општа нејаснотија во видливоста или „тунелски вид“. И покрај жалбите кои пациентот ги има во врска со неговиот вид, неговата општа подвижност и моторната способност се сосема добро зачувани.

Дисоцијативна глувост и аноснијата се многу помалку вообичаени отколку губењето на кожните сетила или губењето на видот.

Лекување на дисоцијативните и конверзивни растројства

Кај дисоцијативните и конверзивните растројства кои обично настапуваат одеднаш по некој стресен настан, вообичаено е спонтано заздравување кога лицето ќе се оддалечи од местото на стресниот настан, кога се чувствува сигурно и кога е поврзано со лични работи, како на пример со членови на семејството, домашните миленичиња и друго. Во некои случаи хипнозата може да помогне за воспоставување на конекција со сеќавањето. Психотерапијата е метода на избор која помага при интеграција на личноста, дава можности за работа со траума за да се спречи дисоцијацијата.

Лековите се значајни само за контрола на некои симптоми како што се депресијата или непријатноста, но немаат никакво влијание на дисоцијацијата. Кај психотерапијата на конверзивното растројство важно е да се покаже емпатија во односот психотерапевт-пациент, откривање на несвесното значење на симптомите и зголемување на капацитетот на лицето да може подобро да се справи со стресниот настан.

Прашања

1. Разлика во клиничката слика помеѓу дисоцијативните и конверзивните растројства.
2. Да се опише разликата помеѓу соматизациското, конверзивното и дисоцијативното растројство.
3. Лекување на дисоцијативните и конверзивни растројства.

Литература

1. Svjetska zdravstvena organizacija Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (МКВ 10) Klinički opisi i dijagnostičke smjernice Deseta revizija (WHO1992) Zagreb: Medicinska naknada, 1999;
2. Diagnostic and Statistical manule of Mental Disorders Fourth Edition „DSM IV International version with ICD 10 codes Washington DC American psychiatric Associations, 1995;
3. Kay J, Tasman J Essentials of Psychiatry Wiley and Sons Chischester, 2006.

7.6. Соматоформни растројства (F45)

Проф. д-р Лана Мужиниќ

Соматоформните растројства се група ментални растројства кај кои присуството на телесните симптоми не може да се објасни со постоење на телесните болести.

Симптоми на болниот со соматоформни растројства се: убедувањето во постоење на телесни болести, барање на чести прегледи, посетување на голем број доктори, често правење на непотребни испитувања, фрустрираност со ситуацијата дека не може да се најде телесно заболување и тешко прифаќање на психолошката позадина на растројството.

Според МКБ 10, соматоформните растројства вклучуваат:

- соматизациско растројство;
- недиференцирано соматоформно растројство;
- хипохондриско растројство;
- соматоформна автономна дисфункција и
- други неодредени соматоформни растројства.

Основен белег на овие растројства е манифестација на телесни проблеми за кои нема јасна телесна (органска) причина. Таквите пациенти често бараат помош кај лекарите од општа пракса и другите специјалисти, како што се невролози и кардиолози (2). Заедничка карактеристика на соматоформните растројства е присуство на телесни симптоми кои говорат во прилог на општо телесно растројство, но не можат да се објаснат со телесно растројство, со непосредно дејство на психоактивните работи или со друго психичко растројство (пр. со анксиозно растројство).

Најдобро истражувана и проучена форма на соматоформно растројство е соматизациското растројство (3). Пациентите се жалат на бројни телесни симптоми, обично ги опишуваат драматично, кои опфаќаат повеќе делови на телото, вклучително со придружна болка: анксиозност, депресивност, псеудоневролошки, гастроинтестинални, сексуални и други пречки (2).

Пациентите со соматоформни растројства прават многу испитувања, бараат помош кај други лекари, често се незадоволни бидејќи не може да им се пронајде никаква телесна болест (4). Симптомите можат да траат подолго време, па дури и неколку години. Нема

органска патологија која би можела да го објасни настанувањето на симптомите. Кај многу пациенти може да се најде коморбидитет со анксиозни растројства и депресија.

Соматоформните растројства во целина се со анксиозни и дисоцијативни растројства бидејќи имаат некои заеднички белези; појавата е обично поврзана со некое стресно искуство, а анксиозноста секогаш го следи тоа растројство (4).

Епидемиологија

Соматизациското растројство се јавува претежно кај жени кај кои преваленцијата е околу 1-2%. Односот на жени наспроти мажи е 20:1 (5). Кај докторите по општа медицина делот на оние со телесни проблеми без физичка причина изнесува околу 10-30%, во некои клиници процентот е и поголем (2). Соматизациското растројство се јавува најчесто меѓу пациентите кои имаат пониска едукација и социјален статус. Почетокот на болеста е пред 30-тата година (3). Некои студии покажуваат дека можат да бидат придружени и од други психички растројства. Соматизациското растројство се среќава кај 10-20% од крвните сродници од прв степен, особено кај женските лица (6).

Хипохондриското пореметување е застапено кај 4-6% од популацијата на пациенти во општата медицина. Според полот, подеднакво се застапени и двата пола. Растројството вообичаено се јавува меѓу 20-тата и 30-тата година од животот. Социјалната позиција, нивото на образование и брачниот статус немаат влијание врз дијагнозата (3).

Преваленцијата на соматоформниот болен синдром е околу 5-12%, може да започне на било која возраст, а поврзана е со други растројства како што се афективни и анксиозни растројства. Хроничната болка е најчесто поврзана со депресивното растројство, акутната болка со анксиозното. Оние кои имаат хронична терминална телесна болест, имаат висок ризик за суицид (3).

Етиологија

Причините се обично мултифакториелни и не се јасно познати. Може да се каже дека причините на појавување се во раниот развоен период. Можно е постоење на психолошка траума од детството како и одредена генетска predisпозиција (5).

Психодинамското разбирање на растројството се базира на разбирање на симптомите како и на симболичката експресија на интрапсихичкиот конфликт, потисната анксиозност/бес на телесното (5) и соматизацијата како одбрана од чувствата кои не можат да бидат кажани. Тешкотиите се поврзуваат со оштетување на развојот на односот кон

објектот кој не довел до чувство на сигурност во интерперсоналните односи. Чувствата не можат да се изразат и нивната емоционална тешкотија можат да ја искомунцираат преку физички жалби. Низ објективната релација симптомот се гледа како можност за комуникација. Зад симптомите кои ги презентираат пациентите, можат да се кријат емоции како лутина, тага, жал, беспомошност. Со говорот на телото се спроведува трансферот на болните чувства.

Когнитивно-бихејвиоралните теории ја нагласуваат важноста на научената улога на болниот и однесувањето низ кое се постигнуваат т.н. секундарна добивка, корист (5).

Био-психо-социјален модел

Соматоморфните растројства можат да се разберат само заедно со биопсихосоцијалниот модел како резултат на интеракцијата на биолошките, психолошките и социјалните фактори, низ постоењето на биолошката предиспозиција за растројството, со бројните психосоцијални фактори кои придонесуваат на развојот на растројството како рана траума, стечениот модел на однесување во соочувањето со стресот и специфичната психологија која е резултат на развојните околности, како на пример соматизацијата како начин на одбрана во пресрет на интрапсихичките и/или интерперсоналните конфликти.

Клиничка слика

Болните зачестено ги изнесуваат телесните симптоми и бараат медицински испитувања, и покрај повторуваните негативни наоди и уверувањето од страна на докторот дека симптомите кај пациентот немаат телесна основа. Одбиваат да расправаат за можните психолошки причини за растројството. Често привлекуваат внимание, особено кога се незадоволни во обидите да го убедат докторот во телесната причина на нивната болест и потребата за понатамошни испитувања (1).

Видови на соматоформни растројства се:

7.6.1. Соматизациско растројство (F45.0)

Кај овој вид присутни се чести и повторувани промени на телесните симптоми кои се присутни подолго време пред да се побара помош кај психијатар. Овие болни често претходно бараат помош кај доктор од општа медицина и специјалисти во болница поради испитување на причините за своите здравствени проблеми. Симптомите можат да се однесуваат на секој дел од телото или системите, како дерматолошки, гастроинтестинални (1). При поставувањето на дијагнозата, важно е присуството на многубројните и

променливите телесни симптоми, во траење од најмалку две години, а за кои не е пронајдено соодветно телесно објаснување. Покрај тоа, постои и упорно неприфаќање на мислењата и уверувањата на повеќе доктори за непостоењето на телесното објаснување на симптомите, но и одреден степен на оштетувањата на социјалното или семејното функционирање.

7.6.2. Недиференцирано соматоформно растројство (F45.1)

Ова растројство се дијагностицира кога се нема потполно развиена и комплетната и клиничката слика на соматизациското растројство, односно кога нема упорност во изнесувањата на жалбите, или нема оштетувања на социјалното или семејното функционирање.

7.6.3. Хипохондриско растројство (F45.2)

Кај ова растројство присутна е постојана преокупираност со можноста дека постои едно или повеќе сериозни и прогресивни телесни растројства. Болните секогаш се жалат на телесни тегоби, или постојано се зафатени со своите телесни тегоби, или постојано се преокупирани со својот телесен изглед. Растројството ретко се појавува за прв пат после 50-тата година од животот, а текот на симптомите е многу променлив и хроничен. Можат да бидат изразени анксиозност и депресија, па често можат да се постават дополнителни дијагнози како депресија и анксиозно растројство (1).

За поставување на дијагнозата потребно е да постои уверување во постоењето на најмалку една од сериозните телесни болести која се крие зад едниот или повеќето присутни симптоми, дури и откако со испитувањата и анализите не се пронајдени соодветни телесни објаснувања, или трајна презафатеност со претпоставениот деформитет или изобличување и со постојаното добивање на совети и разубедувања од повеќето различни доктори дека не постои телесна болест или абнормалност кој се крие зад тие симптоми (1).

7.6.4. Соматоформна автономна дисфункција (F45.3)

Тоа е растројство кога болниот ги изнесува симптомите кои се предизвикани од телесните растројства на системите или органот кои во голема мерка или сосема автономно се инервирани или контролирани, на пример, кардиоваскуларниот систем, дигестивниот или респираторниот систем. За поставување на дијагнозата потребно е постоење на поттик на автономниот систем, како што е силно чување на срцето, потење,

треперење, црвенење, кои се трајни и непријатни, па има и дополнителни субјективни симптоми кои припаѓаат на специфичниот орган или систем, преокупираност и грижа поради можното посериозно растројство на наведениот орган или систем. За наведените пречки нема докази за постоење на значително растројство на структурата или функцијата на наведениот систем или орган (1).

7.6.5. Перзистирачко соматоформно болно растројство (F45.4)

Кај ова растројство доминантен симптом е постојана, тешка, мачна болка, која не може во потполност да се објасни со физиолошките процеси или телесните растројства, а која е во врска со емоционалниот конфликт или психосоцијалните проблеми (1).

7.6.6. Други соматоформни проеметувања (F45.8)

Во оваа група спаѓаат растројства каде жалбите не се посредувани од автономниот нервен систем, потоа соматоформно растројство, неодредено (F45.9), кое вклучува неодредено психофизиолошко и психосоматско растројство (1).

Диференцијална дијагноза

- Потребно е да се исклучи препознатлива телесна болест која може да ги објасни симптомите, други психички болести, на пример, генерализирано анксиозно растројство, кои можат да се појават во коморбидитетот, но не можат да го објаснат постоењето на симптомите на соматоформното растројство;

- Кај соматизациското проеметување опфатени се повеќе органски системи, почетокот е ран, а текот хроничен, без развој на телесни знаци, нема променети лабораториски вредности кои се карактеристични за телесната болест која е земена диференцијално дијагностички предвид (6);

- Хипохондриската обземеност (болна идеја, делузија) - кај соматоформното растројство степенот на уверување во некоја мерка и за кратко време е подложен на аргументи, разуверување и изведување на нови анализи и прегледи (1);

- Афективно (депресивно) и анксиозно растројство, панично растројство - кај соматоформната автономна дисфункција разликата со генерализираното анксиозно растројство (1) се темели на доминација на психолошките компоненти на поттикот на автономниот систем;

- Органски причинета болка (1).

Лекување

Препораките за третман на поедините видови на соматоформното растројство се слични. Пациентите често бараат непотребна евалуација, хируршки зафати, медикација и слично. Поради разните неразјаснети симптоми, важно е добро да се постави дијагнозата. Потребно е да се направи план за терапија, со кој ќе се помогне во избегнувањето на непотребните медицински интервенции. Потребно е пациентот да биде виден колку што е можно почесто во почетокот, и на тој начин да му се испрати порака дека нема потреба од нови симптоми за да успее да се види со докторот. Симптомите на пациентот не треба да бидат во фокусот во текот на разговорот. Потребно е да се минимизира препишувањето на фармакотерапија и аналгетици. Пациентите често бараат лекови, но малку се индикациите за тоа. Лековите не се потребни сè додека не се појави психијатриско растројство, како депресија или панично растројство. Бензодиазепините треба да се избегнува да се препишуваат во терапијата, поради опасноста од навикнување, освен за краток период. Најважен е емпатскиот однос со пациентот (2).

Пациентите со соматоформно растројство тешко ја прифаќаат психолошката позадина на телесните тешкотии, па многу од нив не се добри кандидати за психотерапија. При лекувањето, предност се дава на психолошката потпора, бихејвиоралните медицински интервенции (на пример биофидбек, програма за намалување на стресот и болката) и воспоставување добар терапевски однос меѓу докторот и пациентот. Психолошкиот пристап треба да вклучува совети, промена на нереалистичките убедувања, поттикнување на здравите стилови на живот (5). Важно е пациентот да се научи да ги препознае факторите кои влијаат на неговото однесување и доживување на симптомите, да ги препознае негативните автоматски мисли и да ги замени со позитивни мисли за оздравувањето (5). Важна е едукацијата за болеста и пружењето поддршка и сигурност, низ психолошките постапки да се направи преместување од телесните симптоми на интрапсихичко и интерперсонално поле. Една од целите може да биде и вербализација на чувствата, затоа што често болните чувства се пренесуваат на телото како болни симптоми. Освен когнитивно-бихејвиоралната терапија, може да се користи долготрајна психодинамска психотерапија и интегративен модел: индивидуална психотерапија, асертивен тренинг, метод на решавање на проблемот („problemsolving“), прогресивна мускулна релаксација. Објектните односи на заболените не се изградени на доверба, затоа

е важно да се оствари доверлив однос доктор-пациент. Терапискиот однос е активна компонента на лекувањето, како ефикасен лек. Потребно е да му се покаже на пациентот разбирање за тоа како се чувствува во ситуацијата/проблемот во кој се наоѓа, наспроти контратрансферната лутина. Да му се покаже дека постои излез, дека постојат повеќе можности кои пациентот би можел да ги проба, на пример соочување со стресот, асертивно однесување, лек, барање на информација, да му се даде поддршка.

Успехот на терапијата зависи од односот со пациентот, лимитирајќи ги непотребните дијагностички и медицински третмани, фокусирајќи се на менаџментот на самото растројство повеќе отколку на лекувањето, користејќи ја соодветната медикација и психотерапија за коморбидитетите, одржувајќи психоедукациски и колаборативен однос со пациентот, потоа соработка со други здравствени професионалци, доколку е потребно, и слично (7).

Приказ на случај

- Сузана, 33 години, прва појава на симптомите после породувањето пред шест години (се чувствувала без поддршка од членовите на семејството), во форма на несносен јадеж на телото кој довел до гребнатини на кожата и болки во различни делови на телото (главоболка, во грбот, во зглобовите, за време на менструација), за кои не можело да се открие соматска причина; исто така се појавило и опаѓање на косата и зачестност на гинеколошки крварења.
- На боледување била една година;
- Направени се најразлични испитувања и консултирани различни специјалисти;
- Анамнеза: физичко злоставување од страна на таткото, не го пријавила, не чувствува лутина.

Упатена е на психијатар поради континуирана непријатност, раздразливост и промена на расположението.

Литература:

1. МКБ 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaj ponašanja, Klinički opisi i diajgnostičke smjernice, Deseta revizija, Medicinska naklad, Zagreb, 1999;
2. Introductory Textbook of Psychiatry, NC Andreasen, DW Black, Psychiatry, Third edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London, England, 2001;
3. Kaplan@ Sadoks, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Tenth Edition, Lippincott Williams @ Wilkins, 2007, Philadelphia, USA;

4. Begić D. Psihopatologija, Medicinska naklada, 2011, str. 295-299;
5. Jakovljević M. Neurotički, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji. U Hotujac Lj i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006, str. 185-219;
6. DSM-IV. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Četvrto izdanje, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996, 457-483;
7. O. OYAMA, C. PALTOO, J. GREENGOLD, Somatoform disorder, *Am Fam Physician*. 2007 Nov 1;76(9):1333-1338.

8. МКБ 10, Синдроми на обносните поврзани со физиолошки заболувања и физички фактори (F50 – F59)

8.1. Растројство во хранењето/нарушување во исхраната (F50)

М-р д-р Лидија Сушевска Паневска

Во оваа група на растројства се наоѓаат анорексијата и булимијата кои по МББ 10 се подредуваат во бихејвиорални нарушувања.

8.1.1. Анорексија нервоза (Anorexia nervosa) (F50.0)

Анорексија нервоза е растројство во исхраната кое се карактеризира со намерно губење на телесната тежина (ТТ) најмалку од 15% од очекуваната телесна маса, страв од дебелеење, диетални навики кои спречуваат зголемување на телесната тежина и променето самодоживување и слика за сопствениот изглед. Губењето на телесната тежина се предизвикува со волево гладување, тешки физички вежби, намерно повраќање, злоупотреба на лаксативи и диуретици (1).

Епидемиологија

Анорексија нервоза се дијагностицира почесто во индустријализирани земји, земјите кои имаат повисок стандард, каде што има доволно храна и каде што тенката става е посебно истакнувана, одобрувана и потенцирана.

Преваленцата во САД изнесува 1% со бимодална основа на појавување - на 14 и 18 годишна возраст. Почеста е кај жените и тоа соодносот жени спрема мажи е 10:1, почеста е кај адолесцентите од белата раса кои припаѓаат на средната или високата општествена класа (2-5).

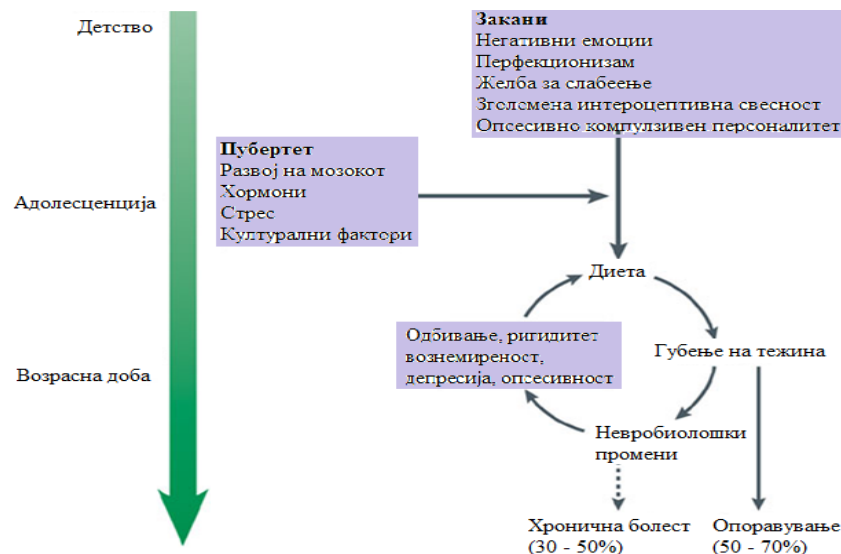
Етиологија

Етиопатогенезата на анорексија нервоза е сложена и се базира на различни биолошки, психолошки и социјални фактори.

Предиспонирачки фактори за појава на ова растројство се следните: женски пол, семејна историја за нарушувања во исхраната, перфекционистичка личност, тешкотии во изразување на негативните емоции, тешкотии за разрешување на конфликти, ниска самопочит.

Прецепитирачките фактори многу често водат до развојните задачи што прават сериозен интрапсихички конфликт и несвесно чувство на анксиозност поврзано со растењето и развивањето кај возрасна личност. Овие фактори прават интеракција со биолошките и психолошките фактори. Истражувањата сугерираат на можна генетска предиспозиција. 7% е зголемена инциденцата кај роднини од прво колено кое, веројатно, е поврзано со 1p-областа на DF1153721 локусот (6).

Мајчината психопатологија (негативната емотивна врска, како и охрабрување на губењето на телесната тежина) можат да бидат ризик фактори, особено за појавата на Анорексија нервоза во детството (слика 1).



Слика 1.

Исто така, откриени се и варијации на 5HTT (серотонин специфичен транспортирачки ген), геномот што е асоциран со субтипите на растројствата во исхраната (7).

Клиничка слика

Типичната Анорексија нервоза зафаќа млади личности (тинејџери или млади адулти) кои имаат нормална телесна тежина или средно покачена телесна тежина кои започнуваат диета и план за вежбање со цел губење на телесната тежина. Како што слабеат

и добиваат позитивни комплименти, тешко можат да го променат ова однесување. Најчесто започнува постепено, а диетата секој ден станува сè поригорозна, пациентите го губат апетитот и при самата помисла на храна чувствуваат гадење. Физичките вежби стануваат измачувачки. Сите овие постапки можат да доведат до вистински телесен маразам и смрт.

Од клиничките симптоми (освен намалување на ТТ) доминираат: главоболки, иритабилност, акроцијаноза, констипација, сува кожа и опаѓање на косата, опсесивност поврзана со храната итн.

Можни соматски компликации: брадикардија, намалено серумско ниво на гликоза, намалено ниво на паратхормонот, абнормално ниво на LНиFSH, коагулопатии, анемии, намален број на бели крвни клетки, намалување на мускулната маса, хипонатриемија, хипокалиемична и хипохлоремична метаболна алкалоза кај тие што повраќаат, а ацидоза кај оние што користат лаксативи, неспецифични ЕКГ промени, секундарна аменореа (губење на секундарните женски полови карактеристики) (4,8,9).

Анорексија нервоза може да биде поделена на 2 стадиуми:

Ран или среден стадиум

Лесно или средно искривена слика за сопствениот изглед, 90% од очекуваната телесна тежина или помала од просекот за соодветната висина

Без знаци за ексцесивно губење на ТТ, употреба на потенцијално штетни методи за губење на ТТ.

Напреден стадиум

Дефинитивно искривена слика за сопствениот изглед и ТТ, која што не исчезнува со губењето на ТТ, ТТ помала од 85% од средната тежина за соодветната висина, придружена со одбивање на покачување на ТТ. Симптомите и знаците на губењето на ТТ се асоцирани со неприфаќање дека проблемот постои, нездрави начини на губење на ТТ со јадење на помалку од 1000 калории дневно, употреба на лаксативи, ексцесивно вежбање (10,11).

Дијагностички критериуми по МКБ 10

- а) Телесната тежина се одржува најмалку на 15% под очекуваната ТТ, односно Quetelet-ов индекс на телесната маса е 17,5 или пониско (тежината во килограми поделена со висината во метри на квадрат);

- b) Губењето на тежината е индуцирана од страна на пациентот по пат на избегнување храна која дебелее, предизвикување на повраќање по јадење, проливи, претерана физичка активност, диуретици, супресори на апетитот. Честите повраќања и проливи можат да предизвикаат сериозни метаболни дисфункции поради дехидратацијата и електролитниот дисбаланс;
- c) Растројство на телесната шема во форма на специфична психопатологија, преку страв од дебелеење, ставање на стандарди за ниска телесна тежина;
- d) Дифузни ендокрини растројства кои ја вклучуваат хипоталамо-хипофизно-гонадна оска, а кои кај жените се манифестираат со дисменореа или аменореја, додека кај мажите со губење на сексуалниот интерес и потенцијата;
- e) Ако почетокот на растројството е пред пубертет, пубертетот се успорува или прекинува, а со излекувањето пубертетот нормално продолжува да се развива, но со доцнење на менархата (12).

Диференцијална дијагноза

Ахалазија, целијачна спруа, констипација, хипер и хипотироизам, малапсорпција, панхипопитуитаризам, протеин-губечка ентеропатија и др.

Третман

Третманот на Анорексија нервоза опфаќа повеќе сегменти.

Воспоставување на основните шеми за исхрана, психотерапија (семејна и когнитивно-бихејвиорална), рестрикција на активноста, хоспитализација на потешките пациенти.

Од фармаколошката терапија се употребуваат антидепресиви и тоа SSRI (кои се поефикасни и почесто употребувани, пр. Флуоксетин) и SNRI-антидепресивите (13-43).

Литература:

1. Slupik RI. Managing adolescents with eating disorders. *Int J Fertil Womens Med.* May-Jun 1999;44(3):125-30;
2. Feldman MB, Meyer IH. Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *Int J Eat Disord.* Jul 2007;40(5):418-23;
3. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkqvist K. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents-a two-step 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev.* May 2009;17(3):199-207;
4. Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* Jan 2009;18(1):225-42;

5. Wallier J, Vibert S, Berthoz S, Huas C, Hubert T, Godart N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord*. Nov 2009;42(7):636-47;
6. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet*. Mar 2002;70(3):787-92;
7. Arun CP. Drive for leanness, anorexia nervosa, and overactivity: the missing link. *Ann N Y Acad Sci*. Dec 2008;1148:526-9;
8. Jordan J, Joyce PR, Carter FA, et al. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. Jan 2008;41(1):47-56;
9. Ward L, Tricco AC, Phuong P, et al. Bisphosphonate therapy for children and adolescents with secondary osteoporosis. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 17 2007;CD005324;
10. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am*. Jul 2000;84(4):1027-49, viii-ix..;
11. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *BMJ*. Apr 23 2005;330(7497):950-3;
12. World Health Organisation. (1992). ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation;
13. Muscari M. Effective management of adolescents with anorexia and bulimia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Feb 2002;40(2):22-31;
14. Gowers SG. Management of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. Apr 2008;93(4):331-4;
15. Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, Katzman DK, Forman SF. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *J Adolesc Health*. Nov 2008;43(5):425-31;
16. Golden NH. Variability in admission practices for teens hospitalized with anorexia nervosa: a call for evidence-based outcome studies. *J Adolesc Health*. Nov 2008;43(5):417-8;
17. Lawson EA, Misra M, Meenaghan E, et al. Adrenal glucocorticoid and androgen precursor dissociation in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. Apr 2009;94(4):1367-71;
18. Ehrlich S, Burghardt R, Schneider N, Broecker-Preuss M, Weiss D, Merle JV, et al. The role of leptin and cortisol in hyperactivity in patients with acute and weight-recovered anorexia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Jun 15 2009;33(4):658-662;
19. Rigaud D, Brondel L, Poupard AT, Talonneau I, Brun JM. A randomized trial on the efficacy of a 2-month tube feeding regimen in anorexia nervosa: A 1-year follow-up study. *Clin Nutr*. Aug 2007;26(4):421-9;
20. Krantz MJ, Mehler PS. Resting tachycardia, a warning sign in anorexia nervosa: case report. *BMC Cardiovasc Disord*. Jul 16 2004;4:10;
21. Jagielska G, Tomaszewicz-Libudzic EC, Brzozowska A. Pellagra: a rare complication of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Oct 2007;16(7):417-20;

22. Garber AK, Michihata N, Hetnal K, Shafer MA, Moscicki AB. A prospective examination of weight gain in hospitalized adolescents with anorexia nervosa on a recommended refeeding protocol. *J Adolesc Health*. Jan 2012;50(1):24-9;
23. Herpertz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Jan 2009;18(1):131-45;
24. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *Int J Eat Disord*. Jan 2008;41(1):37-46;
25. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. Oct 2010;67(10):1025-32;
26. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;4:CD004780;
27. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ*. Apr 28 2007;334(7599):894-8;
28. Rosenblum J, Forman S. Evidence-based treatment of eating disorders. *Curr Opin Pediatr*. Aug 2002;14(4):379-83;
29. Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Sodersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Jul 9 2002;99(14):9486-91;
30. Lock J, Fitzpatrick KK. Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online)*. Mar 10 2009;2009;
31. Harper K, Richter NL, Gorey KM. Group work with female survivors of childhood sexual abuse: evidence of poorer outcomes among those with eating disorders. *Eat Behav*. Jan 2009;10(1):45-8;
32. Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, et al. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa--a randomized controlled trial. *Trials*. Apr 23 2009;10:23;
33. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. Apr 2005;162(4):741-7;
34. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, et al. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. Mar 2000;45(2):173-8;
35. Robin AL, Siegel PT, Moye A. Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *Int J Eat Disord*. May 1995;17(4):313-22;
36. Thien V, Thomas A, Markin D, Birmingham CL. Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. Jul 2000;28(1):101-6;
37. Flament MF, Bissada H, Spettigue W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. Mar 18 2011;1-19;
38. Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol*. Mar 25 2011;1-14;
39. Kishi T, Kafantaris V, Sunday S, Sheridan EM, Correll CU. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? results from a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. Jun 2012;73(6):e757-66;

40. Wildes JE, Marcus MD, Gaskill JA, Ringham R. Depressive and manic-hypomanic spectrum psychopathology in patients with anorexia nervosa. *Compr Psychiatry*. Sep-Oct 2007;48(5):413-8;
41. Gordon CM, Grace E, Emans SJ, et al. Changes in bone turnover markers and menstrual function after short-term oral DHEA in young women with anorexia nervosa. *J Bone Miner Res*. Jan 1999;14(1):136-45;
42. Ramoz N, Versini A, Gorwood P. Eating disorders: an overview of treatment responses and the potential impact of vulnerability genes and endophenotypes. *Expert Opin Pharmacother*. Sep 2007;8(13):2029-44;
43. Szmukler GI, Young GP, Miller G, Lichtenstein M, Binns DS. A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. May 1995;17(4):347-57.

8.1.2. Булимија нервоза (F50.2)

М-р д-р Лидија Сушевска Паневска

Булимија нервоза е пореметување во исхраната кое што вклучува последователни настапи на претерано земање храна со периоди кои вклучуваат неадекватно компензациско однесување за превенирање на порастот на телесната тежина и намалување на вишокот калории. Прекумерното јадење е поврзано со емоционален дистрес и губење на контрола врз јадењето.

Епидемиологија

Преваленцата изнесува 1%, а соодносот жени спрема мажи изнесува 10:1, средна возраст на појавување е 19-29 годишна возраст (1-9).

Етиологија

Од биолошките фактори вклучени се неуротрансмитерите како што се серотонинот, норепинефринот, допаминот. Од генетските фактори вклучени се 1,3, 10p хромозомите.

Од развојните фактори значајни се анксиозноста во детството, физичка и психичка злоупотреба и сл. Од психолошките фактори за означување се ниската самопочит, импулсивност, перфекционизам, искривена слика за сопственото тело.

Социо-културални фактори на средината поврзани со навиките на јадење и храна, пиење алкохол итн. (10-12).

Клиничка слика

Прејадување се дефинира како јадење во тесен временски период (помал од 2 часа) количина на храна која што е значајно поголема од онаа која што би ја изеле најголем

број од луѓето. Вообичаено, храната е висококалорична и најчесто се состои од колачиња, специјалитети итн.

Булимијата се карактеризира со компензаторни однесувања како што се повраќање кое е самопровоцирано, употреба на лаксативи, вежбање кое што вообичаено е компулсивно, брзи и ригорозни диети, употреба на лаксативи, диуретици, употреба на супресори на апетит, употреба на лекови кои го забрзуваат метаболизмот (13-15).

Текот на булимијата може да биде хроничен или интермитентен, со периоди на ремисии кои се менуваат со периоди на прејадување, а во одредени случаи и со анорексични епизоди (16).

Од другата симптоматологија можат да се јават вртоглавици, аритмии, хипотензија, тешкотии со голтање, иритиран фаринкс, хематемеза, метеоризам, констипација, аспирација на регургитирана содржина која води до пнеумонија, аменореја. Во некои случаи може да се јави и билатерално зголемување на паротидните жлезди. Вообичаено се јавуваат ерозии на лингвалната страна на забите, сува кожа, опаѓање на коса (17-19).

Вообичаено, булимијата останува неприпознаена подолг временски период и пациентите најчесто ги посетуваат лекарите за друга симптоматологија како депресија, анксиозност, замор, инфертиленост.

Дијагностички критериуми по МКБ 10

- а) Присутност на постојана преокупација со храна, незапирлива желба за земање храна, консумација на храна во кратки временски интервали;
- б) Пациентот се обидува да се спротивстави надебелењето преку предизвикано повраќање, злоупотреба на лаксативи, диуретици, супресори на апетитот;
- в) Психопатологијата се карактеризира со морбиден страв оддебелење, поставување на идеална телесна тежина која треба да се достигне. Во анамнезата речиси секогаш има податоци за постоење на анорексија нервоза (20).

Диференцијална дијагноза

Анорексија нервоза, депресија, инсулином, опсесивно-компулсивно растројство, дизморфно растројство, Kleine-Levin Sy, Kluver-Bucy Sy.

Третман

Од психотерапијата се применува когнитивно-бихејвиорална терапија, интерперсонална психотерапија, семејна психотерапија, индивидуална, терапија на парови, групна итн. (21-24).

Од медикаментозната терапија се употребуваат:

А) Антидепресиви и тоа како најефективни се SSRI, а се употребуваат и трицикличните антидепресиви.

В) Психостабилизатори

Топирамакс, Литиум, Валпроична киселина и др. (25-33).

Прашања

1. Кои се главните симптоми на Булимија нервоза?

Приказ на случај

21-годишна девојка доаѓа во придружба на својата мајка на преглед во ординација. Мајката е загрижена за невообичаените шеми на исхрана кои ги има ќерката. Имено, мајката забележала дека ќерката јаде големи количини храна, а амбалажа од десерти и чоколади наоѓа постојано скриени во нејзината соба. Исто така, забележала дека девојчето оди после секој обилен оброк во тоалетот и таму останува околу 20 минути.

Пациентката реферира дека губи контрола кога јаде, се прејаднува и после тоа има чувство на вина, па затоа оди да повраќа речиси секој втор ден по еднаш и после се чувствува поослободена. Често се споредува со другите девојки и воопшто не е задоволна од својот изглед, Чувствува недостаток на енергија, намалено либидо, има нередовни менструации и болки во грлото.

Литература:

1. Hudson, JI, Hiripi, E, Pope, HG, et al. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2—7;61:348-358;
2. Goldfield GS, Blouin AG, Woodside DB. Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. *Can J Psychiatry*. Mar 2006;51(3):160-8;
3. Johnson MD. Disordered eating in active and athletic women. *Clin Sports Med*. Apr 1994;13(2):355-69;

4. Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res.* Oct 2006;61(4):529-35;
5. Perez M, Hernandez A, Clarke A, Joiner TE Jr. Analysis of bulimic symptomatology across age and geographic locations. *Eat Behav.* Jan 2007;8(1):136-42;
6. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry.* Jul 2011;68(7):724-31;
7. Chui W, Safer DL, Bryson SW, Agras WS, Wilson GT. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav.* Dec 2007;8(4):485-91;
8. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ, Herzog DB. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eat Disord.* Mar 2007;40(2):156-64;
9. Morgan CD, Marsh C. Bulimia nervosa in an elderly male: a case report. *Int J Eat Disord.* Mar 2006;39(2):170-1;
10. Scherag,S, Hebebrand, J, Hinney, A. Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19:211-226;
11. Kaye,W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior* 94. (2008);121-135;
12. Bailer, UF, Kaye, WH. A Review of Neuropeptides and Neuroendocrine Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS and Neurological Disorders.* 2003;2:53-59;
13. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision.* 4th ed. Washington, DC: 2000;
14. Santonastaso P, Zanetti T, De Antoni C, Tenconi E, Favaro A. Anorexia nervosa patients with a prior history of bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* Nov-Dec 2006;47(6):519-22;
15. American Psychiatric Association DSM-5 Development. 2010. Proposed Draft Revision to DSM Disorders and Criteria. Available at [http://www.dsm5.org](http://www.dsm5.org;);
16. Cadlovski G, Micev V. Psihijatrija 2, Prosvetno delo, Skopje, 1992;
17. Zachariasen RD. Oral signs and symptoms of bulimia nervosa. *J Gt Houst Dent Soc.* Aug 1997;69(1):31-4;

18. Glorio R, Allevato M, De Pablo A, et al. Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*. May 2000;39(5):348-53;
19. Strumia R. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(3):165-73;
20. Svetska zdravstvena organizacija: ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja I poremećaja ponasanja, Zavod za ucebnike i nastavna sredstva, Beograd, 1992;
21. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. May 2007;40(4):321-36;
22. Schembri C, Evans L. Adverse relationship processes: the attempts of women with bulimia nervosa symptoms to fit the perceived ideal of intimate partners. *Eur Eat Disord Rev*. Jan 2008;16(1):59-66;
23. Mitchell JE, Agras S, Wonderlich S. Treatment of bulimia nervosa: where are we and where are we going?. *Int J Eat Disord*. Mar 2007;40(2):95-101;
24. Self-help and guided self-help for eating disorders, Volume 4 [database online]. The Cochrane Database of Systematic Reviews: The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration; 2002. Updated 2007. 24;
25. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. Jul 2006;163(7 Suppl):4-54;
26. Mayer LE, Walsh BT. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 15:28-34;
27. Milano W, Siano C, Putrella C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with fluvoxamine: a randomized controlled trial. *Adv Ther*. May-Jun 2005;22(3):278-83;
28. Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial. *Adv Ther*. May-Jun 2006;23(3):481-94;
29. Walsh BT, Sysko R, Parides MK. Early response to desipramine among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. Jan 2006;39(1):72-5;
30. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;CD003391;

31. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. Feb 2003;160(2):255-61;
32. Arbaizar, B, Gomez-Acebo, I, Llorca, J. Efficacy of Topiramate in bulimia nervosa an binge-eating disorder: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2008;30:471-475;
33. Hsu LK, Clement L, Santhouse R, Ju ES. Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate. A controlled study. *J Nerv Ment Dis*. Jun 1991;179(6):351-5.

8.2. Неорганиски нарушувања на спиењето (F51)

Проф. д-р Кнегиња Рихтер Соколовска

8.2.1. Несоница (Инсомнија) (F51.0)

Епидемиологија

Заболувањата поврзани со спиењето се чести, но честопати остануваат недијагностицирани од страна на лекарите. Епидемиолошките податоци покажуваат дека најчести психијатриски заболувања во земјите од Европа се паничните растројства, депресивните заболувања и несоницата. Една четвртина (25%) од населението во Европа и САД има проблеми со спиењето. Притоа, најчесто пореметување на спиењето е несоницата (инсомнија) со преваленција помеѓу 4 и 25%, синдромот на опструктивни апнеи (6%), синдром на немирни нозе (4%) и нарколепсија со преваленција од 0,5%.

Најчести последици поврзани со несоницата се заморот, кој што може да доведе до заспивање при работење или при управување со возило, намалена концентрација, емоционална лабилност, појава на депресија, а во последно време расте бројот на студии кои што укажуваат на поврзаноста на несоницата со кардијални и метаболни заболувања.

Физиологија на спиењето

Потребата за спиење зависи од повеќе фактори, како што е, на пример, возраста на човекот. Додека на едно новороденче просечно му се потребни 16 часа спиење, на дете во предшколска и школска возраст 10-12 часа, на човек на возраст од 70 години му се доволни понекогаш и 5-6 часа сон, што значи дека потребата за спиење се намалува во текот на животот. За време на спиењето се лачат голем број хормони, како на пример соматотропин, мелатонин, кортизол и други, па со текот на стареењето и скратеното времетраење на спиењето опаѓа и секрецијата на овие хормони. Но, сонот има и големо

значење за консолидирање на меморијата, бидејќи секојдневните визуелни, аудитивни, тактилни, когнитивни и емотивни доживувања се запаметуваат за време на спиењето.

Етиологија

Постојат повеќе фактори одговорни за појавата на несоницата во зависност од клиничката манифестација на заболувањето. Вообичаена е поделбата на инсомнијата во примарна и коморбидна инсомнија.

Симптомите на примарната и секундарната (коморбидна) инсомнија се исти, при што кај примарната инсомнија се работи за клинички ентитет кој што се јавува како примарно пореметување без коегзистенција на други соматски или психијатриски заболувања.

Причините за појава на *примарната инсомнија* можат да бидат:

1. Генетски;
 2. Интринзички;
 3. Екстринзички.
1. Идиопатската инсомнија спаѓа во генетскиот тип на инсомнија поради фактот што најчесто блиски роднини на пациентот страдаат, исто така, од инсомнија, а од податоците кои се добиваат со помош на анамнезата за спиење, се констатира дека несоницата постоела уште од раното детство.
 2. Интринзички причини: Пациентите кои што страдаат од инсомнија, покажуваат *hyperarousal* (пренадразливост) во следниве три подрачја: когнитивен *hyperarousal*, емоционален *hyperarousal* и физиолошки *hyperarousal*.
 - 2.1. Когнитивен *hyperarousal*: пациентите со инсомнија се когнитивно фокусирани на својот проблем со спиењето и поминуваат голем дел од денот размислувајќи околу тоа зошто не можат да спијат, што сè може да се случи доколку лошо спијат, што да направат за да можат да спијат, итн. Когнитивната фокусираност се манифестира во видно „кружење на мислите“ токму навечер, кога пациентот си легнува и чека да заспие. Траењето на ова когнитивно фокусирање при заспивањето се пролонгира сè повеќе во текот на времетраењето на инсомнијата и резултира со долго време потребно за заспивање кое што понекогаш трае и по неколку часа.

2.2. Емоционален hyperarousal

Аналогно на когнитивната фокусираност на проблемите поврзани со лошо спиење, кај пациентот се јавува емоционална пренадразливост која што се манифестира во вид на „негативни емоции“, како што се страв, бес, резигнација итн. Ваквите емоции го отежнуваат и го оневозможуваат процесот на заспивање.

2.3. Физиолошки hyperarousal

На соматско ниво, физиолошкиот hyperarousal се манифестира во видна тахикардија, забрзано дишење, засилено потење, често менување на позицијата на телото, забрзан основен ритам на ЕЕГ и засилена активност на симпатичниот нервен систем. Физиолошкиот hyperarousal оневозможува опуштање, релаксација и мирно заспивање (Слика 1.).



Слика 1. Процес на хрологија на несоницата

3. Во екстринзички фактори спаѓаат надворешните услови за спиење, како и навиките поврзани со спиењето.

4.1 Стимуланси: Конзумирање пијалоци пред спиење кои што содржат кофеин, можат да испровоцираат ноќно будење, иако самото заспивање е неоптеретено. Исто така, и никотинот е стимулатор и влијае така што, по правило, пушачите заспиваат побавно од непушачите. Освен тоа, и употребата на вообичаено употребуваните лекаства против астма, како и за намалување на телесната тежина, можат да влијаат врз спиењето.

4.2. Алкохол: Пиење алкохол може да помогне при заспивањето, но предизвикува често будење и го влошува квалитетот на спиењето.

4.3. Нередовен ритам: Работници во ноќни смени, како и вработени кои работат подолго за викендот отколку во текот на неделата, се особено наклонети кон проблемите со спиењето.

За разлика од примарната несоница, која што се јавува како самостојно заболување, кај *коморбидната* инсомнија, пак, се работи за хронична несоница која се јавува при истовремено постоење на едно или повеќе соматски и/или психијатриски заболувања.

Коморбидната несоница се јавува кај голем број телесни заболувања, како што се кардиоваскуларните заболувања, невролошките заболувања како Морбус Паркинсон, синдромот на немирни нозе и мултипла склероза, кај одредени метаболни заболувања, како на пример дијабетес мелитус, како и кај голем број заболувања кои се проследени со акутни или хронични болки.

Исто така, нарушувањата на спиењето се појавуваат многу често кај психијатриските заболувања, како на пример кај афективните заболувања, шизофренијата, анксиозните заболувања и кај одерен вид зависноти.

Симптоми

Главни симптоми на несоницата според Интернационалната класификација на заболувањата МКБ 10 се:

- тешкотии при заспивањето со времетраење подолго од половина час;
- често будење по заспивањето;
- лош квалитет на спиењето со честота од најмалку три пати неделно;
- когнитивно фокусирање околу спиењето во текот на денот;
- времетраење на несоницата од најмалку четири недели.

Дијагноза

Дијагнозата на инсомнијата се поставува со помош на:

1. Сомнолошка анамнеза;
2. Лабораториски и соматски преглед;
3. Деноноќни протоколи;
4. Психометриски тестови;
5. Полисомнографски преглед.

1. Сомнолошка анамнеза:

Во рамките на сомнолошката анамнеза на пациентот му се поставуваат следниве прашања:

- Од кога имате тешкотии со спиењето?
- Колку време Ви е потребно дури да заспиете?
- Колку често се будите откако ќе заспиете?
- Дали чувствувате замор во текот на денот?
- Дали пиете алкохол пред да заспиете?
- Дали наутро имате главоболка, дали Ви се суши грлото и дали `рчите?
- Дали Ви се случува ненадејно да заспиете, особено при монотони активности како што се возење автомобил, слушање предавања итн.?
- Дали имате лоши соништа?
- Дали имате чувство на немир во нозете при заспивање?
- Дали земате лекови за спиење или други лекови?
- Дали имате други здравствени проблеми и, ако да, кои...?

Ова се основните прашања на сомнолошката анамнеза кои, по потреба, можат да се надополнуваат со цел да се постават и диференцијални дијагнози.

2. Лабораториски и соматски преглед:

Во дијагнозата на инсомнијата спаѓаат лабораториски и базичен соматски преглед, бидејќи понекогаш, инсомнијата може да се јави како резултат на соматско заболување како што е хипертиреозата.

Од лабораториските прегледи се препорачува преглед на следните вредности: крвна слика, електролити, трансминази, воспалителни вредности, тироидни хормони, фолна киселина и витамин Б 12.

КГ и основен соматски преглед со аускултација на белите дробови, палпација на абдоменот како и невролошки преглед, спаѓаат во рутински прегледи на сомнолошкиот преглед.

3. Деноноќен протокол:

За анализа на деноноќниот ритам како и поточни податоци околу тоа кога пациентот си легнува, колку време му треба дури да заспие, колку пати се буди во текот на ноќта и како се чувствува после спиењето, се користат деноноќните протоколи. Пациентот се замолува секојдневно да ги внесува горенаведените податоци во времетраење од една до две недели. Потоа, терапевтот врши анализа на деноноќните протоколи и ги користи овие податоци во текот на терапијата со цел да се подобри квалитетот на спиење, давајќи му совети на пациентот како да ги промени своите навики поврзани со спиењето.

4. Психометриско тестирање:

Следниве тестови се валидирани и евалуирани за психометриско тестирање на пациент со инсомнија:

- PSQI (Pittsburgher Sleep Quality Index):

Се работи за валидиран прашалник кој што се користи за поставување на дијагнозата на инсомнија. Прашалникот го пополнува пациентот, а терапевтот врши анализа на истиот.

Бидејќи инсомнијата често пати се јавува како коморбидно заболување кај депресивните заболувања, треба да се употреби и еден прашалник за дијагноза на депресија. Најчесто се користи BDI (Becks depression inventar), кој што е самопрашалник, но може да се употреби и друг валидиран прашалник за дијагноза на депресијата.

За дијагноза на прекумерната поспаност во будна состојба, се користи прашалникот ESS (Epworth sleepness scale), каде што се работи за самопрашалник.

Ова се основни прашалници кои се користат во поставување дијагнозата на инсомнија, а по потреба се применуваат и други, доколку постои сомнение за некое друго сомнолошко заболување.

5. Полисомнографија:

Полисомнографија означува преглед во една лабораторија за полисомнографија кој што се врши за време на спиењето. Пациентот доаѓа навечер и си заминува наутро, после снимањето. Се препорачува пациентот да се снима две, а не само една ноќ, бидејќи во првата ноќ се очекува полош квалитет на спиењето отколку што е тоа вообичаено, додека да се адаптира на новата околина.

За време на снимањето, се мерат следниве сигнали:

- Електроокулограм;
- Електромиограм на m.mentalis;
- Електромиограм на mm. tibialis anterior бо страни;
- Електроенцефалограм со две до четири електроди;
- Електрокардиограм;
- Абдоминално дишење;
- Торакално дишење;
- Со помош на мал микрофон се регистрира речењето;
- Проток на воздух низ носот;
- Со помош на актометар се регистрира положбата на телото.

Сите сигнали кои што се регистрираат во текот на ноќта се следат на еден монитор, а наутро, после буђењето на пациентот се врши анализа на сигналите.

Неопходно е снимањето да биде проследено и од видео снимка, бидејќи еден дел од пациентите кои што страдаат од епилепсија или парасомнија, покажуваат моторни феномени и движења, кои што со видео снимката најдобро можат да се регистрираат.

Диференцијална дијагноза

Во рамките на диференцијалната дијагноза треба да се исклучат следниве заболувања:

- Растројства на штитната жлезда;
- Афективни заболувања, како што е депресијата или биполарното растројство;
- Посттрауматски состојби;
- Синдром на ноќни апнеи;

- Restless legs syndrome (синдром на немирни нозе);
- Нарколепсија.

При тоа, треба да се разликува дали се работи за примарна или коморбидна инсомнија.

Терапија

Терапијата се состои од два главни елементи: нефармаколошка и фармаколошка терапија при што, секогаш се советува најпрвин да се почне со нефармаколошката терапија.

Нефармаколошката терапија содржи елементи на хигиена на сонот, когнитивно/бихејвиорална терапија, како и методи на релаксација.

Накратко, овој вид терапија се нарекува когнитивно бихејвиорална терапија (КБТ). Времетраењето на овој вид терапија изнесува помеѓу 6 и 8 тераписки средби со пациентот во времетраење од по 45 мин. Во рамките на овие средби терапевтот врши анализа на деноноќниот протокол и врз база на анализата проценува, заедно со пациентот, колку часа спиење му се потребни. Потоа, на пациентот му се препорачува постепено да го скратува времетраењето на лежење, т.е. да си легнува подоцна од вообичаеното време и да станува порано од колку што е тоа вообичаено за него. Со примена на посебни техники му се помага на пациентот полесно да заспие, без да се фокусира на мислите кои што го оневозможуваат заспивањето. Со примена на вежбите на релаксација, пациентот учи како ментално и телесно да се опушти за да може полесно да заспие.

Целта на овој третман е да се скрати времетраењето на заспивање, да се подобри континуитетот на спиењето и да се подобри квалитетот на сонот, а, како резултат, се очекува пациентот да се чувствува свеж, наспан и полн со енергија.

Фармаколошка терапија на инсомнија:

Фармаколошкиот третман не ги отстранува причините поради кои што инсомнијата настанала, ниту пак ги елиминира факторите кои што предизвикале хронифицирање на несоницата. Но, фармаколошката терапија доведува понекогаш до симптоматско подобрување. При прекинување на фармаколошката терапија, најчесто инсомнијата повторно се јавува, така што нефармаколошката терапија, всушност, дава подолготрајни резултати.

Во фармаколошкиот третман најчесто се употребуваат хипнотици, но, пред сè, атипичните хипнотици како што се zopiclon и zolpidem, бидејќи овој вид хипнотици помалку создаваат зависност во споредба со класичните хипнотици. За да се спречи појавата на зависност, се препорачува тие да се користат само три пати неделно.

Класичните хипнотици од типот на бензодиазепински препарати не се препорачуваат во третманот на инсомнијата, бидејќи лесно се развива толеранција кон нив и на тој начин се јавува потреба од повисока доза. Освен тоа, особено кај постарите лица, постои опасност од мускулна релаксација под нивно дејство која што може да доведе до губење на рамнотежата, паѓање и повреди.

Добар ефект врз заспивањето и подобрувањето на квалитетот на спиењето имаат лековите кои што спаѓаат во групата на трициклични антидепресиви, но, за разлика од дозата која што е потребна за лекување на депресијата, при третманот на инсомнија, доволна е многу пониска доза.

Што се однесува до употребата на невролептиците и антихистаминските препарати, сè уште не постојат евидентни податоци за нивната ефективност при терапија на инсомнијата, а од фитопрепаратите може да се препорача препарат кој што содржи валеријана.

8.2.2. Хиперсомнија (F51.1)

Дефиниција

Под хиперсомнија се подразбира појава на ексцесивна поспаност во текот на денот како и појава на напади на спиење кои што не се предизвикани од дефицит на спиење. Освен тоа, кај пациентите кои што страдаат од хиперсомнија, будењето е особено тешко и понекогаш се манифестира како дезориентираност...

Епидемиологија

Преваленцијата изнесува 0,01%.

Етиологија

Во поединечни случаи се работи за генетски детерминирано заболување, или пак хиперсомнијата се јавува после вирусен инфект, но, етиологијата е сè уште непозната.

Симптоми

Изразен замор, поспаност и заспивање во текот на денот, тешко будење.

Дијагноза

Сомнолошка анамнеза, психометриски тестови, полисомнографски преглед, вклучувајќи тест на мултипли латенци МСЛТ, пупилографски тест, тестирање на вигиланца, лумбална пункција.

Диференцијална дијагноза

Невролошки, психијатриски и сомнолошки заболувања, како на пример нарколепсија, депресија, синдром на ноќни апнеи итн.

Терапија

Хигиена на спиење и аналептици.

8.2.3. Пореметување на деноноќниот ритам (F51.2)

Дефиниција

Во групата на несоници поврзани со пореметен деноноќен ритам спаѓаат: jetlag.

Синдром (со различни временски зони), преран и одложен деноноќен ритам, како и синдром на работи во смена.

Синдром на работи во смена.

Епидемиологија

Една четвртина од работоспособното население работи во смени, а од нив 10% страдаат од синдром на ноќни смени.

Етиологија

Причината за појава на ова пореметување се должи на нефизиолошкиот начин на работа: работникот кој што работи во смени е активен кога нормално треба да се спие, и обратно, треба да спие кога всушност биоритамот налага активност. Центарот за деноноќен ритам се наоѓа во nucleus suprachiasmaticus (NSH), а овој ритам ги регулира сите други биоритми на човечкиот организам, како што е цикличното лачење на хормоните, цикличната регенерација на клетките итн.

Исто така, мелатонинот има централно значење за регулирање на деноноќниот ритам. Мелатонинот се лачи во епифизата ноќе. Истовремено, предуслов за доволно лачење на мелатонинот е експозиција на светлина во текот на денот која што се апсобира преку ретината. Бидејќи работниците кои што работат во смена, работејќи ноќе, и спиејќи

дење, не апсорбираат доволно количество на светлина, страдаат од дисрегулација на лачење на мелатонинот, што уште повеќе негативно влијае на деноноќниот ритам.

Симптоми

Главни симптоми на синдромот на работа во смена се:

1. Несоница и
2. Замор во текот на денот.

Дијагноза

Сомнолошка анамнеза, психометриски тестови, деноноќни протоколи и полисомнографија.

Диференцијална дијагноза

Со помош на психометриските тестови и полисомнографијата можат да се исклучат следниве заболувања: депресија и апнеа во сон (sleepernea).

Терапија

Најважен аспект на терапијата е хигиената на спиењето како и бихејвиоралната когнитивна терапија. Но, и други фактори имаат значење во третманот на ова заболување, како што е правилната ротација на смените, доволно време за одмор помеѓу смените, правилна исхрана и задоволителен социјален живот.

8.2.4. Сомнабулизам (F51.3)

Дефиниција

Сомнабулизам е ознака за еден вид пореметување на спиењето кое што е уште познато под името месечарење. Ова име на заболувањето доаѓа од нагонот на лицето кое што месечари да се движи кон изворот на светлина, како што е светилка или пак, месечина. Типично, сомнабулизмот се јавува во детска возраст до 15-тата година од животот и спонтано исчезнува. Доколку се појави или пак постои и во понапредната возраст, причината треба да се бара во невролошки заболувања или пак во потсвесни и интрапсихички, нерешени конфликти.

Епидемиологија

Сомнамбулизмот се јавува кај 1 до 15% од населението, најчесто кај деца на три до шестгодишна возраст и по правило исчезнува до возраст од 16 години.

Етиологија

Причините за појава на сомнамбулизмот се непознати, но во поединечни случаи се работи за наследно заболување. Надворешните фактори можат да придонесат кон појавата на сомнамбулизмот како на пример: депривација на спиењето, конзумирање алкохол пред спиењето, фебрилност или пак земање одредени лекови како што се Литиум, Хлорпромазин или Бета Блокатори.

Симптоми

Сомнамбулизмот се јавува во длабоката фаза на спиење, во првата третина од сонот и се манифестира или преку седнување на креветот со или без неповрзано зборување, или пак, преку станување и одење. Пациентот обично има вкочанет израз на лицето, очите му се отворени, но не прима надворешни дразби. После будењето, лицето не се сеќава што се случило.

Дијагноза

За поставување на дијагнозата неопходна е хетероanamнеза, како и полисомнографски преглед во лабораторија за полисомнографија.

Во фазата на длабокиот сон се регистрира појава на т.н. arousals (будења) кои што следат по синхрона високоволтажна делта активност.

Диференцијална дијагноза

Едноставни фокални епилептични напади, тонично/клонични епилептични напади за време на будењето како и равопностурнус (ноќен страв).

Терапија

Во детска возраст терапијата се состои во советување на родителите со цел да се спречат несакани повреди за време на месечарењето: треба да се отстранат препреки при кои што детето, одејќи ноќе, може да се повреди, и на крај на ходникот во станот да се остави една светилка која што цела ноќ свети. Детето не треба да се буди и не треба да му се вика, туку треба да се следи на неговиот пат и да му се влијае смирувачки, сè додека самото не се разбуди, а тоа обично се случува кога ќе стигне до изворот на светлината.

Кај возрасни, се препорачува невролошки преглед и психотерапија како и по потреба медикаментозна терапија со помош на трициклични антидепресиви.

8.2.5. Ноќен страв (pavor nocturnus) (F51.4)

8.2.6. Ноќни мори (F51.5)

Ноќниот страв и ноќните мори се типични растројства на сонот во детската возраст кои што се манифестираат со гласно викање или плачење во сон како манифестација на страв проследени со вегетативни симптоми како тахикардија, тахипнеа и потење.

Единствената разлика се состои во тоа што павор ноктурнус се јавува во длабок сон 2 до 3 часа по заспивањето, додека ноќните мори се јавуваат во РЕМ фазата на спиење, при крајот на спиењето.

Прашања

1. Кои се главните симптоми на психофизиолошката инсомнија?
2. Кои се причините за хронифицирање на инсомнијата?
3. Опишете ги накратко принципите на когнитивно бихејвиоралната терапија во третман на инсомнијата.
4. Кои сомнолошки заболувања се јавуваат во детска и адолесцентна возраст?

Литература

1. Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571;
2. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28:193-213;
3. Чадловски Георги (2004) Психијатрија, Том 2, Просветно Дело, АД, Скопје;
4. Johns. W.Murray (1991). A new Method for Measuring Daytime Sleepiness:the Epworth Sleepiness Scale . *Sleep* 14 (6):540-545;
5. Klingelhöfer, M. Rentrop (2003) *Klinikleitfaden Neurologie, Psychiatrie*, 3. Auflage - Urban & Fischer, München/Jena;
6. Meier H.Kryger, Thimas Roth, William C. Dement (2011). *Principles and Practice of Sleep Medicine: Expert Consult Enjanced Online Features and Print*, 5th edition.Saunders;
7. Morin C., Espie C. (2003). *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York (u.a.):Kluwer Academic/Plenum Publ.;
8. Ohayon M.M., Guilleminault C. (2006) Epidemiology of sleep disorders. In: Lee-Chiong T (ed) *A comprehensive handbook*. Wiley, Hoboken;
9. Reinberg A, Vieux N, Andlauer P (eds) *Night and shift work: biological and social aspects*. Pergamon Press, Oxford, pp 223–227;

10. Rentrop M., Müller R., Bäuml J.(2009). *Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie*, 4.Auflage - Elsevier, München;
11. Richter K., Niklewski G. (2012): *Health Promotion and Prevention in Companies – Economic Aspects and Prevention Strategies for Shift Work Sleep Disorders* in: In:;
12. *Healthcare Overview: “New Perspectives“*, Editor: Vincenzo Costigliola in the Book Series “*Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine“*, Editor: Olga Golubnitschaja, Springer Dordrecht Heidelberg New York London, DOI 10.1007/978-04-007-4602-2;
13. Riemann D., Backhaus J. (1995) *Group therapy approaches in primary/psychophysiologic insomnias* *Wien Med Wochenschr*:145(17-18): 529-32;
14. Saletu, B., Anderer, P., & Saletu-Zyhlarz, G. M. (2001). *Nichtorganische Hypersomnie - Epidemiologie, Diagnose und Therapie* *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113(7), 266;
15. Wittchen H.U., Jacobi F., J. Rehm et al.(2011) : *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, In: *European Neuropsychopharmacology* ; 21, S. 655-679.

8.3. Сексуална дисфункција не предизвикана од органско растројство или болест (F52)

Проф. д-р Слаѓана Штркаљ Ивезиќ

Сексуалните растројства се однесуваат на пореметување на една или повеќе фази од циклусот на сексуалната физиолошка реакција, која вклучува сексуална желба (фантазирање за сексуална активност и желба да се оствари таа активност), сексуално возбудување (ерекција на пенисот кај мажите, зголемување на клиторисот кај вулвата, долната третина од вагината и навлажнување кај жените, а кај двата пола системска реакција, како што е тахикардија, хипервентилација, напнатост на мускулите, доживување на возбуда), оргазам (достигнување на врв на сексуалното задоволство кое трае 5-15 секунди, кај мажите оргазмот е следен од ејакулација) и болка при сексуалниот однос.

Растројствата во сексуалниот одговор можат да се јават во една или во повеќе фази, па затоа личноста може да има едно или повеќе сексуални растројства (1). Сексуалните растројства често предизвивуваат значајни емоционални тешкотии, на пример намалена самопочит, чувство на срам и чувство на неадекватност и пореметување во остварувањето или одржувањето на задоволителна емоционална врска. Личноста многу често чувствува непријатност да зборува за сексуалните тешкотии, а често и докторите чувствуваат непријатност да прашаат за сексуалното функционирање на пациентот. Грижата за

сексуалното здравје треба да биде составен дел од грижата за вкупното здравје. Така, докторот, покрај вообичаените прашања за здравјето на пациентот, како што се прашањата за сонот, апетитот, столицата и други, треба да постави прашање за сексуалното однесување. Недостаток на знаење за сексуалниот одговор и сексуалното однесување, потребната терминологија за сексуалните теми, пациент од друг пол, како и страв дека разговорот ќе ја зголеми анксиозноста кај пациентот, се најчестите причини зошто докторите го избегнуваат разговорот за сексуалноста. За докторите е важно дека сексуалните тешкотии кај пациентот не треба да ги проценуваат во согласност со сопствените ставови за сексуалноста. Со разговорот за сексуалното однесување, докторот може да придонесе во превенцијата од сексуалните растројства, затоа што може да даде точни информации за сексуалното здравје, наспроти митовите или предрасудите кои можат да придонесат за сексуалните растројства или намалениот квалитет на сексуалното здравје.

Епидемиологија

Преваленцијата на сексуалните растројства се разликува во истражувањата и се движи од 30-40% кај мажи и кај жени, вклучувајќи ги различните сексуални растројства.

Етиологија

Причините за сексуалните потешкотии можат да бидат органски, психолошки и социјално предизвикани, затоа е потребно да се утврди причината за да може да се примени адекватна терапија. Бројните психолошки причини имаат големо влијание на сексуалното однесување, како што се негативните ставови за сексот причинети од воспитувањето, лошото сексуално искуство или сексуалната траума, лошите интерперсонални односи со партнерот, моменталната психолошка состојба при преплашеност со други емоции, на пример, чувство на вина, негативни емоции кон партнерот, потиснати негативни емоции, страв од бременост и друго.

Диференцијална дијагноза (1,2,3)

За да се разграничи дали сексуалното пореметување е надвор од психосоцијалните причини или е пречка причинета од други фактори, важно е да се исклучи телесна болест, други психички болести и нуспојави на лекови. Следните телесни болести можат како последица да имаат сексуални растројства:

- Невролошки состојби: мултипна склероза, повреди на `рбетниот мозок, невропатии, повреди на темпоралниот резен;
- Ендокринолошки состојби: дијабетес мелитус, хипер и хипотироидизам, хипо и хипераденокортицизам, хипо и хиперпролактинемија, хипогонадални состојби, хипофизни растројства, намален тестостерон;
- Васкуларни состојби и состојби на уринарно-гениталниот систем: болест на тестисите, Пејронијева болест (Peyron), пријапизам, уретрални воспаленија, компликации после операција на простатата, повреди или воспаленија на гениталниот орган, атрофичен вагинит, воспаленија на вагината, постоперативни лузни, ендометриоза, пролапси на матката, карлични воспаленија, неопалзми и друго.

Недостатокот на хормони или растројствата на невротрансмитерите може да ја поремети сексуалната реакција. На централно ниво допаминот, норадреналинот, тестостеронот и оскитоцинот го стимулираат сексуалниот одговор, а серотонинот, пролактинот, ГАБА (гама аминокбутерната киселина) и опиоидите ја инхибираат. Норадреналинот и естрогените имаат улога во возбудувањето и оргазмот. Недостатокот на сексуална желба се поврзува со намаленото ниво на тестостерон, недостаток на навлажнување кај жените со намалено ниво на естрогени. Зголеменото ниво на пролактин исто така може да доведе до растројства на сексуалната функција, на пример еректилна дисфункција. Постои цела низа лекови кои можат да го пореметат циклусот на сексуален одговор, на пример циметидин, антидепресивите и антипсихотиците (1,4), па затоа е важно да се процени дали лековите кои ги зема пациентот во моментот можат да доведат до пореметување на сексуалниот одговор.

Клиничка слика и поставување дијагноза

Сексуалното пореметување може да се дијагностицира служејќи се со критериуми од Интернационалната класификација на ментални проеметувања (2). Дијагнозата на сексуалното пореметување се поставува откако претходно се земени сите податоци за факторите кои влијаат на сексуалната активност, како што се: возраста, околноста, телесната состојба и лековите, и се утврдило дека постои пореметување на циклусот на сексуалниот одговор, што вклучува: желба, возбудување, оргазам и болка при полов однос, било поединечно или комбинирано. За да се постави дијагноза на специфично сексуално

пореметување, мора да бидат задоволени општите и специфичните критериуми за F25 сексуално пореметување кое не е предизвикано од органско пореметување или болест. Општите критериуми го вклучуваат следното:

1. Личноста поради пореметувањето не може да учествува во сексуалната активност на начин каков што би сакал/а, односно чувствува незадоволство поради тоа;
2. Пореметувањето е зачестено, иако може да биде и повремено отсутно;
3. Пореметувањето трае најмалку 6 месеци;
4. Пореметувањето во потполност не може да се припише на некое друго ментално проеметување во МКБ 10 класификацијата, телесно пореметување, или е последица на лекување со лекови.

Сексуалните растројства ги вклучуваат следните видови (2):

8.3.1. Недостаток или губење на сексуална желба (F52.0)

Поврзано е со недостаток или губиток на сексуалната желба, карактеризиран со намалено покажување на сексуални знаци, намалени размислувања за секс поврзани со сексуалната желба, сексуално фантазирање и желба за сексуална активност. Постои недостаток на интерес да се поттикне сексуалната активност, било со партнерот или самозадоволување, а резултатот е значително ниска зачестеност, пониска од онаа што би се очекувала во однос на возраста, околностите, или се работи за значителна редукција во зачестеноста во однос на поранешното ниво на зачестеност.

8.3.2. Сексуална аверзија и недостаток на уживање (F52.1)

Постои пример кога помислата на сексуалната интеракција со партнерот предизвикува значителен степен на аверзија, страв или анксиозност, поради што се избегнува сексуалната активност или, ако се случи, поврзана е со изразито негативни чувства и неспособност за доживување на задоволство.

8.3.3. Недостаток на генитален одговор/пореметување на сексуалното возбудување (F52.2)

Се разликува кај маж и кај жена. Кај жена вклучува неспособност на генитален одговор изразен како незадоволителна лубрикација (навлажнување). Пореметувањето на сексуалното возбудување не се дијагностицира ако сексуалното надрознување не е доволно

според околностите, интензитетот и траењето. Исто така, потребно е да се исклучат телесните причини, како на пример намалување на нивото на естрогените, атрофичен вагинит и друго.

Пореметувањето на сексуалното возбудување (ерекција) кај мажот се однесува на недостаток на ереција која е потребна за да дојде до сексуален однос. Анамнезата за ноќната или утринската ереција, ерекциите кај самозадоволување, може да помогне во разликување на органските од психогените причини на пореметувањето. Кај органското пореметување недостасуваат ноќните и утринските ерекции.

8.3.4. Пореметување на оргазмот (F52.3)

Постои пореметување на оргазмот (било да се работи за отсуство или значајно да се одложи оргазмот) кој има еден од следните форми:

Немало оргазам во ни една ситуација:

1. Пореметувањето на оргазмот настанало после период на релативно непометен одговор, било да се случува во сите состојби и со сите партнери, или ситуациски:
 - a. за жените оргазмот се случува во одредени состојби кога, на пример, жената се самозадоволува или со некој одреден партнер;
 - b. За мажите треба да биде присутно едно од следното:
 - i. Оргазмот се случува ноќе, никогаш во будна состојба;
 - ii. Никогаш не се случува кога партнерот е присутен;
 - iii. Оргазмот се случува кога партнерот е присутен, но не и во тек на сексуалниот однос.

Се проценува, врз основа на проценката на возраста, сексуалното искуство и адекватноста на сексуалната дразба, за време на сексуалната активност соодветна на околностите, интензитетот и траењето.

8.3.5. Преуранета ејакулација (F52.4)

Ова пореметување се однесува на неспособноста да се одложи ејакулацијата доволно за да се ужива во водењето љубов, а се манифестира со било кое од следново:

1. До ејакулација доаѓа пред или многу брзо откако започнал сексуалниот однос;

2. До ејакулација доаѓа во отсуство на задоволувачка ерекција која овозможува сексуален однос.

Проблемот не е последица на долготрајна апстиненција од сексуална активност. Во проценката треба да се земат предвид факторите како што се возраст, нов сексуален партнер, нови околности и зачестеност на сексуалната активност.

8.3.6. Неоргански вагинизам (F52.5)

Се однесува на спазам на перивагиналните мускули кој е доволно силен да спречи пенетрација на penisот или доведува до силна непријатност.

8.3.7. Неорганска диспауренија (F52.6)

Се однесува на постоење трајна или повторувана болка во половиот орган во тек на односот кај мажот или кај жената. Пореметувањето не е причинето од вагинизам, недостаток на навлажнување, употреба на лекови, психијатриско пореметување или телесна болест.

Лекување (5)

Во лекувањето на сексуалните растројства се користи едукација, психотерапија и лекови. Едукацијата вклучува точни информации за сексуалната реакција и може да помогне во корекцијата на неточните информации за сексуалноста, разбирањето на сексуалното функционирање во однос на околностите, возраста, стресот и другите влијанија. Психотерапијата може да помогне во разбирањето на влијанието на потиснатите конфликти и интерперсоналните односи кои ја инхибираат било која фаза на сексуалната реакција. Бихевиоралната терапија, од кои најпозната е методата по Masters и Jonson, може да доведе до промена на сексуалното однесување со пат на различни вежби кои ги задава терапевтот како домашна задача. Лековите помагаат кога сексуалното пореметување е секундарна последица на психичка болест, на пример, лекување на депресија. Во лекувањето на еректилната дисфункција може да се користат лекови кои се инјектираат во спонгиозното тело на penisот и како последица предизвикуваат ерекција, а лековите како сиденафил цитрат кој го зголемува волуменот на крв во penisот, доведува до зацврстување на penisот.

Литература

1. Sadock V A Normal Human Sexuality and Sexual Dysfunctions. U:Kaplan HI, Sadock B J (ur)Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wiliam&Wilkins: New York 2000;

2. WHO, World Health Organization ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992;
3. Štrkalj Ivezić S, Mimica N Smjernice za dijagnosticiranje seksualnih poremećaja, Medicina fluminensis supplement 2009;
4. Mimica N, Ivezić S, Uzun S, Kozumplic O, Folnegović-Šmalc V Seksualne disfunkcije uzrokovane psihofarmacima, Med. Fluminensis 2009;
5. Yalom I D (ed) Rješavanje seksualnih problema , Profil Zagreb 2004.

9. МКБ 10, Растројства на личноста и обносните кај возрасен (F60 – F69)

Д-р. мед. Кристине Бофингер

Опис на заболувањето

Во психијатриската и психотерапевтската номенклатура личноста се дефинира како збир на сите психички особини и обрасци на однесување кои што се единствени, незаменливи и индивидуални. Сите овие особини се поврзани со перцепцијата, мислењето, чувствувањето, волјата, како и остварувањето на целокупните социјални контакти на личноста.

Под поимот личност, исто така, се подразбираат временски непроменливи и трајни особини на еден човек, кои што го објаснуваат начинот на реакција, но можат да послужат и како предиктор на однесувањето на поединецот.

Менталното здравје на една здрава личност зависи од биолошките фактори кои што, пак, се детерминирани од херeditарните карактеристики, како и од влијанијата во тек на пренаталниот и развојот во раната детска возраст. Менталното здравје ја одредува способноста за совладување на внатрешните и надворешните оптоварувања и очекувања, а за што се неопходни флексибилност, телесна и психичка благосостојба, чувство за смисол на животот, изразено чувство на самовредност, автономија и способност за сакање. Менталното здравје се манифестира преку способноста за когнитивна рефлексивност на сопствениот внатрешен свет, создавање на трајна слика за сопствената личност, како и способноста да се процени актуелната внатрешна состојба, што значи способност за диференцирање на чувствата.

На тој начин возможно е да се доживее и осознае сопствената личност и сопственото тело, како и да се овозможи лесна ориентација во социјално/културниот контекст.

Здравата личност треба да е во состојба да ги контролира и интегрира сопствените импулси, да ги издржи и регулира сопствените афекти, што значи, да има контрола врз начинот на сопственото однесување и градење на врските кон другите луѓе.

Само оние луѓе кои што ги поседуваат овие карактеристики ќе бидат во состојба успешно да ги совладаат пречките на секојдневниот живот.

Особено важно за менталното здравје е способноста да се превземе родителската улога кон самиот себеси, што значи заштита на самиот себеси, способност за самосмирување, самопочит, самоохрабрување, самоодбрана и самозаштита.

Оние кои што не ги поседуваат горенаведените особини, можат лесно да станат „жртви“ на „лошиот свет“, без способност да се бранат, а како резултат на тоа може лесно да дојде до преголема оптовареност со чувства, или пак чувствителна „вкочанетост“ како и проблеми во секојдневното функционирање.

Самодовербата, способноста за оптимистички поглед на светот, како и надежта, се понатамошните протективни фактори за развој на една здрава личност.

Психосоцијалните обрасци на однесување, како што се спремноста кон толеранција, обзир, одговорност, благодарност и доверба, се особини и на етичкото функционирање. Кога не постои подготвеност да се заземе перспективата на другите луѓе и да се биде емпатичен, не е можно ни да се разберат и прифатат интересите на останатите.

Под поимот растројство на личноста се подразбираат длабоко вкоренети, трајни и стабилни обрасци на однесување, кои што најчесто се јавуваат во рана детска и млада возраст, а кои што под влијание на комплексни биолошки, психолошки и социјални фактори ја создаваат клиничката слика на растројство на личноста.

Pinnell (1809) за прв пат ја опишал клиничката слика на ова заболување. Во тоа време сите ментални заболувања се поистоветувале со ментална ретардација, при што тој за прв пат насочил кон патологијата во областа на емоциите („Maniesansdélir“). Во 19 век пак, се мислело дека моралот е поврзан со менталното здравје и дека оние луѓе кои што поседуваат висок морал, имаат подобро ментално здравје („MoralInsanity“). Оттогаш потекнува поврзаноста на растроената личност со особините како што се импулсивност и неконтролирана агресивност. Понатаму, концептот на психопатологијата на личноста го разработил германскиот психијатар Крепелин во 1883 година, а по него и Kretschmer

(1921) кој што психопатологијата ја поврзувал со телесната конституција на луѓето. KurtSchneider (1923) работел на точно диференцирање на симптомите на заболувањето и од тогаш поимот „психопат“ бил одделен од поимот „растројство на личноста“.

Во 50-тите години бил развиен систем за класификација на менталните заболувања кој и денес се користи во неговата најнова верзија од 2011 година, а уште поновата верзија се наоѓа во обработка (ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) издаден од СЗО / Светската здравствена организација (или WHO).

Дијагностички критериуми според МКБ 10

Растројството на личноста не е последица на органско заболување, или останато заболување, а карактеристични се следниве симптоми:

- Нерамнотежа во ставовите и однесувањето во повеќе полиња на секојдневното функционирање, како што се афектот, нагонот, контролата на импулсите, перцепцијата, мислењето како и односот со околината;
- Абнормалното однесување е од траен карактер;
- Абнормалното однесување е длабоко вкоренето и неадекватно;
- Растројството се јавува во детска и млада возраст и перзистира во зрелата возраст;
- Растројството е поврзано со дисфункција на професионално и социјално поле.

Епидемиологија

Понекогаш е тешко да се направи разлика помеѓу акцентуираниот начин на однесување на здравите луѓе од однесувањето на лицата со растројство на личност.

Преваленцијата на ова заболување изнесува околу 10% кај општото население, а во популацијата на лица со ментални заболувања таа изнесува и до 50%, односно, 70% кај пациентите од форензичката психијатрија. Одредени субпопулации покажуваат преваленција од 0,5 до 3%. Меѓу жените почесто се сретнува хистрионичен тип на пореметена личност, додека помеѓу мажите почесто се сретнува растројство од типот на дисоцијална личност.

Етиологија

Причината претставува еден комплексен збир на биолошки, биографски и социокултурни фактори. При тоа треба да се нагласи, дека раното емоционално злоставување и насилство можат да предизвикаат и морфолошки промени на мозокот.

Био-психо-социјален модел

Биолошки фактори

Најважни биолошки фактори се темпераментот и карактерот. Темпераментот (lat. Temperare = умереност) претставува конституционален, индивидуален начин на реакција, начин на афективна експресија како и ниво на енергија кое што се манифестира преку моторната активност. Според Saß (2000), темпераментот претставува витална особина на човекот. Eysenck (1970) го опишува темпераментот како трајна афективна реактибилност кој што е составен дел на целокупната личност.

Поимот темперамент честопати се заменува со поимот карактер, но кај карактерот се работи за особина чие што име носи грчки корени и означува „длаборез“, а кој што се препознава преку однесувањето и надворешните карактеристики на човекот.

Според Cloninger, (1994) карактерот се формира и во зависност од личната биографија на човекот.

Начинот на реакција кон надворешните дразби може да претставува протективен и ризичен фактор за појава на менталните заболувања. Така на пример, децата кои што имаат голема потреба од надворешни дразби, имаат поголем ризик за појава на ментални заболувања („Sensation Seeking“), додека децата кои што се плашливи во однос на непознати луѓе, покажуваат помала склоност кон ментални заболувања.

Психолошки аспекти

Поаѓајќи од психоаналитичката теорија, главни аспекти за развитокот на егото се константноста на субјектот и објектот. За психичкиот развој на детето водечко значење има поврзаноста со објектот (мајката) како и субјектот (сопственото его). Притоа, особено вулнерабилна фаза претставува фазата на адолесценција. Кога психичкиот развој се одвива нормално, кризите на идентитетот се совладуваат лесно. Во спротивен случај, може да се појави пореметување на личноста која што се манифестира со маладаптивни и дисфункционални начини на реакција кои што водат кон пореметена личност. Идентитетот е поврзан со чувството на самодоверба и начинот како човекот се доживува самиот себеси, што му овозможува да се огради од останатите луѓе. Идентитетот, исто така, ни

овозможува да процениме какво влијание има нашето однесување врз околината. Идентитетот овозможува да го прецениме начинот на реакција и однесувањето на луѓето и се состои од следниве компоненти: реалистична слика за сопственото тело, автентичност и реална самопроценка, полов, како и етнички идентитет.

Доколку дојде до пречки во развојот на горенаведените аспекти, особено во првите 36 месеци од животот, се создаваат услови за појава на пореметување на личноста. Најчесто се работи за средина во која што детето расте и се развива, а која што не му пружа сигурност, константност и доверба. Детето не доживува чувство дека е сакано, ценето и стимулирано, поради што се јавуваат феномени на недоволно прифаќање на самиот себеси, неспособност да ги регулира сопствените афекти, не развива стабилна слика за себеси и со тоа не се здобива со способност да се постави себеси во правилен однос кон другите луѓе. John Bowlby кој што е предводник на науката за сврзување, вели дека потребата на луѓето за стабилна, емоционална врска е вродена потреба и дека е дел од нагонот за преживување. Во почетокот на животот оваа тесна поврзаност со мајката претставува предуслов за преживување. Во зависност од тоа дали детето го создава своето искуство со мајка која што е грижлива и внимателна или, пак, со мајка која што е одбивна, плашлива и хиперпротективна, кај детето се создава една внатрешна слика, или т.н. „модел за работа“ (inner-working-model). Тој прави разлика помеѓу сигурен, несигурен/одбивен или несигурен/амбивалентен стил на сврзување. Доколку примарната врска со мајката е сигурна и стабилна, психичкиот развој се одвива правилно, додека, доколку доминира еден од останатите стилови, постои ризик за појава на пореметување на личноста, како и појава на невротични симптоми. Основната хипотеза на теоријата на сврзување е дека детето, кое во раната детска возраст добива чувство на сигурност, стабилност, постојаност во врската со мајката, во подоцнежниот живот е во состојба да гради здрави врски, да ги препознава своите негативни емоции и истите да ги контролира и регулира на здрав и нештетен начин, а освен тоа се здобива со способност самото да создава здрави врски. Интернализираната слика на несигурна и нестабилна врска со мајката води кон дисфункција и дезорганизација на личноста, како и постојан страв од самотија и губиток на љубовта. Лицата со пореметена личност доживуваат врски кои се исполнети со страв, оттуѓеност како и зависност од партнерот.

Социјални аспекти

Стабилните социокултурни улови се еден од најважните фактори за правилен развој. Тоа значи дека децата кои што растат во средина каде што се емоционално запоставени, каде што се присутни агресија и насилство, но и економски лоши услови, се повеќе подложни кон ментални заболувања. Трауматизирачки искуства во детството, како што се сексуалното злоставување и злоупотреба, оставаат тешки последици врз детскиот развој, а овие ефекти можат да се видат дури и на морфолошко ниво во вид на оштетувања на лимбичкиот нервен систем. Општо кажано, при појавата на пореметување на личноста, голем број фактори играат улога, додека интеракцијата помеѓу нив може да услови развојот на клиничка слика со карактеристични симптоми.

Симптоми

Симптомите на растројството на личноста се манифестираат во полето на афектот, нагонот, контролата на импулсите, перцепцијата, мислењето, како и во способноста за градење и одржување на меѓучовечки врски. Симптомите варираат од депресивни, анксиозни, преку агресивни па сè до соматоформни растројства.

Дијагноза

Поставувањето на дијагнозата треба да се направи многу внимателно со употреба на сите наведени дијагностички критериуми. Заболувањето се јавува или во детска или во адолесцентна возраст, а лицето или пак блиската околина многу страда од овие симптоми. Освен тоа, симптомите не се привремени, туку постојани, и се манифестираат во повеќе сфери на животот. При поставување на дијагнозата, докторот треба да се придржува кон критериумите наведени во каталогот МКБ 10.

При поставување на дијагнозата се користат психометрички тестови, како што е тестот SKID-II кој што претставува структурирано, клиничко интервју базирано на прирачникот за ДСМ 4 на американската психијатриска асоцијација (DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Понатаму, се користи тестот IPDE (International Personality Disorder Examination).

Диференцијална дијагноза

Диференцијалната дијагноза следи при описот на поединечните видови пореметување на личноста.

Следните поттипови на пореметување на личноста можат да се дијагностицираат аналогно на МКБ 10:

9.1. Параноидно растројство на личноста (F60.0)

Преваленцијата изнесува 0,5 до 2,5 %, а почесто заболува машкиот пол. Овој тип на растројство се одликува со прекумерна осетливост при одбивање, долго помнење на навредите, недоверба, како и тенденција доживеаните настани да се претставуваат на поинаков начин. Пријателското однесување на другите луѓе може да се толкува како непријателско или сомнително, се јавува претерана недоверба кон сексуалната верност на партнерот, лицето има изразена склоност кон конфликти и секогаш инсистира дека е во право. Истовремено, постои потенцирано чувство на самоважност како и претерана егоцентричност.

Типични примери:

„Сите луѓе сакаат само да ме повредат“;

„Човек не може никому да верува, сите сакаат само да ме искористат“;

„Луѓето се обидуваат да ме лутат цело време“;

„Човек мора да е подготвен на најлошото“;

„Компромисите се порази“.

Диференцијална дијагноза: параноидна шизофренија, соматски и токсични психози.

Фармаколошка терапија

Не постојат лекови кои што се индицирани за лекување на ова растројство, но во рамките на симптоматската терапија се користат антипсихотици, нископотентни невротлептици како и бензодиазепински анксиолитици и хипнотици како и небензодиазепински хипнотици.

Психотерапија

Бихејвиоралната психотерапија има за цел пациентот да ги увиди и промени дисфункционалните начини на размислување, додека длабинската психотерапија може да помогне да ги сфати причините за начинот на неговото мислење и однесување.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е да му се помогне на пациентот да ги извршува секојдневните обврски и да има одредена цел, а да не се фокусира претерано на врските. Понатамошна цел е да се подобрат социјалните компетенции, како и однесувањето во социјален контекст.

Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал може да му овозможи сигурна структурна и емоционална поддршка на пациентот. Пред сè, на пациентот треба да му се даде чувството дека е разбран и прифатен. Освен тоа, медицинскиот персонал може да влијае врз промената на негативните ставови на пациентот, да му дава повратни информации во врска со промените во однесувањето и да му укаже колку е важно да внимава на своите чувства при сето она што го мисли или прави. Медицинската сестра или техничар можат да му пружат константен терапевтски контакт на пациентот во амбулантно опкружување.

9.2. Шизоидно растројство на личноста (F60.1)

Овој вид растројство се карактеризира со дистанцирање од емотивните и социјалните контакти со тенденција кон изразена фантазија, самотнички живот и интровертност. Способноста за изразување на сопствените чувства, доживување на задоволство и остварување на контакти е намалена.

Типични примери:

„Зошто да им верувам на луѓето?“;

„Не ми е важно да бидам близок со другите“;

„Самиот себеси сум си најдобар пријател“;

„Не ми е важно што ќе кажат другите за мене“.

Диференцијална дијагноза: аутизам и психози.

Фармаколошка терапија

Во рамките на симптоматската терапија можат да се препорачаат бензодиазепински анксиолитици и небензодиазепински хипнотици.

Психотерапија

Најчесто, семејната атмосфера на овие пациенти е емоционално ладна, а истовремено тие имаат потреба да бидат признаени, прифатени и ценети. Врз база на биографското искуство, тие научиле, дека врските со другите луѓе не се корисни, а тие во врските само можат да се бламираат или да бидат незадоволни. Терапијата се состои во тоа да им се даде можност да создадат контакти во кои што ќе добијат емоционален фидбек и ќе им се даде чувство дека се прифатени. Со помош на когнитивни стратегии

може да им се помогне да работат на промена на дисфункционалниот начин на однесување и разбирање.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е подобрување на социјалните компетенции и контактот со околината.

Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал може да му помогне на пациентот да создаде терапевска врска исполнета со доверба и емпатија.

9.3. Дисоцијално растројство на личноста (F60.2)

Главна особина на ова растројство е наклонетоста да се негираат и повредуваат правата на другите луѓе, а притоа честопати се користат манипулативни и залажувачки постапки. Пациентите дејствуваат агресивно, импулсивно, немаат чувство за емпатија кон другите, а своите жртви ги означуваат како слаби личности. Овие лица честопати прават деликвентни и незаконски дејствија. Преваленцијата кај населението изнесува помеѓу 1,5 и 3%.

Типични примери:

„Само будалите почитуваат правила!“;

„Правилата постојат за да можат да се прекршат“;

„Јас сакам да сум број 1“;

„Најважно ми е сопственото задоволство“;

„Ќе направам сè што мора, за да го добијам она што го сакам“.

Диференцијална дијагноза: АДХС, растројства на личноста со потешкотии во контролата на импулсите, зависности.

Фармаколошка терапија

Во рамките на симптоматската терапија можат да се препорачаат антипсихотици, психостабилизатори, како и антидепресиви.

Психотерапија

Психотерапијата се спроведува тешко, бидејќи пациентите не се самокритични, не сметаат дека се болни и сметаат дека секогаш се во право. Честопати овие пациенти завршуваат во затвор, бидејќи извршуваат кривични дела. Целта на психотерапијата е да

им се укаже дека треба да бидат обирни кон другите луѓе и да се обидат да ги разберат потребите и границите на останатите.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е подобрување на способноста за остварувања на контакти и врски со другите, да се однесуваат со почит и внимание и подобро да го преработуваат агресивното однесување како кај другите, така и кај себеси.

Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал може да му помогне на пациентот со укажување на тоа до каде може да оди без да ги повредува другите, а истовремено да се задржи емпатијата и, исто така, да му се помогне на пациентот да ги совлада сопствените импулси и агресии.

9.4. Емоционално нестабилна личност од типот на гранични случаи (borderline) (F60.3)

Пациентите со ова растројство не се во состојба да ги контролираат своите импулси, ниту да ги предвидат последиците од нивното реагирање и имаат нестабилно и многу променливо расположение.

Постојат два типа:

Импулсивен тип, за кој што е карактеристична емоционална нестабилност и недостаток на контрола на импулсите и **граничен** (borderline) тип кој што се одликува со пореметена слика за себеси, недостаток на личен идентитет, хронично чувство на внатрешна празнина, интензивни, но непостојани врски, како и склоност кон самодеструктивно однесување и обиди за самоубиство.

Описот на ова заболување се наоѓа уште во записите од 17 век: Англискиот лекар Thomas Sydenham вели: „Тие ги сакаат безгранично истите луѓе кои што подоцна без основа ќе ги мразат“. Жените кои што имале вакви симптоми биле означени како хистерични, а мажите како хипохондрици. Во 1884 година С. Н. Hughes го предложил изразот „Borderland“, со што се означувала границата помеѓу душевно болен и душевно здрав. На овој начин тој сакал да го ограда ова заболување од шизофренијата. Во 1938 година психоаналитичарот А. Stern го вовел изразот „Borderline“, за пациентите кои што немале ниту невроза ниту, пак, психоза. Дури при крајот на 20 век ова заболување било опишано во медицинските системи за категоризација на заболувањата МКБ 10 и ДСМ-4. Основни симптоми на граничните случаи (Borderline) се афективната нестабилност,

импулсивноста и нестабилните врски. Освен тоа, пациентите страдаат од постојано чувство на неиздржлива внатрешна напнатост. Пациентите не можат да проценат на што се должи оваа внатрешна напнатост, дали на чувствата бес, тага или страв. Дисоцијативните состојби се понатамошен симптом кој што се јавува како резултат на нарушена интеграција на свеста, помнењето, идентитетот и перцепцијата на околината. Пример за дисоцијативен симптом е де-реализацијата, при што пациентот ја доживува околината како изменета или дека работите се случуваат како во филм. Деперсонализација како дисоцијативен симптом пак, означува пореметена перцепција на сопственото тело, при што се јавува чувство на затапеност во одредени делови на телото или пак чувство како да не се поседува сопственото тело.

Типични примери:

„Не вредам ништо“;

„Никому не сум му важен“;

„Јас сум поинаков од другите“;

„Никого не го интересира што се случува со мене“;

„Луѓето што ги сакам ги губам“;

„Ако почувствувам бес, ќе се случи нешто лошо“;

„Животот можам да го поднесам само ако се сечам“;

„Сè што ќе почнам, завршува со неуспех“;

„Чувствата се лоши, непотребни и неиздржливи“.

Диференцијална дијагноза: биполарни растројства, психози и синдром на хиперактивност и намалено внимание (АДХС).

Понекогаш, симптомите се скриени, се манифестираат како растројства на исхраната или, пак, во вид на зависности. Кај 60% од пациентите со ова растројство се јавуваат симптоми на посттравматска состојба, при што овие две заболувања треба да се разграничат едно од друго.

Епидемиологија

Преваленцијата изнесува 2%, а животната преваленција е околу 6%. Младите лица на возраст помеѓу 12 и 16 години честопати ги исполнуваат критериумите бидејќи, по правило, покажуваат нестабилност на емоционалната состојба, намалена самодоверба,

влегуваат во неповолни врски, а не е ретка појавата да се самоповредуваат или да вршат обиди за самоубиство во кризни ситуации. Овие симптоми можат да се јават во рамките на формирањето на идентитетот и да се пребродат, поради што оваа дијагноза во младата возраст треба да се постави со големо внимание. Истовремено, овие симптоми претставуваат ризични фактори за развој на пореметувањето, поради што е индицирана стручна поддршка. Долго време се мислело дека жените почесто страдаат од ова заболување, но се работи за системска грешка бидејќи, додека жените почесто бараат стручна помош, мажите почесто завршуваат во затвор поради извршување на деликвентни дела. Просечно, овие пациенти поминуваат 62 дена годишно во болниците, а во Германија, 15% од трошоците потрошени за лекување на ментални заболувања отпаѓа на пациентите со гранични нарушувања (Borderline).

Фармаколошка терапија

Во рамките на симптоматската терапија се препорачуваат антидепресивни лекови од типот на ССРИ (селективни серотонински риаптејк инхибитори). Кај анксиозните состојби индицирана е употребата на бензодијазепински анксиолитици при што треба да се внимава на брзото развивање на толеранција и создавање зависност. Невролептиците се индицирани кај психотични симптоми, а нископотентните невролептици кај проблеми со спиењето. Понекогаш се препорачуваат психостабилизатори кои имаат за цел да ја намалат импулсивноста и бесот и да го стабилизираат расположението. Практичното искуство покажува дека овие пациенти добиваат голем број високодозирани лекови кои не ја менуваат клиничката слика, а можат да предизвикаат голем број несакани појави.

Психотерапија

Психотерапијата има централно значење во лекувањето на ова заболување, а основоположничка на психотерапијата за ова заболување е американката Marsha Linehan која што во 1985 година ги поставила основите на т.н. дијалектичко-бихејвиоралната терапија т.н. ДБТ (dialectical behavioral therapy). Оваа терапија содржи техники на бихејвиорална терапија и терапевтски елементи од далечниот исток. Марша Линехан го вовела овој вид терапија за пациентите кои што биле хронично суицидални и во рамките на амбулантно опкружување. Во 1995 година М. Bohus (Mannheim, Германија) вовел болничко лекување, од каде што потекнува стандардната ДБТ програма во времетраење од 12 недели. После него следи амбулантно лекување во времетраење од околу 18 месеци.

Основни елементи на ДБТ терапијата се дијалектиката, која што означува заедништво помеѓу прифаќање на состојбата каква што е, и спремноста за промена, а во текот на терапијата се користат методи за валидирање на овие два елементи.

Вториот елемент на ДБТ терапијата е „skill“ тренингот (тренинг на вештини), под кој што се подразбираат бихејвиорални техники кои што му помагаат на пациентот да го смири чувството на внатрешна напнатост. Овој вид тренинг содржи пет модули:

- Подобрување на вниманието;
- Подобрување на способноста за препознавање и модулирање на чувствата;
- Подобрување на толеранцијата кон стресни ситуации без самоповредување;
- Подобрување на меѓучовечките односи;
- Зајакнување на самодовербата.

Социотерапија

Социјалните вештини му помагаат на пациентот да ги подобри своите социјални компетенции, да го намалат стресот и да ги совлада тешкотиите на секојдневието. Пациентите треба да се поттикнат да инсистираат на своите права, да ги препознаат и да внимаваат, како на сопствените, така и на туѓите граници, во врските да не ја губат сопствената вредност, да следат одредена цел и да станат посигурни во себеси.

Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал има голема улога во терапијата на овие пациенти. Цел е да се пристапи кон овие пациенти со почит и да се прифатат какви што се. На тој начин медицинскиот персонал треба да воспостави доверлива и стабилна терапевтска врска со пациентот, што е основен предуслов за успешна терапија.

Приказ на случај

Се работи за една 49-годишна пациентка која што во претиколска возраст имала тешкотии да оствари контакт со другите деца и повеќе си играла сама. Во училиште покажувала социјални проблеми, бидејќи не била интегрирана во нејзиното одделение, немала самодоверба, а била забележлива поради силните напади на бес. На возраст од 13 години, пациентката почнала да се сече по рацете со употреба на остри предмети, нанесувајќи си површни рани, а во исто време се јавиле симптоми на булимија. Пациентката почнала да употребува дроги и алкохол. Започувала повеќе краткотрајни

врски со мажи и се дружела со луѓе кои што биле зависници од дрога и алкохол. Таа престанала да оди на училиште, по што интервенирал Центарот за социјална работа и ја отстрнал од нејзиното семејство. Таа била сместувана во домови за млади лица со ментални заболувања или пак во негувателски (згрижувачки) семејства, меѓутоа нејзината состојба се влошувала поради авто- и хетероагресивност како и суицидални дејства. До нејзината 18-годишна возраст, пациентката 15 пати била болнички лекувана, направила 10 обиди за самоубиство, не завршила училиште и била одвоена од нејзиното семејство. Пациентката добила судски старател и била вклучена во амбулантна ДБТ терапија, со што нејзината состојба значително се подобрила. Таа завршила средно економско училиште и остварила трајна врска, така што по тригодишно живеење во терапевтска ДБТ заедница, таа се преселила во заедница со своето момче. Потоа, пациентката започнала поединечна психотерапија, со цел да ги препознае штетните влијанија во текот на нејзиното детство, а поврзани со воспитувањето, и со цел полесно да ги препознава своите негативни чувства и да се справува со нив. После 23-тата година, пациентката веќе не се самоповредувала, не била на болничко лекување и не извршила обиди за самоубиство.

Прашања

- 1) Кои се основните проблеми на пациентите со граничното (borderline) растројство на личноста?
- 2) Кој пол почесто заболува?
- 3) Како се вика специфичната психотерапија и кој ја вовел?
- 4) Дали сите лица со borderline растројство биле трауматизирани во детството?
- 5) Кои симптоми се најопасни за овие пациенти?

9.5. Хистрионично растројство на личноста (F60.4)

Луѓето со хистрионично растројство на личноста покажуваат површен и лабилен афект, склони се кон драматично однесување и претерано ги покажуваат своите чувства. Тие се честопати егоцентрични, сугестивни и лесно повредливи, односно вулнерабилни. Централен мотив е привлекување на внимание и признавање од страна на другите, поради што особено ставаат акцент на надворешниот изглед.

Типично однесување:

- „Јас морам да бидам забележана“;
- „Надворешниот изглед на човекот е најважен од се“,
- „Јас не смеам да бидам фрустрирана во својот живот“,
- „Сè што посакувам, морам да го добијам“;
- „Чувствата мора веднаш и без одложување да се покажат“;
- „Убавината е најважен критериум за проценка на човекот“.

Диференцијална дијагноза: останати растројства каде што може да се појави ексцентрично однесување: Нарцисоидно растројство на личноста, дисоцијативно пореметување на идентитетот, синдром на хиперактивност и намалено внимание, borderline пореметување на личноста.

Преваленцијата изнесува 2-3%, со подеднаква полова застапеност, при што, во секојдневието, хистеричното однесување повеќе се припишува на женскиот пол.

Фармаколошко лекување

Не постои индикација за фармаколошка терапија, но доколку пациентката има несоница или депресивни симптоми, може да се препорачаат небензодиазепински хипнотици за краткотрајна и привремена употреба, како и антидепресивна терапија.

Психотерапија

Цел на бихејвиоралната терапија е да се откријат неповолните облици на однесување како и когнитивните убедувања, да се работи на промена на истите, а воедно да се помогне пациентката да увиди како нејзиното однесување влијае на другите и несакајќи претставува причина за меѓучовечки конфликти.

Целта на длабинската психотерапија е остварување на терапевска поврзаност која што треба да помогне да се подобрат ниската толеранција на разочарување и фрустрација на пациентката. На тој начин може да се создаде рамнотежа помеѓу зависноста и потребата за автономија. Понатаму, треба да се разработат конфликтите на пациентката, како и несвесните начини на решавање на конфликтите. Потребно е да се подобри чувството за сопствената вредност и одговорност за своите постапки.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е да се укаже на потребата за размислување за другите, земање предвид на нивните чувства, стекнување со способност за постигнување поволни

реакции од страна на околината, обид да не се биде секогаш во центарот на вниманието, а сепак да се добие признание од другите.

Улога на медицинскиот персонал

Централниот мотив на хистеричните личности во односот со другите луѓе е тие да бидат признаени како многу важни, бидејќи тие имаат потреба да им значат нешто особено на другите луѓе, да припаѓаат на другите, да играат одредена улога во животот на другите, да бидат сослушани и сериозно прифатени. Втор мотив е сигурноста, со потреба за стабилна и предвидлива врска. Трет мотив е солидарноста и потребата од поддршка и заштита од страна на партнерот. Поради тоа, улогата на медицинската сестра/ техничар како ко-терапевт се состои во остварување на стабилна терапевтска врска каде што пациентката може да се стекне со доверба дека ќе најде професионално разбирање за своите проблеми, а термините се сигурни, доверливи и предвидливи. Исто така, ко-терапевтот треба да ѝ даде фидбек (повратна информација) на пациентката на кој начин нејзиното однесување влијае врз другите, односно какви непријатни реакции можат да се јават.

9.6. Ананкастично растројство на личноста (F60.5)

Лицата со ананкастично растројство на личноста се склони кон перфекционизам, претерана совесност и тврдоглавост. Тие постојано контролираат дали сè е на свое место, но и покрај тоа, перманентно се во дилема дали сè е во ред и, по правило, во врските со другите луѓе имаат проблеми поради нивното ригидно и тврдоглаво однесување.

Типично однесување:

„Постојат јасни правила кои што треба да се почитуваат“;

„Треба да се внимава на деталите, за да не се направат грешки“;

„Човекот е толку способен, колку што му е добра работата“;

„Правилата не смеат да се менуваат“;

„Ништо не треба да се фрли, бидејќи некогаш ќе притреба“;

„Чувствата постојат за да се контролираат“.

Диференцијална дијагноза: нарцистичко, асоцијално, шизоидно растројство на личноста како и ананкастични симптоми во рамките на останатите психијатриски

заболувања. Преваленцијата изнесува 1,5% кај општото население, и 3 до 6% кај пациентите со психијатриски заболувања.

Фармаколошко лекување

Не постои индикација за фармакотерапија, но во рамките на симптоматското лекување на ананкастичните симптоми можат да се препорачаат атипични невролептици со цел да се постигне афективна дистанцираност од крутиот и напорен начин на размислување. Поради опасност од развивање на зависност, треба да се внимава при препишување на бензодиазепинските препарати.

Психотерапија

Овие лица ретко самите се јавуваат со потреба за терапија, а доколку имаат тешкотии, тогаш тоа се депресивни и соматоформни симптоми, анксиозност и несоница. Целта на терапијата не се состои во менување на личноста, туку во развивање нови стратегии за решавање на конфликтите. Пациентот треба да се поттикне да прифаќа ризици и да реагира спонтано со цел да се отргне од интернализираните строги правила на однесување. Доколку терапијата се одвива успешно, можно е да станат пофлексибилни во размислувањето, во однесувањето и во интеракцијата со околината.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е подобрување на социјалните компетенции во односот со околината, како на лично, така и на професионално поле, како и обид да се прифатат мислењата и ставовите и на другите луѓе.

Улога на медицинскиот персонал

Медицинскиот персонал може да ја поддржи терапијата со остварување стабилна терапевтска врска во чии рамки пациентот треба да се обиде да го намали сопственото перфекционистичко однесување и очекувањата поставени за себеси, а со тоа да го поднесе подобро стравот кој што произлегува од неостварените очекувања. Пациентите треба да се поттикнат, во повеќе секојдневни ситуации, да се однесуваат порелаксирано и да прифатат поголем ризик.

9.7. Анксиозно-одбивно растројство на личноста (F60.6)

Пациентите со овој вид пореметување често изгледаат многу загрижени, постојано се напнати, несигурни и имаат чувство на ниска вредност. Од една страна постои силна

потреба од наклоност и прифаќање, додека пак, од друга страна, покажуваат преосетливост кон одбивање и критика, така што тие честопати имаат проблематични врски. Тие претерено гледаат и бараат опасност и ризици во обичните, секојдневни ситуации и избегнуваат социјални контакти, сè до потполна социјална изолација. Честопати, пациентите се опишуваат себеси како немоќни, ја префрлаат одговорноста на други луѓе и без критика постапуваат по правилата на другите.

Типично однесување:

„Секогаш сум загрижен“;

„Се чувствувам многу несигурно, ова секако нема да можам да го постигнам“;

„Подобро ќе останам дома, бидејќи и така никој не може да ме поднесе“;

„Останатите секогаш имаат забелешки за мене“;

„Подобро е да се поведеш по другите, отколку да имаш свои идеи“;

„Животот е полн со опасности“.

Диференцијална дијагноза: шизоидно растројство на личноста, социјална фобија и панично растројство. Преваленцијата изнесува 0,5% кај општото население, а околу 10% кај лицата со ментални заболувања. Половата застапеност е подеднаква, со лесна тенденција кон машкиот пол.

Фармаколошко лекување

Во рамките на симптоматското лекување на стравот, може да се препорача антидепресивна терапија од типот на ССРИ (селективни серотонин риаптејк инхибитори), или Прегалин.

Психотерапија

Целта на бихејвиоралната терапија е да се идентификуваат дисфункционалните начини на размислување и однесување, истите да се модифицираат, при што треба да се работи врз негативното вреднување на сопствената личност, претераниот страв и грижа. Во фокусот на длабинската психотерапија треба да бидат обидите за корегирање на искуствата од примарните врски кои што биле доминирани од чувството на непризнатост и недоволно ценење.

Социотерапија

Целта на социотерапијата е јакнењето на социјалните компетенции во односите со другите и засилувањето на самовербата. Социјалните компетенции најдобро се тренираат во групно опкружување, со вежбање на ситуации каде што пациентот треба да каже „не“, конструктивно да реагира на критика, да даде отпор, да ги признае своите слабости, да прифати комплименти итн.

Улога на медицинскиот персонал

И кај ова растројство, главна улога игра стабилната терапевтска врска во чии што рамки пациентот добива можност да проба нови начини на комуникација. На пример, некогаш да го замоли за услуга, да ги покаже отворено своите чувства, да започне разговор, да разбере туѓ проблем итн. Особено е корисна техниката на промена на улоги. За да се овозможи модификација и корекција на ригидните начини на однесување и мислење, потребно е на пациентите да им се даде чувство на јасна и стабилна терапевтска врска која што им дава сигурност при пробувањето на новите начини на однесување.

Литература

1. Martin Bohus : Borderlinestörung Hogrefe;
2. M.Bohus / M.Wolf : Interaktives Skills-Training für Borderline-Pat. Schattauer;
3. M.Linehan : Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder;
4. Rainer Sachse : Persönlichkeitsstörungen verstehen PsychiatrieVerlag;
5. Fiedler : Persönlichkeitsstörungen Beltz PVU.

10. Професионално согорување „burnout“синдром

Доц. д-р Иван Трајков

Една од честите и најтешки последици од професионалниот стрес, која е и основа за појава на сите претходно наброени последици, е согорувањето во работата или „burnout“ феноменот. Синдромот на согорување е резултат од долготрајната изложеност на стресори во секојдневната пракса и продолжено време на состојбата на висок хроничен стрес. *Се дефинира како синдром или состојба на физичка, емоционална и ментална истрошеност, циничен однос на работникот кон работата како одговор на хронично организирани причинители на стрес во работата.* Настанува како мал адаптивен одговор на поединецот на високото ниво на хроничен стрес поврзан со работата со која се занимава. Се карактеризира со чувство на неуспех, замор и исцрпеност заради

прегераните барања поставени во однос на енергијата, снагата и способноста на поединецот во контекст на неговата работа (Петровиќ, 2000).

1. Примарни компоненти на „burnout“ синдром

Иако постојат различни дефиниции на синдромот на согорување, сепак постојат слични описи на компонентите кои го чинат овој феномен. Тоа се: психолошкиот синдром на телесна исцрпеност, емоционално исцрпување, деперсонализацијата и редуцирање на личното остварување (губење на работната способност) и несоодветни работни резултати, кои што можат да се појават кај индивидуите кои работат со други помагајќи им да ги разрешат своите проблеми.

- **Телесна исцрпеност** - се однесува на појава на чувство на општа телесна слабост, хроничен замор;
- **Емоционална исцрпеност** - се однесува на чувството на внатрешна напнатост и исцрпеност од работа. Со емоционалната исцрпеност се јавува и физичка исцрпеност. Двете овие состојби се резултат на влијанието на стресот од работа;
- **Деперсонализација** - се карактеризира со негативна, бесчувствителна, диспропорционална недопирливост во комуникацијата со останатите луѓе, кои вообичаено се примачи на нивните услуги или грижи. Се губи чувството на грижа за клиентите/пациентите кое се изразува низ физичка и емоционална дистанцираност;
- **Редуција на личната реализација**, односно, губење на работната способност, се однесува на појава на чувства за некомпетентност во однос на својата работа и неуспешност во работата. Се состои во негативно вреднување на сопствената личност, чувство на бесполезност, намалена работна ефикасност и продуктивност;
- **Неуспешно извршување на работата - несоодветни работни резултати.**

Истражувачите на овој феномен истакнуваат дека вработените кои се чувствуваат прегорено не се во состојба да ја извршуваат својата работа на адекватно ниво. Некои автори компонента на „burnout“ ја сметаат и „лошата изведба“ на работата. Помагачот во овој случај не може да се концентрира на својата работа и на своите клиенти не може да им ја понуди потребната помош.

Иако синдромот на согорување непосредно е поврзан и предизвикан од хроничниот стрес во работата, неговата присутност се чувствува и надвор од работната ситуација. Односно, лицето кај кое постои овој синдром, не само што ја губи мотивацијата за работа и има незадоволителни работни резултати, туку има тешкотии во семејните и пријателските односи. Го губи интересот за вообичаените семејни активности, а обврските ги чувствува како товар, покажува безволност и нема интерес за излегување и дружење со пријателите, нервозен е, нетрпелив и нетолерантен во односите со блиските. Колку согорувањето е поголемо, карактеристиките на синдромот стануваат сè повидливи на работа и во семејството.

2. Симптоми на „burnout“

Ако ги земеме предвид сите претходно наброени компоненти на оваа појава, симптомите на синдромот на согорување поконкретно можат да се групираат во следните групи:

- **Телесни-физички симптоми:** честа главоболка, хроничен замор, нарушување на сонот, тешкотии во дишењето, склоност кон употреба на алкохол и дрога;
- **Емоционални симптоми:** чувство на беспомошност, безнадежност, депресивност, незадоволство од животот и работата, емоционална оддалеченост од клиентите/ пациентите;
- **Когнитивни симптоми:** неосетливост за сопствените и туѓите потреби, стереотипно проценување и деперсонализација на клиентите/пациентите;
- **Бихевиорални симптоми:** губење интерес за работата, чести отсуства од работа, незадоволство од работата, чести боледувања, напуштање на работата или на професијата.

3. Фактори кои влијаат на појавата на професионално согорување кај помагателите

Се среќаваат повеќе обиди за класификација на факторите кои имаат битно влијание на појавата на согорувањето. Најчесто се истакнуваат следните 12 фактори како битни за феноменот на согорување:

- **Број на корисници на услуги** - споредени со бројот на даватели на услуги. Колку е поголем бројот на корисниците за кои еден давател е одговорен, толку е поголемо согорувањето на давателот на услугите;
- **Зачестеноста на средбите на персоналот** - честите состаноци имаат негативно влијание врз односот на помагателот кон корисниците на услугите;
- **Одмор** - давателите на услуги кои умеат на креативен начин да ги користат одморите и способност да се оддалечат од работата за одреден временски период имаат намалена шанса да согорат;
- **Работен план** - подолго работно време корелира со зголемениот стрес и негативниот однос кон работата;
- **Време поминато во директен контакт со корисниците на услугите** - повеќе време поминато во директен контакт со корисниците на услугите (освен за корисниците коишто се сметаат за многу проблематични), резултира во намалено согорување на давателот на услугите;
- **Време поминато со останатите вработени** - колку повеќе време се поминува со останатите вработени без директна практична работа - толку е поголема вознемиреноста и апатијата како предуслови за согорување;
- **Време поминато во справување со административните должности(задачи)** - колку е подолго времето во справување со административните должности толку е поголемо развивањето на негативните ставови кон корисниците на услуги (освен во случаи кога справувањето со административните должности е примарна професија);
- **Назначување на должности** - овозможување на индивидуално учество во водење на политиката на институцијата - организацијата го намалува согорувањето на вработените;
- **Формално образование** - вработените кои имаат повисоко ниво на образование имаат тешкотии во изнаоѓање на задоволство во самата работа и цело време се стремат за континуирано афирмирање (самодокажување), што може да биде причина за согорување;

- **Ранг** - вработени кои се повисоко рангирани во една институција и трошат помалку време во директна практична работа, за време на нивното стажирање создаваат негативен став кон практичната работа;
- **Години на работно искуство** - долгото време поминато на исто или слично работно место доведува до согорување;
- **Популација корисници на услуги** - работењето со корисници на услуги кои се сметаат за проблематични, корисници кои постојано бараат услуги, иако се дури и повеќе истрајни во одбивањето на понудените услуги, го зголемува професионалното согорување кај давателот на услуги - помагателот.

4. Фази низ кои се развива синдромот на согорување

Согорувањето е кумулативен процес кој се развива од долготрајниот висок хроничен стрес.

Периодот низ кој минува вработениот пред да развие „burnout“ трае различно долго. Секако, тоа зависи од специфичните фактори во врска со личноста, работата и условите на работа, социјалната поддршка и др. Личностите кои имаат ниско ниво на емоционална издржливост, побрзо од другите ќе развијат синдром на согорување. Условите на работа и пренатрупаноста со работа, притисокот кој произлегува од работните барања, нискиот степен на супервизија и друг вид помош и поддршка, побрзо ќе доведат до согорување кај вработените. Недостатокот на поддршка од раководителот, соработниците и семејството, исто така ќе ја забрзаат појавата на согорување.

Појавата на „burnout“ ја најавуваат одредени предупредувачки знаци пред да дојде во повисока фаза на согореност. Фазите низ кои се одвива процесот на согорување според Голсизек (1993) се:

Прва фаза е **работен ентузијазам** - се карактеризира со високи очекувања, идеализам и преголемо вложување во работата. Соочен со голем број клиенти/пациенти, со нивните тешки и сложени проблеми, помагателот во оваа фаза работи повеќе од вообичаеното работно време, нема време за дневен, неделен или годишен одмор. Расчекорот помеѓу вложениот професионален напор и неговите резултати доведува до разочарување и појава на првите знаци на беспомошност. Најчести предупредувачки симптоми во оваа фаза се: посветеност на работата, вложување висок степен на енергија за постигнување на позитивни и конструктивни ставови, добри постигнувања.

Втора фаза е **стагнација** - во оваа фаза помагателот станува свесен дека достигнувањата не се онакви какви што ги замислувал. Тоа го доведува во состојба на попреченост, фрустрација, следена со чувство на разочараност, сомнеж во својата компетентност, негативизам. Се забележуваат и чести пречки во комуникациите со колегите и со клиентите. Емоционално е лесно повредлив. Песимизмот и почетното незадоволство од работата се основните карактеристики на оваа фаза. Предупредувачки симптоми се: телесен и ментален замор, фрустрираност и губење на почетните идеали, намален работен морал, досада, почетни симптоми на стрес.

Трета фаза е **емоционално повлекување и изолација** - повлекувањето од контактите со колегите е начин да се одбрани од конфликтните ситуации на работа. Токму емоционалното оддалечување од колегите и клиентите придонесува работата да се доживее како бесмислена и безвредна, што придонесува да се развие процесот на согорување. Овој процес ја забрзува и појавата на тешкотии како што се главоболка, несоница, хроничен замор, алергии. Симптоми во оваа фаза се: непријателство и лутина, изразен негативизам, депресивност и други емоционални тешкотии, неспособност да се мисли или концентрира, исклучителен телесен и ментален напор, појава на поголем број симптоми на стрес.

Четврта фаза е **апатија-губење на интерес за работа** - се јавува како одбрана од хронична фрустрација на работа. Почетната емпатија за клиентите/пациентите и ентузијазмот во работата, во оваа фаза се заменети со цинизам и рамнодушност кон нивните проблеми. Депресијата во оваа фаза е многу видлива. Мотивацијата за работа како и другите лични ресурси на помагачот се сосема исцрпени. Оваа состојба се одразува и на физичкото и менталното здравје на помагателот. Опаѓа имунитетот, со што се намалува одбранбената способност на организмот и се зголемува изложеноста на болести, проблеми во концентрацијата и тн. Симптоми карактеристични за оваа фаза се: ниска самодоверба, хронично отсутување од работа, негативни чувства кон работата, потполн цинизам, неспособност за интеракција со други лица, сериозни емоционални потешкотии, сериозни симптоми на стрес во областа на телесното и емоционалното (Според Ајдуковиќ, М & Ајдуковиќ, Д. 1994).

Четвртата фаза е најсериозна заради што и помагателот кој стигнал во оваа фаза има мали шанси да го запре согорувањето.

Процесот на согорување може да се запре во претходните три фази. Тоа може да се направи со примена на соодветни стратегии за успешно соочување и управување со стресот на работа, со промена на работните цели, ставови и однесувања.

5. Превенција и терапија на професионалното согорување

Превенција на согорувањето е најефикасна пред појавата на првите симптоми. Секако дека таа е и најдобар начин да се спречи професионалното согорување. Мудрите менаџери го имаат тоа на ум, но во колку овој процес веќе започнал, вработените, како и неформалноста и ненаметливоста на овие интервенции се сметаат како први чекори во третманот на веќе започнатиот процес на согорување. Како општи начини за превенција на согорувањето се сметаат следните:

Прво, важно е потребата од превенција на професионалното согорување да се разбере и третира не како индивидуален, туку како *колективен процес*. Треба да се создаде контекст на природни професионални и меѓучовечки односи во кои се вреднуваат разновидностите и разликите. Одредени професии долго време се обидуваат да развијат и да одржат вештачки елитизам, кој ги нарушува меѓучовечките односи и кај припадниците на професијата која е во подредена положба и создава незадоволство, напнатост, нетрпеливост кон другата професија. Така се рушат односите во колективот, тимската работа, нема координација во третманот на барателите на услуги заради што и работните резултати се незадоволителни. Сето тоа е плодна основа за појава на согорување кај вработените.

За превенција на согорувањето важно е и *внимателно да се изберат претставниците за тимска работа*. Возможно е некои лица да имаат одлични вештини за индивидуална работа, но да не се во состојба да создадат соодветна атмосфера за работа во тим.

Понатаму, за работа на помагателите, а особено за тимската работа важно е да се создаде добро *структурирана, флексибилна и постојана супервизија и надзор*. Супервизијата и надзорот не смеат да бидат погрешно протолкувани како форма за критицизам, туку како начини на поддршка, едукација и постојана контрола на квалитетот на работата и на меѓусебните комуникации меѓу припадниците во организацијата или тимот. Супервизорите и надзорниците (евалуаторите) мора добро да се запознаат со вработените, со нивните лични и професионални можности за да им помогнат најдобро да

ги реализираат своите индивидуални можности и ќе ги искористат за унапредување на работата во тимот, како би го искусиле чувството на индивидуалност, но и припадност во рамките на системот.

Следниот значаен чекор во спречување на согорувањето е способноста на раководната структура во институцијата/ организацијата да ги *препознае исклучително талентираниите поединци* со цел тие да се вклучат во процесот на системот на управување. Способноста за постигнување хармонија и лојалност кон поединците и кон системот е квалитет на ефективен надзор. Од голема важност за ефикасноста на еден надзорник се семинарите, конгресите, литературата и професионалната едукација.

Минимизирањето на административните должности на вработените, освен за вработените кои ги извршуваат овие должности како нивна примарна професија, е исто така значаен чекор во превенција на согорувањето. Административните состаноци не треба да траат подолго од еден час и треба да имаат добро дефинирани цели. Административните должности не треба да бидат одговорност на само едно лице, особено кога се работи со популација високо чувствителна на стрес.

Работењето со проблематични клиенти во тешки услови ја олеснува појавата на професионално согорување. ***Теренската работа на помагателите треба да биде добро планирана и сигурна со цел*** да се избегнат последиците како што се неспокојство, раздразливост и непостоење на ентузијазам.

Дефинирањето на одговорностите е позитивно, но премногу „добро дефинирани одговорности според системот“ имаат негативно влијание врз личната одговорност и личната слобода во креативниот пристап кон работата, а тие, исто така, го зголемуваат неспокојството и ја намалуваат толеранцијата на неуспех.

На професионалецот треба да му се понуди *можност да работи со различни клиенти*. Ова понекогаш помага во спречување на феноменот на согорување. Врската, давател на услуги - корисник на услуги треба да биде соодветна и на професионално ниво. Професионалците не треба да бидат изолирани од работата која тие веќе добро ја извршуваат.

Непостоење на професионален предизвик води кон стереотипност на целиот работен процес и може да има деструктивно влијание на поединците и на системот. Со цел да го прошират своето знаење, за професионалците е важно да бидат во можност да

посетуваат **образовни семинари за надополнување на своите знаења, да бидат вклучени во истражувачка работа или надзор** бидејќи тоа им овозможува на поединците да ги рedefинираат одредените професионални цели.

Перманентната и континуирана едукација и надзор им помага на вработените и на институцијата да се справат со промените кои се резултат од промените и развојот на системот. Од голема важност за системот е да се биде чувствителен за феноменот на професионално согорување.

Покрај превенција, раното препознавање на феноменот на согорување е еден од суштинските аспекти од процесот на управување на колективот.

Со цел да се спречи согорувањето, треба да се **следат потребите на поединецот и аспирациите на вработените** и тие соодветно да се вклучат во барањата на системот. Важно е уште еднаш да се нагласи фактот дека интервенциите не смеат да бидат опструктивни или погрешно протолкувани како критицизам или казна, зашто во спротивно тие ќе станат форма на систематско псевдо - хуманистичко насилство врз поединците.

Во основа сите последици од професионалниот стрес во голема мерка ги доведуваат во прашање работните резултати на вработените. Иако сите напредуваме под одредено ниво на стрес кое нè возбужува и покренува на акција што нè движи кон поголема продуктивност и остварување на успеси, сепак, преголемиот притисок и изложеноста на бројни стресори на работа не само што ја намалуваат нашата продуктивност за време на работењето, туку и нè прават повулнерабилни професионално да согориме и да го напуштиме работното место. Тоа не е само последица од професионален стрес туку е и извор на сосема нов стрес и континуирана закана за нашето физичко, социјално и ментално здравје. Од тие причини професионалниот стрес стана нова светска епидемија која може да ја чини „скапо“ секоја професија, а особено професијата помагател. Добрата вест е што, сепак, на некој начин можеме да се поштедиме од професионален стрес и да се посветиме на неговите позитивни страни превенирајќи го или пак следејќи ги упатствата на успешните стручни лица за успешно справување како со стресорите така и со нашиот стрес.

Иако не може да се даде универзално упатство за превенција на професионалниот стрес, сепак возможно е да се понуди водач низ тој процес.

Постојат неколку групи **стратегии за индивидуално справување со стрес**:

- Стратегии фокусирани на проблемот;
- Стратегии фокусирани на емоциите/чувствата;
- Стратегии фокусирани на социјалната поддршка;
- Стратегии фокусирани за самопомош;
- Стратегии фокусирани за физичка и психичка релаксација.

Целта на овие стратегии е да ја спречат појавата на стрес или да го контролират нивото на стресот.

Литература:

1. Бенсаба, С.(1999). Стрес је живот. Завод за учебнике и наставна средства. Београд;
2. Corcoran, K. J.(1989) Stress and burnout . journal of Social behavior and Personality. Vol.4:141-144;
3. Goliszek, A.(1993). Temporary organization for crisis intervention: J.P. Wilson, International handbook of traumatic stress syndromes. New York. Plenum.str. 965-974.

11. Поврзаност помеѓу насилството во семејството и појавата на ментални нарушувања кај жртвите

Проф. д-р Верица Стаменкова Трајкова

Дваесеттиот век е век што ќе се памети по насилство. Од него ја наследивме појавата на масовното уништување, насилство што се случи во досега невиден и невозможен обем во споредба со кога било во историјата на човештвото. Но, ова насилство не е единственото. Поневидливо, но затоа, пак, пораспространето е насилството над децата од оние кои треба да ги заштитиуваат, на жените што се повредувани и понижувани од нивните партнери, на постарите лица што се малтретирани од нивните деца и негуватели, на младите што се заплашувани од нивни врсници, како и на луѓето од секоја возраст што самите врз себе вршат насилство (1).

Насилството го среќаваме во нашите домови, во училиштата, на работа и во организациите, во медиумите, на улиците. Насилството обично се разгледувало како прашање од областа на редот и законот, притоа улогата на здравствените работници се сведувала само на справување со последиците од насилството. Прашањето за улогата на здравството во справување со насилството за прв пат беше поставено на дневен ред на Собранието на Светската здравствена организација во Женева во 1996 год. кога е усвоена

Резолуција со која насилството е прогласено за најважен светски здравствен проблем (2). Секторот за здравство се здобива со посебен интерес, но и со клучна улога во борбата за спречување на насилството.

Насилството и здравјето

Светската здравствена организација го дефинира насилството како намерна употреба на физичка сила или моќ, со закана или конкретно загрозување, против себе, друго лице, група или заедница, чија последица или веројатност за последица е повреда, смрт, психолошка штета, спреченост на развој или каква било загуба. Во 2000 год. беше проценето дека во светот вкупно 1.6 милион луѓе го изгубиле животот како последица од насилство - стапка од околу 28,8 на 100.000. Половина од нив се самоубиства, околу сто се убиства и околу една петина се жртви во воени судири. Стапката на самоубиства, пак, има тенденција да се зголемува со возраста и кај двата пола (3).

Поголемиот број случаи на насилство немаат трагични последици, туку оставаат повреди, ментални, репродуктивни и други здравствени проблеми, болести пренесени по сексуален пат и други проблеми. Таквите последици можат да бидат долготрајни и да доведат до физичка или ментална инвалидност. Покрај непосредните физички повреди, жртвите на насилство можат да страдаат и од голем број психолошки проблеми и проблеми во однесувањето, како што се депресија, прекумерна употреба на алкохол, анксиозност и самоубиствени мисли, но и здравствени репродуктивни проблеми како што се несакана бременост, болести пренесени по сексуален пат и губење на сексуалните функции.

Секое насилство остава последици по здравјето, а често и по животот на жртвата, но, сепак, едно од нив - семејното насилство е едно од најскриените и најчестите насилства. Тоа се разликува од другите видови по својата специфичност во однос на неколку карактеристики: се врши зад затворени врати, за него многу тешко, или воопшто не се зборува, често не се препознава и се смета за приватен семеен проблем, се поднесува долго, во него се вклучени сите возрасни групи и двата пола, заради блиската врска помеѓу насилникот и жртвата, остава сериозни последици врз менталното здравје, поради што бара посебна елаборација и третман од страна на здравствените работници. Емпириските истражувања и клиничките искуства укажуваат на тесната поврзаност помеѓу насилството во семејството и појавата на психички проблеми и заболувања кај

жртвите. Последиците од семејното насилство се многубројни и сериозно влијаат на менталното здравје на оние кои се директно изложени на насилство, но и на оние кои се набљудувачи на насилството, тоа се најчесто децата.

Семејно насилство и појавата на психолошки проблеми и ментални нарушувања кај жртвите

Насилството во семејството е збир на однесувања чија цел е контрола над другите лица во семејството преку употреба на сила, застрашување и манипулација. Насилството во семејството вклучува широк спектар на загрозувачки однесувања кои еден член од семејството ги користи за да воспостави моќ и контрола врз друг член во семејството или за да задоволи некои свои потреби на сметка на другиот.

Во Законот за семејство семејно насилство е дефинирано како однесување на член на семејството кој со примена на сила, закана и заплашување врши телесни повреди, емоционална или сексуална злоупотреба и материјално, сексуално или работно искористување на друг член на семејството.

Како семејно насилство се смета однесување сторено:

- од едниот брачен другар врз другиот брачен другар кои живеат или живееле во брачна или вонбрачна заедница или во кој било вид заедница како семејство или ако имаат заедничко дете/ца;
- меѓу браќа и сестри, полубраќа и полусестри;
- над дете;
- над постари членови на семејството;
- над лица-членови на семејството чија работна способност е делумно или целосно одземена (4).

Основни карактеристики на насилството во семејството се: несразмерна употреба на моќ, намерно повредување, закана, закана со агресија.

Поединецот може да биде изложен на насилство во семејството во текот на целиот свој живот, од детството до длабока старост.

Причини и ризик фактори за појава на насилство во семејството

Насилството во семејството може да се објасни како едно интерактивно однесување на поголем број фактори кои можат да се групираат во три групи: индивидуални, семејни и општествени.

Индивидуалните фактори ги вклучуваат:

- Карактерните црти на личноста;
- Развојниот пат на поединецот (возраста и должината на времето во кое бил изложен на насилство);
- Неговите животни погледи, вредности и верувања;
- Зависности;
- Социјално патолошко однесување.

Семејните фактори ги вклучуваат:

- Динамиката, улогите и облиците на однесување во партнерските односи и односите меѓу сите други-од најмладиот до најстариот член во семејството;
- Нормите, вредностите и стереотипите во семејниот живот;
- Ставовите спрема еднаквоста и надмоќта на мажот во семејството;
- Толерантниот став на семејството спрема насилството;
- Прифаќање на насилството во општеството.

Општествените фактори ги вклучуваат:

- Општествените односи и состојби;
- Нормите;
- Законите и санкционирањето на насилството;
- Праксата во правосудниот систем;
- Интеракцијата на поединецот со социјалната средина;
- Социјалните стресови кои се поврзани со невработеноста;
- Економската несигурност.

Постои јасна поврзаност меѓу претходните 3 фактори, односно: количината на насилство доживеана во детството придонесува во развивањето и користењето на насилство во возрасната доба; постои меѓугенерациски пренос на насилство во

семејството; постои поврзаност помеѓу присуството на насилство во семејството и количеството на насилство во општеството.

Видови семејно насилство, знаци и последици од насилството

Специфично за семејното насилство е повторување на дејствијата кои најчесто не се ограничени само на физички напади, туку се комбинирани со психичко малтретирање, или социјална изолација, материјално искористување или сексуална злоупотреба. Специфично за семејното насилство е и тоа што е вид на интерперсонално насилство помеѓу членовите на семејната заедница во кое насилник, како и жртва, може да биде секој член на семејството.

1. Според тоа кој вид насилство е доминантен во чинот на насилство, насилството се одредува како:

- Физичко;
- Психичко;
- Сексуално;
- Социјално;
- Материјално и работно искористување на член од семејството од страна на друг член од семејството.

2. Според тоа кој врши насилството или кој е жртва, се разликуваат следните форми на насилство во семејството:

- Насилство од интимен партнер;
- Насилство над деца;
- Насилство над стари лица во семејството.

3. Облици на насилство според тоа кој вид на насилството е доминантен

- *Физичкото насилство* е дефинирано како употреба на физичка сила или, пак, закана дека истата ќе биде употребена врз интимен партнер, врз дете или врз старо лице во семејството-физички контакт меѓу сторителот и жртвата, при што се нарушува физичкиот интегритет на жртвата.

Знаци и последици од физичкото насилство: физички повреди на лицето, главата, огреботини на телото, екстремитетите, исчашувања, напукнувања и кршење на коски, изгореници од различен степен, повреди од нож или други предмети, внатрешни повреди,

видливи трагови од гушење на вратот, избиени заби, повреди на увото, повреди во подрачјето на гениталиите.

- *Психичкото насилство* е дефинирано низ неколку конкретни однесувања и тоа: љубомора или посесивност, емоционални страдања на жртвата, вербално агресивно однесување, заплашување, заканување дека ќе ја повреди неа или блиски луѓе, омаловажување или понижување пред другите, барање дозвола да побара здравствена заштита, инсистирање да знае каде е и со кого е цело време.

Знаци: напнатост, немир, чувство на слабост, страв, срам и вина, запуштен изглед.

Последици: губиток на самодовербата, невротски реакции (депресивност, анксиозност, напади на паника), растројства во спиењето, во исхраната (анорексија, булимија, недоволна ухранетост, дехидрираност), злоупотреба на алкохол и дрога, обиди за самоубиство, дезориентираност, проблеми со концентрацијата, агресивност кон себе и кон другите, постравматски стресни растројства-ПТСП.

- *Сексуалното насилство* опфаќа телесна, психичка и сексуална злоупотреба. Се дефинира низ неколку конкретни однесувања: силување, несакан сексуален однос, допирање по интимните делови на телото, понижувачки сексуален однос, присила на гледање на порнографски филмови, подведување на проституција. Сексуалното насилство има големо влијание врз физичкото и менталното здравје на жртвите. Покрај повреди, тоа носи зголемена опасност од низа други сексуални и репродуктивни здравствени проблеми со последици што се забележливи, како непосредно така и во текот на наредните неколку години. Последиците врз менталното здравје се исто така тешки како и физичките и можат да бидат исто толку долготрајни. Смртност може да настапи како последица од сексуалното насилство со посегание по сопствениот живот, заразување од ХИВ вирусот и убиства, било во текот на нападот или последователно, со убиства од повреда на честа.

Знаци: сексуални проблеми (фригидност, импотенција), повреди во областа на гениталиите.

Последици: страв од сексуален однос, одбивање однос, несакана бременост, сексуални инфекции.

4. *Социјалното насилство* е дефинирано низ неколку конкретни однесувања и тоа: обиди да ѝ се наштети на жртвата, обиди да ѝ се наруши угледот во околината, озборување, игнорирање, исмејување.

Знаци: контрола на движењето, контрола врз персоналните контакти, изолација, забрана на контакти со пошироката фамилија.

Последици: повлекување од средината, прекин на контактите со роднините, пријателите, другите луѓе, недостаток на социјални мрежи.

5. *Материјалното и работно искористување* дефинирано низ неколку конкретни однесувања и тоа: трошење на заработеното од страна на жртвата, целосна контрола над семејниот буџет, целосна контрола над нејзината заработувачка, принудување на работа.

Знаци и последици: намалена работна ефикасност, економска зависност, чести отсуствувања од работа, незгоди во работата, пореметени односи со колегите.

За секој вид семејно насилство карактеристични се следните ставови и однесувања спрема проблемот на насилството и тоа: проблемот се негира, се преобликува, жртвата се самообвинува, чувствува страв, срам, вина, одговорност за тоа што ѝ се случува, не бара општествена поддршка, не превзема активности за решавање на проблемот, има ниско самопочитување. Долгото егзистирање на овие ставови, стресот и пасивното однесување кон проблемот, се сериозна основа за појава на психички проблеми кои прераснуваат во психосоматски, а дел од жртвите развиваат и одреден вид растројства на личноста или ментални растројства.

6. *Според тоа кој врши насилството и/или кој е жртва* на насилство

Насилството во семејството може да биде насочено кон еден член од еден или повеќе сторители, или кон повеќе членови на семејството. Тоа се манифестира низ следните видови: *насилство од интимен партнер*, најчесто од мажот врз жената, што е и најчест облик на насилство; *насилство кон децата*; насилство кон други членови во семејството, *насилство кон старите*.

- **Насилство од интимен партнер**

Насилство од страна на интимниот партнер значи секое однесување во интимната врска што предизвикува физичка, психолошка или сексуална повреда или материјално искористување. Насилството од страна на интимниот партнер најчесто е комбинирано

насилство. Така, покрај физичката агресија, насилството од блискиот партнер вклучува и психолошка злоупотреба, како што е заплашување и понижување, предизвикување страв, сексуална злоупотреба, присилен сексуален однос, обид за силување, силување и други облици на сексуална принуда, социјална злоупотреба, контролирачко однесување, како на пример, отстранување од кругот на семејството и пријателите или ограничување на пристапот до информации и помош, материјално искористување, трошење на нејзината заработувачка. Иако жените можат да бидат насилни спрема своите машки партнери, а насилство се случува и меѓу партнери од ист пол, поголемиот товар на насилство меѓу партнери го снесат жените што се наоѓаат под контрола на мажите. Во истражувањето спроведено во 48 земји низ целиот свет, помеѓу 10% и 69% од жените испитаници изјавиле дека биле барем еднаш физички нападнати од страна на интимниот партнер. Податоците покажуваат дека во некои земји речиси една на секои четири жени пријавува сексуално насилство од страна на блискиот партнер, а една третина од адолесцентните женски лица пријавуваат принуда на сексуален однос.

Влијание врз здравјето

Многубројните докази од истражувањата откриваат дека заедничкиот живот со насилниот партнер може да има длабоко влијание на здравјето на жената. Насилството е поврзано со мноштво различни здравствени исходи, како непосредни, така и долгорочни. Иако насилството може да има директни здравствени последици како што е повреда, да се биде жртва на насилство го зголемува ризикот од лошо здравје во иднина. Како и кај последиците од цигарите и алкохолот, така и да се биде жртва на насилство се смета за ризичен фактор за различни заболувања и состојби. Истражувањата покажуваат дека жените кои доживеале физичка или сексуална злоупотреба во детството или зрелоста имаат лошо здравје почесто отколку другите жени во поглед на физичкото функционирање, психичката благосостојба и усвојувањето на понатамошни ризични однесувања, вклучувајќи пушење, физичка неактивност, алкохол и злоупотреба на дрога.

Влијание врз менталното здравје

Жената која била цел на насилство е со зголемен ризик од депресија, анксиозност, зависност, ниско самопочитување, суицидни обиди; хронични синдроми на болка; психосоматски нарушувања; физички повреди; гастроинтестинални нарушувања; синдром на иритабилни црева; различни последици на репродуктивното здравје. Според студиите

во САД, Австралија и други земји, жените кои се злоупотребувани од страна на нивните партнери се подепресивни, страдаат од анксиозност и фобии за разлика од жените кои не се злоупотребувани. Истражувањата, слично на тоа, покажуваат дека злоупотребуваните жени се посклони кон самоубиство и обиди за самоубиство, агресивност кон децата или другите членови во семејството, намалено работно функционирање, почесто користеле психијатриски консултации во текот на нивниот живот отколку оние кои не се жртви на злоупотреба, дури и со контрола на потенцијални изненадувачки фактори.

Истражувањата упатуваат на следните заклучоци за последиците од насилството по здравјето на жртвата:

- Влијанието од насилството трае многу долго по престанокот на самото насилство;
- Колку што е потешко насилството, толку неговото влијание е поголемо врз физичкото и менталното здравје на жртвата;
- Се чини дека влијанието со текот на времето од различни типови насилство и повеќекратни епизоди на насилство е кумулативно;
- Живеењето во насилна врска го погаѓа чувството на самопочит на една жена и нејзината способност да учествува во светот. Истражувањата покажаа дека на малтретираните жени рутински им се забранува пристап до информации и услуги, учество во јавниот живот и емоционална поддршка од пријателите и нивните блиски. Тие често не се способни да се грижат за себе и своите деца како што треба или да работат и да градат кариера.

- **Злоупотреба и запоставување на децата од родител, старател и од други членови од семејството**

Злоупотребата на децата вклучува физичка, сексуална и психичка злоупотреба, како и запоставување. Децата од помала возраст се најризичната група. Веродостојни податоци за случаи на злоупотреба на деца со не фатални последици, исто така, нема на располагање, но студиите спроведени во разни земји укажуваат дека децата под 15 години возраст се чести жртви на злоупотреба или запоставување на кои им е потребна медицинска помош и интервенција од страна на социјалните служби. Бројката на деца што биле сексуално злоупотребувани во своите домови е најскриената бројка. Истражувањата покажаа дека околу 20% од жените и 5-10% од мажите кои биле злоупотребувани како деца, покажувале агресивност кон децата или другите членови во семејството и намалено

работно функционирање. Главно, најподложни на физичка злоупотреба се малите деца, а најголемата стапка на сексуална злоупотреба е присутна кај деца во пубертет или адолесценција. Во повеќе места, момчињата се почести жртви на тепање и физичко казнување од девојчињата, додека, пак, девојчињата се најчести жртви на чедоморства, сексуална злоупотреба, запоставување и присилување на проституција.

Знаци кои укажуваат на изложеноста на децата на насилство и последици од насилството

Знаци кај децата од предучилишна возраст: жалби за главоболки, болки во стомакот, исклучително голема вознемиреност при одвојување, мокрење во кревет несоодветно за возраста, пореметување во спиењето (несоница, зголемен страв од темница, спротивставување при одење во кревет), забавен телесен развој, повлеченост, недостаток на доверба кон возрасните, страв од одредено лице или одреден пол, самодеструктивно однесување или агресивност.

Знаци и последици од насилството над децата од основна школска возраст: долготрајни жалби на телесни болки, однесување кое бара одобрување, повлеченост, пасивност, потполна послушност, ниска толеранција на фрустрација или бесконечна трпеливост.

Знаци и последици од насилството кај адолесцентите: користење дрога или алкохол, бегане од домот, суицидални мисли и обиди, криминални дела како кражби, продавање дрога, песимизам во поглед на задоволувањето на базичните потреби за сигурност, љубов и припаѓање, ниско самопочитување, тешкотии во односите со врсниците, намалено сочувство со жртвите. Тешкотии во когнитивното и образовно функционирање, рана бременост, испади на бес, зачестени судири со браќа, сестри и врсниците во одделението, агресивно малтретирање на другите деца. Можни се крајности во однесувањето: од една страна одлични училишни постигнувања, перфекционизам и претерана одговорност, а од друга страна тешкотии во концентрацијата, слабо следење на училишната настава, неопитно однесување, склоност кон незгоди, страв од одење во училиште итн.

Децата кои се сведоци на насилство меѓу нивните родители се изложени на повисок ризик од емоционални проблеми во однесувањето вклучувајќи анксиозност, депресија, слаби резултати во училиште, низок степен на самопочит, непослушност, ноќни кошмари и поплаки на физичкото здравје. Студиите од Северна Америка индицираат дека

децата кои биле сведоци на насилство меѓу нивните родители, често покажуваат исто однесување и психолошки нарушувања како децата кои се злоупотребувани.

- **Злоупотреба на стари лица во семејството**

Злоупотребата на стари лица од страна на нивните деца или роднини сè повеќе се смета за тежок социјален и здравствен проблем. Како и кај злоупотребата на децата, и кај постарите лица е присутна физичка, сексуална и психичка злоупотреба и запоставување. Постарите луѓе, покрај физичката и психичката злоупотреба, се особено подложени на економска злоупотреба, кога нивните роднини ги злоупотребуваат нивните финансиски средства и имот. Во некои случаи, веќе затегнатите семејни односи можат уште повеќе да се влошат како последица на стрес и фрустрација, бидејќи постарите лица треба да се издржуваат. Во други, пак, зависноста на помладите членови од живеалиште и финансиска помош од постаро лице може, исто така, да биде извор на судир. Не постојат доволно податоци за обемот на злоупотребата кај постарото население. Неколку анкети покажале дека меѓу 4% и 6% од постарите луѓе се подложени на разни облици на злоупотреба во сопствениот дом од најблиските, а во институциите овој процент е поголем отколку што се очекува.

Начините на злоупотреба на старите се различни, од физичко ограничување на движењето, ограничување на исхраната, лекови, необезбедување на доволна нега, негрижа за нивните здравствени потреби, физичко злоставување, емоционално и друг вид психичко злоставување, до сексуална злоупотреба на старите.

Знаци и последици од насилството кај старите лица: физички повреди на разни делови од телото, изолација и намалена комуникација со другите членови во семејството, намалени социјални односи со пријателите, ретко излегување од домот.

Влијание врз менталното здравје:

Како жртва на насилство од своите деца, внуци или други членови на семејството старото лице е преплавано од чувство на срам, страв од повторно насилство, страв за својот живот.

Најчести последици се: бегство во болест, депресија, несоница, разочараност, бегање во алкохолизам. Можни се и спротивни реакции, како, насилничко однесување, напуштање на домот, влегување во недоволно проверена врска и други несоодветни однесувања на старото лице кое е жртва на насилство во своето семејство.

Последиците од злоупотреба се длабоки и ги надминуваат здравјето и среќата на поединците и влијаат врз благосостојбата на цели заедници.

3. Превенција на насилството – улогата на здравствените работници

Превенцијата е најважниот начин за борба против насилството воопшто, како и за семејното насилство. Според времето кога се спроведува, се разликуваат три нивоа на превенција. Овие три нивоа на превенција се дефинирани според нивниот временски аспект: дали мерките за превенција се преземаат пред да се случи насилството, веднаш после тоа или во текот на подолг период. Овие нивоа на превенција традиционално се спроведуваат кај жртвите на насилство и во рамките на средините во кои се даваат здравствени услуги. Но, тие се однесуваат и на извршителите на насилство и се користат за дефинирање на судските мерки за насилство.

Тоа се:

- Примарна превенција - приоди што имаат за цел спречување на насилството пред да се изврши;
- Секундарна превенција - приоди што се насочени кон поитни мерки за спречување на насилството, како што се предболничка помош, услуги на брза помош или лекување на полови болести пренесени со силување;
- Терцијарна превенција - приоди што се насочени кон долгорочна медицинска помош по насилството, како што се: советување, рехабилитација и реинтеграција со кои се настојува да се ублажи траумата или да се намали долгорочната инвалидност како последица од насилството.

Интервенции на здравството

Како кај високо развиените, така и кај земјите во развој приоритет му се дава на справувањето со непосредните последици на насилството, давање помош на жртвите и казнување на сторителите. Ваквите мерки се многу важни и треба да се зацврстуваат секогаш кога е тоа можно, но потребно е и поголемо вложување во примарната превенција на насилството, т.е. мерки за запирање на насилството за да не се случи воопшто. При развивањето на начините за спречување на насилството треба да учествуваат голем број сектори и агенции, а треба и да се изготвуваат програми што ќе бидат соодветни за различни културни средини и групи население. Постоечките интервенции се фокусирани

на сензибилизирање на медицинските работници, охрабрувајќи ги да вршат рутинска контрола за препознавање на знаци на злоупотреба и да изготват протоколи за правилно справување со злоупотребувањето.

Литература:

1. Нелсон Мендела – Предговор - Светскиот извештај за насилство и здравје, Светска здравствена организација, Женева, 2002;
2. Спречување на насилството: приоритет на јавното здравство, (Резолуција WHA, 49, 25);
3. Проект на Светската здравствена организација за глобалната состојба на болести за 2000, Верзија;
4. Закон за семејство на РМ, член 99, Службен весник бр. 38/04,
5. Ajduković, M., Pavleković, G (2004): Nasilje nad ženom u obitelji, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb;
6. Obiteljsko vršnjačko nasilje: <http://www.pu-st.mup.hr/omis%20nasilje%20pp.ppt>;
7. Simmons, C. A., Lehmann, P., Cobb, N (2008). A Comparison of Women Versus Men Charged With Intimate Partner Violence: General Risk Factors, Attitudes Regarding Using Violence, and Readiness to Change. Violence and Victims. Vol. 23, No. 5, 571-585;
8. Светскиот извештај за насилство и здравје. Резиме (2002). Насилство од интимен партнер. Предговор. Светска здравствена организација, Женева;
9. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

12. Психолошки мерни инструменти

Проф. д-р Диана Белевска

Психолошките мерни инструменти (тестови) се конструирани за мерење на разликите меѓу луѓето во однос на способностите, ставовите, интересите и другите аспекти на личноста. Нивните резултати се репрезенти на примерок од однесувањето на поединецот кој се испитува. Терминот примерок, упатува на клучниот лимит на психолошките тестови: Конкретниот примерок на однесување не мора секогаш да биде репрезентативен за генералните бихејвиорални одлики на личноста. Секој има „лоши“ денови. Стомачната болка, семејната расправија, проблемите на работа – сето тоа се рефлектира на тестовните одговори. Но, проблемот на примерок не е врзан исклучиво за психолошките тестови, напротив, истиот се јавува кај секоја техника на мерење која се базира на норми и примероци, вклучувајќи и лабораториски тестови на крвна слика. Затоа,

претпазливоста и внимателноста е неминовна при задавање на тестовите и интерпретирање на тестовните резултати.

Употребата на психолошките мерни инструменти е регулирана со правилници кои се во надлежност на стручни психолошки организации, односно специјализирани служби за промет со инструментите како и етички комитети.

Со конструирање, проверување, усовршување и модифицирање на тестовите, техниките и скалите, т.е. мерните инструменти, се занимава посебна психолошка дисциплина наречена **психометрија**.

Психолошките мерни инструменти пред да се употребат во праксата мораат да бидат испитани и проверени да ги задоволат следните критериуми:

1. Инструментот треба да биде **валиден**, со сигурност да ја мери појавата која претпоставуваме дека ја мери. Валидноста на тестот може да се процени на неколку начини, зависно од природата на тестот:

- *Содржинска валидност* – се однесува на степенот до кој содржината на тестот е репрезентативна за подрачјето за кое тестот е конструиран да го мери. Се проценува повеќе по пат на логички принципи, отколку со употреба на статистички показатели;
- *Критериумска валидност* – се проценува со корелациска споредба на тестовните резултати со постигнувањето на поединецот на друг независен критериум (друга мерка) за истата варијабла;
- *Валидност на конструкт* – се проценува преку ширината на показатели кои потврдуваат дека тестот мери одреден хипотетички конструкт, пр.интелигенција, креативност и сл. Процесот на докажување на валидност на конструктот е комплициран и вообичаено е предмет на серија студии.

2. Секој психолошки мерен инструмент мора да биде **веродостоен/релијабилен**. При повторено мерење би требало да добиеме ист резултат. За добиените отстапувања при повторната процена не е секогаш одговорна веродостојноста на употребениот инструмент, отстапувањето може да се должи и на други фактори како што е недоволната веродостојност на оценувачот како и евентуално настанати

промени во појавата која ја мериме. Предност на психолошките тестови е што нивната веродостојност е стабилизирана и вградена во самиот инструмент.

3. **Објективноста** е трет важен критериум кој го одредува квалитетот на еден психолошки мерен инструмент. **Индексот на објективност** ја покажува стабилноста на мерката што сме ја добиле при мерењето. Постигнувањата на тестот на еден испитаник треба да остане ист, независно од бројот на независни проценувачи.

4. **Дискриминативноста** како критериум за добар инструмент подразбира дека **тестовните постигнувања на испитаниците меѓусебно ќе се разликуваат**, онака како што природно се разликуваат испитаниците меѓу себе. При тоа ќе добијат различни оценки на тестот и тоа адекватно на нивната меѓусебна разлика во поглед на испитуваната способност, особина, функција која ја мериме. Дискриминативноста е извонредно значаен параметар, особено во клиничко-дијагностички цели.

5. **Стандардизација и норми.** Стандардизацијата се однесува на униформираност на процесот на задавање и оценување на тестот. Сите испитаници добиваат исти инструкции, исти прашања и исти временски ограничувања, така што добиените резултати оправдано може да се споредуваат. Тестовните норми даваат информација за тоа каде скорот на испитаникот од интерес се рангира во однос на останатите припадници од испитуваната популација.

Видови на психолошки мерни инструменти

Најголем дел од психолошките мерни инструменти се вбројуваат во една од двете широки категории на тестови: тестови на ментални способности и тестови на личност.

Тестови на ментални способности

Тоа се психолошки тестови ориентирани кон мерење на генералните ментални способности на личноста. Поделени се на три субкатегории:

1. Тестови за мерење на општата интелигенција;
2. Тестови за мерење на специфичните способности;
3. Тестови за мерење на постигнувањата.

Тестови на личност

Со нив се мерат различни аспекти на личноста, вклучувајќи мотиви, интереси, вредности и ставови. Често се нарекувани и скали на личност, затоа што, за разлика од тестовите на ментални способности, кај тестовите на личност нема точни и погрешни одговори.

Мерење на интелектуални способности

Мерењето на интелигенцијата е рутинска постапка во психолошката проценка. Прв психолошки тест кој бил конструиран за оваа цел е Vine –Simonoviot тест (1904) кој претставува и прв мерен инструмент во психологијата. Од него потекнува крајниот продукт на мерењето на општата интелигенција - IQ скор. Денес оваа скала се употребува во модифицирана, ревидирана форма.

Што е IQ скор?

IQ скорот е однос помеѓу календарската и менталната возраст на испитаникот. IQ скорот, всушност, покажува каква е изведбата (перформансот) на поединецот во однос на тестовните норми изведени за неговата врсничка популација, т.е. IQ скорот секогаш индицира каде се наоѓа поединецот во однос на неговата возрастна група. Ова објаснува зошто IQ скорот драстично не се променува со растењето на детето, иако неговата интелигенција очигледно расте.

Имајќи предвид дека интелигенцијата е нормално дистрибуирана варијабла, современите тестови на интелигенција даваат IQ скор кој покажува каде добиената мерка на интелигенција се наоѓа на веројатната нормална крива. На WAIS тестот и на многу други тестови на интелигенција аритметичката средина е поставена на IQ скор 100, со стандардна девијација 15. Што значи дека личност која има скор 130 е за две стандардни девијации над аритметичката средина за испитуваната популација.

Дали тестовите на интелигенција мерат потенцијал или знаење?

Тестовите на интелигенција се наменети за мерење на потенцијал, содржат прашања кои бараат од испитаникот логички да мисли, а не се однесуваат на фактографското знаење. Но, конструкцијата на ајтеми (модел) кои се независни од степенот на претходна едукација и знаење е особено тешка задача, затоа се избираат прашања кои се поврзани со општата информираност. При конструкцијата на тестовите се внимава истите максимално да се ограничат на мерење на потенцијалот, но импактот на

фактичкото знаење тешко се избегнува, особено во рамките на вербалните тестови/ субтестови.

Дали IQ скорот останува стабилен низ развојот?

Спроведени се повеќе студии кои покажуваат дека IQ скоровите се релативно нестабилни во предшколска возраст и не се добри предиктори за скоровите кои индивидуата ќе ги постигне во адолесценцијата или како возрасна личност. Со растењето на децата се зголемува стабилноста на IQ скоровите, па на возраст од 7 – 8 години скоровите имаат повисока предиктивна вредност, но се далеку од перфектни предиктори на IQ скорот.

Дали тестовите на интелигенција предвидуваат професионален успех?

Професионалниот успех е варијабла која тешко се сведува на квантитет. Спроведени се бројни студии за корелацијата на IQ со професионалниот успех. На позитивната страна на „тасот“ јасно е дека повисока интелигенција корелира со повисоки професионални постигнувања, т.е. лицата со повисок IQ почесто се на попрестижни работни позиции. На негативната страната, IQ скоровите се лоши предиктори на успех во одредени професии. На пример, тешко е врз основа на IQ да се селектираат идните 10 најдобри адвокати од 100 дипломци на право. Тежината е од статистичка природа, просечниот IQ на дипломците се движи во граници од 115 до 135, со други зборови, најголем дел од дипломците ќе имаат многу блиски скорови, а без пошироки варијации во предиктивниот критериум тешко е да се прават претпоставки. Уште позначајно ограничување е аспектот на социјалната и емоционалната интелигенција на личноста кои за одредени професии се и позначајни предиктори на успех, а не се вклучени во тестовите за мерење на интелигенцијата.

Во последните неколку децении, спроведени се низа истражувања со кои се настојува да се идентификуваат клучните карактеристики потребни за професионален успех. Резултатите најчесто ги издвојуваат: комуникациските вештини, адаптивбилноста, самоконтролата, мотивацијата за работа, ефикасноста при тимска работа, лидерски вештини, како и примерно интелектуално функционирање, стручност и знаење. Истражувањата во оваа сфера водат кон развивање на концептот на **Емоционална интелигенција (EQ)**.

Опис на тест за мерење на интелигенција

Во клиничкиот пристап како главен инструмент за проценка на интелигенцијата се користат **Векслеровите скали**. Тој конструирал повеќе варијантни на тестови на интелигенција (скали) почнувајќи од детска возраст до старост. Најпознати негови скали се: Wechler – Bellevu скала форма I (1939), Wechler – Bellevu скала форма II, **WAIS**, **WISC** - скала за деца на возраст до 16 години и ревизии на претходните форми.

Векслеровите скали се составени од десет тестови на способности кои се поделени во две групи: **вербални и невербални тестови**.

Во **вербалните тестови** спаѓаат:

1. тест за **информираност, сфаќање, пронаоѓање на сличности**;
2. тест за **аритметичко резонирање и помнење**;
3. во скалата WAIS е вклучен и **тест за толкување на поими, речник**.

Манипулативниот дел го сочинуваат следните субтестови:

1. тест на **дополнување на недостатоците**;
2. **стрип** (редење на слики);
3. **кос** (соотнесување на коцки по даден модел);
4. **составување на предмети** и
5. **шифрирање**.

По завршеното испитување и оценување на испитаникот, располагаме со три стандардни мерни единици: **глобален индекс на интелигенција (IQ)**, **вербален индекс на интелигенција (VIQ)** и **манипулативен индекс на интелигенција (MIQ)**, како и стандардни вредности за успехот на сите десет теста. Сите нумерички резултати можат да се интерпретираат врз основа на стандардно поставените норми.

Една од главните одлики на Векслеровите скали, поради која е прифатена како главна метода за мерење на интелигенцијата во клиничкиот пристап, е нивната осетливост на клинички значајните фактори. Векслер сметал дека соодносите во постигнувањата на двете скали и соодносите на постигнувањата на десетте поединечни тестови можат да укажат на неправилност во функционирање на интелигенцијата. Тој претпоставувал дека поединечните категории на психички растројства делуваат специфично на интелигенцијата и дека таа специфичност ќе се препознае во ефикасноста во

постигнувањата на одредени делови од скалата и да се искористат како помошно диференцијално дијагностичка мерка.

Векслеровите скали се инструмент кој ги задоволува сите психометриски критериуми, тој е темелен, емпириски проверен и прифатен во целиот свет како стандарден инструмент во клиничката психодијагностика.

Мерење на емоционалната интелигенција

Поимот на емоционална интелигенција денес е многу познат, но често на погрешен начин. Постојат повеќе заблуди во поглед на оваа способност.

Емоционалната интелигенција не е само едноставна љубезност, непрекинато насмевнување и угодување на својот соговорник. Напротив, емоционално интелигентниот човек може и смее одлучно да се спротивстави на погрешно мислење и штетни предрасуди. Емоционалната интелигенција, исто така, не е неконтролирано манифестирање на сите свои емоции, туку е токму спротивното - подразбира успешна контрола, особено на штетните емоции. Конечно, оваа способност не е фатално генетски детерминирана, ниту пак нејзиниот развој се завршува во детството. Емоционалната интелигенција се развива и зајакнува во текот на целиот живот.

Емоционалната интелигенција опфаќа цела низа специфични способности како што се:

- способност за разбирање на себе самиот - добар увид во себе, своите потреби, афекти, конфликти, како и способност за самонабљудување;
- способност за емоционална самоконтрола - совладување на афектот, сузбивање на „токсичните“ емоции; способност за кочење и преобликување на сопствените емоции во согласност со барањата на реалноста и општествените норми;
- самоувереност - самодоверба, оптимизам;
- чувствителност за проблемите и потребите на другите - фаќање на тешко забележливи сигнали, пресретливост;
- способност за разбирање на чувствата на другите луѓе - емпатија;
- вештина за решавање на интерперсонални конфликти - омилени се во друштвото, добри организатори и успешни водачи;

- способност за воспоставување на хармонични пријателски односи - добри се како пријатели и популарни како соработници на работа, како и
- способност за раководење со група.

Еден од најчесто користените тестови за мерење на емоционалната интелигенција е **TEI QUE (SF) – Прашалник за мерење на емоционалната интелигенција-скратена форма**. Истиот претставува скратена форма на прашалникот за емоционална интелигенција TEIQue и се смета за многу сигурен (Cronbach-овиот алфа коефициент на интерна конзистентност варира од 0.70 до 0.90 во зависност од формата и преводот, но сепак, просечната вредност е 0.85) и со многу висока предиктивна валидност за менталното здравје, прилагодувањето, стресот на работно место, изведбата на работата, организационата посветеност итн. Во повеќето испитувања внатрешната конзистентност на прашалникот за различни групи на возраст, пол и земји е стабилна, без битни разлики меѓу групите.

Прашалникот за емоционална интелигенција TEIQue–SF содржи 30 ајтеми кои ја мерат генералната карактеристика на емоционалната интелигенција. Единиците се базирани на долгата форма на прашалникот за емоционална интелигенција TEIQue која содржи 15 субскали за различни фактори на емоционалната интелигенција: благосостојба, самоконтрола, емоционалност и социјалност.

Во прашалникот за емоционална интелигенција TEIQue–SF ајтемите се одговарани на Ликертова скала со 7 – степени. Некои од ајтемите се реверзибилни, а збирот на бодовите варира од 30 – 210 поени. Овој прашалник е стандардизиран за македонска популација од страна на Ризоска, Б. (2006).

Тестирање на оштетени комплексни способности

Оштетувањата на интелигенцијата, мислењето, перцепцијата и просторната ориентација, како и другите сложени ментални способности, се отсликуваат на скоро сите индивидуални психолошки тестови, особено на тестовите на интелигенција. Оваа осетливост е забележана со примената на Бинетовата скала, индикатори на истите отстапувања се бележат и на Векслеровите скали. До појавата на невропсихологијата како засебна дисциплина, во рамки на клиничката психодијагностика процената на оштетените комплексни способности се базирала на дихотомна класификација – „има оштетување/ нема оштетување“. Важно е да се напомене дека процена на интелигенција може да

направи секој психолог, но невропсихолошка процена може да даде само психолог кој е специјализиран за тоа подрачје. Во овој случај мерните инструменти се само помошно средство во процесот на процена.

Најчесто користени невропсихолошки тестови за детекција на органицитет се: Бендеровиот гешталт – тест и Бенетовиот визуелно-ретенцион тест.

Бендеров гешталт тест

Визуелно-моторниот гешталт тест на Бендер (1938) е најстар психолошки инструмент за детекција на пречки во менталниот развој. Во изворната верзија тестот не е психометриски проверен, но позитивните искуства од неговата примена ја осигурале тестовната долговечност. Дури после три децении од неговото конструирање, тестот е стандардизиран.

Гешталт тестот се состои од серија од 10 стандардни геометриски слики, кои се преземени од гешталт експериментите. Во вообичаена ситуација на индивидуално тестирање, испитувачот дава инструкција испитаникот да ги прецрта зададените слики една по една на претходно подготвен лист хартија. Времето на работа не е ограничено и вообичаено трае околу 10мин. Прецртаните цртежи се протокол, кој потоа систематски се анализира. Отстапувањата, недоследностите и грешките при прецртувањето се толкуваат според искуството на испитувачот, гешталт теоријата за развој на менталните функции и психопатологијата.

Бенетов визуелно-рецептивен тест

Тестот спаѓа во истата категорија како и Бендер гешталтовиот тест. Двата теста се користат како тријажни психолошки инструменти за откривање на мозочни оштетувања врз база на тестовните индикатори. Разликите се најизразени во однос на теориските постулати. Додека Бендеровиот тест го користи искуството на гешталт теоријата, Бенетовиот тест е на ниво на елементарната психологија и неврологијата.

Бенетовиот визуелно-рецептивен тест се состои од 3 серии од по 10 геометриски фигури. Секоја серија се задава со различна инструкција и оперативна модификација. Задачата е испитаникот точно да ги прецрта стимулационите фигури. Испитувачот го менува времето на експозиција на стимулусот, за првата серија тоа изесува 5 секунди, а за останатите две по 10 секунди, потоа стимулусот се трга. Тоа значи дека испитаникот ги црта сликите по сеќавање. Третата серија е отежната, така што после тргањето на

стимулусот се прави пауза од 15 секунди, пред испитаникот да започне да ги репродуцира сликите. Очигледно е дека Бенетовиот тест има многу посложена методолошка процедура во однос на гешталт тестот.

Грешките кои се јавуваат на овој тест, а ги има вкупно 60 видови, класификувани се во две големи категории. Првата категорија ја сочинуваат помалку специфични грешки кои не се карактеристични за мозочни оштетувања. Меѓу нив спаѓаат: изоставање или додавање детали на сликите, искривувања, персеверација, ротација околу оската, преместувања и грешки во големината или пропорцијата на фигурите. Овие грешки се јавуваат и кај функционални растројства на визуелно-моторната и когнитивната структура. Другата категорија на грешки е потешка и таа е статистички значајно поспецифична за категоријата на мозочни оштетувања. Во тие грешки спаѓаат: повторено изоставање на периферни фигури, ротација од типот „одраз во огледало“ и впечатлива диспропорционалност.

Практичната вредност на овој тест најдобро доаѓа до израз во тријажната дијагностичка постапка. Испитувањето не трае долго, не предизвикува особен отпор и оценките можат да се сметаат за релевантни и објективни особини кои на тестот му го даваат почесното место на најчесто користен тријажен инструмент во батеријата на психодијагностичарите, со напомена дека тестот го задава и интерпретира само квалификуван и искусен испитувач. Негативен наод на тестот нема особено значење, но позитивниот наод е значајно предупредување за понатамошно невропсихолошко испитување. Протоколот избилува со информации, па искусен дијагностичар, врз основа на истиот, може да извлече многу повеќе од просто предупредување, што подразбира и локализација на мозочното оштетување.

Процена на мислењето

Не постои психодијагностички инструмент или техника за процена на мислењето во целост. Причините за тоа се во фактот дека во психологијата мислењето не е предмет на една, туку се јавува во сите поединечни дисциплини. Така мислењето се изучува како перцепција, како памтење, како развоен процес, како способност, како развој на говорот и симболизацијата, како ставови, како експериментална варијабла во истражувањето на учењето и решавањето проблеми, како интерперсонално судење, вредносно судење и процес на формирање на концептот за себе, другите и светот. За толку сложена појава, не е

ни можно креирање на единечен инструмент за мерење. Меѓутоа, во согласност со потребата можат да се најдат десетици поединечни експериментални, психометриски или клинички инструменти за мерење на поедини функции или облици на мислењето, на пр. тестови на перцепција, памтење, асоцијативен процес, формирање на поими, апстрактно мислење, перцепција на другите или самоперцепција.

Процена на однесувањето

Однесувањето е нужна и неопходна категорија на информации за личноста која се испитува, но не и самодоволна. Во рамки на психодијагностиката однесувањето редовно се бележи, анализира и интерпретира на повеќе начини. Самата психодијагностичка тест ситуација е протоколарно стандардна и богато стимулативна за израз на индивидуалните стилови на однесување. Сите особености на однесувањето се бележат во посебно означена рубрика во психодијагностикиот наод – „однесување во тест ситуацијата“.

Тестови на личност

Следејќи ја ефикасноста во мерењето на интелигенцијата психодијагностиката својата област ја проширила и во мерење на останатите психички функции, како и личноста во целина. Поимот **мерење** во испитувањето на личност е заменет со поимот **процена** кој е во склад со целта на испитувањето, процена на особините на личност и диференцијалната дијагноза. За таа цел истражувачите во оваа област креирале специфични психолошки инструменти како што се самоописните техники или **техники за самопроцена (инвентари на личност) и проективни техники.**

Самоописни техники (инвентари на личност - прашалници)

Прашалниците имаат долга традиција во рамки на психологијата. Истите се комбинација на анкетните техники, наменети за масовни испитувања и интервјуто како техника, наменета за индивидуална процена. Тие се користат како помошно дијагностичко средство за процена на одделни особини и различни црти на личноста. Тие поседуваат **специфични карактеристики** што им даваат предност пред другите методи: **едноставни** се за апликација, **згодни** се за психометриска и статистичка обработка, добиените податоци се **објективни**, и **соодветни** за истражувачка работа.

Прашалниците и инвентарите се списоци на еднообразни прашања со подготвени алтернативни одговори. Бројот на прашања се одредува според тоа колку е потребно за предметот (страв, анксиозност, невротичност, јачина на егото) да биде системски опфатен.

Добиените одговори се оценуваат според претходно подготвен клуч, односно механички. Изборот на одговори зависи од мотивацијата и способностите на испитаникот самиот себе си да се набљудува и проценува (интроспекција и екстропспекција), но и од други фактори. Резултатот се оценува и интерпретира во однос на претходно утврдени емпириски норми и теориски хипотетички конструкти. Во некои случаи интерпретацијата е поотворена, клиничка (отворен систем), а во други се користи однапред подготвена компјутерска интерпретација.

Разликата помеѓу инвентарите и прашалниците е во тоа што прашалникот има само еден, а инвентарот повеќе предмети. Резултатот на прашалникот е броен индикатор кој кажува во која категорија на луѓе припаѓа испитаникот (пр. невротичари) и до кој степен е изразена таа припадност. Резултатите на инвентарите на личност се посложени, како истовремена обработка на повеќе прашалници, односно како симултано да се зафатени повеќе предмети. По таа основа инвентарот е мултиплициран прашалник. Основната слабоста на прашалниците и инвентарите е проблемот на примерок и норми кој претходно го елабориравме.

Инвентари кои често се присутни во психодијагностичката батерија на клиничарите се: **Кателов прашалник** за 16 фактори на личност (16ПФ), **инвентар на личност**, **Ајзенков инвентар на личност**, **Ајзенков прашалник за личност** и **ревидиран Ајзенков прашалник за личност**.

Минесота мултифазен инвентар на личноста (ММПИ)

Од инвентарите на личност најпознат и најмногу користен е **Минесота мултифазен инвентар на личноста**, скратено **ММПИ**. Тоа е повеќедимензионален тест за личност од типот на прашалници. Направен е со поврзување на **десет прашалника** и **четири контролни скали** во една целина. Во оригинална форма се состои од **560 прашања**, тврдења (формата за групно испитување содржи 566 прашања).

Постојат скратени и ревидирани верзии кои се користат и во нашата земја, ММПИ - 201 (Биро и Бергер, 1980) која содржи 201 прашање и ММПИ - 202 (Биро, 1995) верзија која содржи 210 прашања. На секое од нив испитаникот треба да одговори со „ДА-се сложувам“ или „НЕ-не се сложувам“. Оценувањето на тестот е механичко и објективно, а резултатите се исцртуваат на графикон во кој секој столб означува една скала. ММПИ содржи **четири контролни** и **десет клинички скали**. Контролните скали или скалите на

„валидност“ ни укажуваат на довербата што треба да ја имаме кон добиениот материјал, неговата употребливост за интерпретација, за подготвеноста на испитаникот за овој тип соработка и личниот стил во самопроценката. Контролните скали се: **скала Л** - ја одразува ригидноста или наивноста во пристапот на тест-материјалот; **Ф скалта** ги изразува конфузното мислење, неразбирање на материјалот или самопотенцирање-нагласување на патологијата; **скалата К** е скала на одбрана и ја изразува неподготвеноста на испитаникот за манифестирање на своите карактеристики. Последната, четврта скала на валидноста е скала-прашалник „не можам да се одлучам“ која укажува на бројот на прашања на кои испитаникот не одговорил.

ММПИ е чисто емпириски инструмент кој потекнува од психијатриската пракса. Во почетокот главната идеја била објективизација на психијатриската дијагноза. Затоа најчесто бил користен во разрешување на диференцијално-дијагностичките дилеми во психијатријата. Оттука произлегува и структурата на клиничките скали кои отсликуваат десет психопатолошки категории:

- Хипохондрија (**Hs**) се однесува на нарцизмот, телото и Хипохондријата;
- Депресија (**D**) - скала за депресивни симптоми;
- Хистерија (**Hu**)-хистерија, потиснување, негација и конверзивни симптоми;
- Психопатски девијации (**Pd**)-незрелост и импулсивност, асоцијално однесување;
- Маскулиност-фемининост (**Mf**)-пасивност кај мажите, односно маскулиност кај жените;
- Параноја (**Pa**)- сензитивност и хостилност;
- Психастенија (**Pt**)-анксиозност, опсесивно мислење, намалување на виталноста и ефикасноста;
- Шизофренија (**Sc**)-конфузно и бизарно мислење;
- Хипоманија (**Ma**)-еуфорија, хиперактивност;
- Социјална интроверзија (**Si**)-повлекување и интроверзија.

Во современата психодијагностика ММПИ сè помалку се интерпретира со утврдувањето на значењето на секоја поединечна скала. Тој повеќе се користи како **инвентар на личност**, отколку како инвентар на симптоми. Со таа цел анализата на профилот се изведува со комбинации на покачувањата на вредностите на две (ретко три)

скали. Овој тип на интерпретација е најчест и најомилен меѓу клиничарите, но овој пристап бара извонредно клничко искуство, не само во ММПИ техниката, но во психодијагностиката воопшто. Современата психодијагностика, користејќи ги можностите на информатиката, успеала да конструира компјутерски програми за обработка на многу од прашалниците, меѓу првите за ММПИ. На тој начин тој дава солиден и добро сочуван документиран материјал што му дава предност и го чини погоден инструмент за истражувачки цели.

Проективни техники на личност

Проективните техники се базични истражувања на човековата личност и служат за проценка на особините и структурата на личноста, механизмите на одбрана, како и динамиката на потребите. Основен механизам со кој личноста се изразува на проективните методи е проекцијата. Механизмот на проекција се стимулира од недоволно структурираниот карактер на експерименталниот материјал кој овозможува поголем избор на одговори, кои се во тесна врска со внатрешните потреби и доминантни црти на личноста.

За разлика од прашалниците, проективните методи не ја откриват јасно целта на испитувањето или параметрите на личноста кон кои е насочено вниманието на експериментаторот. Привидната индиферентност на предложените стимулуси создава услови за спонтани и во некоја рака непредвидливи реакции од испитуваната особа. Од таа гледна точка проективните методи се посубјективни од прашалниците затоа што резултатите од испитувањето не се независни од проценката на иследувачот. Тие не се тестови во потесниот смисол на зборот, не се мерни инструменти. Заклучокот и резултатот се изготвува со анализа на податоците со помош на определена интерпретативна техника. Од таа причина валидноста на заклучокот од истражувањето зависи многу од едукацијата на клиничарот и од прецизноста на критериумите на методата која е користена.

Особината на проективните техники е **високата предиктивна валидност на патолошкиот одговор** (кога ќе се појави патолошкиот одговор треба да имаме доверба во него) им даваат посебна вредност во диференцијално дијагностичкиот пристап.

Роршахова техника на личност

Роршаховата техника настанува во времето кога психоанализата се појавува, но тешко го наоѓа своето место во тогашната технички поткрепена медицина. Во исто време,

една нова професија во медицината, клиничката психологија бара тестовна метода која ќе ја има ширината на интервјутото, но и престижот на мерен инструмент и е погодна за поврзување со психоаналитичката теорија на личноста. Во таква клима Херман Роршах започнува еден сопствен проект на истражување на принцип – еден човек една идеја – при што ја проверува можноста на техниката на испитување на забележувањето со помош на дамки од туш. Исто така, го употребувал и Јунговиот тест на асоцијации, а понекогаш и слободни асоцијации. Сепак, систематска проверка правел само на тестот на забележување.

Дамките од туш како стимулус на испитување на психолошките реакции биле користени и пред Роршах да го започне своето истражување. Но, Роршах не бил фокусиран на содржината на одговорот (како Бине, како што тоа го прави психоанализата), туку на формалните аспекти на одговорот, т.е. забележувањето. Тој многу упорно и методично повторувал дека неговиот експеримент е пат на сознание на забележувањето. Роршах одбрал 10 дамки како стимулуси, кои ги задавал по одреден редослед. Суштината на ова истражување е експлицирана низ парцијални хипотези кои се однесуваат на поедини својства на визуелни стимулуси како големи провокации. Секој кој учествувал во експериментот бил подвргнат на серија провокации. Овој експеримент покажал дека секој човек е творец на светот и дека овој свет е реален само како консензус. Тој не влегол во замка на психологизирање и филозофско епистемолошки конструкции. Клиничката психологија ја избрала Роршаховата техника бидејќи сакала да ја задржи предноста и популарноста на психоаналитичката теорија, но и да го задржи статусот на наука која ја симболизираат тестовите. Токму поради ваквиот став на амбициозната клиничка психологија во 40-те години на 20 век започнува ерата на проективните тестови кои, помалку или повеќе, произлегуваат од Роршаховата техника.

Роршаховата техника се состои од десет стандардни карти кои служат како експериментални стимулуси. Испитувањето се одвива индивидуално. Испитувачот му ги дава картите по одреден редослед на испитаникот и ги бележи неговите искази како и реакционото време. Тестот ретко предизвикува потполно одбивање на соработка. После задавањето кое трае околу половина час, испитувачот го оценува, анализира и класифицира добиениот материјал и дава интерпретација. Низ тој процес испитувачот се потпира на разработен систем на оценување, норми и примери за дијагностичка

класификација како и примери за интерпретација на личност. Техниката психометриски е подобро средена од интервјуто, но е значајно послаба од прашалниците и инвентарите на личност.

Примената и интерпретацијата на Роршаховата техника подразбира квалификуван и стручен испитувач. Вообичаено е психолозите дополнително да се обучуваат за задавање и интерпретација на Роршаховата техника.

Цртеж на човечка фигура

Цртежот на човечка фигура како проективна техника во психодијагностиката го вовела Маховер. Покрај многу критики и оспорувања цртежот на човечка фигура и денес претставува еден од најчесто користените психодијагностички техники. Едноставен е за примена, а теориската рамка за интерпретација и анализа на која се темели (психоанализата) е широко прифатена теорија меѓу клиничарите.

Инструкциите за тестот се едноставни: пред испитаникот се става чист лист хартија и од него се бара да нацрта „човечка фигура“. На неговите прашања околу полот и стилот на цртежот (цела или само глава) се одговара со „нацртајте така како што најмногу ви одговара“. По завршувањето на цртежот од испитаникот се бара да нацрта фигура од спротивен пол. По завршувањето на двата цртежа се поставуваат прашања, **асоцијации врзани за цртежот**, со цел да се добијат податоци за степенот на проекцијата и додатни информации.

Интерпретацијата на цртежот се одвива на неколку нивоа: **графолошка** анализа, **локализација** и **големина** на нацртаните фигури, се анализираат **грешки во цртањето**, анализа на **психоаналитички симболи** и **степенот на идентификации** (меѓу кои и сексуалната) со нацртаните фигури.

Маховер со анализа на многу цртежи успеала да даде и збирни карактеристики на цртежи на некои дијагностички категории: за **невроза, депресија, параноиден синдром и шизофренија**.

Денес најголем број клиничари истражувачи и практичари се согласуваат дека цртежот на човечка фигура е најсоодветен за проценка на **агресијата, психосексуалниот идентитет и телесната шема**.

Показателите за динамиката на личност изразени на цртежот ја добиваат својата вистинска вредност во комбинација со останатите објективни податоци.

Тест на тематска аперцепција (ТАТ)

ТАТ е актуелно еден од водечките претставници на проективните техники. Конструиран е со заеднички труд на Morgan&Maryja (1935) и воведен е во психодијагностичката практика после истражувачки експеримент (како и Роршаховата техника) спроведен на Хардвард. Се базира на претпоставката дека под влијание на интерните очекувања, збиднувања и социјални потреби испитаникот перцепира повеќе од она што е пласирано во стимулусот. Оттаму го добива и името *Тест на тематска* – содржината на приказаната *аперцепција* – доживување повеќе од она што е актуелно пласирано. Со анализа на она што испитаникот го додава на сликата се добиваат податоци за: постигнувањата, очекувањата, интимноста и потребата за моќ.

ТАТ поставува големи барања и пред испитувачот и пред испитаникот. Испитувачот мора да биде стручен и посебно квалификуван, но тоа не е доволно. Всушност, сите проективни техники се двојна методолошка замка. Проекцијата на сопствената личност низ тестовниот материјал е предвидена за испитаникот, но тешко е да се изолира испитувачот од личната проекција. Во сите проективни техники каде е предвидена интерпретација, опасноста од проекција на интерпретаторот секогаш постои.

Тест на недовршени реченици (ТНР)

Овој психодијагностички инструмент е хибрид на прашалник и проективна техника. Се состои од педесет започнати реченици кои симулираат значајни теми од секојдневниот живот, а завршетокот е препуштен на испитаникот. Ајтемите на почетокот потсетуваат на прашалник, а на крај по нивната отвореност на проективна техника. Претпоставка е дека испитаникот поголемиот дел од речениците ќе ги заврши во склад со некој од интерните стереотипи кои инаку ги користи. Тој примерок на интерни стереотипи може да послужи за реконструкција на интерниот дијалог, предрасудите, аглите на гледање и мислењето за себе, другите и светот.

Психолошките мерни инструменти (тестови/ скали/ инвентари) во психодијагностички цели секогаш се задаваат во комбинација со натуралистичките експлоративни методи. **Натуралистичка експлорација** која претставува планирана, експлоративна комуникација за прибирање на информации за пациентот од страна на клиничарот. При тоа се користат методи од секојдневниот живот:

- интервју (разговор);

- опсервација и
- комуникација (интеракција).

Психолошките тестови употребени во функција на мерни инструменти на особините, способностите и карактеристиките на индивидуата, располагаат со различни степени на сигурност, во зависност од нивната психометриска вредност. Затоа психодијагностиката, употребена во рамки на клиничката практика, наложува примена на **батерија на психолошки тестови** со цел елиминација на тестовните недостатоци, сведување на минимум на испитувачкиот биас и минимизирање на можностите на грешки и отстапувања во процената на личноста.

Психодијагностичката процена завршува со пишување на **Психолошки наод и мислење** кој ги интегрира сите добиени информации за личноста која е предмет на психолошката експлорација.

Литература

1. Бергер, Ј. Психодијагностика. Нолит, Београд, 1984;
2. Бергер, Ј., Биро, М. и Хрњица С. Клиничка психологија. Научна књига, Београд. 1990;
3. Berger, J. Prirucnik za Test nedovrsenih recenica – TNR. SDSP 1983;
4. Белевска, Д., Лутовска М., Денкова Ф. Психологија за менаџери. Универзитет за туризам и менаџмент, Скопје, 2005;
5. Biro, M., i Berger, J. Praktikum za primenu i interpretaciju MMPI. Savez drustva psihologa SR Srbije. 1981;
6. Големан, Д. Емоционална интелигенција. Мозаик књига, Загреб 1997;
7. Кесмановиќ, Д. Psihijatrija Tom I. Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 1989;
8. Mahover, K. Projekcija licnosti u crtezu ljudske figure. Zavod za proucavanje socijalnih problema na grad Beograd, 1970;
9. Чадловски, Г., Белевска, Д. и Филиповска А. Медицинска психологија, 2005.

13. Деца на родител/родители со ментални растројства

Проф. д-р Елизабета Зисовска

Вовед

Генералната дефиниција на менталните растројства се содржи во самата дијагноза: тоа е болест на умот и разумот кога лицето до одреден степен ја губи контролата над аспектите на своите мисли и/или нивните чувства. Менталната болест може да биде многу лесна - како лесна депресија кога работите изгледаат многу полошо отколку што се, или многу тешка - кога животот на заболеното лице е комплетно доминиран, раководен од

болеста, како на пример при шизофренија, во случај кога лицата не можат да живеат самостојно.

Кога лицето е ментално здраво, тоа се чувствува добро поради себе; може лесно да направи сè што се бара од него секој ден, оди во училиште или на работа и ужива со пријателите и во своето хоби. Дури и кога работите ќе тргнат на лошо, обично ги средуваат сами, иако тоа некогаш е многу тешко.

Кога некој ќе стане ментално болен, или во полесна форма ќе има некакво ментално растројство, тогаш секој ден работните обврски изгледаат тешки за да се завршат, болните се чувствуваат конфузни и вознемирени поголем дел од времето. Тие можат да прават работи кои изгледаат нормални за нив, но за другите луѓе околу нив изгледаат чудно.

Родител со ментална болест

Многу од работите кои се стресни за родителите, исто така се стресни и за нивните деца. Некои од нивните заболувања се краткорочни, на пример, после силен стрес или промена, а некои можат да бидат долгорочни и трајни, како шизофренија, тешка депресија или опсесивно-компулзивни растројства. Ако родителот има сериозен проблем во менталната сфера, тоа може да го направи недоволно способен да се грижи за своите деца.

Проценето е дека менталните болести се многу почести отколку што има податоци, и засегаат околу 1/4 од сите луѓе во некој период од нивниот живот. Околу 1/5 лица имаат ментална болест, а во возрасната група меѓу 25-44 години тоа изнесува дури и 1/4. После 35 години, жените се почесто засегнати од ментални растројства. Околу 20% од луѓето со психијатриско растројство имаат малолетни деца. Во светот постојано има обиди да се одреди процентот на популацијата која има ментални растројства или болести, главно користејќи ги разните пописи, и регистрите од болниците и поликлиниките. Тој процент се движи меѓу 20% и 30% (1,2). Потешко е да се процени бројот на луѓето со ментални проблеми кои се родители на малолетни деца и бројот на деца кои се засегнати од овој проблем. Овие прашања не можат со прецизност да се одговорат поради две причини:

- Службите за ментално здравје и болест кај возрасните луѓе не ги бележат деталните податоци во национални регистри дали нивните пациенти имаат деца;

- Студиите и резултатите покажуваат дека значителен процент од тие кои имаат ментални растројства не се дијагностицирани, регистрирани или пак не примаат терапија за нивната состојба. И покрај овие тешкотии, во Австралија, на пример, со една методолошки детална анализа (3) добиена е информација дека околу 21-23% од малолетните деца имаат барем еден од родителите со ментална болест. Овие податоци не се разликуваат многу од податоци од другите земји.

Многу деца растат со родител кој, во одредена смисла ќе има некој степен на ментално растројство. Малку деца живеат со родител кој има тешка ментална болест како шизофренија или биполарно растројство. Дополнително, многу деца живеат со родител кој има долгорочно ментални здравствени проблеми, како алкохол или проблеми со зависност од дрога или растројства на личноста (4).

Зошто децата кои имаат родител со ментална болест имаат тешкотии?

Децата најчесто добро се справуваат со сите видови проблеми во животот, особено ако:

- Проблемот е краткотраен и не се повторува;
- Ако можат да разберат што се случува и, колку што е можно повеќе, зошто (причината);
- Родителите не можат да го контролираат фактот дека некои болести, особено менталните болести, можат да траат подолго време, и можат да се повторат. Сепак, некои родители можат да се обидат да го заштитат своето дете од нивната болест со тоа што болеста ја чуваат како тајна или како „нешто“ што не треба да се прашува или објаснува. Иако ова најчесто се прави за доброто на детето, од позитивна причина, тоа е грешка и може да причини поголем стрес кај детето, потешко да се справи или да ги контролира своите сопствени чувства;
- Во семејство каде има еден родител со ментална болест, некогаш е многу тешко да се извршуваат и секојдневните семејни рутински активности, како пазарење, готвење, чистење, кои понекогаш се и невозможни. За задржување на работното место најчесто и не станува збор. Во ваквите состојби, децата обично сами се

грижат за себе повеќе отколку во други семејства. Болните родители не можат да ја зачуваат ниту безбедноста на своите деца.

Негенетските и небиолошките фактори исто така играат важна улога во трансмисијата (преносот) на ризикот и отпорноста кон менталните растројства. Истражувањата ги идентификувале важните индивидуални и семејни карактеристики кои се поврзани со менталната болест кај родителите и исходот кај нивните деца. Најзабележливо е влијанието на следните карактеристики од непосредната околина:

- *Родителското однесување*: постои разлика во родителското однесување и влијанието врз исходот кај малолетните деца дали болниот родител е мајката или таткото. Истражувањата покажале дека посилено е негативното влијание кај децата ако болниот родител е мајката, со оглед на тоа што таа има поголем степен на корелација со развојот на децата, родителското поврзување и покажувањето на позитивните чувства (5,6). Исто така, исходот на децата зависи и од видот на менталната болест и нејзината тежина (7);
- *Карактеристиките на брачните односи*: квалитетот на брачните односи има силно влијание врз исходот на децата кога едниот родител има ментално растројство или болест. Несогласувањето и слабата поддршка во бракот има многу негативно влијание врз психичкиот развој кај децата и тоа е во директна зависност со нивната отпорност и издржливост во услови кога едниот родител има ментална болест. Разводите се почести во ваквите семејства и тие особено лошо се одразуваат на развојот кај децата. Затоа работата и консултациите со засегнатите семејства се клучни за исходот на децата (8);
- *Функционирањето на семејството како целина*: хаотичната средина во семејството, слабата кохезија на членовите, лошата комуникација се чести карактеристики на семејството каде еден од родителите, или во полош случај двајцата родители, имаат ментално растројство или болест. Оваа состојба влијае врз емоционалната состојба кај децата, нивниот психички развој и вклучувањето во семејниот живот, што почесто резултира со изолација (9).

Децата и чувствата

- Потешката ментална болест кај родителот може да има тешки симптоми како: гледање на работи кои не постојат, слушаат гласови кои не постојат

(халуцинации). Многу често децата се конфузни од однесувањето на својот родител, тие се фрустрирани, лути на својот родител. Сето ова може да го попречи детскиот развој, и колку што е потешка болеста на родителот, толку е ризикот за растројство е повисок. Ваквите родители не можат да работат со своите деца и да ги учат на социјалните вештини, решавање на проблемите, соодветното однесување и емоционалната контрола. Тие не се добар модел за нивното дете. Детето станува анксиозно во голем број случаи, поради константните мисли и интензивниот страв за безбедноста на родителот, одбиваат да одат во училиште, имаат чести психосоматски симптоми, проблеми со спиењето и ноќни мори, страв од средби со други луѓе или разговор со нив, избегнување на социјални дружења, малку пријатели надвор од домот;

- Најчести растројства кај ваквите деца се опсесивно-компулсивните растројства, низок степен на самопочитување или недостаток на самодоверба;
- Тешките проблеми на анксиозност можат да бидат лекувани. Раната терапија ги спречува идните тешкотии, како губење на пријателите, неуспех да постигнат академски и социјален потенцијал и чувство на помала вредност. Третманот некогаш бара семејна терапија, лекови, бихејвиорална терапија и консултации на училиште.

Во овие состојби многу деца ќе бидат загрижени дека ќе бидат обвинувани или исмевани поради менталната болест на родителот или, пак, дека можат да ја развијат истата болест. Иако ризикот за некои болести е повисок во одредени семејства, тој може да биде редуциран ако на детето му се помага да види дека тоа не е дел од болеста и дека е способно да има добра врска и однос со своите родители, врстници или другите возрасни лица на кои може да им верува и кои му помагаат. Разбирањето на болеста му помага на детето полесно да се справи со неа.

За некои деца може да биде потешко да се справат, доколку:

- Повеќе пати се одделуваат од родителот кој треба да оди во болница за терапија;
- Ако живеат со родител кој е многу болен и се лекува дома;
- Се чувствуваат несигурно во својата врска со родителот кој има ментална болест;

- Ако не се чувани и одгледувани добро;
- Ако се тепани или злоставувани (ова е поверојатно ако родителот страда од алкохол или дрога, или има проблеми со личноста);
- Ако треба да се грижат за болниот родител, или ако се грижат за браќата и сестрите и попушта во училиштето;
- Ако се исмејувани од другите;
- Ако слушнат непријатни работи во кои се зборува за нивниот болен родител.

Дури и кога детето ја има комплетната помош и поддршка, одвреме-навреме може да се чувствува вознемирено, исплашено, загрижено или пак засрамено од болеста на својот родител или неговото однесување.

Краткорочни и долгорочни последици кај децата

Некои деца се повлекуваат во себе, стануваат анксиозни и имаат тешкотии со концентрирањето на нивните училишни активности. Може да им се чини тешко да зборуваат за болеста на нивниот родител, или нивните проблеми, особено ако немаат објаснување за болеста. Ова може да ги спречи да бараат и добијат помош. Многу често децата се чувствуваат засрамени од болеста на нивниот родител и се загрижени да не ја добијат истата болест и тие самите. Можат да бидат преокупирани од стравот дека ќе ја добијат болест и дури некои полабилни деца и покажуваат симптоми и знаци на истата болест или потешки емоционални проблеми. Можат да имаат физички здравствени проблеми и да се борат со училиштето и сопствената едукација, особено ако живеат со своите родители во сиромаштија, лоши услови во домот или имаат нестабилен живот.

Менталните болести кај родителите можат да причинат растројства во мислите и однесувањето и можат да резултираат во неможност да се справат со дневните потреби и рутинските обврски, што има големо влијание на семејната стабилност. Родителите со ментална болест имаат пониска стапка на бракови и повисока стапка на разводи отколку општата популација. Некои родители со ментална болест можат да се соочат со проблемите на родителството поради повторуваните разделувања или семејната нестабилност. Проблемите со кои се соочува едно на четири американски семејства засегнати од ментални болести како депресија, вознемиреност, анксиозни растројства и

шизофренија, се многубројни и разнолики. Различните аспекти кои се истражувани, вклучуваат (10):

- Влијанието, одразот на менталната болест врз капацитетот за родителство;
- Влијанието, одразот на родителската ментална болест врз децата;
- Стигмата која ја опкружува менталната болест;
- Правните аспекти - родителите кои го зачувале правото на родителство/старателство ги одржуваат и контактите со своите деца;
- Потребата од интегрирани услуги за родителите и семејствата.

Влијанието, одразот на менталната болест врз капацитетот за родителство

Мајките и татковците кои имаат ментална болест ги доживуваат сите предизвици и проблеми на другите возрасни лица кои се обидуваат да ги балансираат нивните улоги како работници, брачни другари и родители. Симптомите на менталната болест, сепак, можат да ја инхибираат родителската способност за да се одржува добра рамнотежа во семејството и можат да го нарушат нивниот родителски капацитет. На пример, ако родителите се депримирани тие можат да бидат помалку емотивно поврзани и вклучени и помалку да се инвестираат себеси во животот на своите деца. Следствено на тоа, комуникацијата родител-дете може да биде нарушена (11). Тежината, длабочината и сериозноста на менталната болест кај родителот се поважни предиктори на родителскиот успех како родители, отколку самата дијагноза.

За да се биде ефективен, интервенциските програми и поддршката за семејствата треба да бидат компрехензивни, соодветни и во согласност со потребите на целото семејство. Услугите треба да бидат долгорочни, поддржувајќи го семејството сè додека не се реализираат примарните потреби.

Одраз, влијание на менталната болест на родителот врз децата

Влијанието на родителската ментална болест врз семејниот живот и добросостојбата на децата може да биде значително. Децата чии родители имаат ментална болест се со ризик да развијат социјални, емоционални или проблеми во однесувањето. Средината во која децата растат го засега нивниот развој и емоционална благосостојба толку многу, колку што дозволува нивната генетска структура.

Професионалците што ги пружаат услугите и работат со семејствата каде еден од родителите или и двајцата имаат ментална болест, имаат идентификувано голем број проблеми и предизвици со кои се сочуваат нивните деца. На пример, децата можат да превземат несоодветни нивоа на одговорност во грижата за себе и одржување на домаќинството. Некогаш децата се обвинуваат себеси за проблемите со кои се соочуваат нивните родители и доживуваат лутина, анксиозност или вина. Чувствувајќи се засрамени, виновни, како резултат на стигмата во околината поврзана со нивните родители и нивната ментална болест, тие имаат ризик да бидат отфрлени, изолирани од нивните врстници и другите членови на заедницата. Тие можат да се со зголемен ризик на проблеми во училиште, злоупотреба на наркотици и лоши социјални односи. Децата на родителите со било која потешка ментална болест се со ризик за било каков спектар на ментални здравствени проблеми, вклучувајќи ги растројствата на расположението, растројства на исхраната, алкохолизам и гранични растројства на личноста. И покрај ваквите предизвици и опасности, многу од децата чии родители имаат ментална болест се отпорни на овој стрес и имаат капацитет да преживеат и покрај генетската и вулнерабилноста на околината. Флексибилноста, истрајноста е директно пропорционална со бројот на ризиците и протективните фактори присутни во семејството: колку што повеќе има заштитни фактори и помалку ризик фактори, поголема е веројатноста дека децата ќе бидат отпорни. Затоа, службите за семејства и деца треба да вклучат можности за да се редуцираат ризиците и да се зајакнат протективните фактори.

Стигмата која ја опкружува менталната болест

Најпервазивен фактор кој го засега родителскиот пристап до службите за ментална болест е стигмата која ја придружува менталната болест (12). Стигмата на менталната болест веројатно е донесена, произведена од погрешната концепција за менталната болест, која е лошо презентирана во медиумите, каде луѓето со ментална болест се претставени како насилни или несоодветни. Стигмата е причина поради која многу луѓе кои имаат потреба од помош, ги спречува во барањето на институции за помош (13), особено во случаите кога се плашат дека ќе го изгубат старателството над своите деца. Стигмата на менталната болест е подлабока, потешка отколку таа на другите тешки, хронични болести, како на пример срцевите, дијабетот, карциномите. Обележувањето на болниот со

психијатриско растројство, може продлабочено и негативно да го засегне искуството на родителите и нивните членови на семејството, возрасните и децата.

Правни аспекти - родители кои можат да се грижат (старатели) и кои можат да контактираат со своите деца

Родителите кои имаат ментална болест можат да бидат многу вулнерабилни кон губењето на старателството над своите деца. Некои студии имаат прикажано податок дека околу 70% од родителите со ментална болест го губат старателството. Примарната причина за оваа опасност е стигмата која ја опкружува менталната болест. Многу луѓе веруваат дека болните од ментална болест природно се несоодветни за родители. Друга општа погрешна концепција е дека родителите со ментална болест се насилни и затоа постои зголемен ризик да ги злоупотребуваат своите деца.

Како резултат на сето ова многу семејства се гледаат себеси во вртлог, циклус на губиток. Тие се свесни дека ако отворено бараат помош, нивните симптоми можат да останат впечаток на несоодветност. Затоа, овие семејства често и не бараат услуги или поддршка која им е потребна, а без овие услуги нивниот родителски капацитет е ослабен. Во случаите кога државата одредува дека тоа е во најдобар интерес за детето да се отргне од дома, тогаш тоа може да се смести во привремен или перманентен центар за супституционална грижа.

Потреба за интегрирана служба за родители и семејства

Обезбедувањето на грижа ориентирана кон семејството е есенцијална во семејствата каде едниот родител има психијатриско растројство, а клучна во најтешките случаи кога и двајцата родители имаат некој тип на ментална болест. Терапијата е најефективна кога заедно функционираат повеќе системи. На пример, училиштата треба да обезбедуваат повеќе консултации за ментално здравје со учениците и студентите, да ги поттикнуваат социјалните компетенции, да обезбедуваат поддршка за учениците во вулнерабилните периоди од развојот, да ја охрабруваат поддршката од врсниците. Системот за благосостојба на децата може да обезбеди тренинг за водење на секој случај поединечно, поврзано со родителите кои имаат ментална болест и вкрстен тренинг за теми, како за возрасни така и за деца. Заедниците треба да инвестираат во подобрената пренатална грижа и да ја прошират достапноста (пристапот) до висококвалитетна грижа за децата за да им се помогне на овие вулнерабилни семејства.

Ризични наспроти протективни фактори за децата

Ефектот на родителската ментална болест е варијабилен и непредвидлив (14). Иако менталната болест на родителот се презентира со биолошки, психолошки и околински ризици за децата, нема сите деца да бидат негативно или на ист начин засегнати. Само дијагнозата на родителот за ментална болест не е пресудна да причини болест кај детето и да го наруши семејниот живот, туку поголемо влијание има степенот до кој дијагнозата го засега однесувањето на родителот, како и семејната врска која е силен фактор на ризик кај детето. Возраста кога се појавила, длабочината и времетраењето на родителската ментална болест, степенот на стресот во семејството кој резултира од родителската болест и, најважно, ширината до која родителските симптоми интерферираат со позитивното родителско однесување, како што е нивната способност да покажат интерес за нивните деца, ќе го одреди степенот на ризик за детето.

Ризик фактори

Неконзистентна и непродиктивна семејна средина често се среќава во семејствата каде еден од родителите има ментална болест и овој фактор учествува во зголемувањето на ризикот кај детето. Другите фактори кои ги ставаат сите деца во ризик, но особено ја зголемуваат вулнерабилноста на децата чии родители имаат ментална болест, вклучуваат:

- Сиромаштија;
- Тешкотии со бракот;
- Лоша комуникација родител-дете;
- Коегзистирачко растројство поради злоупотреба на дрога;
- Јасно агресивно или непријателско однесување на родителот;
- Самохран родител.

Семејства со највисок ризик се оние каде што постојано се присутни хроничната ментална болест, каде што детето е со потежок темперамент и каде постои хронично стресна семејна атмосфера. Многу од овие фактори, сепак, можат да бидат редуцирани преку превентивните интервенции. На пример, лошата комуникација родител-дете може да биде подобрена преку учење на вештини на комуникација, а брачните конфликти можат да бидат редуцирани преку терапија на паровите (7).

Протективни-заштитни фактори

Со зголемување на протективните фактори кај децата се овозможува да се развие и поттикне отпорноста, издржливоста. Силните, издржливи деца разбираат дека тие не се одговорни за проблемите на нивните родители и се способни да одат напред, соочувајќи се со предизвиците и опасностите на животот. Протективните фактори вклучуваат:

- Чувство кај детето дека е сакано од својот родител;
- Строга врска со здравиот возрасен (родител);
- Позитивна самодоверба;
- Добри вештини за справување со проблемите;
- Позитивни односи со врсниците;
- Интерес и успех во училиштето;
- Здраво поврзување со возрасните надвор од домот;
- Способност да ги контролираат-насочуваат своите чувства;
- Родителите кои функционираат добро дома, на работа и нивните социјални врски и односи;
- Вработување на родителите;
- Родителското топло и супортивно однесување и врска со детето;
- Помош и поддршка од најблиските и подалечните семејни членови;
- Сознанието, знаењето дека нивниот родител (родители) се болни и тие не треба да се срамаат;
- Помош и поддршка од членовите на семејството;
- Стабилна домашна атмосфера;
- Психотерапија за детето и родителот (родителите);
- Чувството дека се сакани од болниот родител;
- Природно стабилен персоналитет (личност) кај детето;
- Внатрешна сила и вештини за добро справување кај детето;
- Пријателство, позитивни врски со врсниците;
- Интерес и постигнување успех на училиште;
- Здрав интерес надвор од домот пројавен од страна на детето;

- Помош од надворешната средина за да се подобри семејната средина (на пример, психотерапија или часови за родителство).

Фази во прифаќањето и справувањето со менталната болест во семејството

Има повеќе фази кои ги доживуваат децата на родител со ментална болест:

Изолација

- Некои ментални болести имаат многу сериозни и непредвидливи симптоми;
- Ако родителот слуша гласови, гледа нешто што не постои, или верува дека луѓето се обидуваат да го повредат, може да биде многу застрашувачко за децата;
- Исто така застрашувачки е ако родителот се обидува да се самоповреди;
- Многу често тешко им е на децата да зборуваат со другите за тоа што се случува и колку тие се вознемирени. Тие можат да мислат дека луѓето нема да им веруваат;
- Тие можат да бидат загрижени за сите работи што нивниот родител може да ги направи;
- Тие можат да се чувствуваат осамени.

Вина

- Децата, особено тие помалите, често мислат дека тие се виновни ако нешто тргне во погрешен правец;
- Тие можат да се чувствуваат одговорни за здравствениот проблем кај нивниот родител;
- Може да чувствуваат лутина затоа што нивниот родител е различен, или поради ефектот на болеста што го има врз семејството;
- Двајцата родители и децата можат да бидат загрижени дека детето може да ја наследи болеста.

Запоставување и безбедност

- Ако двајцата родители имаат ментално - здравствен проблем, веројатно е дека нема да бидат способни да се грижат за своите деца или да ја заштитат нивната безбедност соодветно;

- Децата можеби ќе треба да се грижат сами за себе повеќе отколку нивните врсници или да се грижат за родителот и/или за помалите браќа и сестри (готвење, домаќински активности);
- Некогаш децата може да се стават самите во ризични состојби затоа што не се доволно возрасни за да ги разберат и да ги менаџираат ризиците;
- Некои родители имаат повредувачки мисли против членовите на семејството и може да му наштетат на семејството (да повредат некои членови).

Сите овие потреби бараат добро емоционално и физичко здравје кај децата чиј родител е болен.

Кога родителот има ментална болест: правни аспекти

Некои државни закони ја цитираат менталната болест како состојба која води до губиток на правната можност за старателски или родителски права. Така, родителите со ментална болест често избегнуваат да бараат служба за помош при ментална болест поради стравот дека ќе го изгубат старателството врз сопствените деца. Стапката на губење на старателско/родителското право изнесува околу 70-80% кај родители со ментална болест и повисока пропорција кај родители со потешка ментална болест кои комплетно го губат старателството врз нивните деца. Студиите кои го обработувале овој проблем покажуваат:

- Само една третина од децата со родител кој има сериозна ментална болест се одгледани во сопственото семејство;
- Околу 16% од семејствата кои се вклучени во згрижувачкиот систем, а 21% од нив примаат услуги за зачувување на семејството кое го вклучува и болниот родител;
- Бабите и дедовците и другите роднини најчесто се одгледувачите на децата ако родителот е хоспитализиран во психијатриска установа, или е згрижен во установа (15);
- Туѓото старателство најчесто се применува при тешки психијатриски заболувања и отсуство на компетентен возрасен член во семејството (16). Некогаш непогодноста за грижа кон сопствените деца е заради несаканите ефекти на терапијата која може да даде дезориентација. Социјалните работници пријавиле

околу 25% сомненија за злоставување на деца или запоставување кај нивните клиенти (13);

- Губењето на родителство/старателство е трауматски момент за родителот и може да ја влоши основната болест, оддалечувајќи ги уште повеќе од можноста за возобновување на родителството.

Сите луѓе имаат право да создаваат потомство и да ги одгледуваат децата без мешање на државата. Сепак, ова не е загарантирано право. Владата може да интервенира во семејниот живот со цел да го заштити детето од злоставување или запоставување, опасност или претпоставена опасност. Кога родителите не се способни, било сами или со поддршка, да ја обезбедат потребната грижа и заштита за нивното дете, државата може да го одземе детето од домот и да обезбеди супституциона грижа.

Помош на семејствата да останат интактни

Менталната болест кај родителот сама за себе може да причини растројство на секојдневниот семеен живот. И покрај тоа, многу семејства успеваат да опстанат со вистинска помош во вистинско време. Треба да му се помогне на родителот да ги осознае неговите права и обврски.

Менталните болести кај родителите претставуваат ризик за децата во тоа семејство да развијат ментални болести повеќе отколку другите деца. Кога двајцата родители имаат некое ментално растројство, шансите се многу поголеми дека нивното дете ќе добие некоја ментална болест.

Ризикот е особено висок кога било кој од родителите има една или повеќе од следните состојби: биполарно растројство, анксиозно растројство, шизофренија, алкохолизам или други зависности или депресија. Ризикот може да биде наследен од родителите преку гените.

Неконзистентноста, непредвидливоста на семејната средина исто така учествува во психијатриското растројство кај децата. Менталните болести кај родителот можат да станат стрес за склопување брак и да влијаат врз способноста за создавање потомство кај парот, што повратно, може да го оштети детето.

Како може да им се помогне?

Има неколку чекори кои можат да бидат преземени за да им се помогне да ги избегнат овие проблеми и да им го направат животот полесен на овие деца. На пример:

- Да се има доверлив, стабилен друг родител или некој друг возрасен со кого тие ќе можат да разговараат;
- Да им се дадат информации и објаснување во врска со болеста на нивниот родител;
- Да се охрабрат и да се поддржат децата во нивната секојдневна рутина, како одење во училиште, играње и водење живот како нивните врстници;
- Ако детето има родител со ментален здравствен проблем, важно е помошта да биде соодветна и навремена. Самиот болен родител, доколку е во состојба, треба да поразговара со својот психијатар како да му се помогне на неговото дете. И обратно, секој психијатар кога разговара со својот пациент, треба да праша за неговото потомство и потребите на неговите деца;
- Децата навистина сакаат да разговараат со професионалци за болеста на својот родител и за своите стравови со човек кој добро ги познава тие работи;
- За родителите и наставниците важно е да бидат свесни за можните стресови кај младите лица со болен родител и да го препознаат поинаквото однесување на ваквото дете кое може да биде повик за барање помош;
- Општиот доктор или социјалниот работник можат да помогнат со поддршка и практична помош за семејствата кои се грижат за дете или млада личност и да дадат совет и да работат со други професионалци ако има проблеми кои го оштетуваат детското здравје или развој;
- Детето може да се придружи на некоја слична група, особено за децата и младите луѓе кои се грижат за нивните родители или потомството;
- Некои деца можат да имаат потреба од терапија или советување. Многу од децата нема да бидат многу среќни со ова, затоа што тоа за нив може да значи или дека го имаат истиот проблем, или дека ќе развијат болест. Групите на млади лица кои одгледуваат болен родител го избегнуваат овој проблем затоа што децата се респектирани со оглед на нивната прерана зрелост да му помагаат на болниот родител;

- Ако детето или младото лице има тешки емоционални проблеми или проблеми во однесувањето, кои интерферираат со неговиот начин живот, и тоа не изгледа дека ќе може да се поправи, можеби ќе има потреба од специјалистичка помош. Нивниот матичен доктор треба да го советува за постоењето на локални служби и да го упати на локалните центри за детско и адолесцентно ментално здравје. Овие служби вообичаено вклучуваат детски и адолесцентни психијатри, психолози, психотерапевти, сестри и социјални работници.

Медицински, професионалците кои работат во областа на менталното здравје или социјалните служби кои работат со ментално болните лица треба да се грижат и да прашуваат за детето или адолесцентот, особено за нивното ментално здравје и емоционалниот развој. Ако има сериозни грижи или прашања во врска со детето, може да биде од помош да се направи една евалуација од квалификуван професионалец за ментално здравје.

Индивидуален или семеен психијатриски третман може да му помогне на детето за да се постигне здрав развој, и покрај присуство на психијатриска болест кај родителот. Психијатар за деца и адолесценти може да помогне во семејната терапија со позитивни елементи во домот и во склад со природните потенцијали кај детето. Со третманот, семејството може да научи начини како да се олеснат ефектите од родителската ментална болест врз детето.

За жал, семејствата, професионалците и општеството често даваат поголемо внимание на ментално болниот родител и ги игнорираат децата во семејството. Обезбедувањето и пружањето на поголемо внимание и поддршка на децата на психијатрискиот пациент (родител) е важна алка кога се лекува родителот.

Кога да се побара помош за детето

Родителите обично се првите кои препознаваат дека нивното дете има проблем со емоциите или однесувањето. Сепак, одлуката да се побара професионална помош може да биде тешка и болна за родителот. Првиот чекор е нежно, внимателно да се обиде да се разговара со детето. Отворен, искрен разговор во врска со чувствата, често може да помогне. Родителите можат да одберат консултација со педијатар, наставник, членови во подалечното и поблиското семејство кои го познаваат детето добро. Овие чекори можат да го решат проблемот кај детето и семејството.

Подолу се наведени неколку знаци кои можат да индицираат дека ќе биде корисна психијатриска евалуација кај детето и адолесцентот:

Помало дете

- Забележливо опаѓање на успехот во училиште;
- Слаби оценки во училиштето и покрај напорните обиди да учи;
- Силна загриженост и вознемиреност која се покажува со тоа што одбива да оди во училиште, да оди да спие или да учествува во активностите кои се нормални за неговата возраст;
- Чести поплаки за болки и физички проблеми (здравствени);
- Хиперактивност, немир, постојано движење и покрај активното играње со другите, проследено со или без тешкотии во вниманието и концентрацијата;
- Постојани кошмари во спиењето;
- Перзистентна непослушност или агресија (подолго од 6 месеци) и провокативно спротивставување на надредените (родители, наставници, директор...);
- Често, необјаснети промени во расположението, темпераментот;
- Опасност (закана) од самоповредување или повредување на другите, па дури и убиствени идеи.

Пре-адолесцентна и адолесцентна возраст

- Неспособност да се справи со проблемите и дневните активности;
- Забележливо намалување, опаѓање на постигнувањата во училиште;
- Забележливи промени во спиењето и навиките за јадење;
- Екстремни тешкотии во концентрацијата било на училиште или дома;
- Девијантно сексуално однесување;
- Депресија која се покажува како одржливо, пролонгирано негативно расположение или пристап, однесување, често придружено со слаб апетит, тешкотии во спиењето или со мисли за смрт;
- Чести промени во расположението;
- Силни грижи или вознемиреност кои се присутни во секојдневниот живот, како во училиште, така и во социјалните контакти;

- Повторувана употреба на алкохол и/или дрога;
- Интензивен страв дека ќе се здебели, што не е во никаква врска со актуелната телесна тежина, ексцесивни диети, користење на лаксативи за да ослаби или повраќање;
- Перзистентни ноќни стравови;
- Закана од самоповрдување или повредување на другите;
- Самоповредување или само-деструктивно однесување;
- Чести напади на бес, агресија;
- Повторувана опасност од бегање од дома;
- Агресивно или неагресивно конзистентно прекршување на правата на другите, спротивставување кон постарите и надредените, тепачки, кражби или вандализам;
- Чудни мисли, верувања, чувства, или невообичаено однесување.

Ако проблемите перзистираат во тек на пролонгиран период, или ако другите кои се вклучени во неговиот живот се загрижени, да се размисли за разговор и да се направи консултација со детски и адолесцентен психијатар или со искусен, вешт професионалец за ментално здравје.

Препораки за децата на лицата со ментална болест

Многу деца и повозрасни потомци на лицата со психијатриски растројства мислат дека менталната болест кај брат, сестра или родител е трагичен настан кој го менува животот на сите околу него на многу базични начини.

Чудните, непредвидливи однесувања кај саканите лица можат да бидат уништувачки, а анксиозноста на нивните блиски роднини може да биде толку висока што тие се борат со секоја епизода на болеста и се грижат за иднината. Изгледа невозможно во почетокот, но најголем дел од потомството на болниот со време се стекнуваат со искуство, знаење и вештини за да се справат ефективно со менталната болест. Тие имаат сила за каква што никогаш не претпоставувале и се среќаваат со состојби кои никогаш не ги претпоставувале.

Дел од фактите кои треба да се запомнат и кои помагаат да се научи како да се живее со менталната болест во семејството се:

- Не може да се излекува менталното растројство кај родителот или братот/сестрата;
- Никој не треба да се обвинува за болеста;
- Менталното заболување засега повеќе отколку што болното лице прави проблеми;
- И покрај најдобрите напори и желби, состојбата на саканите лица може да се влоши и ретко кога да се подобри;
- Тешко е да се прифати болеста како за децата, така и за другите членови на семејството;
- Прифаќањето на заболувањето од страна на сите засегнати може да биде од помош, но не е неопходно;
- Делузиите имаат малку заеднички нешта со реалноста, затоа не треба да се дискутира за нив;
- Одделете ги личностите од нивната болест;
- Не е во ред децата да се запостават себеси, тие исто така имаат емотивни потреби и желби;
- Болеста на член на семејството не е нешто од кое треба да се срамаат децата. Реалноста покажува голема веројатност да се доживее стигма од јавноста;
- Треба да се ревидираат очекувањата од болното лице;
- Можеби треба детето или повозрасното дете да ја преиспита емоционалната поврзаност со болното лице;
- После одбивањето, тагата и лутината, доаѓа прифаќање. Додатокот на разбирањето води кон приврзување и сочувствување;
- Да се обезбеди посета кај болниот родител ако тој е хоспитализиран, за да се одржи врската;
- Апсурдно е да се верува дека може да се корегира биолошката болест како дијабет, шизофренија или биполарно растројство со разговор, иако е од корист да се дискутира за социјалните компликации;

- Симптомите можат да се менуваат со времето, додека главното растројство останува непроменето;
- Професионалците во областа на менталното здравје можат да имаат различни нивоа на компетенција;
- Децата имаат право да обезбедат лична безбедност;
- Чудното однесување е симптом на растројството. Не треба да се зема лично;
- Не треба да има страв да се разговара со болниот родител дали размислува за самоповредување. Суицидот е реалност;
- Треба да се најдат разумни граници во грижата за болниот родител;
- Природно е да се доживуваат многу конфузни емоции како тага, вина, страв, лутина, повреда. Здравниот, исто така е одговорен за своите сопствени емоции;
- Неможноста да се разговара за сопствените чувства го остава детето/потомството како приковано, смрзнато;
- Никој не е осамен во дадена состојба. Споделувањето на мислите и чувствата во групи за поддршка се од помош за многумина;
- Евентуално може да се види светлина зад облаците: детето станува позрело, со помалку осуда за судбината, повеќе самонасочено и, воопшто, подобра личност.

Перспективата на превенцијата

Дали ќе развијат социјални, емоционални или проблеми во однесувањето, децата на родителот/родителите со ментална болест зависи од голем број фактори кои ги вклучуваат генетската вулнерабилност на детето, однесувањето на родителите, детското разбирање за болеста на родителите и степенот на семејната стабилност (бројот на разделби меѓу родителите и децата). Превентивните интервенции кои имаат за цел да одговорат на овие ризик фактори и да ги зголемат детските протективни фактори ја зголемуваат веројатноста дека тие ќе бидат отпорни, издржливи и дека ќе израснат и ќе се развијат во позитивен правец. Ефективните превентивни стратегии помагаат да се зголеми семејната стабилност, да се зајакне родителската способност за да одговорат на потребите на своите деца и да го минимизираат изложувањето на децата на негативните манифестации на менталната болест на нивните родители (14).

Доказите во литературата зборуваат дека единствено ефективни се неколку структурирани програми за клучни интервенции и иницијативи во врска со семејствата каде има еден родител со ментално растројство или болест. Главно се докажани три групи превентивни програми, кои вклучуваат (17):

- *Подобрување на квалитетот на грижата за децата*: особено е важно да бидат опфатени децата со ризик уште пред да развијат емоционални или социјални проблеми. Високо-квалитетната грижа има посилен ефект врз децата кои се со ризик за лош исход поради неблагоприятната семејна средина;
- *Програми за родителство*: имаат позитивен ефект на цел спектар на исходи. Од особена важност е потребата да се креираат услуги според потребите на корисниците. Идентификувани се неколку клучни работи за планирањето на ефективна програма, а тоа се: целно опфаќање на децата со ризик, структурирана програма, комбинација на интервенции и стратегии и пристап со зајакнување на силните страни и надминување на слабостите.

Посети во домот: истражувањата покажуваат дека оваа програма е најкорисна за високоризичните мајки, за семејствата каде е најголемата иницијална потреба и кога родителите ја прифаќаат потребата за оваа услуга. Програмите кои ги комбинираат програмите за домашна посета и за едукација во раната детска возраст даваат најсилна и најдолгорочна корист. Притоа, од голема важност се вештините на професионалците кои одат во домот со содржината на програмата за домашна посета.

Заклучоци

Сè уште постојат проблеми и предизвици во справувањето со состојбите кога еден родител во семејството има ментална болест. Остануваат нерешени следните состојби:

- Кога родителскиот статус како клиент не е познат за професионалците за ментално здравје;
- Кога кај родителот е дијагностицирана ментална болест, но не се лекува и не соработува со стручните служби;
- Кога родителот има ментална болест или растројство, но нема дијагноза, ниту се лекува за таа болест.

За што поуспешното справување со проблемите во семејствата каде има еден член со ментална болест и потомство кое е изложено на стрес и ризици, потребни се повеќе опсежни истражувања за ризиците, заштитните фактори, начините на реакција и справување со сите предвидливи и ненадејно појавени проблеми. Сите програми за помош на овие семејства треба да бидат водени од теоријата, од резултатите од истражувањата и, што е најважно, да бидат креирани индивидуално, според потребите на засегнатите лица. Само на тој начин резултатите од нивната имплементација ќе бидат успешни и корисни за семејствата во целост.

Литература

1. Leone Huntsman. Parents with mental health issues: consequences for children and effectiveness of interventions designed to assist children and their families. Literature review. (2008) Centre for Parenting & Research Service System Development Division NSW Department of Community Services ISBN 1 74190 1006;
2. Tunnard, J. (2004). Parental mental health problems: messages from research, policy and practice, Research in Practice, www.rip.org.uk;
3. Maybery, D., Ling, I., Szakacs, E. & Reupert, A. (2005). Children of parents with a mental illness: Perspectives on need. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4,1-11;
4. Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37. 11, 1134-1140;
5. Goodman SH & Brumley GE. (1990) Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. Developmental Psychology, 26 (1); 31-39;
6. Davies PT & Windle M (1997). Gender specific patterns between maternal depressive symptoms, family discord and adolescent adjustment. Developmental Psychology, 33 (4);657-668;
7. Goodman SH & Gotlib IH. (1999) Risk for Psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanism for transmission. Psychological Review, 106 (3);458-490;
8. Downey G & Coine JC. (1990) Children of depressed parents: An integrative view. Psychological Bulletin, 108(1); 50-76;
9. De Chilo N, Choren P & Schultze KH (1994). From paternalism to partnership: Family and professional collaboration in children's mental health. American Journal of Orthopsychiatry. 64 (4); 564-567;
10. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children of Parents with Mental Illness. No. 39. May, 2000.
11. Roberta Sands. "The Parenting Experience of Low-Income Single Women with Serious Mental Disorders. Families in Society." The Journal of Contemporary Human Services. 76 (2), 86-89. 1995;

12. Virginia Child Protection Newsletter. "Parents With Serious Mental Illness." Vol. 56. Summer, 1999. Critical Issues For Parents With Mental Illness and Their Families. Center for Mental Health Services. July, 2001;
13. Joanne Nicholson, Elaine Sweeny, and Jeffrey Geller. Mothers With Mental Illness: II. Family Relationships and the Context of Parenting. May 1998. Vol.49. No. 5.;
14. Joanne Nicholson, Elaine Sweeny, and Jeffrey Geller. Mothers With Mental Illness: I. The Competing Demands of Parenting and Living With Mental Illness. Psychiatric Services. May 1998. Vol. 49. No. 5.;
15. Network practical tools for changing environment. Making the Invisible Visible: Parents with Psychiatric Disabilities. National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning. Special Issue Parents with Psychiatric Disabilities. Spring, 2000;
16. Roberta Sands. "The Parenting Experience of Low-Income Single Women with Serious Mental Disorders. Families in Society". The Journal of Contemporary Human Services. 76 (2), 86-89. 1995;
17. Williams, J., Toumbourou, J. W., McDonald, M., Jones, S. & Moore, T. (2005). A sea change on the island continent: Frameworks for risk assessment, prevention and intervention in child health in Australia. *Children & Society*, 19, 91-104.

14. Организација на службите за ментално здравје во Република Македонија

Прим. д-р Снежана Пејковска – Димовска

Организацијата на здравствените служби и укажувањето на здравствената заштита останува суверено право на секоја земја. Така и во Република Македонија по нејзиното осамостојување во 1991 година, од страна на Министерството за здравство преку усвојување на повеќе законски регулативи се направија измени и прилагодувања во системот за здравствена заштита кој беше наследен од поранешната СФРЈ.

Здравствената заштита на менталното здравје во Република Македонија до донесувањето на Законот за ментално здравје беше уредена главно со Законот за здравствена заштита (Службен весник на РМ, 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05 и 65/06). Повеќегодишната примена на одредбите од Законот за здравствена заштита покажа дека тој недоволно ги заштитува правата за здравствена заштита на лицата со ментална болест, особено од аспект на нивните потреби за вклучување во заедницата во која живеат. Со измената во 2005 година (Службен весник на РМ бр.84/05) се воспостави правна основа за основање Центар за ментално здравје, како вид на здравствена установа што организира и спроведува мерки кои обезбедуваат третман на лицата со проблеми во менталното здравје

од каков било вид, промоција на менталното здравје и превенција на менталните болести, психосоцијална грижа, како и рехабилитација и реинтеграција на ментално болните лица.

Направената проценка на постоечката состојба со службите за ментално здравје и нивната организација во 2005 година, како основа за подготовка на национална стратегија за ментално здравје, го покажа следново:

Укажување на здравствена заштита на лицата со проблеми во менталното здравје се врши на сите три нивоа - во примарната, секундарната и терциерната здравствена заштита. И покрај тоа што системот за примарна здравствена заштита (ПЗЗ) е географски распространет така што да биде колку што е можно подостапен до населението, сепак, постојат извесни слабости.

Здравствените работници од ПЗЗ не добиваат специфична дополнителна обука или образование за решавање на проблемите на лицата со нарушено ментално здравје. Поради слабата координација меѓу ПЗЗ и специјалистичката секундарна здравствена заштита, лекарите во ПЗЗ не можат да извршат ефикасна примарна и секундарна превенција во областа на менталното здравје и лицата со ментални болести брзо и лесно се упатуваат во психијатриските болници, а како резултат на тоа поминуваат низ процеси што негативно се одразуваат врз нив поради социјално исклучување и стигма.

Покрај ПЗЗ, здравствени услуги од областа на менталното здравје обезбедуваат и невропсихијатриските консултативно-специјалистички служби за амбулантски пациенти кои функционираат во рамките на медицинските центри и здравствените домови низ целата земја, како и заводите за деца и младинци во Скопје и Битола. Сите овие амбулантски служби се занимаваат исклучително со медицинско-психијатрискиот аспект на третманот, без да остваруваат посебни ефекти на социо-рехабилитационен план.

Значаен индикатор за несоодветната поставеност на системот за заштита на менталното здравје во Република Македонија е тоа што здравствената заштита на лицата со ментална болест во најголема мера се обезбедува преку три специјални психијатриски болници со вкупен капацитет од 1307 кревети, во кои пациентите се сместени според регионалниот принцип. Психијатриската болница во Скопје го опфаќа северниот здравствен регион со 557 кревети за 1.072.000 жители. Психијатриската болница во Демир Хисар го опфаќа југозападниот здравствен регион со 480 кревети за 423.000 жители. Психијатриската болница во Негорци-Гевгелија го опфаќа југоисточниот здравствен

регион со 270 кревети за 518.000 жители. Во овие три најголеми болници во Република Македонија, според програмата на здравствена заштита на лица со душевни растројства за 2006 година, се лекуваат 1.253 лица, од кои 119 лица се со судска одлука за изречена мерка за задолжително лекување и чување во психијатриска болница, 140 лица не се осигурени врз ниедна основа од Законот за здравствено осигурување, а 650 лица се хронично душевно болни за долготрајна нега и чување (1,2).

Дополнителна болничка заштита на менталното здравје обезбедуваат:

- Психијатриската клиника при Медицинскиот факултет во Скопје со 59 кревети;
- ГОБ 8 Септември (Воена болница)/невропсихијатриското одделение/ во Скопје со 10 кревети како и
- 13 Медицински центри (невропсихијатриски одделенија) низ целата земја (овие одделенија се мешани со невролошки и психијатриски пациенти и во нив се сместени најчесто пациенти со невролошки нарушувања).

Почнувајќи од седумдесеттите години на 20 век, во духот на реформите кои беа започнати во неколку европски држави, беа отворени две екстрахоспитални институции во Скопје, во рамките на Психијатриската болница Скопје (Бардовци) и тоа: Диспанзерот Идадија (како амбулантско-консултативна служба) и Дневната болница за психози во Влае.

Министерството за здравство, со поддршка од Проектот за ментално здравје на СЗО за Република Македонија од 2000 година, формираше служби за ментално здравје во заедницата. Притоа се воспоставени 4 Центри за ментално здравје во заедницата (ЦМЗЗ) распоредени во различни делови од земјата: Скопје, Прилеп Тетово и Гевгелија. Министерството за здравство со поддршка на Регионалниот проект на Пактот за стабилност за ментално здравје во 2005 година формираше уште еден ЦМЗЗ во Струмица. Во 2005 година во Скопје се реконструираа и реорганизираа во ЦМЗЗ постоечките диспанзер за ментално здравје и дневната болница за психози во Влае, што претставува значаен напредок во унапредувањето и заштитата на менталното здравје. Овие нови форми на укажување здравствена заштита на лицата со ментална болест немаа основа во законодавството на земјата туку се единици-одделенија на психијатриските болници лоцирани надвор од нивните физички капацитети. Условите за нивно работење не беа стандардизирани, но ги следеа меѓународните искуства и трендови, особено препораките

на СЗО, притоа приспособувајќи се на националните можности и потреби, додека тековните трошоци на работењето останаа составен дел од буџетите на болниците.

Според Законот за здравствена заштита (Службен весник на РМ, број 111/05) Центарот за ментално здравје организира и спроведува мерки кои обезбедуваат третман на лицата со проблем во менталното здравје од каков било вид, промоција на менталното здравје и превенција на менталните болести, психосоцијална грижа, како и рехабилитација и реинтеграција на ментално болните лица. Покрај работите од ставот 1 на овој член, центарот мора да организира вршење и на домашно лекување.

Во сите Центри организацијата на обезбедување здравствените услуги се врши во: Дневна болница (со различни рехабилитациони и терапевтски активности); Специјалистичко-субспецијалистичка амбуланта; Заштитен дом како привремено живеалиште, резиденцијално сместување во заедницата каде се одржуваат или учат социјални вештини и вештини за справување со проблемите, со цел зајакнување на социјалните права; Социјални клубови, како и Мобилен тим за домашен третман со единица за интервенции во криза. Во ЦМЗЗ работи едуциран мултидисциплинарен тим од невропсихијатри, психијатри, психолози, социјални работници, медицински сестри, окупациони терапевти итн., што овозможува и мултипрофесионален пристап во лекувањето на лицата со ментална болест. Во ЦМЗЗ активностите се спроведуваат преку: фармаколошка терапија, психотерапија, социотерапија, рехабилитација и други видови терапии, со интегративен пристап во третман на психичкото растројство како био-психосоцијална болест.

Децата и адолесцентите се мошне значајна група за која програмите за промоција и превенција на менталното здравје не се доволно застапени ниту имаат сеопфатен карактер. На територијата на целата држава постојат неколку служби за заштита на менталното здравје на децата и младите и тоа:

Во доменот на превенцијата и раната интервенција се: Заводот за ментално здравје на деца и младинци - Младост, кој опфаќа популација од 2-18 години и Развојно советувајќиште за предучилишни деца од раѓање до 7 години, двете во рамки на Здравствен дом Скопје; Службата за ментално здравје на деца и младинци во рамки на Медицински центар Битола и Развојното советувајќиште од Битола.

Во доменот на болничките институции за третман на менталното здравје е Одделот за деца и млади при Клиниката за психијатрија, Клинички центар Скопје, кој има 15 болнички постели.

Осум Дневни центри за деца со пречки во развојот во следниве градови во Република Македонија: Тетово, Велес, Делчево, Македонски Брод, Крива Паланка, Прилеп, Битола и Скопје.

Службите за ментално здравје за деца и младинци во заедницата се многу слабо развиени или воопшто не се развиени, па ни оддалеку не се во состојба да ги задоволат потребите на населението. И кај оваа група е присутен медицинскиот модел според кој се детектира и третира болеста, при што не се води грижа за системско спроведување превентивни и промотивни програми и интегрирање на нивните принципи во сеопфатно функционално поврзување на службите за ментално здравје на деца и младинци во една целина на ниво на локалната заедница.

Во Република Македонија во психијатриските болници се третираат и лицата со болести на зависности. Центарот за превенција и третман на болести на зависност (алкохол, дроги и други психоактивни супстанции) во Кисела Вода, како одделение - екстрахоспитален дел од Психијатриската болница Скопје, е единствена здравствена институција во државата каде мултипрофесионални тимови организирано и програмски го водат третманот на лицата зависни од дроги и алкохол.

Во февруари 2007 година од Министерството за здравство на Р. Македонија е објавена Здравствена стратегија на Р. Македонија 2020, во која се констатира дека во моментов функционира систем за ментално здравје со преминација на институционален третман. Во Цел 6 од оваа стратегија се вели дека до 2020 година психосоцијалната благосостојба на луѓето треба да се подобри и да се обезбедат подобри сеопфатни служби во заедницата кои ќе им бидат достапни на лицата со ментално здравствени проблеми (3).

Со оглед на фактот што Министерството за здравство е креатор на мрежата на здравствени установи во Р. Македонија, останува да се надеваме на оформување подобра организација на служби за ментално здравје во иднина.

Литература

1. Снежана Чичевалиева (2007): Стандарди и добри практики за реализација на човековите права на лицата со ментална болест- македонски модел-, ИСБН 9989-175-17-9);
2. Министерство за здравство на Р. Македонија: Национална стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија 2005/2012 год.; Март 2005;
3. Министерство за здравство на Р. Македонија: Здравствена стратегија на Република Македонија 2020; Сигурен, ефикасен и правичен здравствен систем, Скопје, Февруари 2007.

15. Листа на кратенки

АДХС	Синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност
АПП	Амилоид прекурзорниот протеин
ГАБА	Гама аминок бутерна киселина
ГИТ	Гастроинтестинален тракт
ДБТ	Дијалектичко-бихејвиоралната терапија (dialectical behavioral therapy)
ЕЕГ	Електроенцефалограм
ЕКГ	Електрокардиограм
ЕКТ	Електроконвулзивна терапија
СНРИ	Инхибитори на реапсорпцијата на серотонин и норадреналин
ЦПК	Креатин фосфокиназата
КТ	Компјутерска томографија
ЛСД	Диетил-амидон-лизергична киселина
ММПИ	Минесота мултифазен инвентар на личноста
МКБ 10	Меѓународна класификација на болести, ревизија 10
НМДА	Н- метил Д аспартат
НаССА	Норадренергични и специфични серотонинергични антидепресиви
ОКР	Опсесивно компулсивно растројство
ПЕТ	Позитрон емисиона томографија
ПТСП	Постравматски стресно растројство
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
рТМС	Репетитивна транскранијална магнетна стимулација
САД	Соединети американски држави
СЗО	Светска здравствена организација
СИДА	Синдром на идиопатски имунолошки дефицит
ССРИ	Селективни ре-аптејк инхибитори на серотонинот
ТТ	Телесната тежина
ТНР	Тест на недовршени реченици
ТАТ	Тест на тематска аперцепција
ТИА	Транзиторен исхемичен атак (напад)
ТХЦ	Транс-халуциноген канабинол

ТСХ	Тироидно-стимулирачки хормон
ФАС	Фетален алкохолен синдром
ХИВ	Вирус на хумана (човечка) имунодефициенција
ЦМЗЗ	Центар за ментално здравје во заедницата
ЦНС	Централен нервен систем
BDI	Becks depression inventor
DBS	Deep brain stimulation
DET	Диетилтриптамин
DMT	Диметилтриптамин
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)
ESS	Epworth sleepness scale
FSH	Фоликул-стимулирачки хормон
GRN	Гранилин
LH	Лутеинизирачки хормон
NSH	Nucleus suprachiasmaticus
PSEN 1	Пресенилин 1
PSEN 2	Пресенилин 2
PTSD	Posttraumatic stress disorder

16. Листа на автори

1. Проф. Др. Верица Стаменкова Трајкова - Меѓународен Славјански Институт, Ѓ.Р.Державин, Факултет за психологија, Свети Николе-Битола, Република Македонија
2. Проф. Др. Лана Мужиниќ – Клиничка болница Дубрава, Загреб, Република Хрватска
3. Проф. Др. Слаѓана Штркаљ Ивезиќ – Универзитетска болница Врапче, Загреб, Република Хрватска
4. Доц. Др. Гордана Панова – Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за медицински науки, Штип, Република Македонија
5. Проф. Др. Диана Белевска - Меѓународен Славјански Институт, Ѓ.Р.Державин, Факултет за психологија, Свети Николе-Битола, Република Македонија
6. Доц. Др. Маја Лаклија – Универзитет во Загреб, Правен факултет, Катедра за социјална работа, Загреб, Република Хрватска
7. Проф. Др. Гертрауд Мулер - Факултет за социјални науки, Нинберг, Република Германија
8. Славица Шекуткоска - Јавна здравствена установа Психијатриска болница Скопје, Дневна болница за лекување и превентива на болести на зависности – Кисела Вода, Скопје, Република Македонија
9. Асс. Мр. Владимир Илиевски – Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, Филозофски факултет, Институт за социјална работа и социјална политика „Мајка Тереза“, Скопје, Република Македонија
10. Асс. Др. Елена Симеоновска Јовева – Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за медицински науки, Штип, Република Македонија
11. Мр. Др. Лидија Сушевска Паневска – Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за медицински науки, Штип, Република Македонија
12. Проф. Др. Елизабета Зисовска – Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за медицински науки, Штип, Република Македонија; Клиника за гинекологија и акушерство, Скопје, Република Македонија

13. Прим. Др. Снежана Пејковска – Димовска - Јавна здравствена установа
Психијатриска болница, Центар за ментално здравје – Влае, Скопје, Република
Македонија
14. Проф. Др. Гинтер Никлевски – Клиника за психијатрија и психотерапија,
Нинберг, Република Германија; Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип, Факултет за
медицински науки, Штип, Република Македонија
15. Проф. Др. Кнегиња Рихтер Соколовска - Клиника за психијатрија и
психотерапија, Нинберг, Република Германија; Универзитет „Гоце Делчев“ –
Штип, Факултет за медицински науки, Штип, Република Македонија;
Универзитет Georg Simon Ohm, Факултет за социјални науки, Нинберг,
Република Германија
16. Мр. Др. Стојан Бајрактаров - Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје,
Медицински факултет, Клиника за психијатрија, Скопје, Република Македонија
17. Др. Мед. Кристине Бофингер - Клиника за психијатрија и психотерапија,
Нинберг, Република Германија