

Приручник за педијатре – ментално здравље, дијагностичке смернице и опције третмана

УВОД

Ментално здравље, према одредницама Светске здравствене организације, је основно људско право и представља окосницу за лични, друштвени и друштвено-економски развој, то је саставна компонента здравља и благостања која подупире наше индивидуалне и колективне способности да доносимо одлуке, градимо односе и обликујемо свет у коме живимо. Ум и тело представљају једну целину, монолитни композит, самим тим соматско и ментално здравље су у узајамној вези и када дође до губитка дихотомије душа/тело, можемо говорити о различитим психичким поремећајима и психосоцијалним сметњама, али и о другим менталним стањима која су повезана са значајним стресом, оштећењима функционисања или ризиком од самоповређивања. Када говоримо о менталном здрављу, Светска здравствена организација га дефинише као стање менталног благостања које омогућава људима да се носе са животним стресовима, остваре своје способности, добро уче и раде и дају допринос својој заједници. Међутим, ментално здравље је више од одсуства менталних поремећаја. Постоји на сложенем континууму, који се доживљава различито од једне особе до друге, са различитим степеном потешкоћа и невоља и потенцијално веома различитим друштвеним и клиничким исходима. Људи са менталним здравственим проблемима имају веће шансе да доживе ниже нивое менталног благостања, али то није увек или нужно случај. Како болест и различити поремећаји утичу на понашање појединца, понашање је показатељ и знак за предузимање акције и деловање.

Пред вама се налази приручник који садржи информације о најчешћим ургентним стањима у психичким поремећајима, садржи савете о томе на који начин треба деловати у ургентним стањима. Током читања приручника имајте на уму да акутне измене психичког функционисања могуће су у сваком тренутку и на сваком месту, док пацијент није у обавези да говори о свом психичком стању, уколико осећа да није у стању за то. Са друге стране, помоћ особама у акутној психичкој дестабилизацији је неопходна и неодложна, али је за такву врсту интервенције потребно је стрпљење, разумевање и емпатија и на првом месту одговорно понашање. Свакако путоказ са којим нема грешке је: хитна помоћ-ургентни центар-психијатријска установа и обавештавање сродника.

ДЕФИНИЦИЈА УРГЕНТНОГ У ПОНАШАЊУ

Понашање се дефинише као начин на који делујемо или како обављамо неку радњу, слободно, отворено понашање генерално је разумљиво и лако прихватљиво. Са друге стране, затворено, интровертно понашање може и не мора да има скривено значење или да носи скривене намере, дакле овакво понашање не мора нужно за собом носити потребу за интервенцијом. Понашања код којих је потребна интервенција, у психијатријској терминологији, такозвано ургентно у понашању, јесте понашање које представља претњу здрављу и сигурности појединца или неке друге особе. Оваква понашања се одликују моторним, афективним и когнитивним компонентама тј сегментима понашања, чија је заједничка карактеристика да излазе из оквира „уобичајеног“. То су пароксизмална, нападна, неуобичајена, екстремна у свом квалитету и квантитету, понашања која имају непредвидив ток и нејасна су. Оваквим понашањима бави се ургентна психијатрија, која разликује неколико тешких поремећаја понашања и то по критеријуму онога што објективно можемо видети. У овом случају говоримо о понашањима попут:

1. Агресије
2. Самоповређивања или суицида
3. Стања из ургентне медицине попут интоксикације и нуспојаве

Абнормална понашања подразумевају сваку измену у понашању или измену стања свести, која може бити праћена дезоријентацијом, отежаном комуникацијом, специфичним изгледом особе, афективном дестабилизацијом, психомоторним немиром или ретардацијом, психотичном декомпензацијом, чак и суицидалним или хетероагресивним понашањем и дезинхибицијом. Узроци за оваква понашања могу бити различити, али стална изложеност стресогеним догађајима доводи до неадекватних, абнормалних реакција и понашања. Додатно, у овом случају не смемо изоставити ни социјалне и срединске факторе који утичу и обликују понашање кроз социокултуролошки и психосоцијални оквир друштвено прихватљивог понашања и начина реаговања на стрес и ургентне ситуације. Иако је корен појаве и развоја абнормалних облика понашања комплексан и вишефакторски, неки од фактора ризика који могу допринети појави и даљем развоју оваквих облика понашања су:

1. Зло(употреба) супстанци
2. Алкохол
3. Цигарете
4. Злоупотреба дроге и других супстанци
5. Последица повреде или болести

Акутна траума увек резултира стресом, док болест и стрес додатно ангажују различите механизме одбране. Тако можемо наићи на посттрауматски стресни поремећај (ПТСП) Ф 43.0, Акутни стресни поремећај Ф 43.1 (случај када хроничан стресор резултира психолошком дестабилизацијом) и на реакцију прилагођавања на стрес Ф 43.2.

Ургентна психијатрија односи се на ситуације у којима се сусрећемо са акутном манифестацијом психијатријских стања у установама примарне, секундарне или терцијарне здравствене заштите, али чешће се интервенише и на улици, у болници и свакодневним ситуацијама у професионалном или социјалном окружењу. Она обухвата активности и интервенције у случају постојања поремећаја попут:

1. акутне психозе
2. различите поремећаје расположења
3. шизофренију
4. декомпензацију поремећаја личности
5. когнитивне поремећаје – амнезија, деменција, ментална инсуфицијентност, делиријум
6. суицидалност
7. насилност и агресија – Агитација
8. неуротични поремећаји: Панични напад, фобије, ГАП
9. злоупотреба психоактивних супстанци и синдром зависности

Интервенције које обухвата не морају спроводити само стручњаци из домена менталног здравља, већ она подразумева ангажовање полиције или хитне помоћи, сродника, пријатеља, грађана, колега, асистента или партнера. Широки спектар активности интервенција подразумева ангажовање свих расположивих ресурса и капацитета и деловање у унапред припремљеном, али често и неприпремљеном окружењу и околностима. Истраживања су показала да само између 5 и 7% свих случајева су били ургентно збринуте у Ургентном центру. Такође, истраживања су показала да су овакви облици понашања чешћи код мушкараца и примећена је такозвана сезонска варијација. Сезонска варијација подразумева чешћу појаву одређених облика понашања у одређеном годишњем добу:

- за пролеће су карактеристични органски и афективни поремећаји и шизофренија
- лето доноси повећано јављање шизофреније и поремећаја прилагођавања
- док је зими повећана злоупотреба супстанци
- док пик за поремећај личности не постоји

Саму интервенцију одређују фактори попут степена ризика (према себи, али у односу на друге), степен агитације, али и стигма. У случају ургентне психијатрије, када се ситуација у којој се налазите дешава ван здравствене установе, потребно је обезбедити транспорт пацијенту како би што пре дошао у контакт са лекаром. Оно што је карактеристично у оваквим ситуацијама, то је да уколико пацијент одбија сарадњу може до болнице да буде превезен противно својој вољи на захтев породице, људи из радног или социјалног окружења, али и уз асистенцију полиције. Преглед „потенцијалног пацијента“ у ургентној психијатрији се разликује од прегледа у соматској медицини зато што је лекар

дијагностички инструмент, преглед је уједно и део терапијске процедуре, док активности усмерава и Закон о заштити лица са менталним сметњама. Пре почетка прегледа треба имати на уму да је то специфична ситуација са неизвесним исходом и могућим неочекиваним обртом догађаја. Уколико постоји могућност од значајно је прикупити податке о:

- Социјалној и здравственој историји
- Условима живота
- Постојању подршке
- Професионалној и личној ангажованости
- Лековима

Такође, пожељно је и јасно се представити и створити опште услове за рад кроз процену изгледа и положаја особе, али и величине њених зеница. Значајан део ове активности је и ограничити број људи око себе и бити стално на опрезу од потенцијалне опасности. Када је у питању преглед пацијента, међу првим корацима јесте сагледавање психичких функција које обухвата тријажу:

- Временске и просторне оријентације
- Моторике
- Понашања
- Покрета
- Говора
- Квантитета, гласности, флуентности, артикулације и интонације према себи и другим лицима

Када је у питању преглед пацијента важно је опазити и неке кључне карактеристике попут мишљења и емоција. У том случају важно је обратити пажњу на то да ли је говор смислен и да ли су емоције адекватне у односу на ситуацију у којој се особа налази. Додатно потребно је испитати пацијента о стању скорашњег памћења, али и видети ситуацију у вези сећања за старије догађаје. Када је у питању опажање, кључно је испитати постојање илузија или халуцинација. Технике комуникације које вам могу помоћи у случају поступања са пацијентом јесу активно слушање, пустити особу да говори и постављање питања која не сугеришу одговор. Када привучете пацијентову пажњу важно је да Ви контролишете комуникацију и показивање емоција, дакле комуникација треба да тече, без тенденције за свађом, убеђивањем, уз вашу смиреност и директност. Разговор са особом најбоље је обавити далеко од гужве, пожељно у седећем положају (под углом од 45° у односу на особу). Приликом постављања питања, избегавајте питања која траже одговоре типа “да-не”, већ питања конструисати тако да почињу са “како” или “шта” и захтевају да особа даје дескриптивни одговор. Кључно за ове интервенције јесте тон комуникације који не окривљује пацијентово понашање, већ га уважава, демонстрира заинтересованост за њега, али му и даје одређени степен контроле ситуације. Пацијент ће развити осећај контроле ситуације, тако што ћете направити план акције, али ћете консултовати пацијента и усагласити се. Док је сама интервенција у току за пацијента је значајно да будете све време

са њим, као добар механизам показало се подстицање особе на мали степен моторне активности.

ВАЖНИ СИМПТОМИ ЗА ПРЕПОЗАВАЊЕ ТОКОМ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

1. АГИТАЦИЈА

Карактерише се израженом анксиозношћу која је праћена моторним немиром. Можете је препознати код пацијената који имају унутрашњу напетост, која може бити праћена активностима попут кршења прстију. Немир који је карактеристичан за агитацију може бити праћен хипервигилном пажњом, претећим ставом или појачаним импулсом за говор. Особа у тим моментима често не може да седи мирно, врпољи се и устаје. Песнице могу бити стиснуте и особа избегава контакт очима, док је говор гласан, критизерски и претећи. У случају да приметите агитацију, први корак јесте мапирање ризичне ситуације и деловати превентивно у случају потенцијалне ескалације. То конкретно подразумева интервенцију која ће бити усмерена на превенцију повређивања, контроле нарушеног понашања и стишавање симптома. За вас у овом случају је важно да посматрате своју околину и држите безбедно растојање чиме ћете осигурати своју и пацијентову безбедност. Важно је да ослушкујете свој “примарни процес”, то конкретно значи да уколико се не осећате угодно да будете сами са пацијентом, немојте бити. Када почне разговор са пацијентом битно је говорити гласно, јасно и опуштено, без брзих и наглих покрета. Уколико добијете информацију о особама у које пацијент има поверења, не оклевајте да их укључите у процес интервенције. Важно је да током интервенције пацијент не осећа пресију да је потребно да донесе одлуку. За време трајања интервенције важно је да стално обраћате пажњу на садржај говора, али и покрете пацијента и његову моторну активност. Како бисте били у прилици да пружите помоћ пацијенту, битно је да ситуацију изградите тако да штите себе и своју безбедност. Неке од препорука за остваривање овог циља су:

- Будите свесни ризика за изненадну агресију
- Обратите пажњу на приступ вратима, излазу
- Не будите сами уколико то није неопходно
- Настојте да склопите савез са пацијентом (на пр. Не противите се и немојте претити пацијенту)
- Будите сигурни да имате лак приступ вратима
- Не изазивајте, не провоцирајте пацијента
- Не “буљите” у пацијента, не показујте чуђење
- Не окрећите леђа пацијенту
- Шаке нека вам буду отворене и видљиве

Дакле, ради се о ситуацији у којој је поред ваше угрожена и безбедност пацијента, непредвидиво понашање и расплет могу изазвати додатан стрес, али је током интервенције битно спречити и самоповређивање пацијента. Када сте осигурали своју безбедност, сада је на реду коришћење било које методе за спречавање самоповређивања или суицида. Уколико приметите да постоји могућност за агресијом према другим особама, мирољубиво

приђите пацијенту, али му јасно ставите до знања да је његово агресивно понашање неприхватљиво. Смиривање пацијента у тим ситуацијама је кључно, било давањем лекова или тиме што ћете ви бити његов тест реалности. Уколико ове методе не буду делотворне, важно је обавестити пацијента да ће, уколико буде било потребно, бити коришћена присила као и да ће бити могућа физичка фиксација уколико пацијент угрожава себе или друге. Лекове у оваквим ситуацијама потребно је давати интрамускуларно.

Агитација се јавља у ситуацији постојања одређених психолошких и медицинских стања попут:

- Акутне алкохолне интоксикација
- Неоплазме ЦНСа
- Делиријума
- Нуспојаве психофармакотерапије (барбитурати, антидепресиви, бензодиазепини)
- Темпоралне епилепсије
- Акутне схизофрене епизоде
- Антисоцијалног поремећаја личности
- Граничног поремећаја личности
- Дисоцијативних стања
- Нарцистичких поремећаја личности- малигни нарцизам
- Схизофреније
- Депресије (са или без суицидалности)
- Последица реакције прилагођавања
- Маније
- Психозе
- Апстиненцијалног синдрома

2. ДРУШТВЕНО ПОНАШАЊЕ ПРОТИВ ДРУГИХ – АГРЕСИЈА

Агесија је облик понашања који је усмерен на наношење штете или повреде друге особе. Корен агесије може бити различит, па тако порекло агесије може бити инстинктивно односно научено, али и може бити ненаучено као што је случај са урођеним механизмом агресивног нагона на фрустрације. За агресивне обрасце понашања значајна је социјализација, где је агесија управо продукт социјализације која је инхибује, подстиче и уобличава њено испољавање. Главни мотиви који се налазе у основи агресивних образаца понашања су рекација на фрустрацију, кажњавање, жеља за доказивањем, али и одбрана од несигурности. Литература познаје два типа агресивног понашања:

- 1) Малигну која са собом носи намеру да се нанесе штета, она је специфично везана за људе и са собом носи крајњи циљ окрутности и разарања. Малигна агесија може имати неколико облика. Спонтани облик који подразумева да агесија свој потенцијал добија у односу на околности у којима се развија попут ратова или сукоба, али и досаде или осећаја личне безначајности. Облик осветника која је развија као реакција на патњу и неправду, након неке учињене штете. Екстатички облик има она агесија која обухвата

деструкцију себе и других у склопу ритуала и често без учешћа свести. Код антисоцијалних личности, агресија има карактерни облик и карактерише се емоционалним дефицитом, одсуством антиципације последица, страха од казне, али и потребом за узбуђењем.

- 2) Бенигну која је агресија по последицама, али не и по намери. Тако можемо говорити о псеудоагресији код које је штета настала, али није било намере, у бенигну врсту агресије спада и самопотврђујуће понашање које подразумева доказивање кроз борбеност и упорност, енергичност и одлучност, али битна разлика у односу на горе наведену малигну, циљ је конструктивне природе, док је њена сврха дефанзивна и у служби биолошке адаптације.

Када је у питању агресивност код психијатријских пацијената, карактерише се ниском толеранцијом на фрустрацију, док су једни од најчешћих узрока коморбидитет са злоупотребом или зависношћу од различитих супстанци, акутне халуцинације и суманутост, специфичне карактеристике поремећаја личности, слаба контрола импулса која се односи на неуропсихијатријске дефиците као и срединским факторима. Код ових пацијената агресија прогрес остварује кроз фазе љутње, опозиционалности, иритабилности, хостилности и виолентности. Ови пацијенти се суочавају са интерперсоналном одбојношћу, ниским самопоштовањем и љутњом. Пацијенти имају тенденцију пројекције и екстернализације.

Интервенција у случају агресивности обухвата ненасилне методе које су усмерене на редукцију спољашњих стимулуса, омогућавање комфора пацијенту, поштовање његовог личног простора. При поступању са оваквим пацијентима битно је избегавати нагле и изненадне покрете, док положај вашег тела не треба да шаље непријатељску поруку што подразумева избегавање држања руку иза леђа, али и прекрштање руку. Обраћање пацијенту потребно је да буде смиреним и умирујућим гласом који нуди помоћ. Пацијенту можете прићи реченицом: “да ли ја могу да вам помогнем у вези ваших проблема...”. Важно је јасно поставити границе и пацијенту скренути пажњу да претње или агресивно понашање неће бити толерисани, али и да га разумете и отворено му кажете: “видим да сте љути” или “мора да се осећате уплашено”...

3. СУИЦИД И СУИЦИДАЛНЕ ИДЕЈЕ

Суицидом се дефинише свако вољно понашање са циљем да се оконча живот. Истраживања су показала за 9 од 1000 људи покуша да изврши суицид, док сваки десети има суицидалне мисли. Стопа суицида има стабилне вредности док, на пример у Америци, 30 000 људи годишње се убије, на сваких 20 минута, док је покушаја до десет пута више. Статистика показује да мушкарци 3 пута чешће изврше суицид од жена, али да жене 4 пута више од мушкараца покушају суицид. Ризик од суицида се повећава са годинама старости, док на основу критеријума брачног стања, подаци показују да је већа стопа суицида код оних који су били у браку него код самаца (24/100,000 удовице/и, 40/100,000 разведени, 69/100,000 разведени мушкарци, 18/100,000 разведене жене). Такође, виши социјални

статус са собом носи већи ризик од суицида, док и губитак социјалног статуса такође повећава ризик посебно у ситуацијама када се посао посматра као заштитни фактор личности. Када је у питању однос суицида и соматског или менталног здравља, истраживања су показала да је соматско здравље значајн фактор у 11-15% случајева и 25-75% од свих жртава суицида имале су неку соматску болест. У случају менталног здравља, 95% особа које су покушале суицид су имале дијагнозу менталне болести. Фактори ризика из области менталног здравља су:

- 80% депресија, 10% психотични поремећаји, деменција 5%
- алкохолизам
- Панични и опсесивно компулзивни поремећај

У случају интервенције са пацијентима који су у ризику од почињања суицида, важно је знати да је сваки покушај и реализован суицид облик комуникације и има елементе амбиваленције. Диманика интервенције, могла би се описати кроз следеће кораке:

- Узрок
- Мапирање фактора ризика
- Препознавање упозоравајућих знакова
- Испитивање и процена ризика
- Збрињавање

Узрок се огледа у неком губитку (блиских веза, посла или каријере, финансијске сигурности, социјалне подршке, здравља, контроле или слободе), али и осећањима која прате тај губитак попут безнадежности (која носи висок ризик), депресије, безвредности, агитације, анксиозности, панике или беспомоћности. Када су у питању фактори ризика, истраживања су показала да особе које имају проблеме у комуникацији, злоупотребљавају алкохол, необјашњиве промене расположења или депресију и поседују претходно искуство са оружјем, су у повећаном ризику од суицида. Неки од осталих фактора ризика су:

- Раније суицидално понашање
 - Ментална болест
 - Поремећај личности
 - Изненадна физичка онеспособљеност
 - Мајор депресија
 - Ранији покушаји или намере
 - Старост
 - Злоупотеба супстанци
 - Удовиштво или самачки живот
- Незапосленост
 - Хронична болест или бол
- Терминална болест
 - Оружје у кући
 - Породична анамнеза суицида

УСЛОВИ ЗА РАЗМАТРАЊЕ ХИТНИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА

- Чин самоповређивања са знацима тровања или интоксикације, крварењем из самонанесене ране, губитком свести и/или екстремном летаргијом.
- Тренутне мисли, план или чин самоповређивања или самоубиства, или историја мисли, плана или чина самоповређивања или самоубиства код особе која је сада изузетно узнемирена, насилна, узнемирена или јој недостаје комуникација.

У случају оваквих интервенција лична анамнеза пацијента би требало да обухвати анализу о проблемима у детињству или адолесценцији, претходна искуства злостављања или занемаривања, али и постојање блиских односа са особама које су извршиле суицид. За успешност интервенције значај корак јесте препознавање упозоравајућих знакова који се могу препознати у понашању особе, али и порукама које шаље околини попут: “Волео бих да сам мртав”, “Ако се то.....деси , убићу се”, “Никоме није стало до мене” ,“Само желим да се све ово заврши”. Код препознавања оваквих знакова важно је обратити пажњу на постојање или одсуство намере за извршењем суицида који се могу огледати у одустајању од личних и професионалних активности, социјално повлачење и у преокупацији смрћу. Посебно је важно проценити суицидалност сваког депресивног болесника, јер је разговор о проблему показао се као добар механизам у случају одвраћања особе од суицидалних мисли.

Код ове групе пацијената важно је показати емпатију, поштовати његово достојанство и охрабрити га да говори о својим проблемима и плановима, уз објективност. Уколико постоје ресурси, значајно је укључити породицу и блиске особе, али и изградити однос поверења и емпатичности, што ћете постићи информисањем пацијента о вашим плановима у пружању помоћи и подршке давајући му увид у ограничења, али и тражењу решења и опција. Као добра пракса показало се и потписивање „антисуицидалног уговора“. Пацијента је битно не остављати самог и склонити средства којима може да се повреди, али уколико пацијент ипак покуша суицид, прво је потребно соматски га стабилизovati.

Будите свесни да је најбољи предиктор за суицид историја покушаја суицида, али и да постављање питања о суициду не дају додатне идеје пацијенту да се убије, што је значајно приликом процене суицидалног ризика. Код ове процене, за комуникацију са пацијентом можете користити питања попут:

- Да ли сте икада размишљали да себе повредите или учините нешто нажао?
- Да ли сте размишљали о начину како то да урадите?
- Да ли сте набавили средства?
- Можете ли да издржите, да се борите са негативним осећањима?

ДЕЦА / АДОЛЕСЦЕНТИ

На првом месту истражите изложеност штетним факторима као што су насиље и занемаривање који могу утицати на ментално здравље и добробит. Процените потребе старатеља. Третирајте адолесценте који могу сами доћи по помоћ, чак и ако нису у пратњи родитеља или старатеља. Прибавите информисани пристанак од адолесцента. Омогућите детету/адолесценту да насамо изрази своју забринутост и симптоме. Прилагодите језик нивоу разумевања детета/адолесцента. Истражите доступне ресурсе у породици, школи и заједници.

У случају збрињавања пацијента, хоспитализација јесте опција, која са собом носи ризике попут доступности средствима суицида, одсуство социјалне подршке, лоше расуђивање пацијента, али и немогућност склапања антисуицидалног уговора. Друга могућност за збрињавање ових пацијената јесте амбулантни третман који се може применити код пацијената код којих су присутне суицидалне мисли, али још увек не постоји намера и план. Овакав третман може се примењивати код пацијената који су вољни да потпишу антисуицидални уговор, постоји социјална подршка, док су му недоступна средства за суицид и код пацијента је присутно добро расуђивање. Поред хоспитализације и амбулантног третмана, лечење ових пацијената у случају покушаја суицида, односи се на хоспитализацију на одговарајућим одељењима, углавном хирургија, након чега се окрећемо лечењу основне болести, која може бити соматска или ментална, као и лечењу анксиозности или несанице.

УСЛОВИ ПРИОРИТЕТА ПРИЛИКОМ АНАМНЕЗЕ

- Вишеструки упорни физички симптоми без јасног узрока, присутни знаци депресије, низак ниво енергија, умор, проблеми са спавањем. Упорна туга или депресивно расположење, анксиозност.
- Губитак интересовања или задовољства у активностима које су иначе пријатне.
- Изражене промене понашања; занемаривање уобичајених обавеза везаних за посао, школу, кућне или друштвене активности. Узнемирено, агресивно понашање, смањена или повећана активност.
- Фиксираност на лажна уверења, која други не деле у култури те особе нити у њеном окружењу.
- Звучне и визуелне халуцинације, чути гласове или видети ствари којих нема. Недостатак увида да постоји проблем са менталним здрављем.
- Конвулзивни покрети или напади/напади. Током конвулзија: губитак свести или оштећење свести, укоченост, укоченост, угриз језика, повреда, инконтиненција урина или фекалија.
- Након конвулзија: умор, поспаност, поспаност, конфузија, абнормално понашање, главобоља, болови у мишићима или слабост на једној страни тела.

4. АНКСИОЗНОСТ

- Грчки: anishia – забринутост, стрепња и anishio – бринути;
- Латински: anxietas – забринутост;
- Енглески: anxiety – стрепња, плашња, тескоба, бојазан, забринутост, трема...

Анксиозност представља веома непријатни и мучан симптом или синдром, који се манифестује као емоционални доживљај стања патолошког страха, стрепње и напетости, при чему се очекује потенцијално опасна ситуација која је по правилу нелогична, нејасна, непозната и не може се објективизирати. Анксиозност у себи садржи субјективно-когнитивну, физиолошку и бихевиоралну компоненту уз пропратни доживљај страха, забринутости, стрепње, напето ишчекивање и претерану процену опасности. Уз то долазе и непријатни телесни симптоми попут тахикадрије, убрзану респирацију и мишићну напетост. Као резултат свега, долази дисфункционално понашање попут паничног бежања, претераног опреза и избегавања важних ситуација. Када је у питању природа страха, присутан је осећај опасности, док се опасност може перципирати као јасна или нејасна, спољашња или унутрашња, непосредно претећа или смештена у даљу будућност, ограничена или неограничена. Управо од доживљаја те опасности зависи на који начин ће се страх испољити. Реакције на опасност могу бити борба или бежање, избегавања, али и опрез стрепња или стално ишчекивање опасности.

У литератури препознати су критеријуми за разликовање нормалног од патолошког страха:

- Контекст у којем се страх појављује и сврсисходност (“права узбуна”, “лажна узбуна”)
- Квалитет доживљаја: Представа о пореклу страха, постојање “страха од страха”, преокупираност страхом, доживљај да страх управља понашањем
- Јачина и трајање
- Последице у односу на понашање и функционисање

Код нормалног страха, можемо идентификовати објективну опасност, присутни су пратећи телесни симптоми (тахикардија, учестала респирација, мишићна тензија), док је организам у процесу припреме да се бори против опасности или да од ње побегне. Са друге стране, код патолошког страха, објективна опасност не постоји или емоционални одговор (страх) није у сразмери са доживљајем опасности, и у овом случају постоји манифестација страха али је интензивнија, док је избегавање или бежање из ситуације дисфункционално.

Код анксиозних пацијената главна карактеристика је да је анксиозност најизраженије осећање и представља основни елемент психопатологије, док телесно обољење не постоји у основи анксиозности. Анксиозност није узрокована дејством алкохола, дрога или лекова и не налази се у склопу тежег душевног обољења (психозе). Ови симптоми узрокују значајне сметње или оштећења у личном, породичном, социјалном, професионалном или другом важном подручју живота.

У оквиру шире групе неуротских, са стресом повезаних и соматоформних поремећаја (Ф40 – Ф48) обухватају:

- Фобични анксиозни поремећаји (Ф40)
- агорафобију (без паничног поремећаја или са паничним поремећајем)
- социјалну фобију и специфичну (изоловану) фобију

Ове поремећаје карактеришу доживљај страха (анксиозности) при излагању специфичним ситуацијама које не представљају објективну опасност и доживљај антиципаторне анксиозности у очекивању ситуације које се особа плаши као и избегавање ситуација која провоцирају анксиозност.

Други анксиозни поремећаји (Ф41) обухватају панични поремећај, генерализовани анксиозни поремећај и мешовити анксиозно-депресивни поремећај. Ове поремећаје карактерише доживљај високе анксиозности праћен телесним симптомима, али без структуре фобичног избегавања.

Поред наведених, у оквиру групе неуротских, са стресом повезаних и соматоформних поремећаја (Ф40 – Ф48) налазе се и опсесивно-компулсивни поремећај (Ф42), поремећаји који се јављају као реакција на тежак стрес и поремећај прилагођавања (Ф43). Ови поремећаји, са наведеним анксиозним поремећајима, деле неке заједничке карактеристике – висок интензитет анксиозности, али има и неке своје особености – опсесивне мисли и компулсивно понашање. Такође у својим манифестацијама имају и значајно изражене симптоме анксиозности, а поред њих, и друге особености и симптоме који нису карактеристични за анксиозне поремећаје попут обавезног присуства стресогене/трауматске ситуације, поновно проживљавање трауматског догађаја, избегавање ситуација које подсећају на трауму итд.

У раду са пацијентима који имају генерализовани анксиозни поремећај, стање које се карактерише интензивном и дуготрајном анксиозношћу, а манифестује се забринутошћу, стрепњом и напетим ишчекивањем, потребно је бити смирен, поуздан и самоуверен. Од значаја је активно и пажљиво слушање, али и отворен разговор са пацијентом о његовим осећањима. Пошто је код пацијената присутна стална стрепња или брига као и интензивна напетост и узнемиреност, потребно је извршити процену утицаја ових симптома на свакодневни живот. Могућа питања за пацијента могла би да буду:

- Да ли вам ови симптоми (навести конкретне симптоме пацијента) сметају у нечему у вашем животу?
- Да ли мислите да је ваш страх оправдан или претеран?

Уколико постоји позитиван одговор на ова питања, онда је вероватно реч о постојању (менталног/анксиозног) поремећаја.

Када је у питању лечење, терапија подразумева свеобухватни, интегративни приступ, односно примену психофармака, али и спихотерапије. Као лекови првог избора, препоручују се антидепресиви из групе SSRI (флуоксетин, сертралин, пароксетин, есциталопрам) и SNRI (венлафлаксин, дулоксетин), који блокирају поновно преузимање серотонина и норадреналина у синаптичкој пукотини. Антидепресиви такође могу бити подједнако ефикасни и код третирања анксиозности, јер не изазивају зависност и у том смислу су безбедни. Терапијски ефекти се испољавају после 2 или 3 недеље третмана, због чега се у првим данима лечења саветује комбиновање са анксиолитицима из групе бензодиазепина и хипнотицима, у случају инсомније. У лечењу ових поремећаја поставља се питање да ли бензодиазепини могу бити анксиолитичка терапија, међутим, они се по правилу добро подносе, сиурни су и нетоксични, због чега имају широко индикацијско дејство. Главна предност им је брзи почетак деловања, које се може приметити после првог узимања лека. Приликом лечења анксиозности бензодиазепинима неопходно је водити рачуна о могућности развоја зависности/толеранције, па терапија мора бити рационална, односно у одговарајућој дози и не дуже од 12 недеља.

5. ПАТОЛОШКА БРИГА (СТРЕПЊА)

Карактерише се сталном и свепрожимајућом бригом о бројним проблемима. У овом случају долази до губитка контроле над бригом која се везује за питања у вези свакодневног живота и питања попут здравља, посла, породице, финансија... Особа се стално пита „Шта ако...?“, али нема могућност скретања пажње са тих питања, док је присутна негативна антиципација будућности и тежња за хиперконтролом, али и немања капацитета за подношење несигурности. Код скрининга ових пацијената ДСМ-5 приручник препоручује питања: Да ли сте током последње две недеље имали неки од ових проблема:

- доживљај да сте напети, нервозни, забринути?
- доживљај да сте јако уплашени, панични?
- да имате потребу да избегавате нека места или ситуације јер вас чине уплашеним?

6. НАПЕТОСТ

Напетост са којом се можете сусрести може бити телесна, која се манифестује кроз мишићну напетост, болове у мишићима, главобољу, треперење, трзање или грчеве. Друга врста напетости јесте психичка и карактерише се узнемиренешћу, претераним опрезом, раздражљивошћу, немогућношћу опуштања. Главне последице напетости могу бити умор, несаница, али и тешкоће у концентрацији. Телесни симптоми код напетости су знатно мање су изражени него код паничног поремећаја, али се ипак јављају убрзани рад или лупање срца, мучнина и друге стомачне тегобе презнојавање, хладни или топли таласи по телу, тремор или подрхтавање, осећај недостатка ваздуха или немогућност дисања, бол или друга нелагодност у грудима, утрнулост целог или дела тела, вртоглавица, нестабилност или несвестица.

7. ПАНИЧНИ ПОРЕМЕЋАЈ И НАПАД ПАНИКЕ

Панични поремећај карактерише се изненадним нападима панике, страхом од смрти, губитка контроле, лудила, док су симптоми праћени соматским корелатима. Симптоми и знаци настају изненада и брзо, у току пар минута, док пропуштање лечења може да доведе до рестриктивног стила живљења. Код паничног поремећаја код пацијента се могу уочити напади панике, антиципаторна анксиозност (страх од страха), агорафобија, али и страх од наредних напада и њихових могућих последица. Страх од ситуација у којима би могли да се догоде напади панике – и веровање да би онда из било тешко побећи или да нико не би помогао, па се ове ситуације због тог страха избегавају. Приликом интервенције са оваквим пацијентима потребно је пацијента примарно склонити из гужве и обезбедити мирну средину. Значајно је охрабрити пацијента, али и назвати симптоме правим именом. Уз помоћ ваше толеранције у раду са пацијентом помозите му да поврати контролу.

За постављање дијагнозе паничног поремећаја, према МКБ 10 критеријумима потребно је да је особа имала четири или више паничних напада током периода од месец дана. Са друге стране према ДСМ-ИВ класификацији, дијагнозу не условљава бројем паничних напада, већ указује да је довољно да особа има један овакав напад, уз постојање периода од најмање месец дана интензивног страха од поновљеног напада, забринутости због последица напада или значајних промена понашања или начина живота (избегавање одређених ситуација, учестали одласци код лекара, итд.).

Напад панике представља специфичан, застрашујући доживљај интензивног страха и наступајуће катастрофе, праћен бројним соматским симптомима. Током напада панике особа доживљава различите симптоме, као што су: лупање срца, осећај недостатка ваздуха, мучнина, вртоглавица, страх од смрти и други симптоми. Нападе панике карактерише:

- изненадни, најчешће спонтани настанак,
- врло брзо интензивирање и кулминација,
- трајање од неколико минута до (врло ретко) неколико сати и спонтани завршетак

Пацијенти најчешће описују да су за време напада панике доживели:

- Снажно лупање срца и његов убрзани рад – уз катастрофично тумачење: „срце ми ужасно прескаче!“, „Куца као лудо!“;
- Неконтролисано дрхтање – уз катастрофично тумачење: „не могу да се смирим!“;
- Доживљај недостатка ваздуха – уз катастрофично тумачење: „одузима ми се дах!“, „Не могу довољно да удахнем!“, „Гушим се!“;
- Доживљај нестабилности – уз катастрофично тумачење: „пашћу!“, „Онесвестићу се!“;
- Страх да ће од свих тих симптома имати катастрофалне последице – „Умирем!“, „Готово је!“, „Лудим!“.

Да бисте били у ситуацији да поставите дијагнозу паничног напада неопходно је да је напад настао нагло, неочекивано и да се брзо развија (до 10 минута). Додатно, за дијагнозу је потребно да су и најмање 4 од следећих 14 симптома напада испуњени: убрзани рад или лупање срца; знојење; дрхтање; осећај недостатка ваздуха; осећај гушења; бол или друга нелагодност у грудима; мука или друге стомачне тегобе; утрнулост тела; сува уста за време напада; хладни или топли таласи по телу; осећај вртоглавице или губитка свести; деперсонализација или дереализација; страх од лудила или губитка контроле и страх од смрти.

КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ НАПАДА ПАНИКЕ И ПАНИЧНОГ ПОРЕМЕЋАЈА:

- Први напади панике се најчешће јављају у периоду касне адолесценције и раног одраслог доба;
- Панични напади временом бивају интензивнији и учесталији, при чему се јавља панични поремећај. То се најчешће догађа у периоду између касне адолесценције и средњих тридесетих година;
- Пацијенти са паничним поремећајем показују забринутост за своје соматско здравље;
- Већина њих посећује лекаре различитих соматских специјалности у потрази за адекватном дијагностиком и лечењем;
- Панични напади индикатор су психичког слома уз доживљај и самопроцену да су емотивно слаби, да ће полудети или изгубити контролу над својим понашањем;
- Избегавање различитих ситуација због страха од фаталног исхода у случају паничног напада;
- Остајање код куће, изостајање са посла, избегавање социјалних контаката;
- Пацијенти се боје да неће моћи да побегну или им неће бити пружена помоћ у случају паничног напада;
- Као последица јавља се агорафобија;
- Покушавају да ублаже своје тегобе алкохолом, другим психоактивним супстанцама или лековима;
- Могућа компликација може се јавити и депресија;

8. ФОБИЈЕ

Карактеришу се доживљајем страха при излагању ситуацијама које не представљају објективну опасност, док је доживљај антиципиране анксиозности у очекивању ситуације које се особа плаши, али избегава ситуацију која изазива анксиозност.

Агорафобија се карактерише страхом од већег броја специфичних ситуација или места попут: излазака ван куће или остајања у кући без пратиоца; јавних места или скупова великог броја људи; стајања у реду; мостова; путовања и слично. Страх је у овим случајевима најчешће узрокован очекивањем напада панике или симптома сличних паничном нападу. Да би се поставила ова дијагноза, потребно је да се особа боји или избегава две од следећих ситуација:

- гужва
- јавна места (биоскопи, позоришта, ресторани),
- самостално путовање и
- самосталан излазак из куће

Као разлог избегавања потребно је да особа има страх од могућности појаве паничног напада или симптома сличних паничном нападу, ситуације одакле би било тешко или непријатно побећи, или где се не би могла добити адекватна помоћ у случају појаве наведених симптома.

КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ АГОРАФОБИЈЕ:

- Почиње појавом паничног напада или симптомима сличним паничном нападу;
- Након тога се развија страх од места или ситуације где су се поменути симптоми развили и они се потом избегавају;
- Овакво понашање доводи до растерећења или избегавања доживљавања страха и осећања релативне сигурности;
- Временом долази до великих ограничења у свакодневном функционисању и понашању;
- У развијеном клиничком облику агорафобију карактеришу панични напади, антиципаторна анксиозност и понашање избегавања многих ситуација;
- У екстремним случајевима агорафобија може довести до потпуне хендикепираности и везаности за кућу или "фобичног пратиоца";
- Врло често, агорафија се компликује депресијом и алкохолизмом;

Социјална фобија огледа се у страху од говора или обављања одређених радњи пред другима, јавног наступа, контакта с људима и/или комуницирања у посебним ситуацијама. Код социјалне фобије, особа избегава одговарајуће социјалне ситуације, а њихово евентуално подношење је праћено изразитом нелагодношћу и страхом. Фундаментални страхови код социјалне фобије су:

- Страх од негативног процењивања, подсмеха и одбацивања
- Страх од "остављања катастрофално лошег утиска"
- Страх од показивања страха преко видљивих телесних симптома
- Несигурност, недостатак самопоуздања, осећање стида

Типичне ситуације у којима се испољава социјална анксиозност:

- обављање радњи док неко посматра
- постављање питања
- јавни наступи пред публиком
- писање СМС-ова, и-мејлова
- излазак на емотивни састанак
- усмени испити
- комуникација са ауторитетима

- комуникација са непознатима
- писање – потписивање пред другима
- сусретање са важним људима
- упознавање других људи
- остајање у центру пажње
- изложеност критици или задиркивању
- флертовање
- телефонирање
- одлазак на журке, забаве...
- учешће на пословним састанцима
- улазак у просторију пуну људи
- једење у ресторану пред другима
- представљање другима
- критиковање од стране других
- изражавање мишљења и ставова

КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СОЦИЈАЛНЕ ФОБИЈЕ:

- Обично се јавља први пут у адолесцентном периоду;
- Први пут јавља на јавном месту, у окружењу других људи, а без видљивог узрока;
- Епизоде високе анксиозности у социјалном окружењу постају, временом, учесталије и интензивније;
- Социјалну фобију карактерише антиципаторна анксиозност;
- Због тога се све више избегавају социјални контакти;
- Социјална фобија има хроничан ток;
- Врло често особа са социјалном фобијом употребљава алкохол а може се појавити и депресија;

Код пацијената са социјалном фобијом присутна су такозвана заштитна понашања која се огледају у:

- Скривању у углу у тишини да би се избегла пажња и потенцијална срамота;
- Скретању погледа када се ухвати поглед других;
- Потреби да се поведе особа од поверења где год да се иде;
- Одбијању да се врате покварени артикли у продавницу;
- Одбијању да се жали на било какву лошу услугу;

У раду са овим пацијентима клинички облици који се могу срести, а класификују се према броју ситуација које се избегавају, су: фокални облик- избегавање једне или мањег броја социјалних ситуација и генерализовани облик- који карактерише избегавање великог броја социјалних ситуација. Као последице социјалне фобије јавља се прекид комуникације са другима, професионални и академски неуспех, губитак уживања у дружењу, прекид

емотивних веза, али и депресија и злоупотреба алкохола или неких других супстанци. Нека дијагностичка питања која вам могу користити у раду са овим пацијентима су:

- Да ли избегавате да говорите или да радите неке радње пред другима због страха да се не осрамотите?
- Да ли избегавате активности у којима сте у центру пажње?
- Да ли вас је страх да у друштву не испаднете глупи или смешни?

За детекцију социјалне фобије може вам помоћи дубље упознавање са основним симптомима и знацима поремећаја, али и процена нивоа дисфункционалности у служби диференцијације фобије од стидљивости. Додатно, потребно је проценити евентуално постојање коморбидилне депресије.

Специфичне (изолиране) фобије карактеришу се страхом од једног или само неколико „фобичних стимулуса“ као на пример животиња, одређених ситуација попут малог или затвореног простора, природних феномена, елемената природног окружења или одређених поступака. Код ових фобија, особа избегава одговарајуће фобичне стимулусе или њихово подношење уз изразиту нелагодност и страх. Значајно је да је у случају ових поремећаја нарушено функционисање особе. Специфичне фобије су врло ретко самостални ентитет, и често се налазе у коморбидитету са анксиозним поремећајем, депресијом и поремећајем личности. Такође особа најчешће има више од једне специфичне фобије, најчешћи просек су три специфичне фобије. Да би се поставила дијагноза специфичне фобије, према МКБ 10 критеријумима неопходно је да се код особе јавља страх у специфичним ситуацијама (висина, мрак, летење) при чему се јављају психолошки или вегетативни симптоми а фобична ситуација се избегава када год је то могуће. Специфичну фобију је релативно лако диференцијално дијагностички одвојити од других, пре свега анксиозних поремећаја јер се анксиозност јавља само у специфичним ситуацијама. Дијагностичко скрининг питање које вам може помоћи приликом дијагностике специфичне фобије је: Да ли због страха избегавате да се нађете на неким местима или у неким ситуацијама – лифт, авион, зубар, уз неку животињу (на пример пса)...?

КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ СПЕЦИФИЧНЕ ФОБИЈЕ:

- Јавља се у раном детињству, мада се може појавити и касније;
- Фобијски симптоми су готово стално присутни и немају тенденцију осциловања;
- Пацијенти се ретко обраћају за специфичну терапијску помоћ;
- Иако нису најучесталије, због значајне хендикепираности коју узрокују, издвајају се фобија од зубарских интервенција (која се јавља код око 5% одраслих особа и која може узроковати значајне стоматолошке проблеме), фобија од летења (која узрокује немогућност путовања авионом, због чега су многе светске авиокомпаније развиле посебну службу за терапију ове врсте страха) и фобија од болести (која се врло често преплиће са хипохондријом);

У ради са пацијентима са специфичним фобијама, треба водити рачуна о предикторима персистенције фобија. То конкретно значи да уколико је у питању трауматски почетак фобије, односно да је њен почетак везан за трауму, фобија ће онда имати хроничан карактер. Уколико особа успева да избегава фобичан објекат, онда фобија има тенденцију персистирања, али и уколико особа поред страха има и емоцију гађења, онда фобије имају тежњу ка дужем трајању.

9. СИНДРОМ МАНИЈЕ

У питању је секундарни синдром код злоупотребе ПАС и као нежељени ефекат одређених лекова. Код синдрома маније може доћи до органске повреде мозга, првенствено орбитофронталног кортекса.

Симптоми маније	DSM-IV	ICD-10
1А Повишено расположење	+	+
1В Иритабилно расположење	+	+
2 Повећано самопоштовање или грандиозност	+	+
3 Смањена потреба за спавањем	+	+
4 Повећан импулс за говор	+	+
5 Бег идеја	+	+
6 Поремећај пажње	+	+
7А Повећане социјалне активност или контакти	+	+
7В Психомоторна агитација	+	+

8 Ризично понашање	+	+
9 Пораст сексуалне активност	-	+

10. СИНДРОМ ДЕПРЕСИЈЕ

Симптоми депресије	DSM-IV	ICD-10
1. Депресивно расположење током већег дела дана, скоро сваки дан	+	+
2. Наглашено смањење интересовања или задовољства у свим или скоро свим активностима, током већег дела дана, скоро сваки дан	+	+
3. Губитак енергије или умор	+	+
4. Губитак самопоуздања или самопоштовања	-	+
5. Безразложно осећање претеране или неодговарајуће кривице	+	+
6. Рекурентне мисли о смрти или суициду, или било какво суицидално понашање	+	+
7. Смањена способност размишљања или концентрисања или неспособност доношења одлука	+	+
8. Психомоторна агитација или ретардација	+	+
9. Инсомнија или хиперсомнија	+	+
10. Промене апетита (анорексија или булимија) са пратећим променама телесне тежине	+	+

11. АКУТНЕ ПСИХОЗЕ

Овај тип поремећаја развија се брзо као патолошко стање код којег доминира дезорганизовани мисаони ток, поремећај перцепције, интензивост емотивних испољавања као и нереално и неодговарајуће понашање. Пацијентова способност перцепције реалности тешко је оштећена, што условљава и поремећај комуникације. Акутно психотичан пацијент захтева хитну интервенцију и комплетну негу. Оваквом пацијенту неопходно је осигурати физичку безбедност а истовремено безбедност и његовој околини, па тек онда приступити процени психотичног стања, дијагнози и терапији. Ако постоји било каква сумња о органском оштећењу (мозга или других органских система) потребно је лабораторијско испитивање (биохемијски тестови у крви, урину, ЕКГ, ЕЕГ, ЦТ итд). Када је у питању интервју са пацијентом са акутном психозом, неопходно је да се интервју не води под притиском, јер пацијенту треба дати довољно времена пре него што се учини напор за сарадњом са пацијентом. Интервју је значајно почети представљањем (Ја сам...), али седети или стајати на удаљености између 1.5-3м од пацијента, без блокирања врата. Пацијент се може понашати љутито у случају захтева или оптижбу, због тога је битно задржати конкретан и предусретљив став, али без уласка у расправу са пацијентом. Избегавајте осмехивање и смех, јер пацијент то може схватити као исмевање, поред тога сваки разуман уступак за пацијента је добродошао у сврху уверавања пацијента у несумљиву жељу стручњака да му буде што више од помоћи.

Психијатријска обољења код којим се јавља акутна психоза су: акутна схизофрена епизода, велике депресивне епизоде са психотичном сликом, акутна манична епизода, атипичне и кратке реактивне психозе, соматска обољења код којих се може испољити акутна психоза, злоупотреба егзогених супстанци (психостимуланси, алкохол, халуциногени итд.), метаболичка и ендокрина обољења (уремија, дисбаланс електролита, тиреоидна и адренална обољења итд.), неуролошка обољења (тумори мозга, васкулитис, енцефалитис).

12. ЕПИЛЕПСИЈА И АКУТНА ИНТОКСИКАЦИЈА АЛКОХОЛОМ

- Наведите информације о томе: „Шта је конвулзија/епилепсија“ и важности лекова.
- „Проблем је узрокован прекомерном електричном активношћу у мозгу – није узрокован вештичарством или духовима.
- Епилепсија је понављајућа тенденција конвулзија. „То је хронично стање, али ако узимате лек како је прописано, код већине људи се може у потпуности контролисати.
- Особа може имати неколико људи који јој помажу да се побрине за своје конвулзије. Разговарајте о томе са особом. Замолиите особу да вас обавести да ли посећује традиционалног или верског исцелитеља, показујући поштовање према томе, али наглашавајући потребу да буде прегледана у здравственој установи.
- Особа такође треба да буде обавештена да лекови и биљни производи понекад могу имати нежељене интеракције, тако да здравствени радници морају знати све што узимају.

Промовисати функционисање у свакодневним активностима и животу заједнице:

» Погледајте информатор о основној нези и пракса код епилепсије за интервенције које промовишу функционисање у свакодневном животу и животу заједнице.

» Поред тога, обавестите старатеље и особе са епилепсијом да:

- Људи са епилепсијом могу да воде нормалан живот. Могу да се венчају и да имају децу.
- Родитељи не треба да уклањају децу са епилепсијом из школе.
- Људи са епилепсијом могу да раде на већини послова. Међутим, требало би да избегавају послове са високим ризиком од повреде себе или других (нпр. рад са тешким машинама).
- Особе са епилепсијом треба да избегавају кување на отвореној ватри и да сами пливају.
- Особе са епилепсијом треба да избегавају прекомерну употребу алкохола и рекреативних супстанци, премало спавања или одлазак на места са трепћућим светлима.
- Треба поштовати локалне законе о возњи који се односе на епилепсију.
- Људи са епилепсијом могу да се квалификују за инвалиднину.
- Програми заједнице за особе са епилепсијом могу пружити помоћ при запошљавању и подршку и особи и породици.

Стату епилептикус од алкохола или других седатива, огледа се кроз узнемирено и/или агресивно понашање, мирис алкохола у даху, нејасан говор, неспутан понашање, али и у поремећају нивоа свести и когниције.

Акутна интоксикација алкохолом карактерише се измењеном перцепцијом, афектом или понашањем. Карактеристичан је и тремор у рукама, знојење, повраћање, повећан пулс и крвни притисак, агитација, главобоља, мучнина, анксиозност, Напад и конфузија у тешким случајевима не реагује или минимално реагује, док је споро дисање. Проширене су зенице, узбуђене, тркачке мисли, поремећено размишљање, чудно понашање, недавна употреба кокаина или других стимуланса, повећан пулс и крвни притисак, агресивно, нестално или насилно понашање.

13. ПРУЖАЊЕ УСЛУГА ОСОБАМА ПОГОЂЕНИМ МЕНТАЛНИМ И НЕУРОЛОШКИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА И ПОРЕМЕЋАЈИМА КОЈИ СУ ПОСЛЕДИЦА ЗЛОУПОТРЕБЕ СУПСТАНЦИ (МНС)

Особе са МНС-ом треба третирати с поштовањем и достојанством на културолошки одговарајући начин. Као пружалац услуге из домена здравствене заштите, уложите све напоре да поштујете и промовишете вољу и преференције људи са МНС-ом, подржите и ангажујете директно њих, па и њихове старатеље на најинклузивнији начин. Особе са МНС често су подложније кршењу људских права. Стога је од суштинског значаја да у здравственом окружењу пружаоци услуга промовишу права особа са МНС у складу са међународним стандардима људских права, укључујући Конвенцију УН о правима особа са инвалидитетом (ЦРПД) - За више информација о ЦРПД-у: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Шта обавезно **ТРЕБА** чинити:

- Третирајте људе са МНС стањима са поштовањем и достојанством;
- Заштитите поверљивост особа са МНС условима;
- Осигурајте приватност у клиничком окружењу;
- Увек обезбедите приступ информацијама и писмено објасните ризике и користи лечења, ако је то могуће;
- Уверите се да особа даје информисану сагласност за лечење;
- Промовисати аутономију и независан живот у заједници;
- Омогућите особама са МНС услове и опције за доношења одлука;

Шта **НЕ ТРЕБА** чинити:

- Немојте дискриминисати људе са МНС-ом;
- Немојте игнорисати приоритете или жеље људи са МНС-ом;
- Не доносите одлуке за, у име или уместо особе са МНС условима;
- Немојте користити превише технички језик у објашњавању предложеног третмана;

КЛИНИЧКИ САВЕТ (Када се посумња на МНС поремећај):

Увек проценијте на њрвом месџу сџејен ризика ог мојућеј самојовређивања/самоубисџва (суџиг)

* Испитивање менталног статуса прилагођено неспецијалистима може укључивати:

- Понашање и изглед = симптоми и знаци који укључују начин на који особа изгледа или се понаша;
- Расположење и утицај = симптоми и знаци који укључују регулацију и изражавање емоција или стања осећања;
- Садржај мисли = симптоми и знаци који укључују предмет мисли укључујући заблуде, параноју, сумњу и самоубилачке идеје;
- Перцептуални поремећај = чулне перцепције које се јављају у одсуству одговарајућег (спољног) стимулуса (нпр. слушне или визуелне халуцинације). Особа може, али не мора имати увид у нестварну природу перцепције;
- Когниција = симптоми, знаци и клинички налази који указују на поремећај менталних способности и процеса који се односе на пажњу, памћење, расуђивање, решавање проблема, доношење одлука, разумевање и интеграцију ових функција.
- Смањите стрес и појачајте социјалну подршку. Позабавите се тренутним психосоцијалним стресорима:
- Идентификујте и разговарајте о релевантним психосоцијалним питањима која имају стресогено дејство на особу и/или утичу на њен живот, укључујући, али не ограничавајући се на, породичне проблеме и проблеме у вези,

запослење/занимање/питања за услове живота, становања, финансије, приступ основној безбедности и услугама, стигма, дискриминација итд.

- Помозите особи да управља стресом тако што ћете разговарати о методама као што су технике решавања проблема.
- Испитајте и процените ризик од евентуалне изложености злостављању у непосредном окружењу и директно се упустите у управљајте свим тим ситуацијама малтретирања, злостављања (нпр. насиље у породици) и занемаривања (нпр. деце или старијих). Разговарајте са особом о могућем упућивању на поуздану заштитну агенцију или неформалну заштитну мрежу. Контакттирајте правне ресурсе и ресурсе заједнице, према потреби.
- Идентификујте чланове породице који вас подржавају и укључите их што је више могуће и прикладније.
- Ојачајте друштвену подршку и покушајте да поново активирате друштвене мреже те особе.
- Идентификујте претходне друштвене активности које би, ако се поново покрену, имале потенцијал за пружање директне или индиректне психо-социјалне подршке (нпр. породична окупљања, посете комшијама, активности у заједници, верске активности, итд.).
- Научите их вештинама управљање стресом као што су то технике опуштања, мишићне релаксације и контроле дисања.
- Промовисати функционисање у свакодневним активностима. Пружите подршку особи да што је могуће више настави са редовним друштвеним, образовним и професионалним активностима.
- Олакшати укључивање у економске активности.
- Понудите обуку животних вештина и/или обуку друштвених вештина ако је потребно.
- По потреби упућивање код лекара специјалисте/хоспитализација Будите опрезни у ситуацијама које би могле захтевати упућивање специјалисти/болници, на пример, нереаговање на лечење, озбиљне нуспојаве фармаколошких интервенција, коморбидна физичка и/или МНС стања, ризик од самоповређивања/самоубиства.

14. ТРЕТИРАЊЕ ДЕПРЕСИЈЕ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА

Психоедукација: кључне поруке особи и старатељима:

Депресија је веома често стање које се може догодити свакоме. Појава депресије не значи да је особа слаба или лења. Негативни ставови других (нпр. „Требало би да будеш јачи“, „Сабери се“) могу бити зато што депресија није видљиво стање, за разлику од прелома или ране. Такође постоји погрешно схватање да људи са депресијом могу лако да контролишу своје симптоме чистом снагом воље. Људи са депресијом имају тенденцију да имају нереално негативна мишљења о себи, свом животу и својој будућности. Њихова тренутна ситуација може бити веома тешка, али депресија може изазвати неоправдане мисли о безнађу и безвредности. Ова гледишта ће се вероватно побољшати када се депресија

побољша. Мисли о самоповређивању или самоубиству су честе. Ако приметите ове мисли, не треба да реагују на њих, већ да то кажу особи од поверења и да се одмах врате по помоћ.

- Смањите стрес и ојачајте социјалну подршку. Процените и покушајте да смањите стресоре
- Поново активирајте претходну друштвену мрежу особе. Идентификујте претходне друштвене активности које, ако се започну поново, могу потенцијално пружити директну или индиректну психосоцијалну подршку, нпр. породична окупљања, посете комшијама и активности у заједници.
- Промовисати функционисање у свакодневним активностима и животу заједнице, чак и ако је тешко, охрабрите особу да покуша да уради што је више могуће од следећег:
 - Покушајте поново да започнете (или наставите) активности које су вам раније биле пријатне.
 - Покушајте да одржавате редовно време за спавање и буђење.
 - Покушајте да будете што више физички активни.
 - Покушајте да једете редовно упркос променама у апетиту.
 - Покушајте да проводите време са пријатељима и породицом од поверења.
 - Покушајте да учествујете у друштвеним и другим друштвеним активностима што је више могуће.
 - Објасните особи и старатељу да све ове активности могу помоћи у побољшању расположења.

ПРОЦЕНА ДЕПРЕСИЈЕ

Могу бити присутне сумануте идеје или халуцинације. Ако постоје, потребно је лечење депресије уз обавезно КОНСУЛТОВАЊЕ СА СПЕЦИЈАЛИСТОМ. Искључите историју маничне епизоде(е) и реакцију на недавни велики губитак. Да ли постоје неки други истовремени МНС услови? Не заборавите да процените поремећаје услед употребе супстанци. За децу са заостајањем у развоју/поремећајима, не заборавите да процените епилепсију.

Питајте дете/адолесцента директно о овим изложеностима када је то развојно прикладно и безбедно (нпр. не у присуству старатеља који је можда починио злостављање). Адолесцентима увек треба понудити прилику да буду виђени сами, без присуства старатеља.

ПРОЦЕНИТЕ ПОРОДИЧНО ОКРУЖЕЊЕ

Да ли су емоционални, бихејвиорални или развојни проблеми реакција или погоршани узнемирујућом или застрашујућом ситуацијом?

Оцените за: Клиничке карактеристике или било који елемент у клиничкој историји који сугерише малтретирање или изложеност насиљу. Сви недавни или текући јаки стресори (нпр. болест или смрт члана породице, тешке животне и финансијске

околности, малтретирање или повреда).

15. ТРЕТИРАЊЕ ПСИХОЗЕ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА

Кључне поруке за особу и њене старатеље:

- Објасните да су симптоми последица менталног здравља, да се психозе и биполарни поремећаји могу лечити и да се особа може опоравити. Разјасните уобичајене заблуде о психози и биполарном поремећају.
- Немојте кривити особу или њену породицу или их оптуживати да су узрок симптома. Едукујте особу и породицу да особа треба да узима прописане лекове и редовно се враћа на контроле.
- Објасните да су повратак и/или погоршање симптома уобичајени и да је важно да их препознате рано и посети здравствену установу што је пре могуће.
- Планирајте редован радни или школски распоред који избегава недостатак сна и стрес и за особу и за старатеље. Подстакните особу да затражи савет о важним одлукама, посебно онима које укључују новац или велике обавезе.
- Изградите однос са особом. Узајамно поверење између особе и стручног лица је кључно да би се обезбедило придржавање лечења и постигли дугорочни резултати.
- Препоручите избегавање алкохола, канабиса или других лекова без рецепта, јер они могу погоршати психотичне или биполарне симптоме.
- Саветујте их о одржавању здравог начина живота, нпр. уравнотеженој исхрани, редовној физичкој активности, редовном сну, доброј личној хигијени и избегавању стресора. Стрес може погоршати психотичне симптоме.
- Напомена: Промене животног стила треба наставити колико год је потребно, потенцијално на неодређено време. Ове промене треба планирати и развијати ради одрживости.
- Координирајте са доступним здравственим и друштвеним ресурсима како бисте обезбедили услове за задовољење потреба породице у пружању подршке физичком, социјалном и менталном здравље.
- Идентификујте претходне друштвене активности особе које би, ако се поново покрену, имале потенцијал да пруже директну или индиректну психолошку и социјалну подршку, нпр. Породична окупљања, изласци са пријатељима, посете комшијама, друштвене активности на радним местима, спорт и друштвене активности. Охрабрите особу да настави са овим друштвеним активностима и посаветујте чланове породице о томе.
- Охрабрите особу и старатеље да побољшају системе социјалне подршке.

Општи савети за старатеље:

- Не покушавајте да убедите особу да су њена веровања или искуства лажна или да нису стварна!

- Покушајте да будете неутрални и подржавајући, чак и када особа показује необично понашање.
- Избегавајте сталну или оштру критику или непријатељство према особи са психозом. Дајте особи слободу кретања. Избегавајте спутавање особе, истовремено осигуравајући да је задовољена њена основна сигурност и сигурност других.
- Генерално, боље је да особа живи са члановима породице или заједнице у окружењу подршке ван болничког окружења. Треба избегавати дуготрајну хоспитализацију.

МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ И ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

Овај део приручника обухвата процену и управљање развојним поремећајима, поремећајима понашања и емоционалним поремећајима код деце и адолесцената.

РАЗВОЈНИ ПОРЕМЕЋАЈ је кровни појам који покрива поремећаје као што су интелектуални инвалидитет, као и поремећаји из спектра аутизма. Ови поремећаји обично имају почетак у детињству, оштећење или одлагање функција повезаних са сазревањем централног нервног система и сталан ток, а не ремисије и рецидиве који карактеришу многе друге менталне поремећаје.

ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА су кровни термин који укључује специфичне поремећаје као што су поремећај пажње и хиперактивност (АДХД) и поремећаји понашања. Симптоми понашања различитог степена озбиљности су веома чести у општој популацији. Само деци и адолесцентима са умереним до тешким степеном психичких, социјалних, образовних или професионалних оштећења у више аспеката функционисања треба дијагностиковати поремећаје понашања.

ЕМОЦИОНАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ су међу водећим узроцима глобалне заступљености болести код младих људи повезаних са менталним здрављем. Емоционалне поремећаје карактерише повећан ниво анксиозности, депресије, страха и соматских симптома. Деца и адолесценти често имају симптоме више од једног стања, а понекад се симптоми преклапају. Квалитет породичног и друштвеног образовног окружења утиче на добробит и функционисање деце и адолесцената. Препознавање и суочавање са психосоцијалним стресорима, заједно са могућностима за активирање подршке, кључни су елементи плана процене и управљања.

ПРОЦЕНА се заснива на следећим корацима:

- Процена проблема са развојем
- Процените проблеме са пажњом, концентрацијом или прекомерном активношћу
- Процените проблеме са емоцијама. Ако је пацијент адолесцент, процените да ли постоји умерена до тешка депресија
- Процените да ли постоји више пута у прошлости пацијента испољено пркосно, непослушно и агресивно понашање
- Проценити присуство других приоритетних МНС стања
- Процените кућно окружење
- Процените школско окружење

Карактеристике поремећаја развоја, поремећаја у понашању и емоционалних поремећаја:

Одојчад и деца – Лоше храњење, неуспех у развоју, лош моторички тонус

Деца (старост до 5 година) кашњење у испуњавању очекиваних развојних прекретница за одговарајући узраст (нпр. осмех, седење, интеракција са другима, дељење пажње, шетња, разговор и тоалет обука)

Средње детињство – кашњење у читању и писању

(6-12 година) – Кашњење у бризи о себи као што је облачење, купање, прање зуба

Адолесценти – Лош школски успех

(13-18 година) – Потешкоће у разумевању инструкција и потешкоће у друштвеној интеракцији и прилагођавању променама

Од 4-18 година

– Претерана активност: прекомерно трчање около, екстремне потешкоће да остане седећи, претерано причање или немирно кретање

– Претерана непажња, расејаност, стално заустављање задатака пре завршетка и прелазак на друге активности

– Претерана импулсивност: често раде ствари без предумишљаја

– Понављано и континуирано понашање које узнемирава друге (нпр. неуобичајено чести и озбиљни напади беса, окрутно понашање, упорна и тешка непослушност, крађа)

– Нагле промене у понашању или односима са вршњацима, укључујући повлачење и бес

– Претерано плакање, лепљење за старатеље, смрзавање (држање тела веома мирно и ћутање) и/или напади беса

– Екстремна стидљивост или промене у функционисању (нпр. Умокравање изнова или запрљање или сисање палца)

– Смањење покретања игре и друштвене интеракције

– Потешкоће са спавањем и исхраном

– Понављајући, необјашњиви физички симптоми (нпр. бол у стомаку, главобоља, мучнина)

– Нерад или одбијање да се школује

– Проблеми са расположењем, анксиозношћу или забринутошћу (нпр. раздражљиво, лако изнервирано, фрустрирано или депресивно расположење, екстремне или брзе и неочекиване промене расположења, емоционални изливи), прекомерна узнемиреност

– Промене у функционисању (нпр. потешкоће са концентрацијом, лош успех у школи, често жеља да буде сам или сама или да остане код куће)

Сви узрасти – Узимају се у обзир потешкоће у обављању свакодневних активности –

Претерани страх, анксиозност или избегавање одређених активности и обавеза нормалних за старост особе; потешкоће у разумевању ситуација или објеката (нпр. тешко одвајање од старатеља) несхватање упутства; потешкоће у друштвеним интеракцијама и прилагођавању друштвених ситуација, прекомеран страх од одређених животиња или инсеката, висине, слаба адаптација на промене; потешкоће или необичности у комуникацији; страх од затвореног простора, погледа на крв или повреде). Затим рестриктивни/понављајући обрасци понашања, интересовања – Промене у навикама спавања, исхране и активностима. Смањено интересовање или учешће у активностима, опозиционо понашање или понашање које тражи пажњу.

Дете/адолесцент који се прегледа због физичких тегоба или систематске опште здравствене процене а који има:

- Било која од типичних притужби на емоционалне, бихејвиоралне или развојне поремећаје горепоменуће
- Факторе ризика као што су неухрањеност, злостављање и/или занемаривање, честе болести, хроничне болести (нпр. ХИВ/АИДС или историја тешког порођаја)

Старатељ који брине о детету/адолесценту извештава о томе да постоје:

- Потешкоће у одржавању корака са вршњацима или обављању свакодневних активности које се сматрају нормалним за узраст
- Потешкоће у понашању (нпр. превише активно, агресивно понашање, има честе и/или тешке нападе беса, превише жели да буде сам, одбија да обавља редовне активности или иде у школу)

Наставник забринут за дете/адолесцента извештава да:

- на пример, дете се лако деконцентрише, омета на часу, често упада у невоље, тешко испуњава и комплетира школски рад и задатке

Радник здравствених или социјалних служби у заједници забринут за дете/адолесцент тврдећи да:

- на пример дете испољава понашање које крши правила или закон, физичка агресија присутна код куће или у заједници.

ПРОЦЕНА ПОРЕМЕЋАЈА У РАЗВОЈУ

- Процените све домене – моторичке, когнитивне, социјалне, комуникационе и адаптивне.
- Проверити да ли је дете имало потешкоћа током година одрастања, има ли потешкоћа сада у школи (учење, читање и др.), комуницирању и интеракција са својом околином, испољавању емоција, сналажењу у новим ситуацијама и изазовима, капацитетима за бригу о себи и свакодневне кућне активности у складу са узрастом.

КЛИНИЧКИ САВЕТ

- » Адолесцентима увек треба понудити прилику да буду виђени сами, без присуства старатеља.
- » Појасните поверљиву природу дискусије.
- » Наведите у којим околностима ће родитељи или друге одрасле особе добити информације.
- » Истражите поднесену притужбу са дететом/адолесцентом и старатељем.

Процените дете на оштећење вида и/или слуха:

- Погледајте своје очи – Окрените главу да видите некога иза њих када говори

- Пратите покретни предмет главом и очима – Покажите реакцију на гласну буку
- Зграби предмет – Изговарај много различитих звукова (тата, деда, баба), ако је беба
- Препознајте познате људе

ПРОЦЕНИ ПРОБЛЕМЕ СА ПАЖЊОМ ИЛИ ХИПЕРАКТИВНОШЋУ

Да ли је дете/адолесцент:

- Превише активан? – Лако се омета, има потешкоћа у извршавању задатака?
- Креће се немирно?
- Не можете дуго да останете мирно?
- Да ли су симптоми упорни, тешки и да ли изазивају значајне потешкоће у свакодневном функционисању?
- Да ли је СВЕ следеће тачно?
 - Да ли су симптоми присутни у више социјалних окружења?
 - Да ли су трајале најмање 6 месеци?
 - Да ли су неприкладни за развојни ниво детета/адолесцента?
 - Да ли постоје знатне потешкоће у свакодневном функционисању у личним, породичним, друштвеним, образовним, професионалним или другим областима?

Искључите физичка стања која могу да личе на АДХД.

Да ли дете/адолесцент има нешто од следећег:

- Болести штитне жлезде
 - Акутне или хроничне заразне болести, укључујући ХИВ/АИДС
 - Неконтролисани бол, нпр. од инфекције уха, болести српастих ћелија
- На првом месту ако је то случај, третирајте физичко стање!

ОТЕЖАН РАЗВОЈ/КАШЊЕЊЕ/ПОРЕМЕЋАЈ

Да ли постоје знаци/симптоми који указују на било шта од следећег:

- Недостатак у исхрани, укључујући недостатак јода – Акутна или хронична заразна болест, укључујући ухо
- Инфекција анемије и ХИВ/АИДС
- Неухрањеност

ПРОЦЕНА ПОРЕМЕЦЋАЈА ПОНАШАЊА

Да ли дете/адолесцент стално показује агресивно, непослушно или пркосно понашање, на пример:

- Свађање са одраслима – Провокативно понашање
- Пркоси или одбија да се повинују њиховим захтевима или правилима
- Прекомерни нивои туче или малтретирања
- Екстремна раздражљивост/бес
- Окрутност према животињама или људима
- Чести и јаки напади бијеса
- Тешка деструктивност имовине, подметање ватре

– Потешкоће у слагању са другима – Крађа, поновљено лагање, изостанак из школе, бежање од куће

ИЗАЗОВНО ПОНАШАЊЕ КОД ДЕЦЕ/АДОЛЕСЦЕНАТА

Малишани – одбијају да раде оно што им се каже, крше правила, свађају се, кукају, мала деца претерују, говоре ствари које нису истините, поричу да су урадила било шта лоше

Старост од 18 месеци - кратки напади беса, емоционални изливи са плачем, вриском, ударањем итд. обично траје мање од 5 минута и не дуже од 25 минута, јављају се мање од 3 пута недељно. Развојно типични тантруми не доводе до самоповређивања или честе физичке агресије према другима, и дете обично може да се смири после тога.

5 година – бити физички агресиван и кривити друге за своје лоше понашање.

Средње детињство – Избегавање или одлагање у праћењу упутстава, приговарање или свађа (6-12 година) према одраслима или другој деци, повремено губе живце.

Адолесценти – Тестирање правила и ограничења, говорећи да су правила и ограничења неправедна или непотребна, (13-18 година) повремено непристојан, презиран, свађалан или пркосан према одраслима.

Да ли су симптоми упорни, тешки и неприкладни за ниво развоја детета/адолесцената:

– Симптоми су присутни у различитим окружењима (нпр. код куће, у школи и у другим друштвеним окружењима).

– Симптоми су присутни најмање 6 месеци.

– Теже од обичне детиње несташлуке или адолесцентске бунтовности.

– Да ли постоје знатне потешкоће у свакодневном функционисању у личним, породичним, друштвеним, образовним, професионалним или другим областима?

ПРОЦЕНА ЕМОЦИОНАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

(продужени, онемогућавајући стрес који укључује тугу, страх, анксиозност или раздражљивост)

Питајте дете/адолесцента следећа питања:

– Да ли се често осећаш раздражљиво, лако изнервирано, разочарано или тужно?

– Да ли си изгубио или изгубила интересовање или уживање у активностима?

– Имаш ли много брига или често делујеш забринуто?

– Имаш ли много страхова или се лако уплашиш?

– Често се жалиш на главобољу, болове у стомаку или мучнину?

– Да ли си често несрећан, потиштен или плачљив?

– Избегаваш ли или не волиш одређене ситуације (нпр. одвајање од родитеља, упознавање нових људи или затворени простор)?

СТРАХОВИ ОДГОВАРАЈУЋИ СТАРОСТИ И АНКСИОЗНОСТ КОД ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА

Бебе и мала деца – Страх од странаца, тешкоће приликом раздвајања од родитеља (старост 9 месеци – 2 године)

Мала деца – Страх од олује, ватре, воде, мрака, ноћне море и животиње

(2-5 година)

Средње детињство – Страх од чудовишта, духова, клица, природних катастрофа, физичке болести и тешке повреде, (6-12 година) Анксиозност због школе или наступа пред другима

Адолесценти – Страх од одбијања од стране вршњака, наступ пред другима, физичка болест, медицинска процедуре, катастрофе (нпр. рат, терор напад, природне катастрофе)

(13-18 година)

Размотрити има ли значајних потешкоћа са свакодневним функционисањем у личном, породичном, друштвеном, образовном, професионалном или другом контексту и областима?

ЕМОЦИОНАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈ

Искључите физичка стања која могу личити или погоршати емоционалне поремећаје.

Да ли постоје неки знаци/симптоми који указују на:

– Болести штитне жлезде – Гојазност – Нежељени ефекти лекова

– Инфективне болести, укључујући ХИВ/АИДС – Неухрањеност (нпр. од кортикостероида или – анемија – астма инхалациони лекови за астму)

Прво се бавите физичким стањем детета у том случају.

ПРОЦЕНА МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА И ПОНАШАЊА ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНТА

Код адолесцената процените да ли постоји умерена до тешка депресија. Да ли адолесцент има проблема са расположењем (често се осећа раздражљиво, потиштено или тужно) или је изгубио интересовање или уживање у уобичајеним активностима? Да ли је адолесцент имао неколико од следећих додатних симптома већину дана у последње 2 недеље?

– Поремећен сан или превише спавања

– Умор или губитак енергије

– Причање или кретање спорије него обично

– Значајне промене у апетиту или тежини

– Смањена концентрација

– Безнађе (смањење или повећање)

– Неодлучност

– Суицидалне мисли или радње

– Веровање о безвредности или претераној кривици

– Уочљива узнемиреност или физички немир

– Има ли значајних потешкоћа са свакодневним функционисањем у личном, породичном, друштвеном, образовном, професионалном или другим значајним области?

КАРАКТЕРИСТИКЕ УПОЗОРЕЊА ЗЛОСТАВЉАЊА ДЕЦЕ КЛИНИЧКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Физичко злостављање

- Повреде (нпр. модрице, опекотине, трагови дављења или трагови од каиша, бича, прекидача или другог предмета)
- Свака озбиљна или необична повреда без објашњења или са неодговарајућим објашњењем

Сексуално злостављање

- Гениталне или аналне повреде или симптоми који су медицински необјашњиви
- Полно преносиве инфекције или трудноћа
- Сексуализовано понашање (нпр. индикација сексуалног знања неприкладног узраста)

Занемаривање

- Претерано прљава, неприкладна одећа
- Знаци потхрањености, веома лоше здравље зуба

Емоционално злостављање и сви други облици малтретирања јесте свака изненадна или значајна промена у понашању или емоционалном стању детета/адолесцента која није боље објашњена другим узроком.

СМЕРНИЦЕ

- Обратите се службама за заштиту деце ако је потребно
- Истражите и управљајте стресорима
- Обезбедите безбедност детета/адолесцената као први приоритет
- Уверите дете/адолесцента да сва деца/адолесценти морају бити заштићени од злостављања
- Обезбедите информације о томе где да потражите помоћ у случају било каквог злостављања
- Организујте додатну подршку укључујући упућивање специјалисти
- Контактирајте правне ресурсе и ресурсе заједнице, према потреби и према налогу
- Размислите о додатним психосоцијалним интервенцијама
- Осигурајте одговарајуће праћење како би се стекао увид у клиничку слику посебно узимајући у обзир следеће индикаторе и симптоме:
 - Неуобичајен страх или тешка узнемиреност (нпр. неутешни плач)
 - Самоповређивање или социјално повлачење
 - Агресија или бежање од куће
 - Неселективно тражење наклоности од одраслих
 - Развој нових понашања умокравања и запрљања, сисање палца

АСПЕКТИ ИНТЕРАКЦИЈЕ СА СТАРАТЕЉИМА ДЕТЕТА/АДОЛЕСЦЕНТА

- Упорно неодговарајуће понашање, посебно према одојчету (нпр. не пружа утеху или негу када дете/адолесцент је уплашен, повређен или болестан.
- Непријатељско или одбијајуће понашање
- Коришћење неприкладних претњи (нпр. да напусти дете/ адолесцент) или оштре методе дисциплиновања
- Да ли старатељи имају било какво приоритетно стање МНС-а које би могло утицати на његово вршење родитељске функције, нпр. депресивни поремећај, проценити темељно њихову способност да брину о детету/адолесценту. Размотрите посебно депресију и поремећаје услед употребе супстанци као и сметње у развоју у њихове деце/адолесцената.
- Процените и управљајте односом са старатељом, пружити им подршку
- Да ли дете добија адекватне могућности за игру и друштвена интеракција/комуникација код куће?

Размислите о томе да питате:

-Са ким дете проводи највише времена?

-Како се ви/они играте са дететом? Колико често?

-Како ви/они комуницирате са дететом? Колико често?

-Дајте савет о стимулацији која одговара узрасту и родитељство

-Погледајте Брига о детету

http://www.vho.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_razvoj/en/

-Размотрите потребу за додатном подршком за дете укључујући упућивање на службе за заштиту деце где је доступно.

ПРОЦЕНА ШКОЛСКОГ ОКРУЖЕЊА

- Да ли је дете/адолесцент редован у школи?
- Питајте дете/адолесценте директно о овим изложеностима када је развојно прикладно и безбедно да то урадите.
- Обезбедите информације у вези са образовним условима и едуковати старатеља о важности задржавања детета/адолесцента у школи што је више могуће.

Питања за дете/адолесцент:

- Да ли сте били малтретирани, подвргнути подсмеху или отворено исмевани?
- Нисте у могућности да учествујете и учите?
- Не желите/одбијате да похађате школу?
-

Након добијања сагласности, успоставите везу са наставницима и осталим особљем школе. Ако је било одсуства из школе, покушајте да помогнете детету/адолесценту да се врати у школу што је пре могуће и истражите разлоге за одсуство.

Кашњење у развоју/поремећаји у понашању

- Хиперактивност дефицита пажње поремећај (АДХД)
- Обезбедити смернице о добробити деце/адолесцената
- Пружити психоедукацију особи и старатељима и савете о родитељству. Дајте упутства о развојним поремећајима.
- Пружање подршке родитељима
- Повежите се са наставницима и другим школским особљем
- Повежите се са другим доступним ресурсима у заједници као што је рехабилитација у заједници.
- Понудите обуку о вештинама за родитеље, када је доступна
- Децу са сметњама у развоју упутити специјалисти ради даље процене, савета о плану управљања третманом и планирању учешћа породице у третману
- Осигурајте одговарајуће праћење свака три месеца или више, ако је потребно
- НЕМОЈТЕ нудити фармаколошки третман
- Обезбедити смернице о добробити деце/адолесцената
- Дајте смернице за побољшање понашања
- Препознати и управљати стресорима, смањити стрес и ојачати социјалну подршку.
- Повежите се са наставницима и другим школским особљем
- Повежите се са другим доступним ресурсима у заједници
- Размотрите интервенције у понашању када су доступне

Ако су горе поменути третмани били неуспешни и дете/адолесцент има дијагнозу АДХД-а, а има најмање 6 година, обратите се специјалисти за лечење метилфенидатом. Осигурајте одговарајуће праћење свака три месеца или више, ако је потребно. НЕ сматрајте фармаколошки третман третманом прве линије. НЕМОЈТЕ прописивати фармаколошки третман деци млађој од 12 година. Обезбедити смернице о добробити деце/адолесцената. Пружити психоедукацију особи и старатељима

ПСИХОСОЦИЈАЛНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Смернице за побољшање понашања могу се дати свим старатељима који имају потешкоћа са понашањем свог детета/адолесцената чак и ако се не сумња на поремећај понашања. Такође, може се дати свој деци, адолесцентима и старатељима чак и ако се сумња на поремећај.

ОХРАБРИТЕ СТАРАТЕЉА ДА:

- Проводи време са својим дететом у забавним активностима. Играјте се и комуницирајте са својим
- Слушајте дете/адоlescента и покажите разумевање и поштовање. Заштитите их од било ког облика малтретирања, укључујући малтретирање и изложеност насиљу у кући, школи и заједници.
- Предвидите велике животне промене (као што су пубертет, полазак у школу или рођење брата или сестре) и пружите подршку.

ПОДСТИЦАТИ И ПОМОЋИ ДЕТЕТУ/АДОЛЕСЦЕНТУ ДА:

- Наспава се. Промовише редовну рутину одласка у кревет и уклони ТВ или друге електронске уређаје са екранима из спаваће собе.
- Једе редовно. Сва деца/адоlescенти имају потребу за три obroка узимајући у обзир специфичне потребе ако их има (доручак, поподне и вече) и неколико ужина сваког дана.
- Будите физички активни. Ако су у могућности, деца и адоlescенти од 5 до 17 година треба да вежбају 60 минута или више сваког дана. Физичка активност може да буде упражњавана сваки дан и кроз уобичајене дневне, кућне активности, игру или спорт.
- Као дететов старатељ ви сами учествујте у школи, заједници и другим друштвеним активностима што је више могуће. Проведите време са пријатељима и породицом од поверења. Избегавајте употребу дрога, алкохола и никотина.

ПСИХОЕДУКАЦИЈА ОСОБА И СТАРАТЕЉА И САВЕТИ О РОДИТЕЉСТВУ

- Објасните кашњење у развоју или конкретну развојну потешкоћу детета старатељу и детету/адоlescенту по потреби и помозите им да идентификују своје снаге и ресурсе.
- Похвалите родитеља и дете/адоlescенте за њихов труд.
- Објасните старатељу да родитељство детета/адоlescента са емоционалним, бихејвиоралним или развојним заостајањем или поремећајем може бити успешно, али и веома изазовно.
- Објасните да особе са менталним поремећајима не треба кривити да имају поремећај.
- Подстакните старатеље да буду љубазни, подржавају дете и покажу љубав и наклоност.
- Промовисати и штитити људска права личности и породице и водити рачуна о очувању људских права и достојанства.
- Помозите родитељима у томе да имају реална очекивања и подстакните их да контактирају друге родитеље деце/адоlescената са сличним условима за међусобну подршку (никако не поређење).

ОХРАБРИТЕ СТАРАТЕЉА У ТОМЕ ДА:

- Поклони пажњу са љубављу, укључујући игру са дететом сваки дан.
- Дајте прилику адолесцентима да разговарају са вама.
- Будите доследни у томе шта је вашем детету/адолесценту дозвољено, а шта није дозвољено да ради.
- Дајте јасна, једноставна и кратка упутства о томе шта дете треба, а шта не треба да ради.
- Дајте детету/адолесценту једноставне свакодневне задатке у домаћинству који одговарају њиховом нивоу способности и похвалите их одмах након што ураде задатак.
- Похвалите или наградите дете/адолесцента када приметите добро понашање и не дајте никакву награду када је понашање проблематично.
- Пронађите начине да избегнете тешке сукобе или предвидиве тешке ситуације.
- Одговарајте само на најважније проблематично понашање и учините казну благом (нпр. ускраћивање награда и забавних активности) и ретком у поређењу са количином похвале.
- Одложите разговоре са дететом/адолесцентом док се не смирите. Избегавајте да користите критику, викање и прозивање.
- НЕ користите претње или физичко кажњавање и никада физички не злостављајте дете/адолесцента. Физичко кажњавање може нашкодити односу детета и старатеља; не функционише тако добро као друге методе и може погоршати проблеме у понашању.
- Подстицати игру прилагођену узрасту (нпр. спорт, цртање или други хоби) за адолесценте и понудити подршку која одговара узрасту на практичан начин (нпр. домаћим задатком или другим животним вештинама).

ПСИХОЕДУКАЦИЈА ЗА ЗАОСТАЈАЊЕ У РАЗВОЈУ/ПОРЕМЕЋАЈ

ОХРАБРИТЕ СТАРАТЕЉА У ТОМЕ ДА:

- Уочи које су предности и слабости детета и како најбоље учи, шта је стресно за дете и шта га чини срећним, и шта узрокује проблематично понашање и шта га спречава.
- Научите како дете комуницира и реагује (користећи речи, гестове, невербално изражавање и понашање).
- Помозите детету да се развија тако што ћете се са њим/њом бавити свакодневним активностима и игром.
- Деца најбоље уче током активности које су забавне и позитивне. Укључите их у свакодневни живот, почевши од једноставних задатака, један по један. Сложене активности поделите на једноставне кораке како би дете могло да учи и да буде награђено корак по корак.
- Направите предвидљиве дневне рутине тако што ћете планирати редовно време за јело, игру, учење и спавање.

- Нека њихово окружење буде стимулативно: избегавајте да остављате дете само сатима без некога са ким би разговарали и ограничите време проведено гледајући ТВ и играјући електронске игрице.
- Држите их у школском окружењу што је дуже могуће, похађајући редовно школу, чак и само пола радног времена уколико је то могуће с обзиром на проблем који има дете.
- Користите уравнотежену дисциплину. Када дете/адолесцент учини нешто добро, понудите награду. Одвратите дете/адолесцента од ствари које не би требало да раде.
- НЕ користите претње или физичке казне када је понашање проблематично.

- Едукујте старатеља о разлозима зашто би било добро да избегава институционализацију.
- Промовисати и олакшати приступ здравственим информацијама и услугама.
- Промовисати отворен и позитиван приступ према школовању и другим облицима образовања.
- Промовисати позитиван приступ различитим дечијим занимањима прилађеним узрасту.
- Промовисати учешће у животу породице и заједнице.

ПСИХОЕДУКАЦИЈА ЗА ЕМОЦИОНАЛНЕ ПРОБЛЕМЕ/ПОРЕМЕЋАЈА УКЉУЧУЈУЋИ И ДЕПРЕСИЈУ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА

- Позабавите се прво решавањем и отклањањем било које акутно стресне ситуације у породичном окружењу као што је неслога родитеља или ментални поремећај родитеља.
- Уз помоћ наставника истражити могуће неповољне околности у школском окружењу.
- Обезбедите прилике за квалитетно време са родитељем и породицом.
- Охрабрите и помозите детету/адолесценту да настави (или поново започне) пријатне и друштвене активности.
- Охрабрите дете/адолесцента на редовну физичку активност, постепено повећавајући трајање сесија.
- Размислите о обучавању детета/адолесцента и родитеља вежбама дисања, прогресивног опуштања мишића и другим еквивалентним вештинама и техникама.
- Направите предвидљиве рутине ујутру и пре спавања. Промовишите редовне навике спавања.
- Распоредите дан са редовним временом за јело, игру, учење и спавање.

ЗА ПРЕТЕРАНЕ И НЕРЕАЛНЕ СТРАХОВЕ:

- Похвалите дете/адолесцента или дајте мале награде када испробају нове ствари или се понашају храбро.

- Помозите детету да се суочи са тешком ситуацијом корак по корак (нпр. ако се дете интензивно плаши одвајања од родитеља, помозите детету да постепено повећава време које се игра само док је родитељ негде у близини).
- Валидирајте и уважите дететова осећања и бриге и охрабрите га да се суочи са својим страховима.
- Помозите детету/адолесценту да направи план који ће им помоћи да се избори у случају да дође до ситуације онеспособљавајуће услед страха.
- Објасните да су емоционални поремећаји чести и да се могу догодити свакоме. Појава емоционалних поремећаја не значи да је особа слаба или лења.
- Емоционални поремећаји могу изазвати неоправдане мисли о безнађу и безвредности.
- Објасните да ће се ови доживљају вероватно побољшати када се емоционални поремећаји побољшају.
- Обавестите особу да услед појаве мисли о самоповређивању или самоубиству, треба да каже особи од поверења и да се одмах обрати за стручну помоћ.
- Особе са развојним поремећајима често могу имати повезане проблеме у понашању које је тешко родитељима да уоче.
- Погледајте упутства за побољшање понашања.
- Промовишите и штитите људска права личности и породице и будите опрезни у погледу очувања људских права и достојанства.

ПОДРШКА СТАРАТЕЉУ

- Процените психосоцијални утицај поремећаја детета/адолесцената на старатеље и понудите подршку за њихове личне, друштвене и потребе менталног здравља.
- Промовисати неопходну подршку и ресурсе за њихов породични живот, запошљавање, друштвене активности и здравље.
- Организујте негу на предах (поуздани неговатељи који краткорочно преузимају бригу) да бисте дали паузу примарним старатељима, посебно ако дете има поремећај у развоју.
- Подржите породицу да се носи са друштвеним и породичним проблемима и помогне у решавању проблема.
- Повезивање са наставницима и другим школским особљем. Након што добијете сагласност од детета/адолесцента и старатеља, контактирајте наставника детета/адолесцента и дајте савет/направите план како да подржите дете у учењу и учешћу у школским активностима.
- Објасните да ментални поремећај детета/адолесцента утиче на њихово учење/понашање/друштвено функционисање и да постоје ствари које наставник може да уради да помогне.
- Питајте о свим стресним ситуацијама које могу имати негативан утицај на дететово емоционално благостање и учење. Ако је дете подвргнуто малтретирању, посаветујте наставника о одговарајућим акцијама да то спречи.
- Истражите стратегије које ће помоћи да се дете укључи у школске активности и олакша учење, инклузију и учешће.

Једноставни савети:

- Омогућите детету/адолесценту да искористи своје вештине и снаге.
- Замолите ученика да седне испред разреда.
- Дајте ученику додатно време да разуме и заврши задатке.
- Поделите дугачке задатке на мање делове и додељујте му један по један део.
- Обезбедите додатну похвалу за труд и награде за достигнућа.
- НЕ користите претње или физичке казне или претерану критику.
- За ученике са значајним потешкоћама у учионици, ангажујте волонтера да дође на час да пружи пажњу један на један или упарите ученика са вршњаком који вам може пружити подршку или помоћи у учењу.
- Ако је дете/адолесцент био ван школе, помозите им да се врате што је пре могуће тако што ћете направити распоред реинтеграције који се постепено повећава. У периоду реинтеграције студент треба да буде ослобођен тестова и испита.

СЗО је развила пакет обуке за родитељске вештине за старатеље деце са заостајањем у развоју/поремећајима и доступан је на захтев.

ПРОЦЕНА ПОБОЉШАЊА

Да ли се особа побољшава?

Поново процените и пратите симптоме детета/адолесцената, понашање и функционисање при свакој посети.

- » Ако је у процени идентификовано излагање једној или више врста злостављања, процените сталну изложеност и ризике за дете/адолесцента.
- » Наставите са планом лечења и праћењем док симптоми не престану или се не повуку.
- » Пружити додатну психоедукацију и савете о родитељству.
- » Ако узимате лекове, размислите о постепеном смањењу дозе лека у консултацији са специјалистом.
- » Ако не узимате лекове, смањите учесталост праћења када се симптоми повуку и дете/адолесцент буде у стању да се добро понаша у свакодневном животу.
- » Пружити додатну психоедукацију и савете о родитељству, по потреби.
- » Прегледати психосоцијалне интервенције и по потреби ревидирати план управљања третманом.
- » Понудите редовно праћење.

Ако НЕМА побољшања симптома и/или функционисања за 6 месеци:

- » Обезбедити додатне интервенције ако су доступне.
- » Повећајте учесталост накнадних посета по потреби.
- » ОБРАТИТЕ СЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ, ако постоји, за даљу процену и управљање проблемом.

ПОРЕМЕЋАЈИ РАЗВОЈА ЕМОЦИОНАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ

Ако нема побољшања, већ напротив евидентно је даље погоршање, предвиђа се опасност за дете, или је нарушено физичко здравље (као што су проблеми у исхрани), ОБРАТИТЕ СЕ СПЕЦИЈАЛИСТУ за даљу процену и савете о плану лечења и даље процене. НЕ разматрајте фармаколошки третман.

Ако нема побољшања, а дете има најмање 6 година и учествује на психосоцијалном лечењу најмање 6 месеци:

» Обратите се или консултујте СПЕЦИЈАЛИСТУ за употребу метилфенидата.

ДЕПРЕСИЈА

Ако нема побољшања, а адолесцент има 12 година или више и прима психосоцијални третман најмање 6 месеци

» Обратите се или консултујте СПЕЦИЈАЛИСТУ за флуоксетин (али не и друге ССРИ или ТЦА).

» За адолесценте планирајте да видите адолесцент одвојено од њихових родитеља/старатеља за део праћења посета. Појасните поверљиву природу разговора о здравственој заштити, укључујући навођење под којим све околностима ће родитељи или други одрасли добити увид у дате информације.

ПОРЕМЕЋАЈ ПОНАШАЊА

Ако нема побољшања или су и даље присутне одређене опасности за адолесцента

» ОБРАТИТЕ СЕ СПЕЦИЈАЛИСТУ за даљу процену и савет у планирању третмана. НЕ разматрајте фармаколошки третман.

СПРОВОДИТЕ РУТИНСКЕ ПРОЦЕНЕ

» За децу млађу од 5 година пратите развој детета.

» Процените да ли постоји било који нови проблем или симптом који се односи на расположење, понашање или развој/учење. За адолесценте, процените да ли постоји погоршање расположења (раздражљиво, лако изнервирано или фрустрирано, потиштено или тужно) или самоубилачке мисли.

» Истражите и позабавите се психосоцијалним стресорима у кући, школи или радном окружењу, укључујући изложеност насиљу или другим облицима малтретирања.

» Процените могућности да дете/адолесцент учествује у породичном и друштвеном животу.

» Процените потребе и подршку старатеља која је доступна породици.

» Пратити похађање школе.

» Прегледати план управљања лечењем и пратити придржавање психосоцијалних интервенција.

» Ако узимате лекове, прегледајте придржавање лека, нежељене ефекте и дозирање.

ИНТЕРВЕНЦИЈЕ КОД ПОРЕМЕЋАЈА УЗРОКОВАНИМ УПОТРЕБОМ СУПСТАНЦИ

Поремећаји узроковани употребом супстанци често се могу ефикасно лечити, а људи могу и постају бољи. Разговор о употреби супстанци код многих људи може изазвати осећај срамоте или стида. Увек користите приступ без осуђивања када разговарате са људима о употреби супстанци. Када се људи осећају осуђеним, можда ће бити мање отворени за разговор са вама. Покушајте да не изразите изненађење било каквим датим одговорима. Са сигурношћу реците да је могуће зауставити или смањити опасну или штетну употребу алкохола и охрабрите особу да се врати ако жели даље да разговара о овом питању. Већа је вероватноћа да ће особа успети да смањи или заустави употребу супстанци ако је сама донела ту одлуку.

Мотивационо интервјуисање (Кратка интервенција)

Кратке интервенције које користе мотивационо интервјуисање су приступ у вођењу конверзација о употреби супстанци на начин који је без осуђивања. Подстиче особу да размисли о сопственом избору употребе супстанци. Може се користити као део врло кратког сусрета за умањење ризика или употребе штетних супстанци. Такође се може користити као део дуже дискусије која се одвија током неколико сесија које се баве зависним обрасцима употребе супстанци; ово се назива терапија мотивационог побољшања.

Кроз дискусију је важно укључити све делове процеса: изражавање емпатије и изградњу атмосфере поверења, истовремено указивање на контрадикције у њиховом наративу и оспоравање лажних уверења. Избегавајте свађу са особом. Требало би да осећају да је практичар ту да их подржи, а не да их критикује. Ако особа није у стању да се посвети окончању свог штетног обрасца употребе супстанци у овом тренутку, разговарајте о томе зашто је то случај, уместо да терате особу да каже оно што мисли да се очекује.

Технике за детаљније дискусије:

1. Обезбедите персонализоване повратне информације особи о ризицима повезаним са њиховим обрасцем употребе супстанци, без обзира на то да ли имају образац ШТЕТНЕ УПОТРЕБЕ или ЗАВИСНОСТИ, као и специфичне штете коју могу да доживе или проузрокују другима.
2. Охрабрите особу да преузме одговорност за своје изборе употребе супстанци и избор да ли ће тражити помоћ за своју употребу супстанци или не. Урадите то тако што ћете их питати колико су ОНИ забринути због употребе супстанци.
3. Питајте особу о разлозима за њихову употребу супстанци, укључујући као одговор на друга питања као што су проблеми менталног здравља или специфични стресори, и уочене користи које имају од употребе супстанци, чак и ако само краткорочно.
4. Питајте о њиховој перцепцији и позитивних и негативних последица употребе супстанци и, ако је потребно, оспорите свако прецењивање користи и потцењивање ризика/штета.
5. Питајте о личним циљевима те особе и да ли им употреба супстанци помаже или их спречава да постигну ове циљеве.

6. Разговарајте са особом на основу датих изјава о њеној употреби супстанци, њеним узроцима, последицама и личним циљевима, омогућавајући истраживање очигледних недоследности између последица употребе супстанци и наведених циљева особе.

7. Разговарајте о опцијама за промену на основу избора реалних циљева и покушајте да пронађете обострано усаглашен правац деловања.

8. Подржите особу да спроведе ове промене тако што ћете изразити своје поверење у њих да направи позитивне промене у свом животу, пружањем информација о следећим корацима по потреби (даљњи преглед, детоксикација, психо-социјална подршка) и снабдевањем особа са материјалима за понети кући, ако су доступни.

Примери питања која треба поставити. Извучите од особе без осуде њене сопствене мисли о њеној употреби супстанци тако што ћете поставити следећа питања:

1. Разлози за њихову употребу супстанци. (Питајте: „Да ли сте икада размишљали о томе зашто користите [супстанцу]?“)

2. Шта они виде као користи од њихове употребе. (Питајте: „Шта [супстанца] ради за вас? Да ли вам ствара проблеме?“)

3. Шта они виде као стварну и потенцијалну штету од употребе супстанце. (Питајте: „Да ли вам је употреба [супстанци] нанела било какву штету? Можете ли да видите да то наноси штету у будућности?“)

4. Шта је за особу најважније.

(Питајте: „Шта вам је најважније у животу?“)

СТРАТЕГИЈЕ ЗА СМАЊЕЊЕ И ЗАУСТАВЉАЊЕ УПОТРЕБЕ СУПСТАНЦИ

Ако је особа заинтересована да смањи употребу супстанци, разговарајте са њом о следећим корацима:

- Идентификујте окидаче за употребу и начине да их избегнете. На пример: клубови у којима људи пију или подручја у којима је особа набављала дрогу итд.
- Идентификујте емоционалне знакове за употребу и начине да се носите са њима (тј. проблеми у вези, потешкоће на послу, итд.).
- охрабрите особу да не држи супстанце код куће.
- Групе за узајамну помоћ као што су Анонимни алкохоличари, Анонимни наркомани и сл. Могу бити корисне препоруке за особе са поремећајима услед употребе супстанци. Они пружају информације, структуриране активности и вршњачку подршку у окружењу без осуде. Сазнајте које су групе за међусобну помоћ доступне локално.

СТРАТЕГИЈЕ ЗА СПРЕЧАВАЊЕ ШТЕТЕ ОД УПОТРЕБЕ ДРОГА И ЛЕЧЕЊЕ ПОВЕЗАНИХ СТАЊА

Подстиче особу да се упусти у мање ризично понашање.

– Саветујте да не возите ако сте у алкохолисаном стању.

– Ако особа користи опиоиде, обезбедити интрамускуларно или интраназално налоксон за чланове породице, који чланови породице могу да задрже и користе ако се особа предозирала док чека помоћ или на путу до болнице.

Ако особа убризгава дрогу:

Обавестите особу о ризицима интравенске употребе дрога, који укључују: већи ризик од инфекција као што су ХИВ/АИДС, хепатитис Б и Ц, кожне инфекције које могу изазвати септикемију, ендокардитис, кичмени апсцес, менингитис, па чак и смрт.

С обзиром на то да особа можда неће одмах престати да убризгава дрогу, дајте информације о мање ризичним техникама убризгавања. Нагласите важност употребе стерилних игала и шприцева сваки пут када дају ињекцију и да никада не деле опрему за убризгавање са другима. Обезбедите информације о томе како да приступите програмима размене игала и шприцева тамо где постоје или другим изворима стерилне опреме за ињекције.

Подстицати и понудити, у најмању руку, годишње тестирање на вирусне болести које се преносе крвљу, укључујући ХИВ/АИДС и хепатитис Б и Ц.

- Подстицати вакцинацију против хепатитиса Б
- Осигурајте доступност кондома
- Обезбедити доступност лечења за особе са ХИВ/АИДС-ом и хепатитисом

ЛЕЧЕЊЕ ПРАТЕЋИХ БОЛЕСТИ:

Имати низак праг за скрининг на туберкулозу код људи који имају поремећаје услед употребе супстанци. Размотрите испитивање и лечење полно преносивих болести.

Подршка породици и старатељима:

- Разговарајте о утицају поремећаја услед употребе супстанци на друге чланове породице, укључујући децу, са породицом и/или старатељима те особе.
- Обезбедите информације и едукацију о поремећајима услед употребе супстанци.
- Понудите процену њихових личних, друштвених и потреба менталног здравља.
- Понудите третман за било које приоритетне поремећаје менталног здравља.
- Информишите их и помозите им да приступе групама подршке за породице и старатеље (ако су доступне) и другим друштвеним ресурсима.

АДОЛЕСЦЕНТИ

Појасните поверљиву природу разговора о здравственој заштити, укључујући у којим околностима родитељи адолесцента треба да буду укључени и информисани.

Употреба алкохола и употреба дрога:

- Старатељима ће бити дате све информације.
- Питајте шта се још дешава у животу адолесцента?

- Идентификујте најважније основне проблеме за адолесцента. Имајте на уму да адолесценти можда неће моћи у потпуности да артикулишу шта их мучи. Отворена питања могу бити од помоћи у добијању информација у следећим областима: кућа, образовање и запошљавање, исхрана, активности, дроге и алкохол, сексуалност, безбедност и самоубиство/депресија. Оставите довољно времена за дискусију.
- Такође процените друга приоритетна стања менталног здравља.
- Пружити адолесцентима и њиховим родитељима информације о утицају алкохола и других супстанци на здравље и социјално функционисање појединца.
- Подстакните промену у окружењу и активностима адолесцената, уместо да се фокусирају на адолесцентово понашање као на „проблем“.
- Подстицати учешће у школи или послу и активностима које заузимају време адолесцената на конструктиван начин, развојно подстицајан.
- Подстицати учешће у групним активностима које су безбедне и олакшавају адолесценту да изгради вештине и допринесе њиховој заједници. Важно је да адолесценти учествују у активностима које их занимају.
- Охрабрите родитеље и/или старатеље да знају где је адолесцент, са ким су, шта раде, када ће бити код куће и да очекују да адолесцент буде одговоран за своје активности.

САМОВРЕЂИВАЊЕ / САМОУБИСТВО

- Понудити и активирати психосоцијалну подршку
- Подршка родитељима
- Истражите разлоге и начин да остане у животу
- Фокусирајте се на снаге особе тако што ћете је охрабрити да прича о томе како су ранији проблеми решени.
- Размислите о терапији за решавање проблема како бисте помогли људима са делима самоповређивања у последњих годину дана, ако су доступни довољни људски ресурси.
- Мобилисати породицу, пријатеље, заинтересоване појединце и друге расположиве ресурсе како би се осигурало пажљиво праћење особе све док постоји ризик од самоповређивања/самоубиства.
- Саветујте особу и старатеља да ограниче приступ средствима за самоповређивање/самоубиство (нпр. пестициди/токсичне супстанце, лекови на рецепт, ватрено оружје, итд.) када особа има мисли или планове за самоповређивање/самоубиство.
- Оптимизујте друштвену подршку из доступних ресурса заједнице. То укључује неформалне ресурсе, као што су рођаци, пријатељи, познаници, колеге и верске вође или формални ресурси заједнице, ако су доступни, као што су кризни центри и локални центри за ментално здравље.
- Обавестите родитеље и чланове породице да ће постављање питања о самоубиству често помоћи особи да осети олакшање, мање анксиозност и боље разумевање.
- Старатељи и чланови породице људи који су у опасности од самоповређивања често доживљавају озбиљан стрес. Пружите им емоционалну подршку ако им је потребна.

- Обавестите родитеље да чак и ако се осећају фрустрирано са особом, треба да избегавају непријатељство и оштре критике према рањивој особи која је у опасности од самоповређивања/самоубиства.

КЉУЧНЕ ПРЕПОРУКЕ ОСОБИ И СТАРАТЕЉИМА

- Ако неко има мисли о самоповређивању/самоубиству, одмах потражите помоћ од поузданог члана породице, пријатеља или здравственог радника.
- У реду је говорити о самоубиству. Разговор о самоубиству не изазива чин самоубиства.
- Самоубиства се могу спречити.
- Имати епизоду самоповређивања/самоубиства је показатељ озбиљног емоционалног стреса.
- Особа не види алтернативу или решење. Стога је важно да се особа одмах добије подршка за емоционалне проблеме и стресоре.
- Средства за самоповређивање (нпр. пестициди, ватрено оружје, лекови) треба уклонити из куће.
- Друштвена мрежа, укључујући породицу и релевантне друге, важна је за пружање социјалне подршке.

» ОДРЖАВАЈТЕ РЕДОВНИ КОНТАКТ (путем телефона, кућних посета, писама или контакт картица) у почетку чешће (нпр. дневно, недељно) током прва 2 месеца.

» Смањите контакт како се особа побољшава.

» Наставите са праћењем током 2 године, даље смањујући контакт у складу са побољшањем (нпр. једном у 2-4 недеље након прва 2 месеца и два пута у другој години).

» Праћење онолико дуго колико постоји ризик од самоповређивања/самоубиство и даље траје.

» По потреби повећајте интензитет или трајање контакта.

» По потреби се обратите специјалисти.

РУТИНСКО ПРОЦЕНА ЗА ПОСТОЈАЊЕ МИСЛИ И ПЛАНОВА САМОПОВРЕЂИВАЊА/САМОУБИСТВА

» Приликом сваког контакта, рутински процењујете да ли постоје самоубилачке мисли и планови. Да ли постоји опасност од самоповређивања/самоубиства?

ПОСТОЈАЊЕ ДРУГИХ ЗНАЧАЈНИХ ЖАЛБИ НА ДУШЕВНО ЗДРАВЉЕ КОД ЉУДИ ИЗЛОЖЕНИХ ЕКСТРЕМНИМ СТРЕСОРИМА

(нпр. физичко или сексуално насиље, велике несреће, жалост или други велики губитак)

» У свим случајевима, без обзира да ли особа има емоционалне, физичке проблеме или проблеме у понашању након излагања екстремном стресору, пружите подршку како је већ описано у приручнику.

» Пажљиво слушајте.

» НЕМОЈТЕ вршити притисак на особу да прича о догађају.

» Позабавите се друштвеним потребама особе.

– Питајте особу о њеним/њеним потребама и бригама.

– Помозите особи да одговори на основне потребе, приступи здравственим услугама и повеже се са породицом и другом социјалном подршком.

– Заштитите особу од (даље) повреде, ако је потребно.

– Охрабрите особу да се врати претходним, нормалним активностима, нпр. школи или послу, код куће и друштвено, ако је то изводљиво и културно прикладно.

» У случају већег губитка објасните да:

– Нормално је туговати за сваким већим губитком. Човек може да тугује за особом, местом или имовином или због губитка сопственог здравља и благостања. Туга има и менталне и физичке последице.

– Људи тугују на различите начине. Неки људи показују јаке емоције док други не. Плакање не значи да је неко слаб. Људи који не плачу могу осетити емоционални бол једнако дубоко, али имају друге начине да га изразе.

– У већини случајева, туга ће се временом смањити. Неко може мислити да туга, чежња или бол које човек осећа никада неће нестати, али у већини случајева та осећања се временом смањују. Понекад се особа може неко време осећати добро, онда је нешто подсети на губитак и може се осећати веома лоше као у почетку. Не постоји исправан или погрешан начин да осетите тугу. Понекад се неко може осећати веома тужно, други пут укочено, а понекад би могао да ужива и да се смеје. Ова искуства обично постају мање интензивна и ређа током времена.

» У случају губитка вољене особе, разговарајте и подржите културолошки одговарајуће процесе прилагођавања и/или жалости.

– Питајте да ли су се догодиле или планиране одговарајуће церемоније жалости/ритуали. Ако то није случај, разговарајте о препрекама и како их решити.

» Ако се сумња на продужени поремећај туговања, консултујте специјалисте ради даље процене и лечења.

– Особа може имати продужени поремећај туге ако симптоми укључују значајне потешкоће у свакодневном функционисању најмање 6 месеци и укључују тешку преокупацију или интензивну чежњу за умрлом особом праћену интензивним емоционалним болом.

» Ако се сумња на посттрауматски стресни поремећај (ПТСП), консултујте се са специјалистом за трауматски поремећај, ради даље процене и управљања третманом.

– Људи често имају бурне реакције након таквих догађаја. Реакције могу бити веома различите од особе до особе и временом се мењати.

– Они могу укључивати соматске симптоме као што су палпитације, болови, желудачне тегобе и главобоље и емоционалне и бихејвиоралне симптоме који укључују поремећај сна, тугу, анксиозност, иритацију и агресију.

- Таква осећања се могу погоршати или се могу поново појавити када се појаве подсетници на стресни догађај или нови стресори.
- У већини случајева симптоми ће се временом смањити, посебно ако се особа одмори, пружи друштвену подршку и активно се укључи у смањење стреса.
- Након потенцијално трауматског догађаја, особа може имати ПТСП ако симптоми укључују значајне потешкоће у свакодневном функционисању најмање 1 месец и укључују понављајуће застрашујуће снове, флешбекове или наметљива сећања на догађаје праћена интензивним страхом или ужасом; намерно избегавање подсећања на догађај; претерана забринутост и будност на опасност или снажно реаговање на гласне звукове или неочекиване покрете.

АУТИЗАМ

Аутизам је стање које постоји код деце од рођења или раног детињства и чини их неспособним да успоставе нормалне међуљудске односе или развију очекивану комуникацију. Као резултат тога, дете може да се изолује од људских контаката и увече у свет понављајућих, опсесивних активности и интересовања.

Одговори на честа питања родитеља деце са аутизмом:

- Шта је узрок аутизма?

Пре тридесетак година сматрало се да аутизам узрокује неадекватна нега од стране родитеља. Испоставило се да је ово мишљење погрешно. Савремена медицинска истраживања указују на јасне биолошке узроке аутизма, они укључују генетске факторе, вирусне инфекције, компликације трудноће и порођаја. Сваки од ових поремећаја може да изазове суптилна можда оштећења, која затим доводе до аутизма.

- Да ли ће и моје следеће дете имати аутизам?

На то питање је тешко договорити, Посаветујте родитеље да би требало да се консултују са генетичарима, али нагласите да већина родитеља деце са аутизмом има другу здраву децу.

- Да ли деца са аутизмом имају нормалну интелигенцију?

Отприлике две трећине деце са аутизмом на тесковима интелигенције има резултате испод просека, Преостала трећина има коефицијент интелигенције у оквирима просека.

- Да ли дете са аутизмом може да се обучава?

У одговарајућем окружењу могућ је значајн напредак.

- Шта се дешава са децом када одрасту?

Највећи брпј њих не прерасте аутизам када доспе у одрасло доба, нити се од њих очекује лкраћи животни век.

- Да ли је могуће излећење аутизма?

Постоје случајеви о неколико изолованих случајева оздрављења од аутизма, али у тим извештајима нису наведени детаљи о томе да ли је оздрављење било потпуно. Најчешће аутизам траје читав живот. Лечење овог поремећаја има ограничене домете.

- Да ли алергије на храну или адитиви узрокују аутизам?

Научно засновани подаци указују да у неке хиперактивне дјеце адитиви и конзерванси могу да имају утицаја на њихово понашање. Они могу да имају утицаја само на општи ниво активности и способност концентрације.

ПОСТАВЉАЊЕ ДИЈАГНОЗЕ АУТИЗМА

Дијагноза аутизма се поставља само онда када постоји скуп од три кључна типа понашања, а то су:

1. абнормални социјални односи и социјални развој
2. неспособност развијања нормалне комуникације
3. интересовања и активности детета су оскудни и понављајући, за разлику од разноврсних и маштовитих у здраве деце.

Дијагноза се ретко поставља пре навршене друге године, а у многим случајевима и знатно касније. Постоји више разлога за то:

1. пре навршене друге године понашање није довољно зрело, а поремећај довољно јасан да би омогућио постављање дефинитивне дијагнозе.
2. Када дете са аутизмом има и менталну ретардацију, тада ментална ретардација може да избије у први план и учини аутизам непрепознатим.
3. један од главних проблема у аутизму тиче се говора и језика. Постављање дијагнозе је много лакше када је развој унапредовао до степена када је могућа комплетна процена говора.
4. Код извесног броја деце са аутизмом постоји почетни период сасвим нормалног развоја, након чега се јавља аутизам и губитак способности. Овај пад не мора да се јави до узраста од две године.

САЗНАВАЊЕ И ПРЕВЛАДАВАЊЕ САЗНАЊА

Није изненађујуће да је непосредна реакција некада слична оној која следи након губитка:

1. **Иницијална фаза шока и неверице.** Због тога би особље када први пут говори о дијагнози требали да настоје да информације дају кратко и једноставно, а касније да говоре о детаљима, када се родитељи опораве од тог сазнања.
2. **Фаза одбијања** је следећа, у којој смисао одбијања јесте да страх и стрес држе по страни. Може да резултира понашањем као да се ништа није десило; оно често доводи до потпуног минимизирања проблема и фантазирања да ће дете на неки магијски начин бити излечено.
3. Следећа **фаза реакције** је обично испуњена осећањем беса и кривице. Беса због неправедне трагедије (Како је то могло баш мени да се деси? Чиме сам ово заслужио?), кривице (Шта смо то урадили да нас је ово снашло?), а затим осећања туге и очајања (Како да се изборим са тим?).
4. На крају, **већина родитеља се адаптира** и постане способна да реално сагледа проблем, али и дечије способности и посебне квалитете и да се усмери на практичне облике рада.

Литература:

1. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.*
2. *Psychiatric Emergencies. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry Fifth Edition, 2022.*
3. *Јашовић Гашић М., Дамјановић А. Урџенџна психијатрија. У: Лечић Тошевски Д., Јашовић Гашић М. Психијатрија- уџбеник за сџуденџне медицине. ЦИБИД. Беоџраг. 2010.*
4. *Лапџас М. Анксиозни поремеџаји теорија и пракса. Беоџраг: Службени тласник , 2016.*
5. *Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry 7th Edition. 2017.*
6. *Carl C, Bell MD. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. JAMA 1994.*
7. *Kastratović, Ž. (2006): Rad sa mladim pacijentima u psihijatriji III deo, 40 godina iskustva. Klinički centar Srbije, Institut za psihijatriju, Beograd*
8. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1993.*
9. *MhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0, World Health Organisation, 2016.*