

Томас Л. Шуорц

ПРАКТИЧЕСКА ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

ОТ ОСНОВНИ ДО ЗАДЪЛБОЧЕНИ ПРИНЦИПИ

София, 2023

Преводът е направен по изданието:

Thomas L. Schwartz

PRACTICAL PSYCHOPHARMACOLOGY

Basic to Advanced Principles

Copyright © 2017 by Thomas L. Schwartz

Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group LLC

All rights reserved

© Издателство „Изток-Запад“, 2023

Всички права запазени. Нито една част от тази книга не може да бъде размножавана или предавана по какъвто и да било начин без изричното съгласие на „Изток-Запад“.

© Елена Стоянова, превод, 2023

© Деница Трифонова, оформление на корицата, 2023

ISBN 978-619-01-1205-1

ТОМАС А. ШУОРЦ

ПРАКТИЧЕСКА ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

*От основни до
задълбочени принципи*

Превод от английски
Елена Стоянова



Под общата редакция на
Владимир Симов

1. *Дескриптивна психопатология.* Майкъл Тейлър, Нутан Вайдия
2. *Диалектическа поведенческа терапия.* Матю Маккей, Джефри Уд, Джефри Брантли
3. *Теория и практика на груповата психотерапия.* Ървин Ялом и Молин Леш
4. *Практическа психофармакология.* Томас Шуорц

Съдържание

ПРЕДИСЛОВИЕ НА РЕДАКТОРА НА СЕРИЯТА	9
ПРЕДГОВОР	11
БЛАГОДАРНОСТИ И ПОСВЕЩЕНИЕ.....	13
ПРОЛОГ	14

ГЛАВА 1.

СИНДРОМ НА ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО И ХИПЕРАКТИВНОСТ В ЗРЯЛА ВЪЗРАСТ (СДВХ)	17
---	----

ГЛАВА 2.

ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА: ПАНИЧЕСКА, СОЦИАЛНА, ОБСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНА, ГЕНЕРАЛИЗИРАНА И ПОСТТРАВМАТИЧНА ТРЕВОЖНОСТ	52
--	----

ГЛАВА 3.

БИПОЛЯРНИ РАЗСТРОЙСТВА: БИПОЛЯРНО ТИП 1, БИПОЛЯРНО ТИП 2 И ЦИКЛОТИМНО РАЗСТРОЙСТВО....	111
---	-----

ГЛАВА 4.

ГРАНИЧНО ЛИЧНОСТОВО РАЗСТРОЙСТВО	153
--	-----

ГЛАВА 5.

ДЕПРЕСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА: ГОЛЯМО ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО, ПЕРСИСТИРАЩО ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО, ПРЕДМЕНСТРУАЛНО ДИСФОРИЧНО РАЗСТРОЙСТВО И СЕЗОННО ДЕПРЕСИВНО РАЗСТРОЙСТВО	194
---	-----

ГЛАВА 6.

БЕЗСЪНИЕ 257

ГЛАВА 7.НЕВРОКОГНИТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА:
ДЕЛИР, ДЕМЕНЦИЯ И ТРАВМАТИЧНО МОЗЪЧНО УВРЕЖДАНЕ 283**ГЛАВА 8.**

РАЗСТРОЙСТВА ОТ ШИЗОФРЕННИЯ СПЕКТЪР 317

ГЛАВА 9.РАЗСТРОЙСТВА, СВЪРЗАНИ С УПОТРЕБА
НА ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА, И ЗАВИСИМОСТИ:
НИКОТИН, АЛКОХОЛ, ОПИАТИ И ХРАНА 356

ИНДЕКС 397

Фигури и таблици

Фигури

2.1А Невроанатомия на тревожността	78
2.1В Невроанатомия на тревожността	78
4.1 Аналогията с айсберга на личностовото разстройство.....	154
7.1 Оценка на когнитивните функции Монреал (МОСА).....	294

Таблици

P.1 Контролен списък M-PPPT	15
1.1 Използване на ASRS-V1.1 при СДВХ при възрастни.....	24
1.2 Рецептурна таблица на лекарства за СДВХ.....	29
2.1 Скала GAD-7 за генерализирано тревожно разстройство.....	60
2.2 Въпросник за оценка на социалната тревожност за използване при възрастни със социално тревожно разстройство.....	61
2.3 Скала за измерване на тежестта на паническо разстройство за използване при възрастни с паническо разстройство	63
2.4 Контролен списък за ПТСР при цивилни за пациенти с посттравматично стресово разстройство	65
2.5 Опис за обсесивно-компулсивно разстройство за пациенти с обсесивно-компулсивно разстройство	67
2.6 Разпространение през целия живот на тревожните разстройства...	75
2.7 Функционална невроанатомия на тревожните разстройства.....	79
2.8 Рецептурна таблица на лекарства за тревожни разстройства	94
3.1 Скала за самооценка на мания на Алтман.....	116
3.2 Въпросник за разстройства на настроението	118
3.3 Рецептурна таблица за биполярна мания.....	121
3.4 Рецептурна таблица за биполярно разстройство.....	133

4.1	ВЪПРОСНИК ЗА ГРАНИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА НА ЪПСТЕЙТ	157
4.2	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА ГРАНИЧНО ЛИЧНОСТОВО РАЗСТРОЙСТВО	163
5.1	ВЪПРОСНИК ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ПАЦИЕНТА	202
5.2	МНОЖЕСТВЕНА ВИЗУАЛНА АНАЛОГОВА СКАЛА ПРИ СИНДРОМ НА ПРЕДМЕНСТРУАЛНОТО НАПРЕЖЕНИЕ	202
5.3	ПРИМЕР ЗА ПРЕДМЕНСТРУАЛЕН ДНЕВНИК	205
5.4	ДОЗИРАНЕ И НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ НА АНТИДЕПРЕСАНТИ НА ОСНОВАТА НА СИОЗС	207
5.5	РАЗПРОСТРАНЕНИЕ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ НА ДЕПРЕСИВНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА	213
5.6	ЧЕСТО СРЕЩАНИ НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ, СВЪРЗАНИ С РЕЦЕПТОРНАТА БЛОКАДА С ТРИЦИКЛИЧНИ АНТИДЕПРЕСАНТИ	
5.7	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА ДЕПРЕСИВНИ РАЗСТРОЙСТВА	235
6.1	СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА БЕЗСЪНИЕТО НА РЕГЕНСБУРГ	260
6.2	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА БЕЗСЪНИЕ.....	272
7.1	МНЕМОНИЧНО СРЕДСТВО ЗА ДИФЕРЕНЦИРАНЕ НА ДЕЛИР ОТ ДЕМЕНЦИЯ.....	286
7.2	ОЦЕНЪЧНА СКАЛА ЗА ДЕЛИР ЗА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ	287
7.3	СЕМЕЕН ВЪПРОСНИК.....	291
7.4	QOLIBRI – СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ СЛЕД МОЗЪЧНО УВРЕЖДАНЕ.....	295
7.5	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА НЕВРОКОГНИТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА	309
8.1	ОЦЕНКА НА ПСИХИЧНИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ В ОБЩЕСТВОТО	322
8.2	ЕКСТРАПИРАМИДНИ СИМПТОМИ И КОНТРОЛ.....	339
8.3	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА ШИЗОФРЕНИЯ	341
9.1	РЕЦЕПТУРНА ТАБЛИЦА ЗА ЗЛОУПОТРЕБА С ВЕЩЕСТВА И КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО	384

Предисловие

на редактора на серията

Практическа психофармакология: от основни до задълбочени принципи е последният том от една от най-популярните поредици на Routledge – *Клинични теми по психология и психиатрия (Clinical Topics in Psychology and Psychiatry, СТТР)*. Обобщаващата цел на СТТР е да предостави на практикуващите психиатри практическа информация на фармакологични и психологични теми. Всеки том е изчерпателен, но лесен за усвояване и интегриране в ежедневната клинична практика. Тя е мултидисциплинарна, като обхваща теми от областта на психологията и психиатрията, и е насочена към студентите, начинаещите и старшите клиницисти. Избраните за поредицата книги са написани или редактирани от национални и международни експерти в съответните области, а сътрудниците също са високоуважавани клиницисти. Настоящият том е пример за намеренията, обхвата и целите на поредицата СТТР.

От изнамирането на първите антидепресанти през 50-те години на миналия век практиката на клиничната психофармакология се развива с главоломна скорост. Истинският ѝ разцвет настъпва в края на 80-те години на миналия век, след като на пазара се появява Прозак, първият инхибитор на обратното захващане на серотонина, който се превръща в едно от най-продаваните за всички времена лекарства в страната. Отчасти поради популярността и лекотата на употребата на Прозак (и на лекарства с почти идентична химична структура) психофармакологията вече не бе ограничена единствено до компетенциите на психиатрията. В играта се включиха медицински сестри, лекарски асистенти, лекари от първичната медицинска помощ и дори психолози, преминали задълбочено обучение по психофармакология.

За съжаление в областта не се наблюдава същото ниво на разпространение на лесни за четене текстове за тези, които се интересуват от практикуване на психофармакология. С някои изключения, наличните учебници са изпълнени страница след страница с плътен текст, голяма част от който е фокусиран върху „гранулираните молекулярни основи на психотропните лекарства“, както заявява авторът на тома Томас Шуорц в увода. Освен това има прекалено детайлни матрици за „вземане на решение“, които са разработени, за да помогнат на практикуващите лекари да изберат кое лекарство при кое разстройство да се използва в коя ситуация. Тези помощни средства често са толкова заплетени и трудни за дешифриране, че стават безполезни. Няма нищо по-разочаровашо

от текст по психофармакология, който е или твърде елементарен, или твърде сложен по съдържанието си. *Практическа психофармакология: От основни до задълбочени принципи* е решението на тези проблеми. Той е уникален с това, че е написан с постепенно повишаване на нивото на знания и експертни умения, така че да отговаря на нуждите на студента или практикуващия на етапа от неговото обучение и практика, на който се намира в момента.

Читателят ще установи, че много от главите в този том са от значителна полза. За разлика от редактираните книги този авторски том се развива плавно. Д-р Шуорц се обръща към вас като колега и преподавател. Информацията, която предоставя, се основава на най-новите научни постижения, а не на идеология или съобразяване с определен подход. Той определено е един талантлив практик, учен и писател.

Убеден съм, че *Практическа психофармакология: От основни до задълбочени принципи* ще се превърне в един от водещите учебници за обучение на бъдещите психофармаколози. Той ще послужи и като отличен преглед за опитните практикуващи лекари, които търсят лесно смилаемо представяне на най-новите научни постижения в областта на психофармакологичната практика.

Брет А. Мур, доктор по психология,
Американски съвет по професионална психология
Редактор на серията
Клинични теми по психология и психиатрия

Предговор

Психофармакология, психотерапия и психосоциални аспекти на предписването

Колко пъти ви се е случвало да си купите учебник, търсейки информация за предписването на психиатрични лекарства, само за да откриете, че той е запълнен, страница след страница, с гъст текст за гранулираните молекулярни основи на психотропните лекарства? Или пък намирате прекалено подробни таблици и кръгови алгоритми, които продължават със страници. Случвало ли ви се е да си купите текст по психофармакология, за да откриете, че е или твърде елементарен, пълен с информация, която вече знаете, или твърде сложен и надхвърлящ вашите познания? Какво ще кажете за учебник, в който текстът не се отнася за пациентите, които лекувате, защото вашите пациенти са твърде коморбидни? Замисълът и оформлението на този клиничен наръчник са новаторски, тъй като той е написан с постепенно повишаващо се ниво на практическа клинична информация. В идеалния случай информацията в този наръчник може да бъде използвана бързо и ефективно от голям брой предписващи специалисти независимо от времето, посветено на тази област, или от професионалния им път.

Всяка глава започва с по-опростен концептуализиран подход. Информацията в Раздел 1 на всяка глава трябва да даде бърз отговор на въпроса: „Какво наистина трябва да знам в момента за моя психиатричен пациент, за да поставя смислена диагноза и да започна да прилагам смислено лекарство?“ Въпросите за психиатричен скрининг, критериите за интервюиране по ДСН-5 и подходите с лесна оценъчна скала са разгледани така, че всички клиницисти (студенти по медицина, специализанти по първична медицинска помощ и психиатрия, лекари по първична медицинска помощ и психиатри, медицински сестри, лекарски асистенти и др.) да могат бързо да вземат медицински решения, отговарящи на стандарта за здравни грижи. Одобрените и основани на ясни данни психиатрични лекарства са разгледани ефективно, така че да може да се предложи информирано съгласие на пациента, да може да се предпише лекарство и пациентът да се проследи и в идеалния случай да се постигне добър резултат. Раздел 1 е предназначен за първоначално обучение на тези, които полагат грижи за пациенти с психични разстройства, или за бърза справка. Препоръчваме на всички читатели да прочетат първата глава за СДВХ, за да добият представа за оформлението и замисъла на тази книга.

След това читателите могат да изберат глава, посветена на конкретно психично разстройство, и да изберат дали да минат по лесния път и да започнат с Раздел 1, или да преминат направо към по-задълбочения Раздел 2 и нататък в зависимост от техните специфични образователни и практически клинични нужди.

Раздел 2 е предназначен за предписващи специалисти, които искат да научат малко повече за психофармакологията. Този раздел излиза извън рамките на типичния подход с насоки и алгоритми за пациенти, които имат само едно психиатрично разстройство. Раздел 2 ще запознае читателя с част (но не изчерпателно) от основната научна информация и принципите, които лежат в основата на всяко психиатрично разстройство и неговото лечение. Ще бъдат разгледани не толкова основани на доказателства, колкото уместни психофармакологични лечения от втора и трета линия. Обхванато е предписването на лекарства на пациенти с висока степен на коморбидност и резистентност към лечение. В общи линии, ако пациентите ви не са толкова лесни, колкото тези в Раздел 1, или ако лекарствата от Раздел 1 не са помогнали, ще трябва да прочетете Раздел 2. В Раздел 2 ще бъдат разгледани накратко епидемиологията, генетиката и функционалната невроанатомия на всяко разстройство. Тази информация дава на предписващия специалист необходимата информация, за да обясни на своя пациент, който пита: „Защо имам този психиатричен проблем?“, „Как това лекарство ще накара симптомите ми да изчезнат?“, „Защо получих нежелани реакции?“ и т.н.

Тази книга не е изчерпателен справочник и не замества един по-обширен учебник, двойно по-голям от нея. Тя не е пълно ръководство за предписване и не замества регулаторната информация, спусната от Американската агенция за контрол на храните и лекарствата. Тази книга по-скоро много бързо предоставя на предписващия специалист достатъчно знания, които в идеалния случай водят до по-добри диагнози, избор на лекарства и наблюдение в клиничната практика. Тя трябва да се чете като учебни визитации в академичен образователен курс по психиатрия. Цялата информация не може да бъде обхваната, но ключовата информация трябва да бъде обхваната бързо. Тази книга трябва да подобри способността на предписващия специалист да избира лекарство или лекарства, когато първоначалната монотерапия не води до ремисия. Целта е клиницистите да станат по-умели и компетентно смели в работата си с пациенти с психични разстройства. Тази книга е разработена така, че да позволява лесно усвояване, като читателят може да избере на кое ниво или с каква интензивност да практикува.

Тази книга е наръчник по психофармакология, но се приема, че предписващият специалист владее основните психотерапевтични умения, въпреки че прилага медикаментозния или биологичния модел. Чрез използването на психофармакопсихотерапия резултатите и спазването на режима на лечение вероятно ще се подобрят. С други думи, винаги бъдете внимателни и използвайте психотерапията в своя полза, когато предписвате психотропни лекарства, тъй като двата набора от умения трябва да бъдат винаги съчетани.

Благодарности и посвещение

Бих искал да благодаря на многобройните си ментори, които са ми помагали през цялата ми кариера и са формирали начина, по който практикувам, пиша и преподавам. Бих искал да благодаря на колегите си, които са ми оказвали подкрепа, обучение и другарство. Да благодаря на своите специализанти и студенти, които предоставят поле за предаване на знания, но също така и огромно чувство на удовлетворение, тъй като получават знания и стават подобри клиницисти чрез обучението. Трябва да се отбележи също, че стажантите са и отлични учители! Поздравявам д-р Дзюндзин Ким за способността му да се справя с много задачи едновременно и за неуморните му усилия при формирането на тази книга. Поздравявам д-р Марк Джордано за уменията му на клиницист и за таланта му на ментор в писането. И накрая, високо ценя баланса, който ми дават подкрепящото ми семейство и ръководството на катедрата по психиатрия в Медицинския университет „СУНИ Ъпстейт“ в Сиракюз, Ню Йорк. Ръководството наистина впечатлява с това, че в епохата на образователни и клинични модели, ориентирани към производителността, всеки следващ председател полага усилия за израстването на младшите членове на академичния състав. Благодаря на всички.

Ако се интересувате от примери от практиката, които са предназначени за допълнително обучение и илюстриране на информацията и концепциите, изложени в тази книга, можете да посетите уебсайта: www.routledge.com/9781138902534.

Пролог

Психофармакопсихотерапия

Какво означава този термин и защо е важен за използването на тази книга? Въпреки че тази книга е наръчник по биологична психофармакология, тя се основава на разбирането, че предписващият специалист като цяло е добър човек, който се грижи за пациента и иска да установи партньорство и съюз с него, за да му помогне. За да се постигне максимално придържане на пациентите и спазване на предписания прием на лекарства, както и за да се подобри спазването на графика на посещенията и продуктивността на сеансите, са необходими основни умения по психотерапия. За да се постигне максимална толерантност към известните нежелани реакции и да се намалят ефектите на предизвиканите от плацебо нежелани реакции (ноцебо ефекти), са необходими основни умения по подкрепяща психотерапия. Ако предписващият специалист загуби или не използва тези умения при предписването, авторът подозира, че резултатите ще бъдат по-лоши от обявените.

Подкрепящата психотерапия може да се прилага от всеки здравен специалист с всяка квалификация по всяко време. Това е аугментационна стратегия и вероятно предизвиква физиологични ефекти, които могат да се видят и измерят във фронталния кортекс на мозъка. Въпреки че това е форма на психотерапия, тя вероятно предизвиква електрофизиологични промени в мозъка точно както комбинирането на лекарства. Така че защо да не добавим това бонус лечение при предписването? Вие като лекар няма какво да губите и вероятно ще постигнете по-добри резултати за вашия пациент.

Психофармакопсихотерапия по същество означава целенасочено съчетаване на лечение с психиатрични лекарства И психотерапия едновременно.

Ако предписващият иска да обърне внимание и целенасочено да прилага тези умения, в клиничната практика може да бъде теоретизиран, усвоен и включен модел за предоставяне на мануализирана психофармакопсихотерапия* (М-PPPT). Целта на М-PPPT е да се разработи основно психотерапевтично лечение, което да се използва от психофармаколозите при прилагането на модел на лечение на голямо депресивно разстройство или на други психиатрични разстройства *само чрез медикаментозен контрол*. Предписващият специалист трябва да е наясно и да иска да запази психотерапевтичната си нагласа по време на натоварената ежедневна практика по предоставянето на психофармакологична помощ на пациентите. Ако трябва да бъдем честни и реалисти, някои предпис-

* Англ. Manualized Psychopharmacopsychotherapy, М-PPPT. (Всички бележки под линия са на преводача.)

ваши специалисти са професионално изтощени, никога не са обичали да учат или да упражняват психотерапия или намират психотерапията за изтощителна в сравнение със сеансите за предписване. Професионално изтощените психофармаколози могат да обвиняват работодателя си или застрахователните компании за налагането на подхода с бързи медикаментозни сеанси и подеянето на лечението между двама специалисти, но някои психофармаколози използват това като оправдание, защото може би не искат да признаят или не искат да възприемат психотерапията като техника поради (а) философска нагласа, (б) изтощителното понякога естество на психотерапията, (в) процеса на усвояване на психотерапията или (г) факта, че често е по-доходно да се предоставят повече на брой, по-кратки посещения за медикаментозен контрол на ден. Интервенциите на М-РРРТ се усвояват лесно и могат да бъдат използвани в практиката незабавно, дори и при стоическо придържане към подхода *чисто медикаментозен контрол*.

М-РРРТ има за цел да повиши осведомеността на предписващия специалист по отношение на използването на „общите фактори“, споменати по-горе и смятани за универсални за повечето прилагани психотерапии. Този опростенчески подход често се преподава първоначално по време на обучението на медицинските сестри и психиатричните специализанти или може да се използва по-късно като „инструмент за професионална рехабилитация“ за ветераните, които са професионално изтощени или са станали цинични. Използвайки подход с контролен списък, психофармакологичният сеанс може да бъде разделен на части, в които психофармакология и психотерапия се прилагат паралелно. Използването на най-обикновен контролен списък трябва да доведе до осъзнаване на подходите на М-РРРТ, докато провеждате сеанс с пациент. Типичният контролен списък за М-РРРТ може да включва следното:

Таблица Р.1. Този основен контролен списък е ръководство. Той покрива основните процеси в едно посещение за медикаментозен контрол съгласно златния стандарт, но в същото време служи за ориентиране на предписващия специалист как да прилага основни психотерапевтични техники в рамките на кратък сеанс с пациента.

КОНТРОЛЕН СПИСЪК ЗА М-РРРТ

Психофармакологични компоненти:

- Преглед на предишните записки преди сеанса
- Проверка на новите оценъчни скали преди сеанса
- Въпрос относно настоящите положителни или отрицателни стресови фактори
- Извършване на оценка на риска от летален изход
- Преглед на текущите решаващи прицелни симптоми
- Преглед на списъка с лекарствата
- Преглед на нежеланите реакции
- Преглед на здравословните проблеми
- Проверка на жизнените показатели/физикален преглед/лабораторни изследвания, ако има основание

Предоставяне на информирано съгласие

Положителни и отрицателни ефекти на лекарствата

Основания за прилагане на психотерапия като допълнително лечение

Психотерапевтични компоненти:

По време на сеанса

Предоставяне на психообразование (диагноза и възможности за прилагане на лекарства)

Предоставяне на над 3 ключови психотерапевтични умения

мотивация

емпатия

откритост

сътрудничество

топлота

положително отношение

искреност

коригиращо преживяване

катарзис

определяне на цели

определяне на срок

определяне на нужните усилия от страна на пациента

Документация:

Съставяне на записка

Контакт с близки, ако е необходимо

Контакт с други здравни специалисти, ако е необходимо

Контакт със застрахователната компания, ако е необходимо

В заключение, предписването на психотропни лекарства не се извършва във вакуум, лишен от междуличностно взаимодействие с пациентите ви. В условията на натоварена практика помислете за съзнателно прилагане на основните терапевтични умения във всяка една среда, за да постигнете по-добри резултати за вашия пациент!

ЛИТЕРАТУРА

- Greenberg, R.P. (2012) "Essential ingredients for successful psychotherapy: effect of common factors." In Dewan, Steenbarger, Greenberg (eds.), *The Art and Science of Brief Psychotherapies – A Practitioner's Guide* (15-26). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Liggin, D. Y., & Kay J. (1999) "Some neurobiological aspects of psychotherapy: a review." *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 103.
- Stahl, S. M. (2012). "Psychotherapy as an epigenetic 'drug': psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs." *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 249-253.

ГЛАВА 1

Синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност в зряла възраст (СДВХ)

РАЗДЕЛ 1 Основни практики в предписването

Основни понятия

- СДВХ е наследствено заболяване, което се диагностицира *клинично* с персистиращ продължителен модел на:
 - ▷ невнимание и/или
 - ▷ хиперактивност и импулсивност.
- Диагнозата трябва да се основава на внимателна анамнеза, показваща нарушено функциониране при различни обстоятелства (в училището, у дома, в обществото) с начало преди 12-годишна възраст.
- Съпътстващите нарушения на способността за учене и други психиатрични разстройства са често срещани при възрастните.
- Фармакотерапията заема централно място в лечението на СДВХ.
- Лекарствата от първа линия често са стимуланти.
- Лекарствата от втора линия са алфа-2 агонисти и евентуално определени антидепресанти.
- Трябва да се обмисли използването на скали за оценка на изходното състояние и по време на проследяващите сеанси.

Феноменология, диагноза, клинично интервюиране

Целта на всеки нов практикуващ специалист независимо от областта е да може да постави точна диагноза. Всичко, което се предписва в психиатрията на това начално ниво, се основава на регулаторни заключения, одобрения и показания, които са специфични за психиатричното разстройство. Психотропните средства ще дадат обещаните резултати само ако конкретният пациент е точно идентифициран като страдащ от СДВХ при възрастни. Невниманието, слабата концентрация и нарушената бдителност са все симптоми, които не са уникални за СДВХ при възрастни. Тези симптоми са характерни и за голямото депресивно разстройство (ГДР), посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) и генерализираното тревожно разстройство (ГТР). Това може да усложни поставянето на диагноза, но също така и да подскаже на читателя, че едно психотроп-

но лекарство може да е в състояние да подобри невниманието, независимо от това на кое категорийно психиатрично разстройство се дължи невниманието. Понякога СДВХ при възрастни може да се лекува с антидепресант като бупропион (Уелбутрин XL [с удължено освобождаване]/Аплензин (*англ.* Aplenzin)). От друга страна, лекарство за СДВХ като лисдексамфетамин (Вайванс, *англ.* Vyvanse) може да лекува състояния, различни от СДВХ (разстройство с пристъпи на преяждане [РПП]). С напредването на тази глава към разглеждане на практики за психофармакологично предписване на средно и задълбочено ниво, използването на по-слабо проучени подходи извън условията на разрешението става все по-очевидно. Предписващите специалисти трябва да имат предвид, че някои дискретни психиатрични симптоми могат да прескачат очевидните граници на категорийните диагностични и регулаторни процеси. Разбирането и отчитането на тази концепция често е необходимост в лечението на по-резистентни или коморбидни пациенти.

Обикновено СДВХ при възрастни се усложнява от други психиатрични разстройства като тревожност, злоупотреба с психоактивни вещества, депресия и личностово разстройство. В тази глава се приема, че читателят уверено прилага описателното интервюиране и диагностичното оценяване съгласно DSM-5* или има желание да се научи. Освен това при липса на добро владение на DSM-5 стандарт за грижи трябва да станат в по-голяма степен оценъчните скали, прилагани от пациента. Освен че ще улесни диагностицирането, рутинното използване на валидирани скали, вероятно ще спомогне за постигането на резултатите, установени в регулаторните изпитвания, в които тези скали се използват, за да се направлява лечението, и може да мотивира предписващия специалист да обърне внимание на остатъчните симптоми, подобно на абнормните лабораторни стойности, които подтикват към действие в условията на първичната медицинска помощ (напр. наблюдение на хипертония, хипергликемия и др.).

Ключът към поставянето на диагноза е потвърждаването на продължителното и увреждащо наличие на комбинация от (а) невнимание, (б) хиперактивност и/или (в) импулсивност, която не може да се обясни с друго психиатрично разстройство, злоупотреба с психоактивни вещества, личностово разстройство или болестно състояние. По време на рутинното интервю е препоръчително да се зададе първоначален скринингов въпрос. Утвърдителният отговор на пациента трябва да задържа прилагане на пълно интервю за установяване на симптоми по DSM-5 или прилагане на валидирана, надеждна скала за оценка на СДВХ.

* *Англ.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства.

СЪВЕТ: Скринингови въпроси

Скрининг за невнимание

- Често ли допускате небрежни грешки у дома, на работното място или в училище, защото не внимавате? Трудно ли ви е да се концентрирате или да се съсредоточите в повечето случаи?

Скрининг за хиперактивност

- Трудно ли ви е да седите спокойно?

Скрининг за функционално увреждане

- Какви проблеми причинява това поведение в училището, на работното място или у дома?

Скрининг за продължителна анамнеза

- На колко години бяхте, когато започна това поведение?

Не забравяйте, че трябва да направите скрининг и за други психиатрични заболявания, напр. разстройство на настроението, тревожно разстройство, употреба на психоактивни вещества и др.

Използването на модела DSM-5 може да изглежда трудоемко или изискващо усилия с оглед на запаметяването и прилагането на строг систематичен, основан на симптомите подход към диагностицирането на СДВХ при възрастни. Въпреки това той утвърждава един много чувствителен и специфичен валидиран начин за поставяне на диагноза и прилагане на точно и ефикасно лечение. Следването на този подход би трябвало да позволи на предписващия специалист и на пациента да получат фармакологичните резултати, за които се съобщава в литературата. Използването на оценъчни скали за всяко психиатрично разстройство ще бъде разгледано и в следващите глави. Скалите като цяло позволяват на лекаря да разчита по-малко на клиничното интервю по DSM-5 и повече на инструменти за измерване, основаващи се на самооценката на пациента. В идеалния случай ще се използват и двата подхода.

Диагноза по DSM-5

Хората със СДВХ показват траен модел на невнимание и/или хиперактивност и импулсивност, който пречи на функционирането или развитието, характеризира се с (1) и/или (2) (вж. по-долу), започващи преди 12-годишна възраст.

(1) Невнимание: Шест или повече симптома на невнимание за деца до 16-годишна възраст или пет или повече за юноши над 17-годишна възраст и възрастни; симптомите на невнимание са налице от поне шест месеца и са неприсъщи за нивото на развитие:

- Често не обръща внимание на детайлите или прави небрежни грешки в училищната работа, на работното място или при други дейности.
- Често има проблеми със задържането на вниманието върху задачите или игровите дейности.
- Често изглежда, че не слуша, когато му се говори директно.
- Често не изпълнява инструкциите и не успява да завърши училищната работа, домашните задължения или задълженията си на работното място (например губи фокус, отклонява се).
- Често има проблеми с организирането на задачи и дейности.
- Често избягва, не харесва или неохотно изпълнява задачи, които изискват умствени усилия за дълъг период от време (например училищна или домашна работа).
- Често губи вещи, необходими за изпълнение на задачи и дейности (напр. училищни материали, моливи, книги, инструменти, портфейли, ключове, документи, очила, мобилни телефони).
- Често се разсейва лесно.
- Често забравя в ежедневните си дейности.

(2) Хиперактивност и импулсивност: Шест или повече симптома на хиперактивност и импулсивност за деца до 16-годишна възраст или пет или повече за юноши на и над 17-годишна възраст и възрастни; симптомите на хиперактивност и импулсивност са налице от поне шест месеца в степен, която нарушава нормалното функциониране и е неприсъща за нивото на развитие на лицето:

- Често се върти или потропва с ръце или крака или се гърчи на мястото си.
- Често напуска мястото си в ситуации, в които се очаква да остане седнал(а).
- Често тича или се катери в ситуации, в които това не е уместно (при юношите или възрастните може да се ограничава до чувство на неспокойство).
- Често не може да играе или да участва в развлекателни дейности спокойно.
- Често е „в движение“ и се държи така, сякаш е „задвижван(а) от мотор“.
- Често говори прекалено много.
- Често изрича отговор, преди въпросът да е завършен.
- Често има проблеми с изчакването на реда си.

- Често прекъсва или се натрапва на другите (напр. намесва се в разговори или игри).

Освен това трябва да са изпълнени следните условия:

- Няколко симптома на невнимание или хиперактивност и импулсивност са били налице преди 12-годишна възраст.
- Няколко симптома са налице в две или повече обстановки (напр. у дома, в училище или на работното място; с приятели или роднини; при други дейности).
- Има ясни признаци, че симптомите пречат или намаляват качеството на функционирането в обществото, в училище или на работното място.
- Симптомите не се проявяват само в хода на шизофрения или друго психотично разстройство. Симптомите не се обясняват по-добре с друго психично разстройство (напр. разстройство на настроението, тревожно разстройство, дисоциативно разстройство или личностово разстройство).

В зависимост от вида на симптомите могат да се наблюдават три типа (проявления) на СДВХ:

- Комбинирано проявление: ако през последните шест месеца са били налице достатъчно симптоми и по двата критерия – невнимание и хиперактивност-импулсивност.
- Проявление с преобладаващо невнимание: ако през последните шест месеца са били налице достатъчно симптоми на невнимание, но не и на хиперактивност и импулсивност.
- Проявление с преобладаваща хиперактивност-импулсивност: ако през последните шест месеца са били налице достатъчно симптоми на хиперактивност-импулсивност, но не и на невнимание.

Тъй като симптомите могат да се променят с течение на времето, проявлението също може да се промени.

СЪВЕТ: Интервюиране на пациент със СДВХ

- Практикуващите медицински лица, работещи с възрастни, обикновено откриват съпътстващи заболявания като СДВХ при своите възрастни пациенти, които се представят с първоначални оплаквания като тревожност, депресия или злоупотреба с психоактивни вещества. В този смисъл СДВХ може да бъде вторична находка.

Как се прави скрининг за СДВХ

- Скринингът за СДВХ често се извършва вторично в рамките на „Психиатричния преглед на системите“ при снемане на пълна психиатрична анамнеза като част от сегмента на интервюто „Социална анамнеза“ особено когато се пита за психосоциалното развитие от детството до младата възраст.
- Продуктивен подход е например пациентите да бъдат попитани как са се справяли в началното училище, прогимназията, гимназията и колежа. Добре ли се е справял пациентът, или е имал проблеми в училище? Бил ли е определян или чувствал ли се е като лошо дете или труден ученик? Можел ли е да се съсредоточава и да слуша учителя, да се придържа към задачите, да завършва възложените задания и т.н.? Прекъсвал ли е работата на класа, вземал ли е импулсивни решения, които са създавали проблеми? Често ли е забравял „да погледне, преди да скочи“? Дали приятелите, учителите, родителите са казвали, че винаги се движи, че е „хипер“, че се катери или че се върти? Случвало ли се е да се замечтава, или да се отнася?

Получаване на история на заболяването на симптомите

- Ако се открият такива модели, е важно да се установи дали те са се пренесли в зряла възраст и ясно да се разграничи дали тези групи симптоми се появяват в множество сфери на живота (домашна, професионална, социална и др.) и понастоящем причиняват психосоциален дистрес. Важно е да се определи дали симптомите на СДВХ са били налице още в начална училищна възраст.
- Би било странно възрастен човек изведнъж да „разви“ или да „заболе“ от СДВХ.
- Невниманието и слабата концентрация, които се развиват в продължение на няколко седмици, често са свързани с ГДР, ГТР, стрес, разстройство в адаптацията или евентуално със злоупотреба с психоактивни вещества (ПАВ).
- Пациентите често забелязват влошаване на резултатите в работата или в училище и ги представят с убеждението, че имат нововъзникнало СДВХ. В продължителен план е от ключово значение да се определи дали ясни симптоми на СДВХ са предшестваха или са били преморбидни спрямо проявяващото се основно оплакване от невнимание.
- Ако не се установи преморбиден СДВХ, тогава клиницистите трябва да третират настоящите симптоми на невнимание като част от друга, по-точна диагноза по DSM-5 (напр. ГДР).
- Ако се установи преморбиден СДВХ, тогава и СДВХ, и нововъзникналото разстройство по DSM-5 трябва да се лекуват едновременно.

Обърнете специално внимание на невниманието при диагностициране на СДВХ при възрастни

- Диагнозата СДВХ при възрастни може да бъде трудна за установяване, тъй като се очаква възрастният да има класическата триада от невнимание, хиперактивност и импулсивност.
- Всъщност с напредването на възрастта на пациента със СДВХ често се случва симптомите на хиперактивност и импулсивност да отслабват, докато тези на невнимание да продължават.
- По-често възрастните пациенти, изглежда, имат по-скоро СДВХ с преобладаващо невнимание, отколкото хиперактивен/импулсивен тип.

Потвърждаване на анамнезата с допълнителна информация

- Клиницистите могат да подобрят диагностичната точност за СДВХ при възрастни, като интервюират за няколко минути близък човек (родител, брат или сестра и др.), за да потвърдят продължителното наличие на симптоми на СДВХ от по-млада възраст. Използването на оценъчни скали също може да помогне.

Оценъчни скали

Скала за самооценка на СДВХ при възрастни (ASRSv1.1)

- Тази скала е адаптирана и валидирана от добре приетата версия, използвана за СДВХ в детска възраст, наречена ASRS.VI. Тя е обществено достояние и е лесна за използване. Попълването ѝ от пациента отнема около 1–2 минути, а оценяването – няколко секунди.
- При оценяването положителен резултат от какъвто и да е вид в четири или повече затъмнени области на Раздел А предполага диагноза СДВХ. Резултатите могат да се отчитат многократно във времето, за да се проследят резултатите от лечението.
- За да получите тази скала, която е обществено достояние, моля, вижте Адлер, Ленард, et al. (2006) „Валидиране на пилотна скала за самооценка на СДВХ при възрастни (ASRS) за оценяване на симптомите на СДВХ при възрастни“. *Анали на клиничната психиатрия* 18.3, 145–148 (Adler, Lenard, et al. (2006) “Validity of Pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms.” *Annals of Clinical Psychiatry* 18.3, 145–148); Кеслер, Р. К., Адлер, Л., Еймес, М. (2005) „Скала за самооценка на СДВХ при възрастни на Световната здравна организация (ASRS): кратка скринингова скала за използване при

общата популация“. Психологична медицина 35, 245–56 (Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M. (2005) “The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population.” Psychological Medicine 35, 245–56); Хайнс, Дж. Л., Кинг, Т. С. & Къри, У. Дж. (2012) „Скала за самооценка на СДВХ при възрастни за скрининг на синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ)“. Списание на Американския съвет за семейна медицина 25.6, 847–853 (Hines, J. L., King, T. S. & Curry, W. J. (2012) “The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit–hyperactivity disorder (ADHD).” The Journal of the American Board of Family Medicine 25.6, 847–853). www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php. Тя е безплатна и е защитена с авторски права от Световната здравна организация.

Таблица 1.1. ASRS-V1.1 за използване при СДВХ при възрастни

Скала за самооценка на СДВХ при възрастни (ASRS-V1.1)					
Контролен списък на симптомите					
Име на пациента:	Дата:				
Моля, отговорете на въпросите по-долу, като се оценявате по всеки от посочените критерии, използвайки скалата в дясната част на страницата. Когато отговаряте на всеки въпрос, поставяйте X в полето, което най-добре описва как сте се чувствали и държали през последните шест месеца. Моля, дайте попълнения Контролен списък на Вашия здравен специалист, за да го обсъдите по време на днешната среща.	Никога	Рядко	Понякога	Често	Много често
1. Колко често Ви се случва да се затруднявате да довършите последните детайли на един проект, след като вече сте приключили с трудната част?					
2. Колко често Ви е трудно да подредите нещата, когато трябва да свършите задача, която изисква организация?					
3. Колко често имате проблеми със запомнянето на срещи или задължения?					
4. Когато имате задача, която изисква много мислене, колко често избягвате или отлагате започването ѝ?					
5. Колко често се въртите или мърдате с ръце или крака, когато трябва да седите дълго време?					
6. Колко често се чувствате прекалено активен(а) и принуден(а) да правите неща, сякаш сте задвижван(а) от мотор?					
Част А					
7. Колко често допускате грешки по невнимание, когато трябва да работите по скучен или труден проект?					
8. Колко често Ви е трудно да задържите вниманието си, когато вършите скучна или повтаряща се работа?					
9. Колко често Ви е трудно да се концентрирате върху това, което Ви казват хората дори когато се обръщат директно към Вас?					

10. Колко често поставяте на друго място или се затруднявате да намирате неща вкъщи или на работа?					
11. Колко често се разсейвате от дейности или шум около Вас?					
12. Колко често напускате мястото си по време на срещи или в други ситуации, в които се очаква да останете седнал(а)?					
13. Колко често се чувствате неспокоен(а) или нервен(а)?					
14. Колко често Ви е трудно да се отпуснете или да релаксирате, когато имате време за себе си?					
15. Колко често Ви се случва да говорите прекалено много, когато сте в социална ситуация?					
16. Когато участвате в разговор, колко често Ви се случва да довършвате изреченията на хората, с които разговаряте, преди те самите да успеят да ги довършат?					
17. Колко често изпитвате затруднения да изчакате реда си в ситуации, в които се изисква редуване?					
18. Колко често се случва да прекъсвате другите, когато са заети?					
Част Б					

СЪВЕТ: Коментар за оценъчните скали в психиатричната практика

Оценъчните скали не трябва да заместват, а по-скоро да служат като допълнение към качествено клинично интервю

- Оценъчните скали не могат да доведат до развитие на взаимоотношенията и подобряване на придържането към предписания режим на прием на лекарства, което се постига чрез гъвкаво и професионално клинично интервю.
- Оценъчните скали, които се попълват от пациента на хартия, електронно или по друг начин, следва да се считат за равностойни на сфигмоманометрията в лечението на хипертоници или на измерването на кръвната глюкоза в лечението на диабетици.
- В оценъчните скали се задават едни и същи въпроси, по един и същ начин, при всяка среща. Променят се само отговорите на пациента. Клиницистът получава надеждна мярка или резултат, който е нормален, абнормен, по-добър, по-лош или един и същ.
- Абнормните резултати подтикват клинициста да предприеме действия за оптимизиране на текущото лечение или да се откаже от лечение, което е неефективно.
- Този подход може да доведе до по-добри резултати, тъй като клиницистите получават доказателства в реално време, че избраните от тях лекарства не са с оптимален ефект.

Разпространен мит 1:

Скалите са защитени с авторски права, скъпи и неудобни

- Един разпространен мит гласи, че всички оценъчни скали са защитени с авторски права, трябва да бъдат закупени, са дълги, затрудняват пациентския поток и производителността, не се харесват нито на пациентите, нито на предписващите специалисти и т.н.
- Съществуват скъпи и защитени с авторски права скали, но за всяко от заболяванията по DSM-5 има безплатни скали, част от общественото достояние, които могат да се използват. Освен това някои скали са безплатни и трябва просто да изпратите имейл до автора, за да получите разрешение за използването им.
- Някои скали са много кратки и много ефективни. Те често отнемат само няколко минути за попълване от пациента и няколко секунди за оценяване от клинициста. В тази книга ще намерите информация за кратки, безплатни и лесни за отчитане оценъчни скали, когато това е възможно.
- Скалите могат да бъдат попълнени в интернет от пациента у дома, в чакалнята – на компютърен пункт или на таблет или телефон.

Разпространен мит 2:

Скалите отнемат много време

- Съществува мит, че скалите отнемат твърде много време или че костват ценно време на клинициста. Точно обратното, оценъчната скала, която се попълва, преди пациентът да бъде прегледан, не коства на лекаря допълнително време.
- Поставянето на писмени оценъчни скали в чакалнята е „нискотехнологична“ мярка, но създава рутина в работния процес на амбулаторния кабинет.
- Например, когато клиницистът приключи срещата си с пациента (преди да напише записката за напредъка му), той може да отиде в чакалнята и да даде хартиения вариант на оценъчната скала на следващия пациент. След първия сеанс пациентите рядко се нуждаят от повторно ориентирание или обяснение как да ги попълват. Клиницистът може да се върне в кабинета си и за времето, необходимо за написване на записката за напредъка, пациентът попълва своята скала. Клиницистът може да вземе пациента от мястото за изчакване и да изчисли резултата, докато върви с него обратно към кабинета, за да започне сеанса.
- Като алтернатива може да се обучи асистент, който да раздава и отчита скалите. Резултатите от оценъчната скала могат да се проследяват в почти всяка диаграма, подобно на проследяването на кръвното налягане. Често те могат да бъдат представени във вид на графики от системи за електронен запис.

- С оценъчната скала могат да се задават бързо много въпроси и тя позволява на клинициста да си спести задаването на въпроси за симптомите по DSM, когато пациентът вече е отговорил с „Не“ на въпроса, дали изпитва даден симптом, и да се съсредоточи върху ключовите симптоми, на които пациентът е отговорил с „Да“.
- Това често позволява провеждането на един по-бърз и по-фокусиран сеанс на психофармакологично проследяване. Това дава на предписващия специалист повече време да извърши оценка на леталитета, да се заеме с планиране на безопасността или да използва онези основни психотерапевтични техники, тъй като реално е било изразходвано по-малко време, за да се установи, че няколко симптома са изчезнали и по същество не е необходимо да бъдат разглеждани.
- Ето защо ефективното, опростено прилагане на оценъчни скали в психофармакологичната практика трябва да се приравни към изследването на жизнените показатели и да се извършва възможно най-рутинно. Трябва да се избере кратка, безплатна, лесна за прилагане и оценяване скала, която да се включи в работния процес на клиничната практика.

Ползи от използването на оценъчни скали

- Ползите включват по-добри резултати за пациентите, по-голям брой ремисии и на практика позволяват по-ефикасно и ефективно използване на времето за изграждане на взаимоотношения на сътрудничество и постигане на спазване на предписания режим, информирано съгласие, оценка на леталитета и подобряване на документацията.

Насоки за лечение

За начинаещия предписващ, който се опитва да лекува възрастен със СДВХ, е от съществено значение да познава основите на съществуващите насоки, които помагат за предоставянето на високо ниво на грижи. На следващо място предписващият лекар трябва да знае кои психотропни средства са одобрени специално за лечение на СДВХ при възрастни. Това е медико-правно обоснованият начин за предписване и в идеалния случай за постигане на желаните за пациента резултати. Важно е на пациента да бъде съобщено, че използваният подход е одобрен от FDA*. Предписващият лекар и пациентът могат да намерят известно успокоение, знаейки че съществуват поне две или повече широкомащабни клинични изпитвания, в които лекарството е успяло да надмине плацебо и има отчетлив профил на безопасност. Предоставянето на тази ин-

* Англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства.

формация е в основата на информираното съгласие и спомага за по-доброто приемане на лекарството от страна на пациента. Техника от по-високо ниво, обсъдена в следващия раздел за по-напредналия предписващ специалист, би била да се обясни биологичната основа на СДВХ и как действа предписаното лекарство, за да намали симптомите на СДВХ. Това е подобно на начина, по който лекарят от първичната медицинска помощ обяснява високата кръвна захар и нечувствителността на инсулиновите рецептори на пациент с диабет, така че той да разбере заболяването си и защо приемът на инсулин ще му помогне. Така се предоставя история, която пациентът може да разбере и която дава реална причина, поради която лекарството в крайна сметка трябва да се приема. Тези подходи пораждават у пациента доверие към лекарството и към предписващия. Би трябвало да се подобрят също и степените на спазване на предписания режим, способността за понасяне на нежеланите реакции и възприятието за компетентността и задълбочеността на предписващия специалист. Това са характеристики на грижите, които водят до по-добри резултати.

След като се установи точната диагноза по DSM-5, предписващият специалист трябва да избере един от одобрените от FDA лекарства, показани за възрастни със СДВХ, които са на разположение (*вж.* Рецептурната таблица). Обикновено се избират продукти с бавно освобождаване, които се приемат веднъж дневно, вместо продукти, при които дозата се разделя на няколко приема, и продукти с незабавно освобождаване. Употребата веднъж дневно подобрява сътрудничеството на пациента и теоретично понижава риска от пристрастяване. Като цяло колкото по-бавно се абсорбира едно пристрастяващо лекарство, толкова по-постоянни са нивата му в кръвта във времето и толкова по-степенно се метаболизира. Това дава възможност за постигане на постепенен клиничен ефект и минимално упойващо въздействие. Пациентът трябва да усеща по-слабо повишаване на енергията/настроението в началото, което намалява потенциала за стимулиране на системата за възнаграждане и пристрастяване. Стимулантите се считат за първа линия, тъй като действат по-често и по-пълно при средностатистическия възрастен пациент със СДВХ. Тези лекарства трябва да се считат за втора или трета линия при пациенти с анамнеза за пристрастяване, сърдечна анамнеза или анамнеза за анорексия, тъй като стимулантите могат да причинят пристрастяване, аритмия и загуба на тегло. Освен това юношите и младите възрастни имат по-голяма вероятност да злоупотребяват с тези лекарства, а също така могат да отклоняват или да споделят тези лекарства с връстници. Клиницистът трябва да претегли по-високата ефективност и наличната доказателствена база в подкрепа на употребата на стимуланти като първоначално лечение спрямо използването на по-малко ефективен, но и по-малко пристрастяващ продукт.

Таблица 1.2. Рецептурна таблица за лекарства за СДВХ

Лекарствата, посочени с УДЕБЕЛЕН ШРИФТ , са одобрени средства за лечение на СДВХ при възрастни. Дозировката се основава на клиничното приложение. Предписващият лекар трябва да направи допълнителна справка в одобрените насоки за дозиране.						
Търговско наименование	Генерично наименование	Показание (показанието, одобрено от FDA, е с удебелен шрифт)	Механизъм на действие на лекарството	Съвети за дозиране	Съвети за наблюдение	Медико-правни съвети
I. СТИМУЛАНТИ						
<i>Амфетаминови стимулируращи продукти (бавно освобождаване)</i>						
Адерал XR [®] (англ. Adderall XR)	смесен d/l-амфетамин с удебелено освобождаване	<ul style="list-style-type: none"> СДВХ 	<ul style="list-style-type: none"> Стимулантите амфетамин и метилфенилат блоkirат невронното обратно захващане на допамин и норепинефрин Класът на амфетамините се различава от класа на метилфенилатите по това, че блоkirира и саа това възстановява помпите за обратно захващане на допамин, като по този начин води до освобождаване на по-голямо количество допамин Амфетамините могат да освобождават допамин от нервните окончания посредством VMAT2²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 5–60 мг/ден Увеличавайте с 5–10 мг всяка седмица Действието продължава по-голям брой часове 	<ul style="list-style-type: none"> Честите нежелани реакции включват тревожност, безсъние, загуба на тегло, гадане, палпитации, сухота в устата или обилно изпотяване Сериозните нежелани реакции включват психоза, гърчове, хипертония, активирание на (хипо)мания и суицидна идеация, пристрастяване, хипертония и сърдечносъдови събития Следете жизнените показатели и помнете ПДВ в урината 	<ul style="list-style-type: none"> Стимулантите са свързани с класически риск от разваляне на зависимост, а при по-млади възрастни – и от активирание на суицидна идеация Избягвайте прилагането на стимуланти при пациенти със сърдечни структурни аномалии, аритмия, анамнеза за инфаркт на миокарда
Вайванс	Адексамфетамин	<ul style="list-style-type: none"> СДВХ РПП (разстройството с периодични пристъпи на пресмягане) 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 10–70 мг/ден Увеличавайте с 10–20 мг всяка седмица Действието продължава повече от няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе

<i>Адретаминови стимулатори продукти (независно освобождаване)</i>					
Дексезрин/ Декстростат (англ. Dexedrine/ Dextrostat)	d-амфетамин	<ul style="list-style-type: none"> САВХ Нарколепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 5–60 мг/ден Увеличавайте с 5 мг всяка седмица Действието продължава няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе Като по-горе
Адерал	смесен d/l-амфетамин	<ul style="list-style-type: none"> САВХ Нарколепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 5–60 мг/ден Увеличавайте с 5 мг всяка седмица Действието продължава няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе
<i>Метилфенидатни стимулатори продукти (бавно освобождаване)</i>					
Концерта	Метилфенидат OROS [®] с удължено освобождаване	<ul style="list-style-type: none"> САВХ Нарколепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 18–72 мг/ден Действието е с продължителност до 12 часа Увеличавайте с 18 мг всяка седмица 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе
Фокалин XR	d-метилфенидат с удължено освобождаване	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 5–40 мг/ден Увеличавайте с 10 мг всяка седмица Действието продължава по-голям брой часове 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе
Метадейт (англ. Metadate) ER/CD [®] , Риталин (англ. Ritalin) SR/LA [®]	Метилфенидат	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе 	<ul style="list-style-type: none"> Обичайната доза е 10–60 мг/ден Увеличавайте с 10 мг всяка седмица Действието продължава от няколко до по голям брой часове 	<ul style="list-style-type: none"> Като по-горе

Дейтрана (англ. Durgana), пластир	Метилфенилат, трансформален пластир	• Като по-горе	• Като по-горе	<ul style="list-style-type: none"> • Първоначално се прилага пластир с 10 мг за 9 часа; увеличава се с 5 мг/9 часа всяка седмица; максималната доза е 30 мг/9 часа • Пластирът се поставя 2 часа преди момента, от който е необходимо постигането на ефект, и се носи в продължение на 9 часа • Действието продължава по голям брой часове 	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе с разликата, че се следи за кожни раздразнения 	• Като по-горе
Квиливант (англ. Quilivant), течност/таблетка за дъвчене	Метилфенилат, течност	• Като по-горе	• Като по-горе	<ul style="list-style-type: none"> • Обичайната доза е 10–60 мг/ден • Увеличавайте с 5–10 мг всяка седмица • Действието продължава по голям брой часове 	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе 	• Като по-горе
Метилфенилатни стимуляционни продукти (независно освобождаване)						
Метилин (англ. Methylin), таблетки/течност/таблетки за дъвчене	Метилфенилат	• Като по-горе	• Като по-горе	<ul style="list-style-type: none"> • Дозата е 5–30 мг два пъти дневно • Увеличавайте с 10 мг всяка седмица • Действието продължава няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе 	• Като по-горе
Риталин	Метилфенилат	• Като по-горе	• Като по-горе	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе • Действието продължава няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе 	• Като по-горе
Фокалин	d-метилфенилат	• Като по-горе	• Като по-горе	<ul style="list-style-type: none"> • Дозата е 2,5–10 мг два пъти дневно • Увеличавайте с 2,5–5 мг всяка седмица • Действието продължава няколко часа 	<ul style="list-style-type: none"> • Като по-горе 	• Като по-горе

2. ПРОДУКТИ БЕЗ СТИМУААНТИ				
Инхибитори на обратното захващане на норепинефрина				
Стратегия	Агомексетин	САВХ	Не е стимуланг и действа чрез инхибиране на обратното захващане на норепинефрина	Не е стимуланг и действа чрез инхибиране на обратното захващане на норепинефрина
Уелбутрин SR/XL ⁶⁾ /Аплезин	Бупропион	<ul style="list-style-type: none"> • ГАР • Сезонно афективно разстройство • Отказ от пушене • САВХ (извън условията на разрешението) 	<ul style="list-style-type: none"> • Инхибитор на обратното захващане на норепинефрин и допамин (ИОЗНА) 	<ul style="list-style-type: none"> • Честите нежелани реакции включват седация и гадене • Нечестите нежелани реакции включват сухота в устата, главоболие, запяване на кръвното налягане, тремор, безсъние • Смесете жизнените показатели
			<ul style="list-style-type: none"> • Обичайната доза е 40–100 мг/ден при възрастни • Увеличете на 80 мг/ден след 1 седмица • Увеличете на 100 мг/ден (максимална дневна доза) при липса на ефект преди това • Дозата трябва да се поддържа в продължение на 2–4 седмици или дори по-дълго, за да се наблюдава по постепенно настъпване на ефикасност с течение на времето 	<ul style="list-style-type: none"> • Предимството на това лекарство е липсата на ясни албгосрочни, свързани с крайни органи или пристрастяване • Използвайте с повишено внимание при пациенти със сърдечносъдови заболявания и хипертония • Понижете дозата при пациенти с дефицит на р4502D6
			<ul style="list-style-type: none"> • Обичайната доза е 200–450 мг/ден, разделена на няколко приема за SR и 150–450 мг/ден еднократно за XL • За SR титрувайте до целевата доза от стандартна начална доза от 100 мг два пъти дневно • Увеличете на 150 мг два пъти дневно след 4 дни и изчакайте 4 седмици, преди да увеличите дозата до максимум 400 мг/ден • За XL титрувайте до целевата доза от стандартна начална доза от 150 мг веднъж дневно • Увеличете на 300 мг веднъж дневно още след 4 дни и изчакайте 4 седмици, преди да увеличите до максимална дневна доза от 450 мг/ден, ако е необходимо 	<ul style="list-style-type: none"> • Не използвайте при ананмеза за гърчове или хронично разстройство
			<ul style="list-style-type: none"> • Честите първоначални нежелани реакции включват сухота в устата, безсъние, главоболие, тревожност • Серioзни нежелани реакции включват редки гърчове, (хипо)мания и увеличаване на сушната идакция 	