

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ТРЕТМАН НА ПАЦИЕНТ СО ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот на пациент со психосоматски симптоми.

Член 2

Начинот на третман на пациент со психосоматски симптоми е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на пациент со психосоматски симптоми по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

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

Бр. 07-9032/2

30 ноември 2013 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ПАЦИЕНТ СО ПСИХОСОМАТСКИ СИМПТОМИ

МЗД Упатство
13.01.2012

- Основи
- Соматизација
- Соматоформни растројства
- Неурастенија
- Психолошки фактори кои имаат влијание на физичките растројства
- Диференцијални дијагнози
- Асоцирани растројства
- Етиологија
- Тек на состојбата и нејзиниот ефект на квалитетот на живот и функционалниот капацитет
- Екзаминација
- Третман - основни принципи
- Фармакотерапија
- Психотерапија
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Лекарот никогаш не треба да се сомнева во постоењето на симптомите, во нивниот субјективен интензитет или во степенот на последователното функционално нарушување.
- Работејќи заедно со пациентот, целта на докторот е да оформи објаснувачки модел за симптомите.
- Долготрајната релација со лекарот терапевт често е неопходна пред пациентот да биде подготвен да започне постепено да ги прикажува психосоцијалните проблеми кои се зад симптомите.
- Третманот на кој било психијатриски коморбидитет (депресија, анксиозност, растројство на личноста) може да оправдува консултација со психијатар.

СОМАТИЗАЦИЈА

- Соматизацијата ја прикажува тенденцијата за доживување, концептуализација и комуникација на психолошките конфликти како соматски симптоми или промени.
 - Во општата популација, до 80% имаат најмалку еден соматски симптом кој им предизвикува некоја нелагодност. Најчестите соматски симптоми кои не можат да бидат објаснети со нарушување на телото, дури и по сеопфатни испитувања, се абдоминални поплаки, болки во грбот и главоболка.
 - Меѓу пациентите во примарната здравствена заштита 20-35% имаат еден или повеќе необјасливи соматски симптоми; околу 70% од нив се жени. Идиопатските соматски симптоми се почести кај, меѓу останатите, пониските социјални класи, земјите во развој и имигрантите.

СОМАТОФОРМНИ РАСТРОЈСТВА

- Медицински необјаснивите соматски симптоми се интензивни и хронични, тие се асоцирани со несоодветно болно однесување и болеста предизвикува нарушување на социјалната, професионалната и на други важни сфери на функционирање. Субгрупите (Ф45.0-Ф45.9) под главната дијагноза се:
- Соматизационо растројство (Ф45.0)
 - Најмалку 6 различни соматски симптоми од два или повеќе различни органски системи со најмалку двегодишно траење.
 - Најинтензивна форма на соматоформни растројства.
 - Преваленца 0.2-2%, скоро исклучително кај жени.
- Недиференцирано соматоформно растројство (Ф45.1)
 - Сите критериуми за соматизационо растројство не се исполнети.
 - Преваленца 8%.
- Конверзивно растројство (Ф44.4-Ф44.7)
 - Еден или повеќе симптоми кои ја опфаќаат моторната или сензитивната функција, на пример парализа, губиток на гласот, слепило, глувост или конвулзии.
 - Преваленца 1-3% меѓу пациентите во примарната здравствена заштита, 2-10 пати почесто кај жените отколку кај мажите.
- Хипохондриско растројство и телесно дисморфично растројство (Ф45.2)
 - Перзистентен страв од разболување, верување дека има болест или дефект во физичките карактеристики, или преголема преокупација со физичкиот изглед.
 - Преваленца: хипохондрија 2-7%, телесно дисморфично растројство 1-2%, меѓу пациенти кои се подложуваат на пластична операција 6-15%.
- Соматоформна автономна дисфункција (Ф45.3)
 - Агитираност на најмалку еден органски систем кој е под автономна контрола и најмалку два автономни симптоми (палпитации, потење, сува уста или неспецифична епигастрична непријатност) и како дополнение, најмалку еден друг симптом кој е неспецифичен, на пример иритабилни црева (кај 10% од пациентите) или хипервентилација.
- Перзистентно соматоформно болно растројство (Ф45.4)
 - Болка која бара клиничко внимание во една или во повеќе анатомски локации.
 - Преваленца: хронична болка кај 10% од општата популација.
- Други и неспецифични соматоформни растројства (Ф45.8, Ф45.9)
 - На пример, психогена дисменореја, психогена главоболка.
 - Преваленца: хронична главоболка кај 5% од популацијата; животната преваленца може да биде и до 80%.

НЕУРАСТЕНИЈА

- Непропорционално интензивен замор по лесен ментален или физички напор и, како дополнение, еден друг соматски симптом (Ф48.0)
 - Преваленцата на синдромот на хроничен замор во општата популација е 0.2%, четири пати почесто кај жените.

ПСИХОЛОШКИ ФАКТОРИ КОИ ИМААТ ВЛИЈАНИЕ НА ФИЗИЧКИТЕ РАСТРОЈСТВА

- Физичкото растројство кое е дијагностицирано кај пациентот е асоцирано со психолошки или бихејвиорални фактори, кои може да играат улога како дел во етиологијата и во клиничкиот тек на болеста (Ф54).
 - На пример, егзацербација на астма, асоцирана со стрес J45/Ф54.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНИ ДИЈАГНОЗИ

- Други психијатриски растројства.
- Депресивни растројства.
 - Тешка депресија може да се манифестира како, на пример, болен синдром или состојба на физички замор (“маскирана депресија”).
 - Околу една четвртина од оние со хроничен болен синдром ги исполнуваат дијагностичките критериуми за тешка депресија.
 - Најмалку 50% од пациентите со тешка депресија кои бараат помош во примарната здравствена заштита се оплакуваат, главно, на соматски симптоми.
- Анксиозни растројства
 - Особено кај паничното растројство и генерализираното анксиозно растројство, пациентот може да манифестира симптоми кои се поврзани со хиперактивноста на автономниот нервен систем (хипервентилација, палпитации, градна болка, диспнеја, вртоглавица, слабост, потење).
- Психотични растројства
 - Психотичното растројство може да биде асоцирано со соматски делузии, на пример убедување за лош мирис или форми кои живеат под кожата.
- Лажни растројства (Ф68.1)
 - Се карактеризираат со интенционална продукција на соматски или на ментални симптоми/знаци. Основната цел (главно несвесно) на личноста е добивање на улога на болен.
- Симулирање (376.5)
 - Целта на симулантот е свесно да добие персонален бенефит од неговите/нејзините симптоми.
- Непрепознато психијатриско растројство
 - Во текот на неколку години, следејќи ја дијагнозата на соматоформно растројство, физичка болест која ги објаснува соматските симптоми е најдена кај 2-10% од пациентите.

АСОЦИРАНИ РАСТРОЈСТВА

- Растројства во расположението и анксиозни растројства
 - Депресивните или анксиозните растројства се сметаат за асоцирани со соматоформното растројство кај до 50% од пациентите, што е повеќе од просечен број на случаи кај хроничните физички состојби.
 - Депресијата и анксиозноста ја продолжуваат и понатаму ја интензивираат тенденцијата на пациентот кон соматизација.
- Други соматоформни растројства
 - Пациент со едно соматоформно растројство често, исто така, ги исполнува дијагностичките критериуми за друго соматоформно растројство.
- Физички болести
 - Физичката болест не ја исклучува можноста за истовремено постоење на соматоформно растројство, што може да води кон двата дијагностички и терапевтски проблеми.
 - Многу физички болести (епилепсија, МС) го predisponираат пациентот кон соматизација.

ЕТИОЛОГИЈА

- Индивидуални фактори.
- Психолошки механизми.

- Хиперактивација на автономниот нервен систем или на хипоталамо-хипофизно-адреналната оска, мускулна напнатост, хипервентилација, седечки животен стил, минати и сегашни физички болести.
- Генетски фактори
- Фактори, асоцирани со развојот и со учењето
 - Запоставување, сексуално и физичко насилство, болест на родител и болно однесување.
- Когнитивен стил, начин на кој личноста ја обработува информацијата
 - Опсервација на физички сензации и нивна катастрофична интерпретација.
- Психодинамски фактори
 - Соматските симптоми може да презентираат емоционален дистрес или ментален конфликт кој личноста не може вербално да го опише (алекситимија) или соматските симптоми се манифестација на обид за реконструкција на фрагментираната слика за себе (авто-психологија).
- Индивидуални особини и карактеристики
 - Ниска самодоверба, песимизам.
 - Немоžност за експресија на емоции (алекситимија).
 - Подложност на себемониторирање.
- Социокултурни фактори
 - Постојат културни разлики во преваленцата на соматизационите растројства.
 - Соматоформните растројства се почести во општества каде психијатриските растројства се гледаат како “стигматизирачки”.
- Јатрогени фактори
 - Прекумерните испитувања без соодветен третман може да ја зголемат појавата на соматизација.
 - Финансиските надоместоци за физичката кондиција може да делуваат како зајакнувачки фактори за соматизацијата.

ТЕК НА СОСТОЈБАТА И НЕЈЗИНИОТ ЕФЕКТ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ И ФУНКЦИОНАЛНИОТ КАПАЦИТЕТ

- Минливи симптоми, слични на соматизацијата, може да се јават скоро кај секој во текот на животната криза.
- Соматоформните растројства, обично, започнуваат во текот на адолесценцијата или на раниот адултен период. Интензитетот на растројството може да флукуира во текот на времето.
- Пациентите со соматоформни симптоми карактеристично бараат медицински ивентигации, но ретко бараат психијатриски третман и може дури и да се спротивставуваат на такво упатување.
- Студија покажа дека пациентите со најинтензивна соматизација (14% врв во прашалникот кој се однесува на соматизацијата) имаат повисоки стапки на реализирана медицинска грижа отколку сите други пациенти во студијата.
- Многу пациенти со соматоформно растројство (30%) го перцепираат нивниот квалитет на живот како сиромашен и функционалниот капацитет на некои (10%) може да биде полош отколку на оние пациенти со хронични физички состојби.
- Кога се проценува способноста на пациентот за работа и реализацијата на рехабилитацијата, наместо концентрација кон недостатокот на физичките резултати, вниманието треба да се насочи кон следново: можноста од коморбидна депресија и нејзин третман и рехабилитација, можна исцрпеност, севкупното здравје на пациентот, индивидуалната и животната ситуација.
- Добра идеја е да се добие исцрпен психолошки или психијатриски извештај уште во раните стадиуми на проценката на работната способност.

ЕГЗАМИНАЦИЈА

- Состанокот треба да биде доволно долг за да му дозволи на пациентот да зборува за неговите/нејзините соматски симптоми и да се чувствува дека тој/таа е слушан/а и сериозно сфатен/а. Ова, исто така, ќе овозможи полесно говорење за актуелната животна ситуација. Кои се главните симптоми на пациентот или главните грижи? Кои фактори имале влијание на почетокот на симптомите, нивното пролонгирање или агравација? Кои фактори ги ублажиле симптомите?
- Актуелни и минати психосоцијални стрес фактори кои или им претходат на симптомите или го предиспонираат (види етиологија) пациентот кон појавување на симптомите.
 - Докторот може да истакне примери на чести ситуации каде стресот продуцира соматски симптоми (на пример главоболка, хипервентилација).
- Значајните човекови релации (од детството до сегашноста) треба да бидат дискутирани заедно со сите асоцирани грижи, проблеми и, од друга страна, секоја поддршка, добиена од овие релации.
- Каков ефект имале симптомите на нивниот квалитет на живот и на функционалниот капацитет (студирање, работа, социјални релации)?
- Сите претходни клинички и лабораториски егзаминации мора внимателно да се разгледаат пред да бидат наредени нови истражувања.
- Докторот секогаш треба индивидуално да спроведе физикална егзаминација. Лабораториските истражувања се индицирани само ако се препорачани од објективните наоди.
- Дали постојат знаци на психијатриски коморбидитет (депресивни и анксиозни растројства)? Може да се користат алатки за скрининг.
- Која е импресијата на пациентот за причините и значајноста на симптомите? Дали тоа се разликува од гледиштето на докторот?
- Се советува докторот да не ја изнесува неговата/нејзината интерпретација на етиологијата во текот на егзаминацијата.

ТРЕТМАН - ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

- Бидејќи се согледува дека симптомите имаат органска основа, општиот доктор или друг доктор со искуство за физичките болести, обично, е најсоодветен да ја преземе целокупната одговорност за медицинската грижа.
- Добрата релација формира интегрален дел од третманот (психоедукација и супортивна психотерапија).
- Слушањето со интерес и покажувањето на разбирање создава атмосфера на доверба. Ова, исто така, ќе го забрза постепеното воведување на многу сензитивни субјекти во конверзацијата.
- Симптомите на пациентот мора да бидат прифатени дека се “реални”. Ако само се наведе дека не постои нешто што не е во ред, пациентот разочарано ќе замине и ќе бара помош на други места.
- Пациентот треба да се подложи на една сеопфатна егзаминација. Понатаму, непотребните физикални егзаминации треба да се одбегнуваат.
- Сугестии и поддршка: говорете сè за стравовите на пациентот (на пример стравот од карцином). Охрабрете го пациентот да ги искаже неговите/нејзините мисли и чувства за актуелните и за минатите симптоми. Во акутната фаза, пациентот може да биде охрабрен дека не е најдена никаква сериозна причина за симптомите и тие ќе се подобрат со текот на времето.
- Објаснување: и психолошките и биолошките страни треба да се вклучат. Неоснованите дијагнози може само да влијаат на пролонгирање на симптомите. Подоброто е да се признае одреден степен на несигурност. Како и да е, целта е да се пронајде

објаснувачки модел за симптомите кој е прифатлив за пациентот; физичките фактори и факторите, поврзани со актуелната животна ситуација, треба да се комбинираат.

- Планот за следење на состојбата се одлучува заедно со пациентот. Тој може повеќе да се состои од механизми за справување отколку тотално лекување.
- Регулари посети за следење на состојбата, во почетокот почесто.
- Во текот на посетите симптомите кратко се дискутираат. Фокусот на конверзацијата треба да биде на тоа како пациентот се справува со симптомите. Дали постои нешто што ја влошува или подобрува ситуацијата?
- Целта е да се поддржат и да се истакнат индивидуалните сили и вештини на пациентот.
- Треба да се избегнуваат непотребни лекови. Сите лекови кои може да водат кон зависност постепено треба да се намалуваат или комплетно да се исклучат.
- Пациентот со соматизација често зазема предизвикувачки став и многу од нив бараат повеќе и презентираат однесување со кое бараат внимание. Може да биде од бенефит иницијално да се дозволи делумно на желбите на пациентот одредени ограничувања на условите, на пример на бројот на дозволени телефонски јавувања и времетраењето на посетите.
- Пациентите може да бидат незадоволни и разочарани. Зборувањето за несогласувањата на начин со кој се покажува разбирање може некогаш да го спречи влошувањето на ситуацијата.
- За да се избегне појавата на истоштеност, докторот може да формира тим со сестрата или здравствен посетител со кој тој/таа е професионално сроден.
- Со текот на времето, консултацијата со психијатар може да стане возможна. Особено треба да биде разгледано во случаи каде дијагнозата останува непрецизирана, третманот не покажува помош или постои значаен психијатриски коморбидитет.
- Релацијата за третманот со општиот доктор треба да продолжи дури и откако пациентот е упатен на психијатар.
- Некогаш може да биде индицирано краткотрајно боледување, дадено во соодветен момент, особено во текот на проблематични животни ситуации.

ФАРМАКОТЕРАПИЈА

- Терапијата со лекови за пациент со соматизација, главно, треба да се има во предвид за третман на психијатрискиот коморбидитет (анксиозност, депресија).
- Во некои студии, антидепресивите (SSRI) се покажале дека имаат позитивни ефекти, на пример во третманот на хипохондриските растројства.

ПСИХОТЕРАПИЈА

- Когнитивно-бихејвиорална терапија
 - Когнитивно-бихејвиоралната терапија, спроведена или како индивидуална или групна терапија, може да биде од бенефит.
 - Да се испитаат со пациентот факторите кои ја одржуваат неговата/нејзината фиксација на здравствените проблеми, однесувањето со избегнување, верувањето во постоењето на болеста и погрешната интерпретација на симптомите. Приод на овој начин има за цел да го промени болното однесување на пациентот. Во многу случаи пациентот прифаќа упатување на когнитивно-бихејвиорална терапија дури и многу повеќе отколку медикаментозниот третман.
- Сугестивна терапија и динамска индивидуална или групна терапија
 - Хипнозата се користи во дијагностицирањето и во третманот на конверзивното растројство.

- Интензивната психодинамска терапија некогаш може да биде земена предвид во третманот на конверзивното растројство.
- Терапијата за парови и семејната терапија може да бидат од бенефит (ако јасно се покаже дека симптомите се дел од семејните проблеми).
- Друг нефармаколошки третман
 - Постепено и под супервизија зголемување на физичкото вежбање често е најдобра форма на третман кај синдромот на хроничен замор (ннд-В). Основата треба да биде поставена на ниво на најтешките денови кај пациентот.
 - Физиотерапијата може да биде неопходна кај конверзивното растројство ако пациентот подолго време се задржува неподвижен и некогаш тоа може да е доволно како единствен третман кај акутните случаи.
 - Методите за релаксација, биофидбек тренингот и медитацијата се соодветни дополнителни третмани.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Когнитивната терапија, бихејвиоралната терапија, когнитивно-бихејвиоралната терапија и бихејвиоралниот третман на стресот може да бидат ефикасни во редуцијата на симптомите на хипохондријазата (ннд-С).

Литература

- Voigt K, Nagel A, Meyer B et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68(5):403-14. PubMed
- Reid S, Chalder T, Cleare A et al. Chronic fatigue syndrome. *Clin Evid (Online)* 2011; 2011():. PubMed
- Abbey S, Wulsin L, Levenson J. Somatization and somatoform disorders. Kirjassa: Levenson J (ed.). *Textbook of psychosomatic medicine*. 2nd edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc, 2011. S. 261-89.
- Escobar J. Somatoform disorders. Sadock B, Sadock V, Ruiz P (eds.). *Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th edition. Philadelphia, PA, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009. S. 1927-48.
- Withöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:257-83. PubMed
- Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008 May 17; 336(7653):1124-8. PubMed
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007 Mar 17; 369(9565):946-55. PubMed

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00321 (035.007)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 2005 Aug; 62(8):903-10. PubMed
2. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom Med 2007; 69(9):881-8. PubMed

Автори:

Antero Leppävuori

Претходни автори:

Matti O. Huttunen and Sami Pirkola

Article ID: ebm00709 (035.007)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.01.2012, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во јануари 2017 година.**