Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита (IСлужбен весник на Република Македонијав 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 ДЕЛУЗИВНО РАСТРОЈСТВО

Член 1

Со ова упатство се пропишува третманот при делузивно растројство.

Член 2

Начинот на третман на делузивно растројство е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман при делузивно растројство 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. 07-9028/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Прилог

ДЕЛУЗИВНО РАСТРОЈСТВО

МЗД Упатство
16.08.2010

- Основи
- Епидемиологија
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Психотерапевтски аспекти
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Примарен, понекогаш единствен, симптом на делузивното растројство е резистентна, непоколеблива делузија, асоцирана со погрешна интерпретација на сигналите на социјалната комуникација. Пациентот ги брани неговите лажни верувања дури и кога силни докази говорат за спротивното. Халуцинациите се ретко присутни. Пациентите најчесто се критички расположени, лути, сомничави, без смисла за хумор, склони кон жалби и социјално изолирање.
- Личноста има негови/нејзини правила за дешифрирање на перцепираните информации кои ја извртуваат реалноста. Личноста може да интерпретира минорни, безопасни и неспецифични перцепции или како сигнали на опасност кои ја загрозуваат неговата/нејзината безбедност или како докази на малтретирање или љубов. Кај некои пациенти, исто така, беа идентифицирани дефицити во когнитивното функционирање, поврзани со брзата идентификација и избегнување на опасност.
- Делузиите не се секогаш персекуторни по својата природа. Тие можат да бидат, исто така, на пример: базирани на љубомора, соматски (на пример убеденост во болест, инсекти кои живеат во кожата или лош мирис на кожата), еротомански (љубов на далечина) или базирани на грандиозни фантазии.
- Делузиите може да се редуцираат или да ја променат нивната форма со терапијата.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Преваленцијата на делузивното растројство се проценува дека е 0.03%, но може да е процентот повисок, бидејќи пациентите често не бараат доброволно лекарска помош. Преваленцијата расте со возраста; 2-8% од постарата популација има делузии.
- Стабилноста на дијагнозата е 73% по двегодишно следење, односно прилично добра.
- Растројството е нешто почесто кај жените отколку кај мажите.
- Средна возраст на појава на ова растројство е 40 години.
- Двајца од тројца пациенти имаат придружна депресија или друго психијатриско растројство во некоја животна фаза.
- Како резултат на реткоста на состојбата, темелното истражувачко знаење е сиромашно.

ЕТИОЛОГИЈА

- Етиологијата на делузивното растројство е непозната. Многу психосоцијални фактори се поврзани со растројството, како што е средината во текот на детството која не го поддржала развојот на нормалната доверба, глувост, проблеми со видот, изолација, неодамнешна имиграција и старост.
- Полиморфизмот на генот за мозочниот допамински рецептор веројатно е асоциран со состојбата, но генетиката на растројството е, главно, нејасна.

СИМПТОМИ

- Делузивните идеи се константни и, за разлика од шизофренијата, јасни и структуирани. Пациентот се адаптира на неговата делузија, но неговата личност останува непроменета. Пациентите се често премногу осетливи и внимателни, што може да доведе до социјална изолација. Социјалното и професионалното функционирање може да биде значајно нарушено, бидејќи делузиите ја сочинуваат основната содржина на мисловниот тек кај пациентот.
- Функционалниот капацитет на пациентот може да е добар и често тој/таа ефикасно може да ја крие својата болест.

ДИЈАГНОЗА

- Делузивни идеи кои траат најмалку еден месец (на пример: пациентот чувствува дека тој/таа е следен/а, отруен/а, сакан/а или навреден/а од некого).
- Аудитивните или визуелните халуцинации кои се во согласност со темата на делузијата, може да постојат, но не се доминантни. Критериумите за шизофренија не се исполнети.
- Освен делузиите, однесувањето и функционалната способност на пациентот може да бидат скоро нормални.
- Растројство во расположението, кое се појавува заедно со делузиите, трае помалку време од делузиите.
- Симптомите не се предизвикани од органска болест, лекови или злоупотреба на супстанции.
- Се разликуваат следниве типови на делузивно растројство: персекуторен, еротомански, грандиозен, љубоморен, соматски, мешан и неспецифичен тип.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Општи медицински состојби (Паркинсонова болест, васкуларна деменција, Алцхајмерова болест, Хантингтонова болест, хипо и хипертироидизам, растројства, предизвикани од нарушувања на мозочните базални ганглии) и некои фармаколошки супстанции (деривати на амфетамин, антихолинергетици, лекови за Паркинсоновата болест, циметидин, дисулфирам, кортикостероиди и изониазид) може да предизвикуваат делузии.
- Параноидно растројство на личноста.
- Параноидна шизофренија.
- Тешка депресија, со психотични симптоми.
- Биполарно растројство.

ТРЕТМАН

- 80% од пациентите со делузивно растројство заздравуваат комплетно или делумно. Некои случаи се резистентни на третман и хронични. Соодветниот третман значајно ја подобрува прогнозата.

- На 50% од пациентите им се помага само со фармаколошки третман.
- Пациентите ретко бараат психијатар за да се оплакуваат на нивните делузии. Тие може да презентираат други, помалку специфични симптоми. Може да има бројни посети на општиот доктор или на други специјалисти, отколку на психијатар.
- Пациентите ретко сами бараат помош за нив, обично нивните семејства ги носат на психијатриски третман.
- Хоспитализацијата е индицирана ако пациентот е отворено психотичен или не може да ги контролира неговите суицидални или други насилни импулси. Понекогаш диференцијалната дијагноза бара испитувања во болнички услови.
- Психотерапијата е ретко ефективна поради недостаток на доверба од страна на пациентот кон терапевтот. Супортивната психотерапија и работата на релацијата доктор-пациент може да му помогне на пациентот да се справи со симптомите. Постојат некои докази дека когнитивно-бихејвиоралната психотерапија може да ги ублажи делузиите и емоциите кои се поврзани со нив.
- Параноидното однесување може исто така да биде бариера за лекување. Треба да се направи обид со мали дози на антипсихотици (на пример рисперидон 2-4 мг/ден), постепено зголемувајќи ја дозата. Ниеден од антипсихотичните медикаменти не е подобар од другите. Искусните клиничари ја почитуваат ефективноста на перфеназинот на параноидните симптоми.

ПСИХОТЕРАПЕВТСКИ АСПЕКТИ

- Да не се негираат делузиите, бидејќи тоа може да ги интензивира ако пациентот почувствува дека тој/ таа треба да го брани неговото/нејзиниото гледиште. Нелогичните (делузивни) идеи не може да се променат со дебати кои се повикуваат на логични.
- Не претендирајте дека верувате во делузијата поради тоа што пациентот има потреба од поддршка за неговото чувство за реалност.
- Слушнете ги грижите кои пациентот ги има и помогнете му неа/нему да го направи нејзиниот/неговиот живот поудобен со делузиите.
- Пациентот е премногу чувствителен да забележи закана и опасност, заснована на минимална перцептивна информација и е склон на погрешни интерпретации кои ги поддржуваат неговите делузивни верувања и стравови. Терапијата може да им помогне на некои пациенти да ги променат нивните правила на интерпретација и да го унапредат нивното чувство за реалност.
- Бидете директни со пациентот. Внимателно објаснете му ја намената на медикаментите кои му ги препишувате, нивната индикација, на пример лекови за намалување на анксиозност, иритабилност или несоница, како и несаканите ефекти од нив. Бидете точни со закажувањето на состаноците за редовно следење на пациентот.
- Проверете дали имало стресни настани во животот или некои други искуства кои би ги предизвикале делузиите. Помогнете му на пациентот да се справи со овие искуства на некои други начини освен со делузиите.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Sadock B, Sadock V: Kaplan & Sadock´s Comprehensive text book of Psychiatry. Eighth Edition. Williams & Wilkins 2005.
- Maina G, Albert U, Badà A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. Eur Psychiatry 2001 Jun; 16(4):222-8.PubMed
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007 Jan; 64(1):19-28. PubMed

Автори:
This article is created and updated by the EBMG Editorial Team
Article ID: rel00421 (035.012)
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори: Martti Heikkinen Article ID: ebm00725 (035.012) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 16.08.2010, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во август 2015 година.**