

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПСИХОЗИ И ШИЗОФРЕНИЈА КАЈ
ДЕЦА И КАЈ МЛАДИНЦИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при психози и шизофренија кај деца и кај младинци.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при психози и шизофренија кај деца и кај младинци е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при психози и шизофренија кај деца и кај младинци 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот 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. 17-3140/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Психози и шизофренија кај деца и кај младинци

Препознавање и менаџирање

Објавено: јануари 2013 год.

NICE клинички упатства 155
guidance.nice.org.uk/cg155

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	4
Клучни приоритети за имплементација	5
1. Препораки	8
1.1 Општи принципи на заштита	8
1.2 Можни психози	12
1.3 Прва епизода на психоза	13
1.4 Последователни акутни епизоди на психози или на шизофренија	19
1.5 Упатување во криза и предизвикувачко однесување	21
1.6 Ран постакутен период	23
1.7 Промовирање на закрепнување и обезбедување на можна нега во примарната здравствена заштита во иднина	24
1.8 Промовирање на закрепнување и обезбедување на можна нега во секундарната здравствена заштита во иднина	25
2. Препораки за истражување	28
2.1 Кои се долгорочните резултати и психотичните и непсихотичните, за деца и за млади луѓе со атенуирани или со транзиторни психотични симптоми кои упатуваат на развој на психоза и дали критериумите за „состојба во ризик“ да се редефинираат за да може подобро да се предвидат тие кои ќе развијат и оние кои нема да развијат психоза?	28
2.2 Која е клиничката и трошковната ефективност на омега 3 масни киселини во третманот на деца и на млади луѓе кои се сметаат за високоризични за развој на психоза?	28
2.3 Која е клиничката и трошковната ефективност на семејната интервенција, комбинирана со индивидуална КБТ во третманот на деца и на млади луѓе кои се сметаат за високоризични за развој на психоза и нивните родители или старатели?	29
2.4 Која е клиничката и трошковната ефективност на психолошка интервенција сама по себе, споредено со антипсихотични лекови и споредено со комбинирана психолошка интервенција и антипсихотични лекови кај деца и кај млади луѓе со прва епизода на психоза?	29
2.5 Која е клиничката и трошковната ефективност на клозапин кај деца и кај млади луѓе со шизофренија со симптоми кои не одговараат на комбинација на антипсихотични лекови и психолошки третман?	30
2.6 Која е најефективната стратегија за менаџмент за превенција од развој на прекумерна тежина и метаболен синдром, поврзани со користењето на антипсихотични лекови кај деца и кај млади луѓе?	31
3. Други информации	32
3.1 Делокруг и како е изготвено ова упатство	32
3.2 Сродни NICE упатства	32
4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и Проектен тим на NICE	34
Група за развој на упатството	34
Национален центар за соработка за ментално здравје	34
Проектен тим на NICE	34

За упатството	36
Јачина на препораките	36
Други верзии на ова упатство	37
Имплементација.....	37
Ваша одговорност	37
Авторски права.....	38
NICE контакт	38

Вовед

Овој прирачник се однесува на препознавање и справување со психози и шизофренија кај деца и кај младинци на возраст до 18 години. Терминот „психоза“ се користи во ова упатство, со цел да означи група на психотични растројства што опфаќаат шизофренија, шизоактивни, шизофрениформни и делузивни растројства. Ова упатство се однесува и на оние деца и младинци за кои клинички се смета дека се со висок ризик и во продромална фаза на психоза и на шизофренија. Препознавањето, третманот и водењето на афективните психози (како биполарните растројства или униполарната психотична депресија) се во доменот на други NICE упатства.

Психозите и специфичната дијагноза на шизофренија кај децата и кај младите луѓе претставуваат големи психијатриски растројства или група на растројства кои ги нарушуваат перцепциите, мислите, расположението и однесувањето на личноста. Симптомите на психозата вообичаено се делат на „позитивни симптоми“, вклучително халуцинации (перцепција при отсуство на стимулус) и делузии (фиксираны или лажни верувања) и негативни симптоми (како емоционална апатија, аволицција, сиромашен говор, социјално повлекување и себезапоставување). Децата и младите луѓе кои развиваат психози имаат своја уникатна комбинација на симптоми и искуства, прецизна шема која е под влијание на околностите и степенот на развој.

На шизофренијата и на психозите обично им предходи таканаречен продромален период, што трае до 12 месеци, во кој однесувањето на детето или на младиот човек се нарушени. Роднините први стануваат свесни за овие промени. Промените вклучуваат појава на минливи и/или атенуирани психотични симптоми, како халуцинации и/или делузии со придружно нарушено функционирање. Посуптилно детето или младиот човек може да стане социјално повлечен или сомничав, со променлива експресија на чувствата. Важно е да се notiра дека повеќето деца и млади луѓе со минливи или со атенуирани психотични симптоми не развиваат психоза или шизофренија, иако тие со вакви симптоми се со зголемен ризик во однос на другите деца или на другите млади луѓе да развијат психоза или шизофренија во следните 10 години по почетокот на симптомите.

Преваленцата на психотичните нарушувања кај деца на возраст од 5 до 18 години се проценува на 0.4% (бројката низ сите возрасни и популациони групи во Обединетото Кралство е 0.7%). Шизофренијата опфаќа 24.5 % од сите психијатриски приеми на млади лица на возраст од 10-18 години (вкупната стапка на прием е 0.46% на 1000 за оваа возрасна група), со експоненцијален пораст во текот на адолесценцијата. Порастот на инциденцата расте најмногу над 15-годишна возраст.

Прогнозата е полоша доколку почетокот на психозата или на шизофренијата е во детството или во адолесценцијата. Симптомите и доживувањето на психозата или на шизофренијата се вознемирувачки, а ефектите од болеста се продорни. Иако околу една петтина од децата или од младите луѓе со шизофренија имаат добар исход со благо нарушување, една третина има тешко нарушување кое бара интензивна социјална и психијатриска поддршка. Психозите и шизофренијата имаат многу штетен ефект на личното, социјалното, образовното и на професионалното функционирање на децата и на младите луѓе, оставајќи тежок товар на нив, нивните родители и на воспитувачите.

Иако главен столб во третманот на психозите и на шизофренијата се антипсихотичните лекови, постојат ограничени докази за нивната ефикасност кај децата и кај младите луѓе. Постои загриженост дека децата и младите луѓе се почувствителни од возрасните на потенцијалните несакани ефекти на антипсихотиците, вклучително и порастот во тежината, метаболните ефекти и нарушувањата на движењата. Голем број на психолошки интервенции, вклучително и семејната терапија, когнитивно-бихејвиоралната терапија (КБТ) и арт терапијата се користат, но не постои доказ за нивната ефикасност кај децата и кај младите луѓе и варијабилно е нивното користење кај децата и кај младите луѓе.

Ова упатство се однесува на примарната, секундарната и терциерната здравствена грижа и вклученоста на други здравствени и општествени професионалци кои имаат директен контакт и донесуваат одлуки за згрижување на децата и на младите луѓе со психози и со шизофренија, вклучително и детските и адолесцентните центри за ментално здравје (SAMHS) и рана интервенција во службите за психози.

Раната интервенција во центрите за психози ја обезбедуваат луѓе на возраст од 14-35 години со поинтензивна терапевска служба отколку традиционалните општествени сервиси (служби). Тие се дизајнирани (создадени) да интервенираат рано и да спроведат поддршка и интервенции, базирани на докази во нормална средина во првите 3 години од почетокот на психозата.

Постои географска варијација во конфигурацијата и во интеграцијата на детските и на адолесцентните центри за ментално здравје и службите за рана интервенција кај психозите и во обезбедувањето и интеграцијата на другите служби за работа со деца и со адолесценти со психози и со шизофренија, вклучително едукација, вработување и рехабилитација и центрите за социјална грижа. Особено задоволувањето на потребите на 16 и 17-годишниците со психоза и со шизофренија може да биде нецелосно и неадекватно и тие може да имаат тешкотии за соодветно сместување, стручна и професионална поддршка и рехабилитација.

Одреден број на препораки од ова упатство се адаптирани од препораките во други NICE клинички упатства. Кога се појави ова упатство, работната група беше внимателна да го зачува значењето и намерата на оригиналното упатство. Промените во текстот и во структурата беа направени, со цел да се задоволат препораките во ова упатство. Во сите случаи оригиналниот извор на сите адаптирани препораки се забележани како фуснота.

Упатството вклучува употреба на Aripiprazole во третман на шизофренијата кај луѓе на возраст од 15-17 години (NICE упатство за технолошка проценка 213).

Упатството претпоставува дека лекарот ќе ги користи сумарните карактеристики на лекот при донесувањето одлука за третман на секој пациент поединечно.

Ова упатство препорачува употреба на некои лекови за индикации за кои тие немаат авторизација во Обединетото Кралство на датумот на публикацијата, а постои добар доказ што ја поддржува нивната употреба. Лекарот кој препишува треба да следи релевантно професионално упатство, преземајќи целосна одговорност за донесената

одлука. Пациентите (или оние кои имаат овластување да дадат согласност во нивно име) треба да обезбедат писмена согласност. За дополнителни информации, погледнете го упатството за доктори на Советот на лекари 'Добра практика за препишување на лекови'. Кога се даваат препораки за употреба на лекови надвор од одобрените индикации ('off-label use ') овие лекови треба да се маркираат со фуснота во препораката.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство дава најдобри совети, произлезени од праксата во грижата за деца и за млади луѓе со психози или со шизофренија.

Корисниците на услуги и медицинските професионалци имаат права, но и одговорности, пропишани со уставот на Ангија - сите NICE упатства се напишани за да го потврдат ова. Третманот и грижата треба да ги има предвид индивидуалните потреби и приоритети. Корисниците на услугите треба да дадат информирана согласност за грижата и за третманот заедно со соодветните здравствени професионалци. Ако некој нема капацитет да донесе одлука, здравствените професионалци треба да ги следат Советот за согласност од Министерството за здравство (Department of Health's advice on consent) и код на праксата која го придружува Законот за ментална способност (code of practice that accompanies the Mental Capacity Act) и дополнителниот закон за заштита при лишување од слобода code of practice on deprivation of liberty safeguards. Во Велс, здравствените работници треба да го следат советот за согласност од велшката влада.

Ако корисникот на услугите е под 16 години здравствените работници треба да ги следат упатствата на Министерството за здравство - барање согласност: работа со деца (Seeking consent: working with children). На родителите или на старателите треба да им биде дадена информација и поддршка која им е потребна за да му помогнат на детето или на младиот човек во донесувањето одлука за неговиот третман.

Ако младиот човек се движи помеѓу службите (центрите) за ментално здравје на деца и адолесценти (CAMHS) и службите (центрите) за ментално здравје на возрасните (адултите) грижата треба да биде планирана и менаџирана според најдоброто упатство, опишано од Министерството за здравство во 'Транзиција: стекување на права за младиот човек' (Transition: getting it right for young people).

Службите (центрите) за ментално здравје на деца и адолесценти (CAMHS) и службите (центрите) за ментално здравје на возрасните треба да работат заедно за да обезбедат проценка и соодветна услуга за децата и за младите луѓе со психоза или со шизофренија. Дијагнозата и менаџирањето треба да биде повторно разгледано во процесот на транзиција и треба да биде јасно кој е водечки клиничар за да се обезбеди континуитет на грижата.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритети за имплементација.

Упатување од примарна здравствена заштита при можна психоза

- Кога детето или младиот човек ќе се соочи со транзиторни или атенуирани психотични симптоми или со други искуства што сугерираат можна психоза, упатете го за проценка без одлагање до специјалист од центар за ментално здравје, на пример, во Службите (центрите) за ментално здравје на деца и адолесценти или во Центар за рана интервенција (14 години и повеќе).

Опции за третман на симптоми кои не се доволни за дијагноза на психоза или на шизофренија

- Кога транзиторните или атенуираните психотични симптоми или други промени на психичката состојба, поврзани со вознемиреност, нарушена состојба или состојба на барање на помош не се доволни за дијагноза на психоза или на шизофренија:
 - Земете во предвид индивидуална когнитивно бихејвиорална терапија (КБТ), (спроведена како што е утврдено со препораката 1.3.28), со или без семејна интервенција (спроведена како што е утврдено со препораката 1.3.27).
 - Понудете третмани, препорачани во NICE упатството за деца и за млади луѓе со анксиозни состојби, депресија, растројство на личноста или злоупотреба на супстанции.
- Не нудете антипсихотичен лек:
 - За психотични симптоми или промени на психичката состојба кои не се доволни за дијагноза на психоза или на шизофренија или
 - Со цел да се намали ризикот за психоза.

Упатување од примарна здравствена заштита при прва епизода на психоза

- Итно упатете ги сите деца или млади луѓе со прва епизода на одржливи психотични симптоми (што траат 4 недели или повеќе) до специјалистички центар за ментално здравје или до службите (центрите) за ментално здравје на деца и адолесценти (до 17 години) или до Центри за рана интервенција (14 години и повеќе), што вклучува консултант психијатар со тренинг за детско и адолесцентно ментално здравје.

Опции за третман при прва епизода на психоза

- Ако детето или младиот човек или нивните родители или старатели сакаат да пробаат со психолошки интервенции (семејна терапија со индивидуална когнитивно бихејвиорална терапија) без антипсихотичен лек, советувајте дека психолошките интервенции се поефикасни кога се спроведуваат заедно со антипсихотичните лекови. Ако детето или младиот човек или нивните родители или старатели сè уште сакаат да се обидат само со психолошки интервенции, тогаш понудете семејна терапија со индивидуална когнитивно бихејвиорална терапија. Согласете се со временски лимит (1 месец или помалку) за повторна проценка на опциите за третман, вклучително и воведување на антипсихотичен лек. Продолжете да ги

мониторираат симптомите, нивото на вознемиреност, нарушувањето и нивото на функционирање, вклучително и ангажманот и постигањата во образовниот процес.

Како да се користат оралните антипсихотични лекови

- Пред да започнете со антипсихотични лекови¹ земете ги и нотирајте ги следниве основни инвестирации²:
 - Висина и тежина (обете поставени на перцентилни криви).
 - Обем на половината и на колковите.
 - Пулс и крвен притисок.
 - Гликемија на гладно, гликолизиран хемоглобин (ХбА_{1ц}), липиден профил и одредување на пролактин.
 - Проценка во правец на нарушени движења.
 - Проценка на нутритивниот статус, диетата и нивото на физичка активност.
- Мониторирајте и запишувајте го регуларно и систематично за време на третманот, но посебно за време на титрирањето на дозата²:
 - Ефикасноста, вклучително промените на симптомите и однесувањето.
 - Несаканите ефекти на третманот, земајќи ги предвид преклопувањата помеѓу одредени несакани ефекти и клиничките особини на шизофренијата (на пример, преклопувањето на акатизија и агитација или анксиозност).
 - Појава на нарушени движења.
 - Тежината еднаш неделно првите 6 недели, потоа дванаесеттата недела, а потоа секои 6 месеци (користејќи крива на растот-перцентилна крива).
 - Висина секои 6 месеци (користејќи крива на растот).
 - Обем на половината и на колковите секои 6 месеци (ставање на перцентилна крива).
 - Пулс и крвен притисок (со користење на перцентилна крива) првин по 12 недели, а потоа секои 6 месеци.
 - Гликемија на гладно, ХбА_{1ц}, липидограм и ниво на пролактин по 12 недели, а потоа секои 6 месеци.
 - Придржување.
 - Физичко здравје.

Тимот од секундарната здравствена заштита сноси одговорност за мониторирање на физичкото здравје и на ефектите од антипсихотичните лекови кај децата и кај младите луѓе најмалку во првите 12 месеци додека нивната состојба не се стабилизира. Потоа одговорноста за ова мониторирање може да биде префрлена на примарната здравствена заштита, но во услови на заеднички организирано следење.

Третман на следните акутни епизоди на психози или на шизофренија

- Понудете семејна интервенција (спроведена како што е утврдено во препораката 1.3.27) на сите семејства со деца или со млади луѓе со психоза или со шизофренија, особено заради превенција и редуцирање на релапсите. Ова може да започне или за време на акутната фаза или подоцна, вклучително и за време на болничкиот третман³.

- Пред да се упати на болничко згрижување, помислете на влијанието на детето или на младиот човек и нивните родители, старатели или другите членови на семејството, особено доколку болницата е далеку од местото на живеење. Размислете за алтернативна грижа во општествената заедница, секогаш кога е тоа можно. Ако приемот во болница е неизбежен, обезбедете поддршка за родителите или за старателите кога детето или младиот човек ќе биде хоспитализиран.

Образование, вработување и професионални активности на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија

- За деца и за млади луѓе на задолжителна училишна возраст, поврзете се со училиштето или образовниот центар на детето или младиот човек, побарајте согласност за да се осигурате дека образованието е осигурано.

-
- [1] Во времето на публикација (јануари 2013 година) повеќето антипсихотици во Велика Британија немаат авторизација за маркетинг посебно за децата и за младите луѓе. Оној кој ги препишува, треба да го следи редовното упатство, преземајќи комплетна одговорност при донесувањето на одлука. Информирани согласност треба да биде земена и документирана. За понатамошни информации, видете го упатството за доктори – '[Добра практика за препишување на лекови](#)'.
- [2] Видете ги дополнителните информации од табелите за основните информации и мониторирање на децата и на младите луѓе на кои им се препишуваат антипсихотици (читајте заедно со BNF, BNFC и SPC).
- [3] Прилагодено од Шизофренија (NICE клиничко упатство 82).

1. Препораки

Следното упатство е базирано на најдобрите можни докази. Комплетното упатство дава детали за методите и за доказите, користени да се развие ова упатство. Сите препораки се однесуваат на деца и на млади луѓе (помлади од 18 години), освен ако не е поинаку наведено.

1.1 Општи принципи на заштита

Да се работи безбедно и ефикасно со децата и со младите луѓе

- 1.1.1 Здравствените и социјалните професионални работници кои работат со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија треба да бидат обучени и компетентни за работа со деца и со млади луѓе со ментални здравствени проблеми во сите нивоа - способноста за учење, когнитивниот капацитет, емотивната зрелост и развојот.
- 1.1.2 Здравствените и социјалните професионални работници треба да се осигураат дека:
- Може да го проценат капацитетот и компетентноста, вклучително 'Gillick competence' - (термин кој потекнува од Англија и се користи за одлучување дали детето е во состојба да се согласи со неговиот третман, без потреба од дозвола или знаење на родителите), кај деца и кај млади луѓе од сите возрасти.
 - Разбираат како да го применат законот, вклучително и Законот за деца (1989; изменет 2004), Законот за ментално здравје (1983; изменет 1995 и 2007⁴) и Законот за ментален капацитет (2005), во грижата и третманот на децата и на младите луѓе.
- 1.1.3 Проценете ги децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија според локалните процедури за заштита ако постои сомнение за самостојна грижа или експлоатација или ако постои сомнение дека биле во контакт со системот за криминално право⁵.
- 1.1.4 Здравствените и социјалните професионални работници треба да се осигураат дека децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија:
- Рутински ќе добијат нега и третман од еден единствен мултидисциплинарен тим во заедницата.
 - Нема непотребно да бидат префрлани од еден на друг тим.
 - Нема да бидат подложени на повеќекратни проценки непотребно⁵.
- 1.1.5 Помогнете му на детето или на младата личност да продолжи со образованието. Контакттирајте го училиштето или колеџот, обезбедете согласност за барање на дополнителна образовна поддршка ако нивната ефикасност е засегната од нивната состојба.

Воспоставување релација со децата и со младите луѓе и со нивните родители и згрижувачи

- 1.1.6 Работете партнерски со децата и со младите луѓе со психоза или со шизофренија на соодветно развојно ниво, емоционална зрелост и когнитивен капацитет и со родителите и со згрижувачите. Понудете помош, третман и грижа во атмосфера на надеж и оптимизам. Обезбедете време за да стекнете доверба, да дадете поддршка и да имате емпатичен и неосудувачки однос како основен дел од грижата⁵.
- 1.1.7 Кога работите со деца или со млади луѓе со психоза или со шизофренија:
- Имајте за цел да ја поттикнете автономијата, промовирајте активно учество во третманот, донесувањето одлуки и самостојното менаџирање и обезбедете пристап до поддршка од врсниците на децата и на младите луѓе на соодветно развојно ниво, емоционална зрелост и когнитивен капацитет.
 - Одржете континуитет на индивидуалните терапевтски релации секогаш кога е тоа можно.
 - Обезбедете пристап до обучен застапник.⁵
- 1.1.8 Кога работите со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или згрижувачи:
- Бидете сигурни дека разговорот се води во услови каде се почитуваат доверливоста, приватноста и достоинството.
 - Бидете начисто со детето и со младиот човек и нивните родители или згрижувачи за границите на доверливоста (кои здравствени и социјални работници имаат пристап до информациите за нивната дијагноза и третман и во кои услови оваа информација може да се сподели со други)⁵.
- 1.1.9 Разговарајте со децата и со младите луѓе со психоза или со шизофренија на соодветно развојно ниво, емоционална зрелост и когнитивен капацитет за тоа како сакаат нивните родители или згрижувачи да бидат вклучени во нивната нега. Овие дискусии треба да се прават во одредени интервали, со цел да се имаат предвид промените кои се случуваат под одредени околности, вклучително развојното ниво и не треба да бидат само еднаш⁵.
- 1.1.10 Советувајте ги родителите и згрижувачите за нивното право на проценка на нивните физички и ментални потреби и објаснете им како да го остварат⁵.

Комуникација и информирање

- 1.1.11 Здравствените и социјалните професионални работници кои работат со деца и со млади луѓе со психоза и со шизофренија треба да бидат обучени и вешти за:
- Преговарање и работа со родители и згрижувачи (старатели) и
 - менаџирање на размената на информациите и нивната доверливост во однос на децата и на младите луѓе.
- 1.1.12 Ако младиот човек е компетентен за согласување со неговиот третман според “Gillick competence”, прашајте го дали информацијата може да се сподели пред да разговарате за нивната состојба со нивните родители или старатели.

1.1.13 Кога комуницирате со децата и со младите луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или старатели:

- Земете го предвид развојното ниво на детето или на младиот човек, емоционалната зрелост и когнитивниот капацитет, вклучително и одредени тешкотии во учењето, проблем со видот или слухот или задоцнет развој на говорот.
- Користете едноставен јазик каде што е можно и јасно објаснете ги клиничките поими.
- Проверете дали детето или младиот човек и нивните родители или старатели разбрале што е кажано.
- Користете комуникациски помагала (како што се слики, симболи, големи букви, Брајово писмо, различни јазици или знаковен јазик), ако е потребно.

1.1.14 Обезбедете им на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија и на нивните родители или старатели сеопфатна пишана информација за:

- Природата на интервенциите за психоза или шизофренија (вклучително биомедицинските и психосоцијалните (перспективи на причините и третманот) на адекватен јазик и обем, вклучително и некои релевантни брошури- Информации за јавноста'.
- Поддржете ги групите, како трет сектор, вклучително волонтерските организации⁵.

1.1.15 Уверете се дека сте:

- Запознаени со локалните и со националните извори (организации и веб страници) за информации и/или поддршка на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или старатели.
- Способни да дискутирате и да ги советувате како да пристапат до овие извори.
- Способни да дискутирате и активно да ги поддржувате децата и младите луѓе и нивните родители и згрижувачи да се вклучат во овие ресурси⁵.

1.1.16 Кога комуницирате со дете или со млад човек со психоза или со шизофренија, користете различни медиуми, вклучително писма, мобилни телефони, е-мејлови или пораки според нивниот приоритет⁵.

1.1.17 Копирајте ги сите пишани комуникации со други здравствени или социјални работници до детето или младиот човек и до родителите или старателите на адреса по нивен избор, освен ако тоа го одбиваат⁵.

Културна, етничка и социјална инклузија

1.1.18 Кога работите со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или старатели:

- Земете во предвид дека користењето на менталната здравствена грижа е секогаш поврзана со дискриминација и стигматизација.
- Респектирајте го полот на детето или на младиот човек, бидете чувствителни кон социјалната ориентација, социоекономскиот статус, возраста, потеклото

(вклучително културното, етничкото и религиозното потекло) и сите форми на попреченост.

- Бидете свесни за можни варијации во презентирањето на проблемите во менталното здравје кај деца и кај млади луѓе од различен пол, возраст, културолошко, етничко, религиозно и друго различно потекло⁵.

1.1.19 Кога работите со деца или со млади луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или старатели кои тешко зборуваат и читаат англиски:

- Обезбедете и работете со преведувач, ако е потребно.
- Понудете листа на локални образовни провајдери кои можат да обезбедат настава на англиски јазик.

1.1.20 Здравствените и социјалните професионални работници кои работат со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија и со нивните родители или старатели треба да се компетентни за:

- Проценка на луѓето од различно етничко и културно потекло.
- Користење на модели за објаснување на болеста на луѓе од различно етничко и културно потекло.
- Објаснување на можните причини за психоза и за шизофренија и опциите за третман.
- Решавање на културните и на етничките разлики во очекувањата и прифаќањето на третманот.
- Решавање на културните и на етничките разлики во очекувањата според биолошките, социјалните и семејните влијанија на можните причини за менталните проблеми.
- Справување со конфликтот и негово разрешување⁶.

1.1.21 Здравствените и социјалните професионални работници кои немаат искуство од работа со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија од различно етничко или културно потекло и со нивните родители или старатели треба да побараат совет и супервизија од здравствени работници кои се искусни во работата со различни културни заедници.

1.1.22 Локалните центри за ментално здравје треба да работат со примарната здравствена заштита, други секундарни здравствени установи, третиот сектор, вклучително волонтерските организации за да бидат сигурни дека:

- Сите деца и млади луѓе со психоза или со шизофренија имаат подеднаков пристап до службите според клиничките потреби без оглед на полот, сексуалната ориентација, социоекономскиот статус, возраста, потеклото (вклучително културното, етничкото и религиозното потекло) и нивната попреченост.
- Сервисите се културно адекватни⁵.

1.1.23 Центрите за ментално здравје треба да работат со локалните волонтерски црнечки и минорни етнички групи за да се сигурни дека децата и младите луѓе од различно етничко и културно потекло ќе добијат адекватен психолошки и психосоцијален третман, соодветен на ова упатство, а спроведен од компетентни професионалци⁶.

Преместување или отпуштање

1.1.24 Предвидете дека повлекувањето и завршувањето на третманот или преминот од еден центар во друг може да провоцира силни емоции и реакции кај децата и кај младите луѓе со психоза или со шизофренија и нивните родители или старатели. Осигурајте се дека:

- Вакви промени или отпуштање или трансфер од Центрите за ментално здравје на деца и адолесценти во адултни центри или во примарна здравствена заштита се дискутираат и се планираат претходно внимателно со децата или со младите луѓе и со нивните родители или старатели и треба да се структурирани и постепени.
- Планот поддржува ефикасна соработка со социјалните служби и со другите служби за грижа до крајот на транзицијата и содржи детали како да им се пристапи на службите во случај на криза.
- Кога се префрла дете или младо лице за проценка во други центри (вклучително и за психолошки интервенции) треба да бидат поддржани во текот на периодот на премин и аранжманите за поддршка треба да бидат претходно договорени.

1.2 *Можни психози*

Упатување од примарна здравствена заштита

1.2.1 Кога детето или младиот човек имаат транзиторни или атенуирани психотични симптоми или други искуства кои сугерираат можна психоза, упатете го за проценка без одлагање во Центар за ментално здравје како што се Центрите за ментално здравје на деца и адолесценти или во Центар за рана интервенција во случај на психоза (14 години и постари).

Проценка во специјалистички центри за ментално здравје

1.2.2 Направете проценка на дете или на млад човек со можна психоза ако сте сигурни дека:

- Проценката во Центрите за ментално здравје на деца и адолесценти вклучува и психијатар.
- Проценката во Центрите за рана интервенција кај психози е мултидисциплинарна.
- Кога постои сериозен сомнеж во дијагнозата или сомнение за невролошка болест во основа на проблемот, треба да се направи проценка од консултант психијатар со обука за ментално здравје на деца и на млади луѓе.

1.2.3 Ако не може да се даде точна дијагноза за психоза, мониторирајте внимателно за понатамошна промена на симптомите и функционирањето во следните 3 години. Одредете ја фреквенцијата и времетраењето на мониторирањето зависно од:

- Тежината и честотата на симптомите.
- Степенот на нарушување и/или промените кај детето и/или кај младиот човек.
- Степенот на семејното нарушување и загриженост.

1.2.4 Ако се бара отпуштање од службата или од Центарот, понудете прегледи за следење и подоцнежнo самоупатување. Замовете го матичниот лекар континуирано да ги следи промените на менталната состојба.

Опции за третман на симптоми кои не се доволни за дијагноза на психоза или на шизофренија

1.2.5 Кога транзиторните или атенуирани психотични симптоми или други промени на менталната состојба, асоцирани со нарушена состојба или поведење кога се бара помош не се доволни за дијагноза на психоза или шизофренија:

- Размислете за индивидуална когнитивно-бихејвиорална терапија-КБТ (спроведена како што е утврдено во препораката 1.3.28), со или без семејна терапија (спроведена како што е утврдено во препораката 1.3.27) и
- Понудете третман, препорачан во NICE упатството за деца и за млади луѓе со некое од анксиозните нарушувања, депресија, растројства на личност или злоупотреба на супстанции.

1.2.6 Не препорачувајте антипсихотичен медикамент:

- За психотични симптоми или ментална состојба која не е доволна за дијагноза на психоза или на шизофренија или
- со цел намалување на ризикот за психоза.

1.3 Прва епизода на психоза

Упатување од примарна здравствена заштита

1.3.1 Итно упатете ги сите деца или млади луѓе со прва епизода на перзистентни психотични симптоми (кои траат 4 недели и подолго) до специјалист за ментално здравје, било од Центар за ментално здравје на деца и адолесценти (до 17 години) или во Центрите за рана интервенција на психози (14 години и повеќе) што подразбира вклученост на консултант психијатар, едуциран од областа на менталното здравје на деца и на младинци.

1.3.2 Антипсихотичните лекови кај деца и кај млади луѓе со прва презентација на перзистентни психотични симптоми не треба да се започнат во примарната здравствена заштита, освен ако тоа не се направи во консултација со психијатар, едуциран за ментално здравје на деца и на адолесценти.

Проценка и грижа која се планира во секундарната здравствена заштита

1.3.3 Кога треба да се направи проценка:

- Осигурајте се дека има доволно време за:
 - Детето или младиот човек и нивните родители или старатели да ги опишат и да ги продискутираат своите проблеми.
 - Сумирање на заклучоците од проценката и дискусијата со прашања и одговори.

- Објаснете и дадете пишан материјал во достапен формат за која било дадена дијагноза.
- Дадете информации за различните можни опции за третман, вклучително фармаколошки и психолошки интервенции и нивниот бенефит и несакани ефекти, со цел да се поттикне дискусија и да се сподели разбирање.
- Понудете поддршка по оценката, особено доколку биле дискутирани чувствителни теми, како што е детската траума⁵.

1.3.4 Осигурајте се дека децата и младите луѓе со прва епизода на психоза добиваат сеопфатна мултидисциплинарна проценка. Проценката треба да ги опфати следниве домени:

- Психијатриски (ментални здравствени проблеми, ризик за самоповредување или повредување на други лица, консумација на алкохол и злоупотреба на препишани или непрепишани лекови).
- Медицински, вклучително анамнеза и целосен физикален преглед, со цел да се открие физичка болест (вклучително органски болести на мозокот) и препишан третман со лекови што може да резултира со психоза.
- Психолошки и психосоцијални релации (вклучително и социјалните мрежи) и историја на траума.
- Развојни (социјален, когнитивен и моторен развој и вештини, како и коегзистирачки невrorазвојни нарушувања).
- Физичко здравје и добросостојба (вклучително тежина и висина, податок за пушење, исхрана, физичка активност и сексуално здравје).
- Социјални (сместување, културно и етничко потекло, слободни активности и рекреација, грижа за други лица (на пример, за родители или браќа и сестри)).
- Образовни и професионални (посета на училиште или колеџ, образовно постигање, вработување и севкупно функционирање).
- Економски (семеен економски статус).

1.3.5 Рутински мониторирајте за други коегзистирачки ментални проблеми, вклучително депресија и анксиозност или злоупотреба на супстанции, посебно во раната фаза на третман ⁶.

1.3.6 Разработете план за грижа со родителите или со старателите на помалите деца или заедно со младиот човек и неговите родители или старатели, колку што е можно побргу и:

- Вклучете активности што промовираат физичко здравје и социјална инклузија, посебно едукација, но исто така и вработување, волонтирање и други преокупации, како што се слободните активности.
- Обезбедете поддршка за да му помогнете на детето или на младиот човек и на нивните родители или старатели да го реализираат поставениот план.
- Дадете им пишана копија на современиот план на младиот човек и на неговите родители или старатели ако младиот човек се согласи на ова; дадете им копија на родителите или на старателите на помалите деца; дадете им време да ги разгледаат.
- Испратете копија до матичниот лекар кој го упатил детето⁵.

- 1.3.7 Поддржувајте ги децата и младите луѓе да развиваат стратегии, вклучително план за справување со ризик или план за самосправување за да се промовира и одржи независноста и самоефикасноста секогаш кога е тоа можно. Вклучете ги овие стратегии во планот за грижа⁵.
- 1.3.8 Ако детето или младиот човек се под ризик за криза, разработете план во случај на криза со родителите или со старателите на помалите деца или заедно со младиот човек и неговите родители или старатели и со нивниот координатор за згрижување. Планот треба да се респектира, имплементира и да се инкорпорира во планот за грижа и да вклучува:
- Можни рани предупредувачки знаци за криза и стратегии за справување.
 - Расположлива поддршка, со цел да помогне да се избегне хоспитализација.
 - Каде детето или младиот човек би сакал да биде упатен во случај на потреба од хоспитализација.
 - Дефинирање на улогата на здравствените работници од примарната и од секундарната здравствена заштита и степенот на вклученост на родителите или на старателите.
 - Информација за 24-часовен пристап до службите.
 - Имиња на клучни клинички контакти⁵.
- 1.3.9 За децата и за младите луѓе со прва епизода на психоза кои не се во состојба да посетуваат училиште или колеџ, овозможете алтернативна едукација, согласно со нивните капацитети за учење и согласно со нивните индивидуални потреби, со основна цел враќање во редовното образование, тренинг и вработување.
- 1.3.10 Ако детето или младиот човек и/или неговиот родител или старател е несреќен поради проценката, дијагнозата и планот за згрижување, дадете им време да поразговараат и понудете им второ мислење⁵.

Опции за третман на прва епизода на психоза

- 1.3.11 За деца и за млади луѓе со прва епизода на психоза понудете:
- Орален антипсихотичен лек² (видете ги препораките 1.3.14-1.3.25) заедно со
 - Психолошки интервенции (семејна интервенција со индивидуална когнитивно-бихејвиорална терапија КБТ, спроведени како што е утврдено со препораките 1.3.26-1.3.32).
- 1.3.12 Ако детето или младиот човек или нивните родители сакаат да се обидат со психолошки интервенции (семејна терапија со индивидуална КБТ) самостојно без антипсихотичен лек, советувајте дека психолошките интервенции се поефикасни кога се спроведуваат заедно со антипсихотична терапија. Ако детето или младиот човек или нивните родители или старатели сè уште сакаат да се обидат само со психолошки интервенции, понудете семејна терапија со индивидуална КБТ. Согласно се на временски лимит (1 месец или помалку) за ревизија на опциите за третман, вклучително и внесување на антипсихотични лекови. Продолжете редовно да ги следите симптомите, нивото на вознемиреност, нарушувањата и нивото на функционирање, вклучително едукативното ангажирање и достигнување.

1.3.13 Ако детето или младиот човек покажува симптоми и однесување доволно за дијагноза на афективна психоза или растројство, вклучително биполарно растројство или униполарна психотична депресија, следете ги препораките од 'Биполарно растројство' (NICE клиничко упатство 38) или 'Депресија кај деца и млади луѓе' (NICE клиничко упатство 28).

Избор на антипсихотичен лек

1.3.14 Изборот на антипсихотичен лек ⁷ треба да се направи од родителите или од старателите на помладите деца или заедно од младиот човек и неговите родители или старатели и здравствените работници. Обезбедете информација, соодветна на возраста и разговарајте за саканите ефекти и можните несакани ефекти од секој лек, вклучително:

- Метаболни (вклучително зголемување на телесната тежина и дијабет).
- Екстрапирамидни (акатизија, дискинезија, дистонија).
- Кардиоваскуларни (вклучително пролонгирање на QT интервалот).
- Хормонски (вклучително пораст на пролактинот).
- Други (вклучително непријатни субјективни доживувања).

Како да користите орален антипсихотичен лек

1.3.15 Пред да започнете со антипсихотичен лек ⁷, преземете ги и забележете ги следниве основни иследувања⁸:

- Висина и тежина (обете поставени на криви на растот-перцентилни криви).
- Обем на колковите и на половината.
- Пулс и крвен притисок.
- Гликемија на гладно, гликолизиран хемоглобин (ХБА_{1ц}), липидограм и ниво на пролактин.
- Проценка на сите нарушувања на движењата.
- Проценка на нутритивниот статус, диетата и нивото на физичка активност.

1.3.16 Пред да започнете со антипсихотичен лек, понудете му на детето или на младиот човек електрокардиограм доколку:

- Е специфицирана во СПЦ за адулти и/или за деца.
- Со физикален преглед е идентификуван специфичен кардиоваскуларен ризик (како дијагноза на покачен крвен притисок).
- Има лична историја на кардиоваскуларна болест.
- Има фамилијарна историја на кардиоваскуларна болест како предвремена неочекувана срцева смрт или пролонгиран QT интервал.
- Детето или младиот човек е примен на болничко лекување⁶.

1.3.17 Третманот со антипсихотичниот лек ⁷ треба да се сфати како експлициден индивидуален терапевтски обид. Вклучете го следново:

- Од дискусијата со детето или со младиот човек и со нивниот родител или старател, забележете ги несаканите ефекти кои детето или младиот човек најмногу и најмалку би сакал да ги толерира.

- Забележете ги индикациите, ефектите и ризикот од оралниот антипсихотичен лек, очекуваното време за промена на симптомите и појавата на несакани ефекти.
- На почетокот од третманот дадете доза пониска од најниската доза за адулти доколку лекот не е регистриран за деца и млади луѓе; бавно зголемувајте ја дозата во рамките на препорачаната доза од BNF (British national formulars) BNFC (British national formulars for children) или од SPC.
- Објаснете ја и евидентирајте ја причината за доза над рангот даден од BNF, BNFC и SPC.
- Нотирајте го образложението за продолжување, промена или прекин на употребата на лекот, ефектите од овие промени.
- Изтитирајте го лекот до оптималната доза за 4-6 недели⁶.

1.3.18 Следете и снимајте регуларно и систематски за време на третманот, но особено за време на титрацијата⁸:

- Ефикасноста, вклучително промената на симптомите и однесувањето.
- Несаканите ефекти од третманот, земајќи го предвид преклопувањето на одредени несакани ефекти и клиничките одлики на шизофренијата (на пример, преклопувањето помеѓу акатизија и агитација или анксиозност).
- Појава на нарушувања на движењата.
- Тежина, еднаш неделно првите 6 недели, а потоа на 12 недели, а потоа секои 6 месеци (со користење на криви на растот).
- Висина секои 6 месеци (со користење на криви на растот).
- Обем на половината и на колковите секои 6 месеци (со користење на перцентилни криви).
- Пулс и крвен притисок (со користење на перцентилни криви) на 12 недели, а потоа на секои 6 месеци.
- Гликемија на гладно, ХБА_{1ц}, липиден статус и ниво на пролактин на 12 недели, а потоа секои 6 месеци.
- Придржување (доследност) кон третманот.
- Физичко здравје.

Тимот од секундарната здравствена заштита треба да сноси одговорност за следење на физичкото здравје и ефектите од антипсихотичниот лек кај децата и кај младите луѓе најмалку првите 12 месеци или додека нивната состојба не се стабилизира. Потоа одговорноста за следење може да се префрли на примарната здравствена заштита со договор за заедничка грижа.

1.3.19 Дискутирајте за терапиите кои не се препишани, а децата или младите луѓе или нивните родители, односно старатели, сакаат да ги користат (вклучително комплементарните терапии. Дискутирајте ја безбедноста и ефикасноста на овие терапии и можната интерреакција со терапевтските ефекти од препишаните лекови и психолошки интервенции⁶.

1.3.20 Дискутирајте за употребата на алкохол, тутун, препишани или неприпишани лекови и недозволени дроги со детето или со младиот човек и со нивните родители или старатели. Дискутирајте ја можната интерреакција со терапевтските ефекти на препишаните лекови и психолошки интервенции и можноста недозволените дроги да ги егзацерираат психотичните симптоми⁶.

- 1.3.21 Како што се бара препишувањето на антипсихотичниот лек треба да се прави како што е дадено во препораката 1.3.17. Проценете ги клиничките индикации, фреквенцијата и администрацијата, терапевтските ефекти и несаканите ефекти барем еднаш неделно. Проверете дали како што се бара води до дозирање над максимумот, даден според BNF, BNFC или SPC⁶.
- 1.3.22 Не користете ударна доза на антипсихотик (често наречена брза неуролептизација)⁶.
- 1.3.23 Не користете комбинација од антипсихотични лекови, со исклучок во кратки периоди (на пример кога се прави промена на лекот)⁶.
- 1.3.24 Ако препишувате chlorpromazine предупредете за потенцијалната фотосензитивност. Советувајте употреба на средства за заштита од сонце, доколку е потребно⁶.
- 1.3.25 Проверете го антипсихотичниот лек еднаш годишно, вклучително користа и несаканите ефекти.

Како да се спроведат психолошки интервенции

- 1.3.26 Кога се спроведуваат психолошки интервенции кај деца и кај млади луѓе со психози или со шизофренија, земете го во предвид нивното развојно ниво, емоционалната зрелост и когнитивниот капацитет, вклучително одредени тешкотии во учењето, проблеми со видот или слухот или застој во развојот на говорот.
- 1.3.27 Семејните интервенции треба:
- Да го вклучат детето или младиот човек со психоза или шизофренија, ако е практично.
 - Да се спроведува помеѓу 3 месеци и 1 година.
 - Да вклучи најмалку 10 планирани сеанси.
 - Да ги земат во предвид желбите на целото семејство, било за семејна интервенција со учество на еден или на повеќе членови од семејството.
 - Да ги земат во предвид односите помеѓу родителот или старателот и детето или младиот човек со психоза или со шизофренија.
 - Да има специфична поддршка, едукативна и терапевска функција и да вклучи преговарање за решавање на проблемот или менаџмент на криза⁶.
- 1.3.28 КБТ треба да се спроведе на база еден на еден во текот на најмалку 16 планирани сеанси (иако може да биде потребен подолг период) и:
- Да се следи водичот за третман⁹, така што:
 - Децата и младите луѓе може да воспостават поврзаност помеѓу нивните мисли, чувства или постапки и нивните сегашни и претходни симптоми и/или функционирање.
 - Реевалуација на перцепциите, верувањата или на размислувањата на детето и младиот човек, поврзани со целните симптоми.

- Исто да вклучи барем една од следниве компоненти:
 - Нормализирање, што доведува до разбирање и прифаќање на нивните искуства.
 - Децата и младите луѓе да ги мониторираат нивните мисли, чувства или однесувања во однос на нивните симптоми или на повторување на симптомите.
 - Промовирање на алтернативни патишта за справување со целниот симптом.
 - Намалување на дистресот.
 - Подобрување на функционирањето⁶.

Следење и разгледување на психолошките интервенции

1.3.29 Кога се обезбедуваат психолошки интервенции, треба рутински и систематично да се следи опсегот на исходите низ релевантни области, вклучувајќи го задоволството на детето и на младиот човек и, ако е соодветно, задоволството на родителот или на старателот⁶.

1.3.30 Здравствениот тим кој работи со деца и со млади луѓе со психози или со шизофренија треба да идентификува водечки здравствен професионалец од тимот, чија одговорност е да следи и да разгледува:

- Пристап до и ангажман со психолошки интервенции.
- Одлука да се понудат психолошки интервенции и еднаков пристап за различни етнички групи⁶.

Компетенции за спроведување на психолошки интервенции

1.3.31 Здравствените професионалци кои спроведуваат психолошки интервенции треба:

- Да имаат соодветно ниво на компетентност во спроведувањето на интервенциите на деца и на млади луѓе со психози и со шизофренија.
- Редовно да им се прави надзор за време на психолошката терапија од страна на компетентен терапевт и супервизор⁶.

1.3.32 Здравствената организација треба да обезбеди пристап до обуки кои ќе им овозможат на здравствените професионалци да се стекнат со компетенции, потребни за спроведување на психолошки интервенции за деца и за млади луѓе кои се препорачани со ова упатство⁶.

1.4 Последователни акутни епизоди на психози или на шизофренија

1.4.1 Предложете на деца и на млади луѓе со акутна егзацербација и повторна појава на психози или на шизофренија дека треба:

- Орални антипсихотици⁷ заедно со
- психолошка интервенција (семејна интервенција со индивидуална КБТ).

Фармаколошки интервенции

- 1.4.2 На деца или за млади луѓе со акутна егзацербација или повторна појава на психоза или на шизофренија, предложете им орални антипсихотици или проценете го постојниот лек ⁷. При изборот на лек треба да се водиме од истите критериуми кои се препорачуваат за започнување на терапија (види ги препораките 1.3.14–1.3.25). Земете ги во предвид клиничкиот одговор и несаканите ефекти, поврзани со тековните и со претходните лекови и следете како што е опишано во препораката 1.3.18⁶.
- 1.4.3 Aripiprazole се препорачува како опција за третман на шизофренија кај лица на возраст од 15 до 17 години кои не го поднесуваат rispидон или кај лица кај кои rispидонот е контраиндициран или чија шизофренија не се контролира соодветно со rispидон. [Оваа препорака е од 'Aripiprazole во терапија на шизофренија кај лица на возраст од 15 до 17 години' (NICE упатство за технолошка проценка 213)].

Психолошки и психосоцијални интервенции

- 1.4.4 Понудете семејна интервенција (спроведена како што е утврдено во препораката 1.3.27) на сите фамилии на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија, особено за превенција и намалување на релапси. Ова може да се започне или за време на акутната фаза или подоцна, во текот на болничкиот престој ⁶.
- 1.4.5 Понудете КБТ (когнитивна бихејвиорална терапија), спроведена како што е утврдено во препораката 1.3.28, на сите деца и млади луѓе со психози или со шизофренија, особено за намалување на симптомите. Ова може да се започне или за време на акутната фаза или подоцна во текот на болничкиот престој ⁶.
- 1.4.6 Размислете за арт терапијата (на пример, терапија со танц, драма, музика или сликање) за сите деца и млади луѓе со психоза или со шизофренија, особено за намалување на негативните симптоми. Ова може да се започне или за време на акутната фаза или подоцна во текот на болничкиот престој⁶.
- 1.4.7 Ако размислувате за арт терапија, таа треба да се обезбеди од страна на Здравствениот совет, регистрирани терапевти, со искуство во работа со деца и со млади луѓе со психоза или со шизофренија. Интервенцијата треба да се спроведува во група, освен ако не се бара поинаку поради тешкотии со прифаќањето, пристапот или ангажманот. Терапевтите треба да користат комбинирани психотерапевтски техники со активности кои имаат за цел промовирање на креативно изразување, кои често се неструктурирани и се водени од страна на детето или на младото лице. Целите на арт терапијата треба да содржат:
- да им овозможи на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија да се доживеат поинаку и да се развијат нови начини на поврзување со другите.
 - Да им помогне на децата и на младите луѓе да се изразат себеси и да ги организираат нивните искуства во задоволителна естетска форма.
 - Да им помогне на децата и на младите луѓе да ги прифатат и да ги разберат чувствата кои може да се појават за време на креативниот процес

(вклучувајќи, во некои случаи, како дошло тие да ги имаат овие чувства), на темпо, прилагодено на нив.

- 1.4.8 Не нудете рутински советување и супортивна психотерапија (како специфични интервенции) на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија. Сепак, земете ги во предвид желбите на децата или на младите луѓе и на нивните родители или старатели, особено ако други ефикасни психолошки интервенции, како КБТ, семејна интервенција и арт терапија не се локално достапни ⁶.
- 1.4.9 Не нудете интервенција за поддршка на придржувањето кон медикаментозниот третман (како специфична терапија) на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија⁶.
- 1.4.10 Не нудете рутински тренинг на социјални вештини (како специфична терапија) на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија ⁶.
- 1.4.11 Кога во акутната фаза ќе започнете психолошки интервенции, вклучително и арт терапија (вклучувајќи во болнички услови), треба да се продолжи целосен курс по отпуштањето од болница без непотребни прекини ⁶.

1.5 Упатување во криза и предизвикувачко однесување

- 1.5.1 Кога детето или младото лице се упатува во криза, тие треба да бидат прегледани од специјалист за ментално здравје во службите на секундарно ниво во период од 4 часа од упатувањето ⁵.
- 1.5.2 За да се избегне прием, имајте за цел:
- Истражете со детето или со младото лице и со нивните родители или старатели кои системи на поддршка тие ги имаат, вклучувајќи ги и другите членови на семејството и пријателите.
 - Поддржете го детето или младото лице во криза и нивните родители или старатели во нивната домашна средина.
 - Рано направете планови да му помогнете на детето или на младото лице да ги задржат нивните дневни активности, вклучувајќи ги образованието, работата, волонтерската работа и другите занимања и слободни активности, секогаш кога е можно⁵.
- 1.5.3 На крајот на проценката на кризата, обезбедете одлуката да започне со третман во домашни услови што не зависи од дијагнозата туку од:
- Степенот на стрес.
 - Сериозноста на проблемите.
 - Ранливоста на детето или на младото лице и прашањата за безбедноста и поддршката дома.
 - Соработката на детето или на младото лице во лекувањето⁵.
- 1.5.4 Мислете на поддршката и на грижата која им е потребна на родителите или на старателите на деца и на млади луѓе во криза. Кога се идентификуваат потребите, обезбедете тие да се исполнат кога е безбедно и може практично да се направи ⁵.

1.5.5 Следете ги препораките во 'Самоповредување' (NICE клиничко упатство 16) кога ги менаџирате делата со самоповредување кај деца и кај млади луѓе со психоза или со шизофренија кои се постари од 8 години⁶.

Болничка грижа

1.5.6 Ако детето или младото лице има потреба од хоспитализација, тоа треба да се реализира во средина, соодветна на нивната возраст и степен на развој.

1.5.7 Пред да го упатите во болница, размислете за влијанието врз детето или младото лице и на нивните родители, старатели и други членови на семејството, особено ако болничкото одделение е оддалечено од местото каде што живее. Размислете за алтернативна грижа во заедницата, кога е можно. Кога е неизбежна хоспитализација, обезбедете поддршка на родителите или на старателите кога детето или младото лице се прима во болница.

1.5.8 Дајте усна и пишана информација на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија кои се хоспитализираат, како и на нивните родители или старатели за:

- Болницата и одделението на кое детето или младото лице ќе престојува.
- Третманот, активностите и расположивите служби.
- Очекуваниот контакт со здравствените и со социјалните професионалци.
- Правилата на одделението (вклучувајќи политика за злоупотреба на супстанции).
- Нивните права, одговорности и слобода на движење во одделението и надвор.
- Распоредот на оброци.
- Периодите на посета.
- Бидете сигурни дека има доволно време за поставување прашања од страна на детето и на младото лице и на нивните родители или старатели⁵.

1.5.9 Рутински преземете заедничко донесување на одлуки со децата и со младите луѓе кои се сместени во болница, а кои се на соодветно развојно ниво, емоционално зрели, имаат когнитивен капацитет, вклучувајќи ги, секогаш кога е можно, оние кои се предмет на Законот за ментално здравје (1983; изменет 1995 и 2007). Соодветно вклучете ги нивните родители или старатели⁵.

1.5.10 Обезбедете децата и младите луѓе од задолжителна училишна возраст да имаат пристап до целосна образовна програма додека се во болница. Програмата треба да биде во согласност со Националниот наставен план, да одговара на развојното ниво и школската подготвеност на детето или на младото лице и треба да води сметка за нивната болест и степенот на нарушување.

1.5.11 Обезбедете децата и младите луѓе кои се хоспитализирани да продолжат да имаат пристап до широк опсег на значајни и културелни соодветни занимања и активности во текот на 7 дена неделно, а не ограничено во период од 9 до 17 часот. Тие треба да вклучат креативни и слободни активности, вежбање, грижа за себе и пристап до активности во заедницата (каде што е тоа соодветно). Активностите треба да се поддржани од соодветно обучени наставници, здравствени работници и социјални работници⁵.

1.5.12 Децата и младите луѓе кои примале грижа во заедницата пред да бидат хоспитализирани, додека се во болница треба рутински да бидат посетени од страна на здравствените и на социјаните работници, одговорни за нивната грижа во заедницата ⁵.

1.5.13 Промовирајте добро физичко здравје, вклучувајќи здрава исхрана, вежбање и совети за престанок на пушењето.

Брза седација и воспоставување на контрола

1.5.14 Здравствените професионалци кои спроведуваат брза седација и воспоставување на контрола кај деца и кај млади луѓе со психоза или со шизофренија треба да се обучени и компетентни во спроведувањето на овие процедури кај деца и кај млади луѓе.

1.5.15 Повремено, на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија кои во текот на акутната фаза претставуваат непосреден ризик за себе или за другите им е потребна брза седација. Бидете особено внимателни кога размислувате да користите високо потентни антипсихотици (како халоперидол) кај деца и кај млади луѓе, особено кај оние кои не примале антипсихотични лекови претходно, поради зголемениот ризик од акутни дистонични реакции во оваа возрастна група ⁶.

1.5.16 По брзата седација, понудете му на детето или на младото лице можност да разговара за своите искуства. Обезбедете им јасни објаснувања за одлуката за употреба на итна седација. Забележете го ова во нивните истории ⁶.

1.6 Ран постакутен период

1.6.1 Во раниот период од закрепнувањето по акутна епизода, размислете (евалуирајте) со детето или со младото лице и со нивните родители или старатели за епизодата и нејзиното влијание и направете планови за заздравување и можна идна грижа.

1.6.2 Информирајте го детето или младото лице и неговите родители или старатели дека постои висок ризик за релапс ако се запре со лекарствата во период од 1-2 години по акутната епизода ⁶.

1.6.3 Ако прекинете со антипсихотични лекови, преземете го тоа постепено и редовно следете за симптоми и знаци на релапс ⁶.

1.6.4 По прекинувањето на антипсихотични лекови, продолжете го следењето за знаци и симптоми на релапс во период од најмалку 2 години ⁶.

1.7 Промовирање на закрепнување и обезбедување на можна нега во примарната здравствена заштита во иднина

- 1.7.1 Развијте и користете регистар на случаи во ординација за да го следите физичкото и менталното здравје на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија во примарната здравствена заштита ⁶.
- 1.7.2 Матичните лекари и другите здравствени професионалци кои работат во примарната здравствена заштита треба да го следат физичкото здравје на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија најмалку еднаш годишно. Треба да се има на ум дека луѓето со шизофренија се изложени на поголем ризик за кардиоваскуларни болести отколку општата популација.
- 1.7.3 Идентификувајте ги децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија кои пушат цигари и кои имаат покачен крвен притисок, покачено ниво на липиди или зголемен обем околу половината во најраните можности и следете ги за појава на кардиоваскуларни болести и дијабетес.
- 1.7.4 Децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија и со дијабетес и/или кардиоваскуларни болести се лекуваат во примарната здравствена заштита. Користете ги соодветните упатства на NICE за деца и за млади луѓе, кога се достапни^{6,10}.
- 1.7.5 Здравствените професионалци на секундарно ниво како дел од приодот на програмата за грижа во Велика Британија и од плановите за грижа и третман во Велс треба да обезбедат децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија да добијат здравствена заштита од примарно ниво, како што е опишано во препораките 1.7.2–1.7.4. Здравствените работници на секундарно ниво треба да продолжат да ја спроведуваат одговорноста за мониторинг и управување со сите несакани ефекти од антипсихотичните лекови ⁶.
- 1.7.6 Кога детето или младиот човек со дијагностицирана психоза или шизофренија се јавува со сомнение за релапс (на пример, со интензивирани психотични симптоми или значително зголемена употреба на алкохол или други супстанции) и сè уште добива третман, здравствените професионалци од примарно ниво треба да го упатат во кризниот дел од планот за грижа. Размислете да го упатите кај клучниот клиничар или координатор на грижата кој е идентификуван во кризниот план ⁶.
- 1.7.7 За дете или млад човек со психоза или со шизофренија за кого се спроведува грижа на примарно ниво, размислете за упатување на секундарно ниво повторно доколку има:
- Слаб одговор на терапијата.
 - Непридржување кон третманот со лекови.
 - Несакани ефекти поради неподнесување на лековите или детето или младиот човек или нивните родители или старатели бараат ревизија на несаканите ефекти.
 - Детето или младиот човек или нивните родители или старатели бараат психолошки интервенции кои не се достапни на примарно здравствено ниво.

- Коморбидитет со злоупотреба на супстанции.
- Ризик за себе или за другите⁶.

1.8 Провирање на закрепнување и обезбедување на можна нега во секундарната здравствена заштита во иднина

1.8.1 Децата и младите луѓе со психоза или со шизофренија кои биле третирани со рана интервенција во службата за ментално здравје, треба да имаат пристап до таа служба во текот на следните 3 години (или до 18-от роденден, па и подолго) без оглед на возраста на која се појавила психозата или шизофренијата.

Психолошки интервенции

1.8.2 Понудете семејна интервенција на семејствата на деца и млади луѓе со психоза или со шизофренија за да се промовира закрепнување. Спроведете семејна интервенција, како што е опишано во препораката 1.3.27⁶.

1.8.3 Размислете за семејна интервенција, особено на фамилиите на деца и млади луѓе со психоза или со шизофренија доколку имаат:

- Неодамнешен релапс или се со ризик за релапс.
- Перзистирање на симптомите⁶.

1.8.4 Понудете КБТ да помогнете во промоција на заздравување на децата и на младите луѓе со перзистентни позитивни и негативни симптоми и за оние кои се во ремисија. Спроведете КБТ, како што е опишано во препораката 1.3.28⁶.

1.8.5 Размислете за арт терапија (види ја препораката 1.4.7) за да помогнете во промоција на закрепнувањето, особено кај децата и младите луѓе со негативни симптоми⁶.

Фармаколошки интервенции

1.8.6 При изборот на лек⁷ треба да се користат истите критериуми, препорачани за започнување на терапијата (види ги препораките 1.3.14–1.3.25)⁶.

1.8.7 Не користете рутински стратегии на одржување со таргетно интермитентно дозирање¹¹. Сепак, размислете за нивно користење кај деца и млади луѓе со психоза или со шизофренија кои не се подготвени да прифатат континуиран режим на одржување или ако постои друга контраиндикација за терапијата за одржување, како што е сензитивност на несакани ефекти⁶.

Интервенции за деца и за млади луѓе, чија болест не реагира соодветно на лекувањето

1.8.8 За деца и за млади луѓе со психоза или со шизофренија, чија болест не одговара соодветно на фармаколошките или на психолошките интервенции:

- Ревизија на дијагнозата.
- Да се утврди придржување кон антипсихотичните лекови⁷, препишани во соодветни дози и за правилен временски период.

- Ревизија на ангажманот и користењето на психолошките интервенции и да се обезбеди дека тие биле понудени според упатствата; ако е преземена семејна интервенција, се укажува на КБТ, ако КБТ е преземена, се укажува на семејна интервенција за деца и за млади луѓе во близок контакт со нивните семејства.
- Размислете за други причини за отсутен одговор, злоупотреба на супстанции како коморбидитет (вклучувајќи алкохол), истовремено користење на други препишани лекови или физичка болест⁶.

1.8.9 Понудете клозапин¹² на деца и на млади луѓе со психоза или со шизофренија, чија болест не одговорила соодветно на фармаколошкиот третман и покрај секвенционално користење на соодветни дози на најмалку два различни антипсихотични лекови, при што секој се користи за период од 6-8 недели⁶.

1.8.10 Кај деца и кај млади луѓе со психоза или со шизофренија, чија болест не одговорила соодветно на клозапин¹², даден во оптимална доза, размислете за мултидисциплинарна проценка и препорака 1.8.8 (вклучувајќи одредување на нивото на лекот) пред да додадете втор антипсихотик за да го зајакнете третманот со клозапин. Соодветна проценка за вакво зголемување може да подразбира период од 6-8 недели. Изберете лек кој не ги потенцира најчестите несакани ефекти на клозапин⁶.

Образование, вработување и професионални активности за деца и за млади луѓе со психоза или со шизофренија

1.8.11 За деца и за млади луѓе кои се на задолжителна училишна возраст, поврзете се со школските и со образовните авторитети на детето, добијте согласност, за да се осигура дека тековното образование е обезбедено.

1.8.12 Поврзете се со училиштето на детето или на младиот човек и со нивните родители или старатели, предмет на согласност, да се утврди дали е потребна посебна проценка на едукативните потреби. Ако е договорено дека е потребно, објаснете им на родителите или на старателите како да поднесат барање за проценка и понудете им поддршка во текот на процесот.

1.8.13 Обезбедете поддржани програми за вработување за оние млади луѓе со психоза или со шизофренија кои се на возраст над задолжителното образование, кои сакаат да се вратат на работа или да најдат вработување. Размислете други работни активности и програми, кога индивидуите не можат да работат или се неуспешни во нивните обиди да најдат работа⁶.

1.8.14 Службите за ментално здравје треба да работат во партнерство со локалните институции, вклучувајќи ги и оние кои ги застапуваат малцинските етнички групи, да им овозможат на младите луѓе со психоза или со шизофренија да имаат пристап до вработување на локално ниво и образовни можности. Ова треба да биде внимателно, согласно со потребите и вештините на младите луѓе и веројатно ќе вклучува работа со агенции, како што е Jobcentre Plus, советници за вработување на лица со попреченост и нестатутарни провајдери⁶.

1.8.15 Рутински забележувајте ги дневните активности на децата и на младите луѓе со психоза или со шизофренија во нивните планови за грижа, вклучувајќи ги образовните и професионалните резултати⁶.

-
- [4] Вклучително Законот за работа : Законот за ментално здравје 1983.
- [5] Преземено од 'Искуство на корисниците на службите за ментално здравје за адулти' (NICE клиничко упатство 136).
- [6] Преземено од 'Шизофренија' (NICE клиничко упатство 82).
- [7] Во времето на публикација (јануари 2013 година) повеќето антипсихотици во Велика Британија немаат авторизација за маркетинг, особено за децата и за младите луѓе. Оној кој ги препишува треба да го следи редовното упатство, преземајќи комплетна одговорност при донесувањето на одлука. Информирани согласност треба да биде земена и документирана. За понатамошни информации видете го упатството за доктори – 'Добра практика за препишување на лекови'.
- [8] Видете ги 'Дополнителни информации' од табелата за базичните иследувања и мониторирање на деца и на млади луѓе на кои им се препишани антипсихотици (читајте ги заедно со BNF, BNFC и SPC).
- [9] Најпосакувани се водичи за лекување кои имаат докази од клинички студии за нивна ефикасност. Ако се развиени за возрасни, пристапот треба да се прилагоди да одговараат на возраста и на развојниот стадиум на детето и на младиот човек.
- [10] Види Тип 1 дијабетес (NICE клиничко упатство 15).
- [11] Дефинирана како употреба на антипсихотичен лек само за период на иницијалниот релапс или при егзацербација на симптомите, а не постојано.
- [12] Во времето на објавување (јануари 2013 год.), клозапин немаше авторизација за продажба во Велика Британија за оваа индикација. Докторот кој го препишува треба да ги следи релевантните професионални упатства, преземајќи целосна одговорност за одлуката. Информирани согласност треба да се добие и да се документира. Види го упатството за доктори на Општиот медицински совет 'Добра практика за препишување на лекови' за дополнителни информации.

2. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги направи следниве препораки за истражување, базирано на ревизијата на доказите, а сè со цел да се подобри NICE упатството и грижата на пациентите во иднина.

2.1 Кои се долгорочните резултати и психотичните и непсихотичните, за деца и за млади луѓе со атенуирани или со транзиторни психотични симптоми кои упатуваат на развој на психоза и дали критериумите за „состојба во ризик“ да се редефинираат за да може подобро да се предвидат тие кои ќе развијат и оние кои нема да развијат психоза?

Предложената програма за истражување ќе биде во две фази. Првин ќе бидат спроведени систематична ревија и мета анализа на проспективни опсервациони студии / кохорти од деца и од млади луѓе кои се идентификувани како со висок или ултра висок ризик да развијат психоза. Прегледот ќе ги идентификува ризик факторите и протективните фактори кои најсилно се поврзуваат со подоцнежен развој на психотични и непсихотични исходи. Второ, факторите кои ќе се идентификуваат во првата фаза ќе се искористат да се идентификува голема група на деца и на млади луѓе со овие фактори и да се оцени ефикасноста на овие редефинирани критериуми за предвидување на подоцнежниот развој на психотични или непсихотични исходи.

Зошто е ова важно

Голем проблем со испитувања на третман на популација на деца и на млади луѓе се смета дека е идентификување на прецизни симптоми и/или однесување или ризик фактори кој најсилно се поврзуваат со развој на психоза кај ризични или ултаризични за развој на психоза; и обратно, кои протективни фактори најверојатно се поврзуваат со намален ризик за појава на психоза подоцна. Во моментот, идентификуваните фактори имаат ниска предвидувачка вредност, развиле психоза само околу 10-20% од децата и младите луѓе кои биле идентификувани како високоризични. Ако може да се редефинираат овие ризик фактори и протективни фактори, ќе биде можно подобро да се одделат децата и младите луѓе кои се со најголем ризик и да се намали бројот на оние кои се сметаат како ризични, а кои нема да развијат психоза подоцна.

2.2 Која е клиничката и трошковната ефективност на омега 3 масни киселини во третманот на деца и на млади луѓе кои се сметаат за високоризични за развој на психоза?

Предложената програма за истражување ќе треба со помош на адекватна, силна мултицентрична рандомизирана контролирана студија да ги истражува најверојатните придобивки и трошоци од користењето на омега 3 масни киселини кај деца и кај млади луѓе со висок ризик за развој на психоза. Разгледуваните исходи треба да вклучат транзиција кон психоза, квалитет на живот, симптоматски и функционални подобрувања, прифатливост на третман, несакани ефекти и самоповредување. Студијата, исто така, треба да ја процени трошковната ефективност на интервенцијата.

Зошто е ова важно

Голем број на интервенции беа испробани во обид да се спречи развојот на психозата, вклучувајќи лекови, психолошки интервенции и други интервенции. Релативно нова, умерено голема рандомизирана контролирана студија за омега 3 масни киселини покажа најдобри докази од сите други интервенции досега, намалувајќи ја стапката на транзиција од состојба на висок ризик во постојна психоза. Сепак, ова е единечна студија, која нема доволна јачина, преземена во еден центар и недостасува каква било здравствена економска анализа.

2.3 Која е клиничката и трошковната ефективност на семејната интервенција, комбинирана со индивидуална КБТ во третманот на деца и на млади луѓе кои се сметаат за високоризични за развој на психоза и нивните родители или старатели?

Предложената програма за истражување ќе треба да истражува, користејќи соодветна, силна, мултицентрична рандомизирана контролирана студија, најверојатните придобивки и трошоците од обезбедување на семејна интервенција, комбинирана со индивидуална КБТ, за деца и за млади луѓе кои се со висок ризик за развој на психоза и нивните родители или старатели. Разгледуваните резултати треба да вклучат транзиција во психоза, квалитет на живот, симптоматски и функционални подобрувања, прифатливост на третманот и самоповредување. Треба да се следат во период од 3 години. Студијата треба, исто така, да ја процени трошковната ефективност на интервенцијата.

Зошто е ова важно

Голем број на интервенции беа испитувани во обид да се спречи развојот на психозата, вклучувајќи лекови, психолошки интервенции и други интервенции. По првата епизода на психоза, семејната интервенција како дополнение на третманот со лекови значително ја намалува стапката на релапс. Една мала студија која комбинира КБТ семејна терапија со индивидуална КБТ без антипсихотични лекови укажува на значајно намалување на стапката на транзиција во прва психоза.

2.4 Која е клиничката и трошковната ефективност на психолошка интервенција сама по себе, споредено со антипсихотични лекови и споредено со комбинирана психолошка интервенција и антипсихотични лекови кај деца и кај млади луѓе со прва епизода на психоза?

Програмата на истражување ќе треба да ја истражува клиничката и трошковната ефективност на психолошката интервенција сама по себе, споредено со антипсихотични лекови и споредено со комбинирана психолошка интервенција и антипсихотични лекови кај млади луѓе во раните фази на психозата, користејќи адекватна силна, рандомизирана контролирана студија. Комбинацијата на психолошки интервенции најверојатно има влијание и тоа семејна интервенција и индивидуална КБТ. Клучните резултати треба да ги вклучат симптомите, стапката на релапс,

квалитетот на живот, прифатливоста на терапијата, искуството за грижата, степенот на психосоцијалното функционирање и трошковната ефективност на интервенциите.

Зошто е ова важно

Личните и финансиските трошоци за психоза или за шизофренија на лицето, на фамилијата и пријателите, како и на општеството, се значајни. Личниот трошок се рефлектира во стапката на убиства на речиси 15% кај луѓе со шизофренија, доживотна невработеност која се движи помеѓу 50 и 75%, зависност од географска локација и намален животен век. Дополнителни трошоци на здравствениот систем за едно лице со шизофренија се очекува да достигне над 50 000 фунти годишно во просек, во текот на нивниот живот.

Во моментов, главен носител на третманот се антипсихотичните лекови, но потенцијалните несакани ефекти се такви што постои значителен поттик да се развијат алтернативни стратегии за третман за да се овозможи или намалување на дозата или рано отстранување на потребата за терапија. Препознаено е дека психолошките интервенции како дополнување на антипсихотичните лекови имаат важна улога во лекувањето на шизофренијата. NICE клиничкото упатство 82 ја идентификува семејната интервенција и КБТ како дополнителен третман и сегашните докази укажуваат дека овие интервенции заштедуваат пари. Сепак, недостасуваат докази за дополнување со семејна интервенција и КБТ кај деца и кај млади луѓе со психоза. Исто така, имаше една неодамнешна позитивна студија за КБТ како прва линија во третман, без антипсихотици, за млади луѓе во раните фази на психоза.

2.5 Која е клиничката и трошковната ефективност на клозапин кај деца и кај млади луѓе со шизофренија со симптоми кои не одговараат на комбинација на антипсихотични лекови и психолошки третман?

Предложената програма за истражување треба да ги истражува, користејќи соодветна силна, рандомизирана контролирана студија, најверојатните придобивки од користење на клозапин, во споредба со друг антипсихотик кај деца и кај млади луѓе со симптоми на шизофренија кои не одговараат на комбинацијата на антипсихотични лекови и на психолошки третман. Разгледуваните резултати треба да вклучат квалитет на живот, несакани ефекти и должина на хоспитализација.

Зошто е ова важно

Во моментов, околу 30% од лицата со шизофренија имаат симптоми кои не одговараат соодветно на терапијата со антипсихотици. Иако се недостапни прецизни бројки, особено за деца и за млади луѓе, помал процент на лица кај кои е спроведен соодветен курс на психолошки третман не одговараат кога ќе се внесе втор алтернативен антипсихотик. За овие лица, клозапин, кој има различен профил на блокирање на суптип на допамински рецептор од другите антипсихотици, стана важна терапевска опција кај возрасните. Сепак, недостасуваат докази (само една студија) за ефективноста на клозапин во терапија на резистентна шизофренија кај деца и кај млади луѓе.

2.6 Која е најефективната стратегија за менаџмент за превенција од развој на прекумерна тежина и метаболен синдром, поврзани со користењето на антипсихотични лекови кај деца и кај млади луѓе?

Предложената програма за истражување ќе биде во два дела: (1) лонгитудинална кохортна студија (национална база на набљудување со времетраење од најмалку 12 месеци) за да се утврди зачестеноста и предвидувачите на несаканите ефекти од антипсихотичните лекови; (2) рандомизирана контролирана студија за однесувањето и/или медицинскиот пристап за намалување на телесната тежина и ризикот за метаболен синдром, поврзани со антипсихотичните лекови.

Зошто е ова важно

Брзото зголемување на телесната тежина, поврзано со антипсихотичните лекови и лошото физичко здравје (пушење, недостаток од вежбање) доведуваат до дијабетес тип 2 и метаболен синдром кои се најголем извор за морбидитет и предвремен морталитет кај младите луѓе со психоза или со шизофренија. Повеќето докази за несакани ефекти доаѓаат од краткорочни студии за антипсихотици (максимум 8-12 недели). Спротивно на тоа, малку се знае за долгорочните несакани ефекти на овие лекови. Потребни се докази за долгорочните несакани ефекти и за ефективните рани интервенции кои ќе ги намалат овие ризик фактори и ќе ги подобрат исходите на физичкото здравје.

3. Други информации

3.1 Делокруг и како е изготвено ова упатство

NICE упатствата се изготвени во согласност со делокругот кој одредува што во ова упатство ќе се опфати, а што нема.

Како е изготвено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за ментално здравје да го изготви ова упатство. Центарот формира Група за развој на упатството (види го делот 4) која ги разгледа доказите и ги изготви препораките.

Методите и процесот на изготвување на клиничките упатства на NICE се опишани во [Прирачник за упатства](#).

3.2 Сродни NICE упатства

Деталите се точни во моментот на издавање (јануари 2013 год.). Дополнителни информации се на располагање на веб страницата на [NICE](#).

Издадени

Општи

- Искуствата на корисниците на службите за ментално здравје за возрасни. NICE клиничко упатство 136 (2011).
- Придржување кон лекаствата. NICE клиничко упатство 76 (2009).

Специфични за состојби

- Арипипразол за третман на шизофренија кај лица на возраст од 15 до 17 години. NICE упатство за технолошка проценка 213 (2011).
- Пореметување поради користење на алкохол. NICE клиничко упатство 115 (2011).
- Шизофренија. NICE клиничко упатство 82 (2009).
- Гранично растројство на личноста. NICE клиничко упатство 78 (2009).
- Асоцијални растројства на личноста. NICE клиничко упатство 77 (2009).
- Злоупотреба на дроги: опиоидна детоксикација. NICE клиничко упатство 52 (2007).
- Злоупотреба на дроги: психосоцијална интервенција. NICE клиничко упатство 51 (2007).
- Обезност. NICE клиничко упатство 43 (2006).
- Биполарни растројства. NICE клиничко упатство 38 (2006).
- Опсесивно компулсивно растројство. NICE клиничко упатство 31 (2005).
- Депресија кај деца и млади луѓе. NICE клиничко упатство 28 (2005).
- Пост трауматски стрес. NICE клиничко упатство 26 (2005).
- Насилство. NICE клиничко упатство 25 (2005).

- Самоповредување. NICE клиничко упатство 16 (2004).
- Тип 1 дијабетес. NICE клиничко упатство 15 (2004).

Во фаза на развој

NICE ги развива следниве упатства (детали се на располагање на веб страницата на [NICE](#)):

- Биполарно растројство (ажурирање). NICE клиничко упатство. Датумот на издавање треба да се утврди.
- Дијабетес кај деца (ажурирање). NICE клиничко упатство. Датумот на издавање треба да се утврди.
- Социјална анксиозност. NICE клиничко упатство. Датумот на издавање треба да се утврди.

4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и Проектен тим на NICE

Група за развој на упатството

(16 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство guidance.nice.org.uk/cg155).

Национален центар за соработка за ментално здравје

(13 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство guidance.nice.org.uk/cg155).

Проектен тим на NICE

(7 члена, податоците за членовите може да се најдат на NICE клиничко упатство guidance.nice.org.uk/cg155).

Дополнителни информации за основните иследувања и следења кај деца и кај млади луѓе на кои им се пропишани антипсихотици (читајте заедно со *BNF*, *BNFC* и *SPC*)

	Базични испитувања пред почеток со антипсихотичен лек	Следи неделно во период од првите 6 недели	Следи на 12 недели	Следи на секои 6 месеци потоа	Редовно следи во текот на третманот, и особено за време на титрирање на терапијата
Тежина (нанесете ја на крива за раст)	Да	Да	Да	Да	
Висина (нанесете на крива за раст)	Да			Да	
Обем на надлактица и натколеница (нанесете на перцентилна крива)	Да			Да	
Пулс	Да		Да	Да	
Крвен притисок (нанесете на перцентилна крива)	Да		Да	Да	
Гликемија на гладно	Да		Да	Да	
НвА1с (гликосилиран хемоглобин)	Да		Да	Да	
Профил на липиди во крв	Да		Да	Да	
Ниво на пролактин	Да		Да	Да	
Нарушувања на движењето (екстрапирадимални симптоми, атаксија, дистонија и тардивна дискинезија)	Да				Да ²
Нутритивен статус, исхрана и ниво на физичка активност	Да				Да
Несакани ефекти кои детето или младиот човек сака повеќе или помалку да ги толерира	Да				
ЕКГ	Да ³				
Ефикасност					Да
Несакани ефекти					Да
Придржување кон терапијата					Да

¹ Одредете и запишете ВМI (перцентила).

² Дури и ако нема првична проценка (и при секоја клиничка посета ако се почести).

³ If Ако е наведено во SPC кај возрастни и/или кај деца; на физикален преглед е идентификуван посебен кардиоваскуларен ризик (како дијагноза за висок крвен притисок); постои лична анамнеза за кардиоваскуларни заболувања; постои фамилијарна анамнеза за кардиоваскуларна болест како ненадејна срцева смрт, или продолжен QT интервал; или детето или младиот човек е хоспитализиран.

За упатството

NICE клиничките упатства се препораки за третман и за нега на лицата со посебни болести и состојби во Националниот здравствен систем (NHS) во Англија и во Велс.

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира што ова упатство ќе опфати, а што нема да опфати.

Упатството е изработено од Националниот центар за соработка за ментално здравје кој е во склоп на Кралскиот колеџ на психијатри. Центарот работеше со групата за развој на упатството, составен од здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, општи лекари и сестри) пациенти и старатели, технички персонал кои ги разгледаа доказите и подготвија препораки. Препораките беа финализирани по јавни консултации.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во '[Водич за упатствата](#)'.

Јачина на препораките

Некои препораки може да се создадат со поголема сигурност од други. Земајќи ги во предвид квалитетот на клучните докази, групата за развој на упатството дава препораки кои се засновани на одмерување помеѓу користа и штетата од интервенцијата. За некои интервенции групата за развој на упатството е убедена дека повеќето пациенти би ја одбрале таа интервенција со оглед на информациите што ги разгледала. Зборот кој се користи во оваа препорака во упатството означува сигурност со која препораката е направена (јачина на препораката).

За сите препораки NICE очекува дека ќе се разговара со пациентот за ризиците и за придобивките од интервенциите, нивните вредности и преференции. Оваа дискусија има за цел да им помогне на пациентите да донесат одлука врз основа на целосна информираност (види исто '[Грижа насочена кон пациентот](#)').

Интервенции кои мора (или не мора) да се користат

Обично користиме „мора“ или „не мора“ само ако има законска обврска да се примени препораката. Повремено користиме “мора“ (или „не мора“) ако последиците од неследење на препораката можат да бидат исклучително сериозни или потенцијално загрозувачки за живот.

Интервенции кои треба (или не треба) да се користат – „силна“ препорака

Користиме „понудете“ (и слични зборови, како „се однесува“ или „се советува“) кога сме убедени дека за повеќето пациенти интервенцијата ќе направи повеќе добро отколку штета и ќе биде исплатлива. Користиме слични зборови (на пример, „не нудете“) кога сме убедени дека интервенцијата нема да биде од корист за повеќето пациенти.

Интервенции кои е пожелно да се користат

Користиме „сметаме“ кога сме убедени дека интервенцијата ќе направи повеќе добро отколку штета за повеќето пациенти и ќе биде исплатлива, но слично и други опции може да бидат исплатливи. Изборот на интервенција и дали воопшто да се примени или не интервенцијата, веројатно ќе зависи од особините и од желбиите на пациентот, а не од јачината на препораката. Оттука, здравствените професионалци треба да поминат повеќе време во разгледување и дискутирање на опциите со пациентот.

Текст на препораки во ажурирано упатство

NICE почна да го користи овој пристап за да се означи јачината на препораките во упатствата кои почнаа да се развиваат по објавувањето во 2009 година на 'Водичот за упатства' (јануари 2009 година). Ова не се однесува на препораките кои завршуваат со [2007] (за повеќе детали како препораките се означени види подолу во „Информации за ажурирање“). Особено за препораките обележени [2007] зборот „сметаме“ не мора да се користи за да се означи јачината на препораката.

Други верзии на ова упатство

Целото упатство 'Психози и шизофренија кај деца и кај млади луѓе: препознавање и менаџмент' содржи делови за методите и за доказите кои се користени за равивање на упатството. Тоа е издадено од Националниот центар за соработка за ментално здравје.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во патеката на [NICE](#).

Изготвени се информации за јавноста за ова упатство.

Имплементација

NICE има изготвено алатки, со цел да им олесни на организациите да го имплементираат ова упатство.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое се формираше по внимателно разгледување на доказите кои стојат на располагање. Од здравствените работници се очекува да го земат целосно во предвид при остварувањето на нивните клинички проценки и практики. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените работници при носењето соодветни одлуки, согласно со околностите на пациентот, во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот кои се информирани за особините на кои било лекови за кои се размислува да бидат применети.

Примената на овој прирачник е одговорност на локалните членови на комисијата и/или на давателите на услуги. Членовите на комисијата и давателите на услуги се потсетуваат дека е нивна одговорност за спроведување на препораките, во нивниот локален контекст, како дел од нивните должности за да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднаквост на можностите.

Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е несоодветен на усогласеноста со тие должности.

Авторски права

© Националниот институт за здравство и клиничка извонредност 2013. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватно истражување и за студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 7780