

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ТРЕТМАН НА ШИЗОФРЕНИЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман на шизофренија.

Член 2

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

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на шизофренија 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. 07-9037/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ШИЗОФРЕНИЈА

МЗД Упатство
26.02.2010

- Основи
- Општо
- Симптоми
- Етиологија
- Епидемиологија
- Дијагноза
- Третман
- Медикаментозен третман
- Здравствени нивоа на третман
- Прогноза
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВИ

- Најчестите психотични симптоми се делузиите и халуцинациите, најчесто слушните халуцинации.
- И продромалните и иницијалните симптоми на психозата треба рано да се идентифицираат. Првите знаци на појавување на шизофренијата може да вклучат социјална изолација и редуциран работен и функционален капацитет.
- Пациентот треба да добива терапија пред првата психотична епизода.
- Во принцип, третманот се спроведува во амбулантски услови. Медикаментозниот третман се комбинира со психосоцијалните терапии.
- Важно е во третманот да се вклучи семејството на пациентот и блиската социјална мрежа.

ОПШТО

- Шизофренијата обично почнува во раниот адултен период.
- Етиологијата на шизофренијата вклучува биолошки, психолошки и социјални фактори.
- Шизофренијата се манифестира на следниве начини: нарушување на менталното функционирање, психотични симптоми, социјална изолација, нарушен мисловен процес и емоционален живот, како и нарушен функционален капацитет.
- Растројствата на мисловниот процес вклучува мисловни блокови (прекин во текот на мислите), бизарни асоцијации и конкретно мислење.
- Емоционалните растројства често се манифестираат како рамен и ограничен афект или емоционалниот живот на пациентот може да биде инкохерентен и да покажува недостаток на конзистентност.

СИМПТОМИ

- Симптомите на шизофренијата се поделени во две групи: позитивни симптоми (халуцинации, делузии и инкохерентност во говорот и во однесувањето) и негативни симптоми (зарамнет афект, сиромаштво на говорот, губиток на волицијата и неспособност да се доживее задоволство).
- Најчестите психотични симптоми се делузиите и халуцинациите.

- Продромалните симптоми на психозата вклучуваат чувство на “нереално” опкружување или промена во доживувањето на себеси.
- Одбегнување на социјалните контакти и редуцираниот работен и функционален капацитет може да бидат првите знаци на појавување на шизофренија.
- Во акутната фаза, пациентот речиси секогаш има халуцинации, најчесто слушни халуцинации. Соматските халуцинации се исто така можни, на пример пациентот може да реферира дека има присутен некој компјутерски уред во мозокот. Исто така, можни се видни или густативни халуцинации.
- Визуелните халуцинации не се чести и може да сугерираат органска болест на мозокот.
- Најчестите делузии се персекуторните делузии, делузиите на однос и контрола. Пациентите може да чувствуваат дека тие се следени или дека пораки, поврзани со нив, се појавуваат во весниците или на радио или, пак, дека се контролирани, на пример, на телепатски начин. Интензивно параноидниот пациент може да стане опасен.
- Пациентите со шизофренија исто така често страдаат од депресија. Пациентот со шизофренија може да биде суицидален и во текот на акутната фаза и во текот на непосредната постпсихотична фаза на заздравување.
- Скоро без исклучок, шизофренијата е асоцирана со намалена способност за учење или работа, како и редуциран функционален капацитет и нарушување на когнитивните функции.

ЕТИОЛОГИЈА

- Стрес-дијатеза моделот може да се употреби за да се објасни развојот на шизофренијата. Според овој модел генетиката и/или рано стекнатото искуство придонесува за предиспозиција (дијатеза) кон болеста, а надворешните и внатрешните стрес фактори може да делуваат како тригер за болеста.
- Шизофренијата има силна генетска компонента, но само мала пропорција од пациентите со шизофренија имаат близок роднина со истата состојба. Нарушениот фетален развој, компликациите при породувањето и траумите во детството може да го зголемат ризикот за шизофренија.
- Пациентите со шизофренија може да имаат редуцирана способност да ги филтрираат надворешните и внатрешните импулси. Ова води кон намалена способност за толеранција на стрес, што води кон развој на симптоми при соочување со секојдневните животни проблеми.
- Развојните потреби кои се поврзани со адултниот период или со персоналните релации може да играат улога на стрес фактор кој ја тригерира болеста или, пак, болеста може да биде тригерирана од токсичен фактор, како што е злоупотребата на алкохол или на наркотици.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Годишната инциденца на шизофренијата е приближно 2 случаи на 1000 жители, преваленцата во популацијата е приближно 1%.
- Шизофренијата се развива порано кај мажите отколку кај жените и често води кон повлекување на пациентот, тој не стапува во брак, социјално се изолира и рано го завршува работниот живот.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се поставува од страна на психијатар со асистенција на мултидисциплинарен тим. Дијагностичката процедура се состои од клиничко интервју, семејно интервју, проценка на состојбата на детето, физикален преглед, невропсихолошка егзаминација, како и проценка на социјалното функционирање.

- Дијагнозата се базира на симптоми и присуство на знаци кои сугерираат ментално растројство во период од најмалку 1 месец, како и редуциран функционален капацитет.
- Пред почетокот на болеста пациентот често има чудни или нереални сензации, се чувствува анксиозен и депресивен и почнува да се повлекува од другите.
- Клиничкото интервју треба да се спроведе без брзање, со емпатија и интерес. Кон историјата на пациентот треба да се заземе неосудувачки приод.
- Физикалниот преглед и лабораториските истражувања се користат за да исклучат соматски болести кои може да се презентираат со психотични симптоми (на пр. невролошки и ендокринолошки проблеми) и психози, предизвикани од интоксикации со разни супстанции; симптоми на акутна психоза, индуцирана со наркотици, кои често наликуваат на оние кај шизофренијата. Треба да се земат во предвид и други алтернативни дијагнози, особено ако се егзаминира пациентот надвор од регуларното работно време.

ТРЕТМАН

- Третманот на шизофренијата треба да биде индивидуален за секој пациент и треба да се земат во предвид индивидуалните потреби. Третманот треба да му се објасни на пациентот, освен ако болеста придонесува за тоа разговорот да е невозможен.
- Третманот се базира на формулиран, индивидуализиран план, создаден од психијатар и од мултидисциплинарен тим по завршената егзаминација на пациентот. Планот за третман се формулира заедно со пациентот и со неговото семејство. Планот треба да се ревидира еднаш годишно.
- Целта на третманот и рехабилитацијата е да се повлечат или да се редуцираат симптомите, да се превенира рецидивирањето на психотичните епизоди или да се редуцира нивната фреквенција и интензитет, како и да се унапреди психосоцијалното функционирање на пациентот и неговиот квалитет на живот.
- Во принцип третманот се спроведува амбулантски и семејството и непосредната социјална мрежа на пациентот се вклучени колку што е можно повеќе.
- Фундаментална карактеристика на третманот и рехабилитацијата е долготрајноста, разбирањето и доверливата терапевтска релација.
- Антипсихотичниот медикаментозен третман има значителен ефект на симптомите на акутната психоза, рецидивот на психозата и морталитетот.
- Комбинирањето на психосоцијалните терапии со медикаментозниот третман ги редуцира симптомите, го унапредува психосоцијалното функционирање на пациентот и превенира нови епизоди на психоза и хоспитализација.

Принуден третман

- Хоспиталниот третман е индициран кај психотични пациенти, ако е потребно и без согласност на пациентот (во соодветни законски рамки), ако пациентот покажува автодеструктивно однесување или агресија, ако неговото однесување е силно водено од халуцинациите или делузиите или ако локалните амбулантски ресурси не се адекватни за менаџирање на егзаминацијата и третманот на пациентот.

МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН

Акутен третман

- Антипсихотичните медикаменти се ефикасни во редуцирањето на позитивните симптоми на шизофренијата. Тие делуваат помалку ефикасно на негативните и когнитивните симптоми. Силно изразената анксиозност може да се третира со бензодиазепини (ннд - **В**), а депресијата со антидепресиви.
- Препорачаната дневна доза за третман на првата епизода на психозата е еднаква на: хлорпромазин 100-300мг, перфеназин 8-24мг, рисперидон 2-4мг (ннд - **В**) или оланзапин 7,5-15мг (ннд - **В**).

- Препорачаната дневна доза за третман на рекурентна епизода на психозата е еднаква на: хлорпромазин 300-600мг, перфеназин 24-32мг, рisperидон 4-6мг или оланзапин 10-30мг.
- Кај акутна психоза со агитирано однесување, препорачаниот третман е zuclorentixol 50-100 мг интрамускулно (ннд - **D**), по можност комбиниран со лоразепам 2-4мг интрамускулно или оланзапин 10мг интрамускулно. Ако оралната медицина е опција, може да се земе во предвид комбинацијата на рisperидон 2мг и лоразепам 2мг.
- Кога се планира медикаментозниот третман, важно е да се има во предвид претходното искуство на пациентот со медикаментозниот третман, бидејќи подложноста на различни несакани ефекти варира од пациент до пациент.
- Најниската ефективна дневна доза треба да се постигне со постепено титрирање на дозата, со што ќе се избегне појавата на несакани ефекти индуцирани од лекот и ќе се подобри кооперативноста.

Долготрајна терапија

- При долготрајниот третман обично дозите на медикаментите кои се користат се значително пониски од оние употребени при акутните состојби. Дневната доза при долготрајниот третман на шизофренијата треба да е: хлорпромазин 150-400мг (ннд - **A**), перфеназин 8-24мг (ннд - **B**), рisperидон 2-5мг (ннд - **B**) или оланзапин 10-20мг.
- Клозапинот е супериорен во однос на другите антипсихотици во менаџментот на шизофренијата, резистентна на третман и токму затоа е лек од избор кај медикаментозно рефрактерната шизофренија. Исто така, клозапинот поефикасно го редуцира и морталитетот во однос на другите антипсихотици.
- По периодот на психоза, дозата на медикаментот треба постепено да се намалува под непосредна супервизија. Кога ќе се постигне дозата на одржување, третманот може да продолжи во таблетарна или депо форма.
- Депо инјекциите може да се корисни, особено ако увидот на пациентот за неговата состојба е намален.
- Ако се користат депо инјекции, се препорачува поединечните дози да се пониски од вообичаено, на пр. перфеназин деканоат 54-108мг (ннд - **B**) секои 2-4 недели (ннд - **B**) или рisperидон 25-50 мг секои 2 недели (ннд - **C**).
- Профилактичниот антипсихотичен третман против релапси треба да продолжи 2 до 5 години, дури и откако е постигнат соодветен терапевтски одговор (ннд - **A**) зависно од интензитетот на симптомите и сензитивноста на пациентот на надворешните животни настани. Кај многу пациенти потребен е континуиран медикаментозен третман.
- Прекинувањето на медикаментозниот третман мора да биде постепено и пациентот мора да биде непосредно мониториран за да се увидат раните симптоми или нарушувања во однесувањето кои се предиктори на психозата (ннд - **B**). Ако се појави некој таков знак или симптом, тогаш дозата на медикаментот треба да се зголеми до претходното ефективно ниво.

Адјувантни медикаменти

- Бензодиазепините се користат за третман на анксиозен пациент. Како дополние на антипсихотичните медикаменти, на пациентот може да се ординира, на пример, дијазепам 10-30 мг дневно. Бензодиазепините треба да се прекинат кога ќе се смири акутната анксиозност.
- Депресијата кај пациентите со шизофренија се лекува со додавање на антидепресив во медикаментозниот режим (ннд - **B**). Во тие случаи повеќе се препорачуваат селективните инхибитори на повторното преземање на серотонинот отколку трицикличните антидепресиви.
- Ако состојбата има карактеристики на шизоафективно растројство, во терапијата може да се додадат психостабилизатори, на пример литиум (ннд - **B**) или валпроат (ннд - **C**).

Несакани ефекти од медикаментите

- Акутните невролошки несакани дејства, предизвикани од антипсихотиците, треба да се лекуваат со антихолинергици (на пр. 2-6мг бипериден), при што антипсихотикот или неговата доза треба да се променат за да се отстранат несаканите дејства и антипаркинсоникот да не е повеќе потребен.
- Долготрајната употреба на антипсихотици е асоцирана со несакани дејства кои може да афектираат неколку различни органски системи.
- Употребата на сите антипсихотици, особено на оние од првата генерација, може да биде асоцирана со паркинсонизам и екстрапирамидни симптоми, како што се ригор, дистонија и акатизија. Особено внимание треба да се обрне на неволните мускулни движења на устата, јазикот, очите и вратот. Ако се појават овие несакани дејства, пациентот треба да се упати на соодветен специјалист.
- Антипсихотиците од втората генерација особено се асоцирани со метаболни несакани дејства, како што се оние при високите дози на конвенционалните невролептици. Овие ефекти вклучуваат зголемување на телесната маса, зголемување на нивото на гликоза во крвта, резистенција на инсулин, дијабет тип-2 (ннд - **C**) и покачување на нивото на масти во крвта. Може да се забележат некои разлики меѓу антипсихотиците од втората генерација во поглед на овие несакани дејства. Употребата на клозапин и оланзапин (ннд - **C**) е значително асоцирана со метаболни несакани ефекти, употребата на сертиндол, рисперидон и кветиапин е умерено асоцирана со овие несакани дејства, додека употребата на зипрасидон и арипипразол (ннд - **C**) не е значајно асоцирана со овие несакани ефекти, базирано на податоци од ограничени истражувачки студии во овој правец. Од конвенционалните антипсихотици перфеназинот не е асоциран со значајно зголемување на телесната маса, ниту, пак, со зголемен ризик за коронарна срцева болест.
- Со цел да се превенира развојот на метаболни несакани дејства и тие рано да се дијагностицираат, се препорачува да се мониторира физичката состојба на пациентот, како што е индексот на телесна маса, обемот на половината, крвниот притисок, како и нивоата на гликоза и масти во крвта.
- Сите антипсихотици (особено сертиндолот (ннд - **B**) и зипрасидонот) може да го зголемат QT интервалот.
- Употребата на сите антипсихотици е асоцирана со ризик од невролептичен малиген синдром.

Семејство

- Семејството и блиската социјална мрежа на пациентот со акутна психоза треба да бидат вклучени во третманот што е можно порано. Соодветна поддршка и нега треба да биде обезбедена за децата во семејството. Семејните интервенции може да го унапредат придржувањето кон третманот, да ја забрзаат рехабилитацијата и да им помогнат на блиските роднини да се справат со нивната сопствена криза (ннд - **C**).
- Со психоедукативен пристап треба да се едуцираат роднините и да се зголеми нивното знаење за шизофренијата и за нејзиниот третман, како и да се редуцира нивниот понекогаш критички и наметлив приод кон пациентот.

Психотерапија

- Доверлива долготрајна терапевтска релација, која е психодинамски заснована, ќе делува како значителна психотерапевтска поддршка во третманот на шизофренијата.
- Когнитивно-бихејвиоралната терапија (ннд-**C**) може да се користи за да се редуцираат шизофрениите симптоми и да го унапредат функционалниот капацитет на пациентот. Затоа таа е препорачана форма на индивидуална терапија за пациенти со шизофренија со психотични симптоми.
- Психоедукацијата ги редуцира симптомите на шизофренијата, го унапредува редовното земање на терапијата, како и социјалното функционирање на пациентите и благосостојбата на нивните семејства и ја редуцира рекурентноста на психотичните епизоди.

- Кога психоедукацијата се комбинира со другите форми на третман, како и со мониторирање на пациентите за навремено откривање на продромалните симптоми, таа ги редуцира релапсите и стапката на повторни хоспитални лекувања (ннд - **B**).

Рехабилитација

- Тренингот на социјалните капацитети ги унапредува социјалните можности и социјалното функционирање кај пациентите со шизофренија.
- Поддржаното вработување може да ги унапреди можностите и снаоѓањето на пациентот на работниот пазар.

Здравствени нивоа на третман

- Распоредувањето на задачите меѓу примарната здравствена заштита и специјалистичкиот третман зависи од локалните политики и можности.
- Пациентите кои манифестираат прва шизофрени епизода мора да се упатат на специјалистички третман.
- Пациентите кај кои потешко се контролира шизофренијата, имаат потреба од специјалистички третман. Третманот на пациентите со добро контролирана шизофренија може да биде менаџиран од доктор во примарната здравствена заштита, кој по потреба треба да се консултира со специјалистот - психијатар.
- Терапијата со клозапин се започнува во специјалистичка установа. Контролните прегледи и неопходниот мониторинг на неутрофилите во крвта може да се спроведуваат во примарната здравствена заштита.

ПРОГНОЗА

- Шизофренијата е сериозно и хронично растројство, но прогнозата не е секогаш сиромашна. Текот на болеста често е променлив. Пациентот може да има повторувани психотични епизоди, но може да е скоро и без симптоми во периодот помеѓу нив.
- Морталитетот кај пациентите со шизофренија е 2-3 пати поголем од општата популација, но тој може да се редуцира приближно за 20% со антипсихотичните медикаменти.
- Повисокиот морталитет од нормалниот е најевидентен кај помладите возрасни групи. Ова се должи најмногу на суицидите кои се 20 пати повеќе превалентни отколку во општата популација. Исто така, морталитетот поради кардиоваскуларни, метаболни и респираторни болести е повисок кај пациентите со шизофренија отколку кај општата популација.
- Повеќе од половината пациенти со шизофренија умерено заздравуваат и само една десетина останува во состојба за која е потребна помош при секојдневните активности.
- Сепак, потребата за третман останува висока.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

Фармаколошки третман

- Рисперидонот може да биде нешто поефективен отколку quetiapine-от и ziprasidone-от, но нешто помалку ефективен од клозапинот и оланзапинот кај шизофренијата. Рисперидонот може почесто да предизвика растројства во движењето и поголемо покачување на пролактинот во споредба со повеќето други атипични антипсихотици од втората генерација (ннд-**C**).
- Trifluoperazine има антипсихотичен ефект, сличен на другите често употребувани невротептици за лицата со шизофренија. Екстрапирамидните несакани ефекти може да бидат почести отколку со постарата генерација на антипсихотици со низок потенцијал (ннд-**A**).

- Не постои доказ за упатство за избор на антипсихотици кај постарите пациенти со шизофренија (ннд-**D**).
- Глутаматергичните лекови глицин и D-серин може да имаат ограничен ефект на негативните симптоми на шизофренија кога се додадени на регуларната антипсихотична медикаментозна терапија (ннд-**C**).
- Халоперидолот во ниски дози (3-7.5 мг/дневно), изгледа, има слична ефикасност како и повисоките дози со ниска стапка на несакани ефекти (ннд-**B**).
- Халоперидолот е потентен антипсихотик, но со висок потенцијал за предизвикување на несакани ефекти (ннд-**B**).
- Амисулпиридот е ефективен атипичен антипсихотик за шизофренијата (ннд-**A**).
- Lamotrigine, изгледа, има ограничен позитивен ефект на симптомите на шизофренија, но доказите се недоволни (ннд-**C**).
- Оралниот антипсихотик со долготрајно дејство penfluridol, изгледа, има слични ефекти и несакани дејства во споредба со другите орални типични антипсихотици (орални и депо) (ннд-**B**).
- Веројатно не постои разлика меѓу prazine и другите антипсихотици (ннд-**C**).
- Оралниот zuclopentixol може да има некоја клиничка предност над другите постари антипсихотици, најмалку во краток период и останува да биде избор ако постарата генерација на медикаменти се индицирани (ннд-**C**).
- Haloperidol decanoate може да има значаен ефект во редуцирањето на симптомите и во подобрување на однесувањето, асоцирани со шизофренијата, во споредба со плацебо, но податоците се извонредно ретки. Flupentixol decanoate е ефикасен како и другите депо невролетици (ннд-**B**).
- Рисперидонот и оланзапинот, веројатно, имаат сличен ефект во третманот на шизофренијата. Двата медикаменти често предизвикуваат несакани ефекти (ннд-**A**).
- Адјувантен естроген без или со прогестерон, веројатно, не нуди предност над плацебо во третманот на шизофренија (ннд-**B**).
- Не постои доказ за ефектот на адјувантниот дехидроепиандростерон (DHEA) во третманот на шизофренијата (ннд-**D**).
- Carbamazepine може да не е корисен во третманот или аугментацијата на антипсихотичниот третман кај шизофренија (ннд-**C**).
- Pimozide е исто така ефикасен како и другите често употребувани типични антипсихотици. Во споредба со нив, веројатно предизвикува помалку поспаност, но повеќе тремор (ннд-**A**).
- Во третманот на шизофренија loxapine, изгледа, има многу слични ефекти на типичните и атипичните лекови и неговата интрамускулна форма може да биде исто така акутно седативна како интрамускулниот халоперидол или thiothixene (ннд-**B**).
- Постојат недоволни докази за ефектот на атипичните антипсихотици за лица со шизофренија и со депресија (ннд-**D**).
- Халоперидолот и chlogromazine може да бидат слично ефикасни во третманот на шизофренијата, но халоперидолот, изгледа, е асоциран со повеќе екстрапирамидни несакани ефекти, додека хипотензијата, веројатно, се јавува почесто кога се употребува chlogromazine (ннд-**C**).
- Во третманот на шизофренијата оралниот paliperidone во дози поголеми од 3 мг/дневно може да биде споредлив во ефикасноста со оралниот оланзапин 10 мг/дневно во краткотрајните студии (ннд-**C**).
- Sulpiride изгледа не е ефикасен кај пациенти со шизофренија, но доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Кај шизофренијата amisulpiride, изгледа, е исто толку ефикасен како и оланзапин и рисперидон, но повеќе ефикасен од ziprasidone, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Во третманот на шизофренија quetiapine, веројатно, не се разликува од типичните антипсихотици. Quetiapine може да биде малку помалку ефикасен од оланзапинот и рисперидонот. Quetiapine може да индуцира помалку растројства во движењето отколку типичните и испитуваните атипични антипсихотици (ннд-**C**).

- Vupropion може да ги зголеми стапките на апстиненција од пушење кај пушачите со шизофренија без да ја доведе во криза нивната ментална состојба (ннд-С).
- Zotepine, веројатно, е исто толку ефикасен како и рисперидонот и remoxipride, но помалку ефикасен од клозапинот кај шизофренијата, иако доказите се недоволни (ннд-Д).
- Кај шизофренијата levomepromazine, веројатно, е исто толку ефикасен како и chlorpromazine, додека предизвикува помалку екстрапирамидни несакани ефекти отколку халоперидолот и chlorpromazine, иако доказите се недоволни (ннд-Д).
- Префрлањето на антипсихотичната медикација од оланзапин на aripiprazole или quetiapine кај пациенти со зголемена телесна тежина или метаболни несакани ефекти може да резултира со намалување на телесната тежина и со подобрување на гликозниот и на липидниот метаболизам (ннд-С).
- Ацетилхолинестеразните инхибитори во комбинација со антипсихотиците може да бидат ефикасни на неколку домени од менталниот статус и когницијата кај пациентите со шизофренија, иако доказите се недоволни (ннд-Д).
- Paliperidone palmitate, веројатно, е поефикасен отколку плацебо и грубо е еквивалентен на депо инејкцијата на рисперидон во краткотрајни студии кај шизофренија (ннд-В).
- Sildenafil, веројатно, може да биде корисна опција за антипсихотично индуцираната сексуална дисфункција кај мажите со шизофренија, иако доказите се недоволни (ннд-Д).

Нефармаколошки третмани

- Грижата за лицата во акутните дневни болници може да доведе до значително намалување на бројот на лица кои имаат потреба од болничка нега, додека се подобрува состојбата на пациентот (ннд -В).
- Елетроконвулзивната терапија, веројатно, доведува до глобално подобрување кај лицата со шизофренија, барем во краток термин. ЕКТ, комбинирана со антипсихотични медикаменти, веројатно е супериорна во однос на антипсихотиците самостојни (ннд-В).
- Третманот за криза во домот заедно со домашната нега, веројатно, е ефективна и прифатлива за пациентите и за семејството (ннд-С).
- Не постојат докази од контролираните студии за ефектите на дневните центри кај тешките ментални растројства (ннд-Д).
- Постои недоволен доказ за можните бенефити од хипнозата кај лицата со шизофренија. Таквата терапија, веројатно, е прифатлива за пациентите (ннд-Д).
- Кооперативната терапија може да нема ефект на кооперативноста, односот кон третманот или менталниот статус кај лицата со шизофренија (ннд-С).
- Музикотерапијата како дополние на стандардната нега, веројатно, им помага на лицата со шизофренија да го подобрат нивниот глобален статус и исто така може да го подобри менталниот статус и функционирањето ако се обезбедени доволен број на сесии на музикотерапија (ннд-С).
- Доказите се недоволни за да се детерминира ефикасноста на акупунктурата во третманот на шизофренијата (ннд-Д).
- Програмите за животните вештини може да не бидат поефикасни отколку стандардната нега или групите за поддршка за лицата со хронични ментални растројства (ннд-С).
- Не постои доказ за ефектите од арт терапијата како дополнителен третман кај шизофренијата (ннд-Д).
- Постојат недоволни докази од рандомизираните контролирани студии за ефикасноста од вештините за решавање на проблем кај шизофренијата (ннд-Д).
- Супортивната терапија може да не е поефикасна отколку другите форми на психолошки интервенции во третманот на шизофренијата. За некои исходи, вклучувајќи ја хоспитализацијата, генералниот ментален статус и афективните симптоми, другите терапии може да нудат предности во однос на супортивната терапија (ннд-С).
- Психодинамската терапија, веројатно, нема позитивен ефект кај шизофренијата, иако доказите се недоволни (ннд-Д).
- Интензивниот третман на случај, веројатно, ја редуцира хоспитализацијата, го зголемува задржувањето на негата и го подобрува социјалното функционирање кај тешките ментални

растројства во споредба со стандардната нега, иако неговиот ефект на менталниот статус и на квалитетот на живот останува нејасен. Како и да е, неговиот бенефит на помалку формален приод на интензивен третман на случај веројатно не е јасен (ннд-**B**).

- Кај сериозните ментални растројства советите на здравствените служби за физикално здравје, веројатно, може да го зголемат квалитетот на живот поврзан со здравјето кај менталните, но не и кај физичките компоненти, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Вежбањето како дополнителна терапија, веројатно, има некој ефект во намалувањето на симптомите на шизофренија (ннд-**D**).

Други докази

- И конвенционалните и новите антипсихотици, веројатно, се асоцирани со зголемување на телесната тежина, која веројатно е 3-4 пати поголема кај пациентите со прва психотична епизода во споредба со пациентите со хронично психотично растројство (ннд-**B**).
- Втората генерација на антипсихотици, веројатно, е поефективна отколку првата генерација во лекувањето на пациентите со шизофренија. Тие, веројатно, исто така имаат и неколку екстрапирамидни несакани ефекти, но вклучуваат зголемување на телесната тежина (ннд-**B**).

Литература

- Byrne P. Managing the acute psychotic episode. *BMJ* 2007 Mar 31; 334(7595):686-92. PubMed
- van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009 Aug 22; 374(9690):635-45. PubMed

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00318 (035.011)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007 Jan; 64(1):19-28. PubMed
2. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007 Jun; 21(4):357-73. PubMed
3. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. *Schizophr Res* 2008 Oct; 105(1-3):175-87. PubMed
4. Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatr Rehab J* 1998; 22:11-23.
5. Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005 Oct; 31(4):931-41. PubMed
6. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22; 374(9690):620-7. PubMed

Автори:

Jussi Hirvonen and Raimo K.R. Salokangas

Претходни автори:

Leea Muhonen

Article ID: ebm00722 (035.011)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 26.02.2010, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во февруари 2015 година.**