Ειδικό άρθρο Special article

Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας: Φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις (III)

Μ. Χατζούλης,¹ Μ. Μαργαρίτη,² Μ. Λαζαρίδου,³ Γ.Φ. Αγγελίδης,⁴
Β. Φωτόπουλος,⁵ Λ. Μαρκάκη,⁶ Φ. Κουλούρη⁷

¹Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ³Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας,

⁴Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, ⁵Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο»,

⁶Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

⁷Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2018, 29:303–315

Το 2014 συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας Ομάδα Εργασίας με σκοπό τη διαμόρφωση Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη διαχείριση της Σχιζοφρένειας. Για τη διαμόρφωση των κλινικών οδηγιών, χρησιμοποιήθηκε ως κύριος οδηγός, ο οδηγός για τις βασικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας στους ενήλικους, του National Institute of Clinical Excellence (NICE 2010, 2014), όπως επίσης οι κλινικές οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) (American Psychiatric Association 2004), οι κλινικές οδηγίες του Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005), καθώς και άλλες εμπεριστατωμένες πηγές. Ακολουθώντας, η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ), με τη σύσταση Επιτροπής Εμπειρογνομώνων, την Άνοιξη του 2016, συνέβαλε με τις παρατηρήσεις της στο εγχείρημα αυτό. Οι κλινικές οδηγίες για τις φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνουν οδηγίες για την έναρξη και την παρακολούθηση της φαρμακευτικής θεραπείας, τη θεραπεία του πρώτου επεισοδίου ψύχωσης αλλά και της οξείας φάσης της σχιζοφρένειας και της φάσης συντήρησης. Επίσης περιλαμβάνουν ειδικά θέματα στη φαρμακευτική διαχείριση της σχιζοφρένειας όπως η διαχείριση της ανθεκτικής νόσου και της διπλής διάγνωσης,

και η ταχεία καταστολή. Οι κλινικές οδηγίες για τις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν γενικές οδηγίες που αφορούν σε όλες τις κατηγορίες των παρεμβάσεων αλλά και σε συγκεκριμένες προτάσεις για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις που προτείνονται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συμπερασματικές, συνοπτικές προτάσεις για τη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας και τις ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, με ενσωματωμένες τις παρατηρήσεις της ΕΨΕ.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικές οδηγίες, σχιζοφρένεια, φαρμακευτική θεραπεία, ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Εισαγωγή

Το 2014 συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας ομάδα εργασίας με σκοπό τη διαμόρφωση Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη διαχείριση της Σχιζοφρένειας,¹ Η δημοσίευση που ακολουθεί, αφορά στο τρίτο τμήμα των προσαρμοσμένων κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια που εκπόνησε η ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας το 2015² και αποτελεί τον συγκεντρωτικό και συνοπτικό οδηγό των προτάσεων για τις φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Ως βασικό κείμενο αναφοράς για τη διαμόρφωση των οδηγιών χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες του National Institute of Clinical Excellence (NICE).^{3,4} Χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και άλλες κατευθυντήριες οδηγίες αναγνωρισμένης εγκυρότητας όπως αυτές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association 2004),⁵ της PORT (Patient Outcomes Research Team),^{6,7} της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας των Εταιρειών Βιολογικής Ψυχιατρικής (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP)^{8,9} καθώς και οι οδηγίες του NICE για την αντιμετώπιση της βίας¹⁰ και των ασθενών με διπλή διάγνωση,¹¹ οι οδηγίες του NICE για την ηλεκτροσπασμοθεραπεία,¹² τα θεραπευτικά πρωτόκολλα του ΕΟΦ¹³ και οι Οδηγίες Συνταγογράφησης του Maudsley (Maudsley Prescribing Guidelines).¹⁴ Επιπρόσθετα, η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) με τη σύσταση Επιτροπής Εμπειρογνομόνων το 2016, συνέβαλε με τις επισημάνσεις της στην προσπάθεια αυτή.

Στο κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζονται στο: α) μέρος οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις και β) οι ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Στην παρούσα δημοσίευση έχουν προστεθεί

οι επισημάνσεις της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων της ΕΨΕ.¹

Α. Η φαρμακευτική θεραπεία στη σχιζοφρένεια

1. Αρχές χορήγησης της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής

1.1. Έναρξη της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής.

1.1.1. Συνιστάται η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού.

1.1.2. Διενεργήστε και καταγράψτε τις παρακάτω εξετάσεις αναφοράς: βάρος, περίμετρος μέσης, σφύξεις, αρτηριακή πίεση, δείκτης μάζας σώματος, γλυκόζη αίματος νηστείας, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}), λιπιδαιμικό προφίλ, επίπεδα προλακτίνης, ουρία/κρεατινίνη και ηλεκτρολύτες, γ. αίματος, ηπατικά ένζυμα.

1.1.3. Αξιολογήστε τυχόν κινητικές διαταραχές, τη διατροφική κατάσταση, τη διατροφή και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας.

1.1.4. Αν ο έλεγχος των σωματικών παραμέτρων αναδείξει κάποιον καρδιαγγειακό κίνδυνο (π.χ. αρτηριακή υπέρταση), αν υπάρχει ιστορικό καρδιολογικής νόσου, σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, ή αν συνιστάται από τον οδηγό του ΕΟΦ ή το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου για το συγκεκριμένο αντιψυχωσικό, πριν από την έναρξη της θεραπείας με αντιψυχωσικά συνιστάται η διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ).

1.2. Δοσολογία του αντιψυχωσικού φαρμάκου.

1.2.1. Συνιστάται, όταν αυτό είναι δυνατόν και με βάση την κλινική εικόνα του ασθενούς, η δόση έναρξης του αντιψυχωσικού φαρμάκου να

είναι στα κατώτερα όρια του δοσολογικού εύρους, όπως αυτό καθορίζεται από το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ.

1.2.2. Η χορήγηση δόσεων εκτός του εύρους αυτού πρέπει να αποφεύγεται σε συστηματική βάση και, όταν λαμβάνει χώρα, να γίνεται καταγραφή της αιτιολόγησης της απόφασης αυτής.

1.2.3. Η χορήγηση δόσεων εκτός του εύρους αυτού πρέπει να εξετάζεται μόνο στις περιπτώσεις ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας και μόνο όταν η θεραπεία με κλοζαπίνη έχει αποτύχει ή δεν μπορεί να εφαρμοσθεί λόγω σοβαρών παρενεργειών, δηλαδή ακοκιοκυτταραιμίας, και έχουν εξαντληθεί άλλες στρατηγικές ενίσχυσης με φαρμακευτικά σκευάσματα άλλων τάξεων.

1.2.4. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι απαραίτητη η συνεχιζόμενη παρακολούθηση, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά και επανεξέταση της ανάγκης για τη δοσολογία εκτός του εύρους που καθορίζεται από το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ.

1.2.5. Πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση δόσεων φόρτισης αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής.

1.3. Συνδυασμός φαρμάκων.

1.3.1. Γενικά συνιστάται η μονοθεραπεία. Αποφύγετε τον συνδυασμό αντιψυχωσικών σκευασμάτων κατά την έναρξη της θεραπείας σε τακτική βάση, εκτός από βραχεία χρονικά διαστήματα (για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της τροποποίησης της φαρμακευτικής αγωγής ή σε περιπτώσεις προσθήκης αντιψυχωσικού από του στόματος σε ήδη χορηγούμενη θεραπεία παρατεταμένης αποδέσμευσης, προκειμένου να σταθεροποιηθούν τα συμπτώματα).

1.3.2. Για την ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια που δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση κλοζαπίνης, η προσθήκη ενός δεύτερου αντιψυχωσικού μπορεί να αποτελεί μια θεραπευτική επιλογή, λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο επιπρόσθετων παρενεργειών.

1.3.3. Τα αντιψυχωσικά μπορούν να ενισχυθούν με φαρμακευτικά σκευάσματα άλλων τάξεων, όπως τα αντιεπιληπτικά και οι σταθεροποιη-

τές της διάθεσης –όπως το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό νάτριο και η λαμοτριγίνη, τα αντιχολινεργικά, τα αντικαταθλιπτικά και οι βενζοδιαζεπίνες για διαφόρους λόγους, και τέτοιες στρατηγικές ενίσχυσης είναι συνήθεις στην κλινική πράξη:

- Σε περιπτώσεις μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη μονοθεραπεία
- Για τον έλεγχο τυχόν συμπεριφορικών εκδηλώσεων
- Για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιψυχωσικών
- Για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης συννοσηρότητας ή δευτεροπαθών ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως η κατάθλιψη και το άγχος.

1.4. Πορεία χορήγησης αντιψυχωσικής αγωγής.

1.4.1. Η χορήγηση αντιψυχωσικής αγωγής θα πρέπει να είναι μια σαφής, εξατομικευμένη θεραπευτική διαδικασία. Συμπεριλάβετε σε αυτήν τα ακόλουθα:

1.4.1.1. Συζητήστε (όταν είναι δυνατόν) και καταγράψτε τις παρενέργειες τις οποίες ο ασθενής είναι περισσότερο πρόθυμος να ανεχθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

1.4.1.2. Καταγράψτε τις ενδείξεις, τα προσδοκώμενα οφέλη και τους αντίστοιχους κινδύνους της χορηγούμενης αγωγής, καθώς και το χρονικό διάστημα εντός του οποίου αναμένεται τροποποίηση της συμπτωματολογίας και εκδήλωση ανεπιθύμητων ενεργειών.

1.4.1.3. Καταγράψτε το σκεπτικό της συνέχισης, της τροποποίησης ή της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τις επιπτώσεις τέτοιων αλλαγών.

1.4.1.4. Χορηγείτε το φαρμακευτικό σκεύασμα σε βέλτιστη δόση για χρονικό διάστημα 4–6 εβδομάδων.

1.4.1.5. Παρακολουθείτε και καταγράφετε τα παρακάτω τακτικά και συστηματικά καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά ιδιαίτερα κατά την τιτλοποίηση του φαρμάκου:

- Την ανταπόκριση στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των μεταβολών στα συμπτώματα και τη συμπεριφορά
- Τις παρενέργειες της θεραπείας, καθώς και τις επιπτώσεις τους στη λειτουργικότητα

- Την εμφάνιση κινητικών διαταραχών
 - Το βάρος, εβδομαδιαίως για τις πρώτες 6 εβδομάδες, μετά στις 12 εβδομάδες, στον 1 χρόνο και εφεξής ετησίως
 - Την περίμετρο μέσης ετησίως
 - Τις σφύξεις και την αρτηριακή πίεση στις 12 εβδομάδες, στον 1 χρόνο και εφεξής ετησίως
 - Τη γλυκόζη αίματος νηστείας, την HbA_{1c} και τα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα στις 12 εβδομάδες, στον 1 χρόνο και εφεξής ετησίως
 - Τη συμμόρφωση
 - Τη συνολική σωματική υγεία.
- 1.4.2. Συζητήστε με τον ασθενή για μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα που πιθανόν επιθυμεί να λάβει (συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων διατροφής), καθώς και με τον φροντιστή, αν αυτό ενδείκνυται. Συζητήστε για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων αυτών, καθώς και για τις ενδεχόμενες αλληλεπιδράσεις τους με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις ψυχολογικές παρεμβάσεις.
- 1.4.3. Συζητήστε για τη χρήση αλκοόλ, καπνού και παράνομων ουσιών με τον ασθενή και τον φροντιστή, αν αυτό ενδείκνυται. Συζητήστε για την ασφάλεια των σκευασμάτων αυτών, καθώς και για τις ενδεχόμενες αλληλεπιδράσεις τους με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις ψυχολογικές παρεμβάσεις.
- 1.4.4. Συζητήστε για τη λήψη άλλων συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τον ασθενή και τον φροντιστή, αν αυτό ενδείκνυται.
- 1.4.5. Η συνταγογράφηση με την ένδειξη «όσο χρειάζεται/p.r.n» αντιψυχωσικών σκευασμάτων θα πρέπει να καθορίζεται σύμφωνα με όσα περιγράφονται στην Πρόταση 1.4.1. Ανασκοπήστε τις ενδείξεις, τη συχνότητα χορήγησης, τα θεραπευτικά οφέλη και τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε εβδομαδιαία βάση ή όποτε θεωρείται απαραίτητο. Ελέγξτε αν η συνταγογράφηση με την ένδειξη «όσο χρειάζεται/p.r.n» έχει οδηγήσει στη χορήγηση δόσεων που υπερβαίνουν το δοσολογικό εύρος, όπως αυτό καθορίζεται από το Εθνικό Συνταγολόγιο ή το Φυλλάδιο Οδηγιών.
- 1.4.6. Αν συνταγογραφείτε χλωροπρομαζίνη, ενημερώστε για το ενδεχόμενο πρόκλησης δερματικής φωτοευαισθησίας. Συστήστε τη χρήση αντηλιακής προστασίας, αν αυτό είναι απαραίτητο.
2. *Πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο*
- 2.1. Για ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, χορηγείτε από του στόματος αγωγή με αντιψυχωσικό.
- 2.2. Η εκλογή του φαρμάκου γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών του κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος. Παρέχετε πληροφορίες και συζητήστε τα ενδεχόμενα οφέλη και τις πιθανές παρενέργειες κάθε φαρμάκου, μεταξύ των οποίων: μεταβολικές (συμπεριλαμβανομένων της αύξησης βάρους και του διαβήτη), εξωπυραμидικές (συμπεριλαμβανομένων της ακαθισίας, της δυσκινησίας και της δυστονίας), καρδιαγγειακές (συμπεριλαμβανομένης της παράτασης του διαστήματος QT), ορμονικές (συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων επιπέδων προλακτίνης στο πλάσμα), άλλες (συμπεριλαμβανομένων των δυσάρεστων υποκειμενικών εμπειριών) (βλ. 1).
- 2.3. Ειδικά για τους ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, λόγω του χαμηλότερου ρίσκου πρόκλησης εξωπυραμидικών ανεπιθύμητων ενεργειών, η χρήση αντιψυχωσικού δεύτερης γενιάς είναι προτιμητέα.
- 2.4. Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό αναφορικά με την ύπαρξη εναισθησίας εκ μέρους του ασθενούς ή όχι, η εκλογή του φαρμάκου από τον θεράποντα ιατρό προτείνεται να γίνει συνεργατικά, όσο αυτό είναι δυνατόν, και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του φροντιστή με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.
- 2.5. Η δόση του αντιψυχωσικού φαρμάκου στη θεραπεία του πρώτου επεισοδίου συνιστάται να είναι στα κατώτερα όρια του δοσολογικού εύρους, όπως αυτά καθορίζονται από το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ, αφού υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς

αυτοί ενδέχεται να ανταποκριθούν σε τέτοιες δόσεις.

- 2.6. Η διάρκεια της θεραπείας του πρώτου επεισοδίου συνιστάται να συνεχίζεται για 12–24 μήνες μετά την ύφεση του επεισοδίου.ⁱ

3. Οξεία φάση και πρώιμη περίοδος μετά την οξεία φάση

- 3.1. Για του ασθενείς με οξεία επιδείνωση ή υποτροπή σχιζοφρένειας, δώστε από του στόματος αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή ή επανεξετάστε την υφιστάμενη αγωγή. Η επιλογή του φαρμάκου θα πρέπει να καθοριστεί από τα ίδια κριτήρια που συνιστώνται για την αρχική αγωγή (βλ. 1 και 2.2). Λάβετε υπόψη σας την κλινική ανταπόκριση και τις παρενέργειες της τρέχουσας και της προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς.
- 3.2. Για την πρώιμη περίοδο μετά την οξεία φάση, προτείνονται τα ακόλουθα:
- 3.2.1. Ενημερώστε τον ασθενή ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος υποτροπής, αν διακόψει τη φαρμακευτική του αγωγή μέσα στα επόμενα 1–2 χρόνια.
- 3.2.2. Αν διακόψετε την αντιψυχωσική αγωγή, πραγματοποιήστε το σταδιακά και παρακολουθώντας τακτικά για σημεία και συμπτώματα υποτροπής.
- 3.2.3. Μετά τη διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής, συνεχίστε την παρακολούθηση για συμπτώματα και σημεία υποτροπής για τουλάχιστον 2 έτη.

4. Φάση συντήρησης και πρόληψη των υποτροπών

- 4.1. Η επιλογή του φαρμάκου θα πρέπει να καθορίζεται από τα ίδια κριτήρια που συνιστώνται για την αρχική θεραπεία (βλ. 1 και 2.2).
- 4.2. Μη χρησιμοποιείτε στοχευμένες στρατηγικές συντήρησης με διακοπτόμενες δόσειςⁱⁱ σε τακτική βάση. Παρόλ' αυτά, σκεφτείτε τις στρατηγικές αυτές για ασθενείς που δεν είναι

διατεθειμένοι να δεχτούν κάποιο συνεχές θεραπευτικό σχήμα συντήρησης ή αν υπάρχει κάποια άλλη αντένδειξη στη θεραπεία συντήρησης, όπως είναι η υπερευαισθησία σε παρενέργειες.

- 4.3. Σκεφτείτε τη χορήγηση ενέσιμων αντιψυχωσικών φαρμακευτικών σκευασμάτων παρατεταμένης αποδέσμευσης/μακράς δράσης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.ⁱⁱⁱ

- Που θα προτιμήσουν μια τέτοια αγωγή μετά από ένα οξύ επεισόδιο
- Στις περιπτώσεις που η κλινική προτεραιότητα εντός του πλάνου θεραπείας είναι η αποφυγή της συγκεκριμένης μη συμμόρφωσης στην αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή.

- 4.4. Κατά την έναρξη χορήγησης ενέσιμης αντιψυχωσικής αγωγής παρατεταμένης αποδέσμευσης:

- 4.4.1. Λάβετε υπόψη τις προτιμήσεις και στάσεις του ασθενούς αναφορικά με τον τρόπο χορήγησης (τακτική ενδομυϊκή ενέσιμη αγωγή) και τις οργανωτικές διαδικασίες (για παράδειγμα, κατ' οίκον επισκέψεις και τοποθεσία κλινικών).
- 4.4.2. Λάβετε υπόψη τα κριτήρια που ισχύουν για τη χορήγηση της από του στόματος αντιψυχωσικής αγωγής (βλ. 1 και 2.2), ιδιαίτερα σε σχέση με τους κινδύνους και τα οφέλη της φαρμακευτικής αγωγής.
- 4.4.3. Χορηγείτε αρχικά μια μικρή, δοκιμαστική δόση, όπως καθορίζεται στο Εθνικό Συνταγολόγιο ή στο Φυλλάδιο Οδηγιών του κατασκευαστή.

5. Παρεμβάσεις για ασθενείς με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν ανεπαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία και θεραπεία της ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας

- 5.1. Επανεξετάστε τη διάγνωση.

- 5.2. Βεβαιωθείτε ότι υπάρχει συμμόρφωση στην αντιψυχωσική αγωγή, η οποία χορηγείται σε επαρκή δόση και για το σωστό χρονικό διάστημα.

i. Η Επιτροπή της ΕΨΕ προτείνει να εξαντλείται η διάρκεια της 2-ετίας.

ii. Ορίζεται ως η χρήση της αντιψυχωσικής θεραπείας μόνο κατά τη διάρκεια περιόδων αρχόμενης υποτροπής ή επιδείνωσης των συμπτωμάτων αντί για συνεχή χορήγηση.

iii. Η Επιτροπή της ΕΨΕ προτείνει η χρήση depot σκευασμάτων να επιλέγεται και σε πρώιμα στάδια της νόσου.

5.3. Σκεφτείτε άλλες αιτίες μη ανταπόκρισης στη θεραπεία, όπως η συνυπάρχουσα κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ, η ταυτόχρονη λήψη άλλων συνταγογραφούμενων σκευασμάτων ή η ύπαρξη σωματικής νόσου.

5.4. Χορηγείτε κλοζαπίνη σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη θεραπεία, παρά τη διαδοχική λήψη επαρκών δόσεων τουλάχιστον δύο διαφορετικών αντιψυχωσικών φαρμάκων. Τουλάχιστον ένα εκ των φαρμάκων θα πρέπει να είναι αντιψυχωσικό δεύτερης γενιάς, πλην της κλοζαπίνης.^{iv} Εκτός από την ένδειξη για χρήση στην ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση της κλοζαπίνης σε περιπτώσεις σημαντικής ή/και επίμονης αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και μπορεί, ως εκ τούτου, και στις περιπτώσεις αυτές να αποτελέσει μια χρήσιμη θεραπευτική λύση.

5.5. Για τους ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί επαρκώς στη χορήγηση κλοζαπίνης σε βέλτιστη δόση, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να σκεφτεί τις Προτάσεις 5.1, 5.2 και 5.3 (συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης των θεραπευτικών επιπέδων του φαρμάκου), πριν την προσθήκη ενός δεύτερου αντιψυχωσικού, προκειμένου να ενισχυθεί η θεραπεία με κλοζαπίνη. Το επαρκές χρονικό διάστημα για μια τέτοια θεραπευτική στρατηγική ενίσχυσης είναι τουλάχιστον 8–10 εβδομάδες. Επιλέξτε ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που δεν επιτείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της κλοζαπίνης.

6. Ταχεία φαρμακευτική καταστολή

6.1. Κατά τη χορήγηση φαρμάκων για ταχεία καταστολή:

6.1.1. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τυχόν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή παράνομες ουσίες που ήδη λαμβάνει ο ασθενής (συμπεριλαμβανομένων και άλλων φαρμάκων που έχει λάβει ο ασθενής για ταχεία καταστολή), λόγω

του αυξημένου κινδύνου εκδήλωσης παρενεργειών. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πιθανές υποκείμενες σωματικές νόσοι (ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, καρδιολογικά προβλήματα) ή εγκυμοσύνη.

6.1.2. Φροντίστε να δίδεται αρκετός χρόνος για την ανταπόκριση του ασθενούς μεταξύ των δόσεων των φαρμάκων που δίδονται για ταχεία καταστολή.

6.1.3. Προτιμήστε καταρχάς την από του στόματος αγωγή σε δοσολογία σύμφωνη με το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ. Μπορεί να εξετασθεί η χρήση βενζοδιαζεπινών, π.χ. λοραζεπάμης, ή η χρήση αντιψυχωσικών, π.χ. αλοπεριδόλης, ολανζαπίνης, ρισπεριδόνης.

6.1.4. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής αρνείται την από του στόματος αγωγή ή όταν αυτή έχει αποτύχει ή κρίνεται ότι λόγω του επείγοντος των συμπτωμάτων δεν θα είναι ικανοποιητική η ανταπόκριση, μπορεί να εξετασθεί η χρήση ενδομυϊκής χορήγησης αντιψυχωσικών, π.χ. αλοπεριδόλης, ολανζαπίνης, αριπιπραζόλης ή βενζοδιαζεπινών, π.χ. λοραζεπάμης, σε δοσολογία σύμφωνη με το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ. Η ενδομυϊκή χορήγηση ολανζαπίνης δεν πρέπει να συνδυάζεται με ενδομυϊκή χρήση βενζοδιαζεπινών. Η μιδαζολάμη, παρότι οι θεραπευτικές ενδείξεις χρήσης, σύμφωνα με τον οδηγό του ΕΟΦ, περιλαμβάνουν μόνο καταστολή με διατήρηση της συνείδησης πριν από και κατά τη διάρκεια διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών, την προνάρκωση κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της αναισθησίας και την καταστολή σε μονάδες ΜΕΘ, χρησιμοποιείται σε ενδομυϊκή χορήγηση σε περιπτώσεις ταχείας καταστολής σε καταστάσεις βίαιης-επιθετικής συμπεριφοράς.^v Παρότι χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη, η ενδομυϊκή χορήγηση διαζεπάμης είναι αμφίβολο αν πλεονεκτεί σε σύγκριση με τη χορήγηση από το στόμα, επειδή η απορρόφηση μπορεί να μη γίνεται ομαλά.

iv. Η Επιτροπή της ΕΨΕ προτείνει να λαμβάνεται υπόψη το ενδεχόμενο ελλιπούς συμμόρφωσης πριν την επιλογή της κλοζαπίνης και η δυνατότητα ελέγχου με τη χρήση depot σκευάσματος.

v. Η Επιτροπή της ΕΨΕ σημειώνει ότι στην Ελλάδα υπάρχει περιορισμένη εμπειρία στη χρήση μιδαζολάμης.

6.1.5. Η ενδοφλέβια χορήγηση βενζοδιαζεπινών (π.χ. διαζεπάμης) ή αλοπεριδόλης συνιστάται να γίνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. αν κρίνεται απαραίτητη λόγω της φύσης του επείγοντος ή άμεση καταστολή). Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να τίθεται σε συνεχή παρακολούθηση και να υπάρχει η δυνατότητα για άμεση και ταχεία πρόσβαση σε καρδιοαναπνευστική ανάνηψη.

6.1.6. Όταν χορηγήσετε αλοπεριδόλη, τότε πρέπει να υπάρχει άμεσα διαθέσιμη βιπεριδίνη, για να αντιμετωπισθούν τυχόν εξωπυραμидικές παρενέργειες. Η βιπεριδίνη δίδεται σύμφωνα με το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ. Όταν χρησιμοποιούνται βενζοδιαζεπίνες, ιδιαίτερα σε παρεντερική χορήγηση, πρέπει να υπάρχει πρόσβαση σε φλουμαζενίλη, για αναστροφή της κατασταλτικής δράσης τους στο ΚΝΣ και της αναπνευστικής καταστολής, και να δίδεται σύμφωνα με το Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ.

6.1.7. Η χλωροπρομαζίνη και τα ενδομυϊκά σκευάσματα αντιψυχωσικών βραδείας απελευθέρωσης ("depot") δεν συνιστάται να χρησιμοποιούνται για τον σκοπό της ταχείας καταστολής.

6.1.8. Η χρήση ενέσιμου zucloperenthixol acetate δεν συνιστάται για ταχεία καταστολή, λόγω της καθυστερημένης έναρξης δράσης και παρατεταμένης διάρκειας δράσης. Εντούτοις, μπορεί να εξετασθεί σαν μια πιθανή θεραπευτική επιλογή, σε περιπτώσεις που: ο ασθενής αναμένεται ξεκάθαρα ότι θα παρουσιάζει βίαιη-επιθετική συμπεριφορά για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα ή/και ο ασθενής έχει ανταποκριθεί καλά στο παρελθόν στο συγκεκριμένο φάρμακο. Η χρήση ενέσιμου zucloperenthixol acetate δεν πρέπει να γίνεται ποτέ σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει αντιψυχωσική αγωγή στο παρελθόν, σε ασθενείς που προβάλλουν φυσική αντίσταση, σε εγκυμονούσες ασθενείς, σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια ή καρδιολογικά προβλήματα, σε ασθενείς με ευαισθησία στις εξωπυραμидικές παρενέργειες, σε ασθενείς με ελαττωμένο επίπεδο συνείδησης.

6.2. Κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία της ταχείας καταστολής:

6.2.1. Πρέπει να γίνεται παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης και των ζωτικών σημείων (π.χ. αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα, συχνότητα των αναπνοών, θερμοκρασία, ενυδάτωση, αέρια αίματος). Πρέπει να υπάρχει πρόσβαση σε παλμικό οξύμετρο. Ιδιαίτερα στενή και συχνή παρακολούθηση είναι απαραίτητη, όταν: ο ασθενής είναι σε καταστολή, αν έχει γίνει χρήση ενδοφλέβιων σκευασμάτων, αν οι δόσεις των φαρμάκων που έχουν χορηγηθεί είναι πάνω από τα όρια που έχουν τεθεί από τον οδηγό του ΕΟΦ ή το Φυλλάδιο Οδηγιών του κατασκευαστή, αν έχει γίνει ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ ή παράνομων ουσιών ή λήψη άλλων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αν συνυπάρχουν άλλες σχετικές ιατρικές παθήσεις.

6.2.2. Όταν γίνεται χρήση φαρμάκων που μπορεί να παρατείνουν το QTc (π.χ. αντιψυχωσικών και ιδιαίτερα αλοπεριδόλης), είναι απαραίτητη η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του ασθενούς. Θα πρέπει να λαμβάνεται επιπλέον φροντίδα, σε περιπτώσεις ταυτόχρονης λήψης άλλων φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής για παθολογικούς λόγους ή παρουσία παθολογικών καταστάσεων που παρατείνουν το QTc.

6.2.3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κατά τη διαδικασία της ταχείας καταστολής, μπορεί να αποφασιστεί από τον θεράποντα ιατρό ότι η χρήση του φαρμάκου σε δοσολογία που ξεπερνά αυτήν που αναφέρεται στο Φυλλάδιο Οδηγιών του φαρμάκου και τον οδηγό του ΕΟΦ είναι δικαιολογημένη, λαμβάνοντας υπόψη τους συνολικούς κινδύνους. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η συχνή και εντατική παρακολούθηση του ασθενούς. Ωστόσο, όταν οι ρυθμιστικές αρχές, π.χ. ΕΟΦ ή ο κατασκευαστής του φαρμάκου, έχουν εκδώσει συγκεκριμένη προειδοποίηση ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου, το φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται αυστηρά και μόνο σύμφωνα με την ισχύουσα άδεια κυκλοφορίας στην αγορά.

6.2.4. Μετά το πέρας της διαδικασίας της ταχείας κα-
ταστολής, διασφαλίστε ότι ο ασθενής με σχι-
ζοφρένεια έχει τη δυνατότητα να συζητήσει
την εμπειρία του με τους θεράποντές του.

*7. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία στη θεραπεία της
σχιζοφρένειας*

7.1. Δεν συνιστάται η γενική χρήση της ηλεκτρο-
σπασμοθεραπείας (ΗΣΘ) στη διαχείριση των
ασθενών με σχιζοφρένεια.

7.2. Σκεφθείτε την ΗΣΘ σε περιπτώσεις επίμονης
σοβαρής ψύχωσης, σε απειλητικές για τη ζωή
καταστάσεις, στην ταχεία αντιμετώπιση της
κατατονίας ή/και αυτοκτονικού ιδεασμού ή
άλλων συμπεριφορών που δεν αντιμετωπί-
στηκαν από τις προηγούμενες φαρμακευτι-
κές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης και της
κλοζαπίνης.

7.3. Σκεφθείτε την ΗΣΘ σε συνδυασμό με αντιψυ-
χωσικά φάρμακα, όταν ο στόχος της θεραπεί-
ας είναι η ταχεία βελτίωση και μείωση των συ-
μπτωμάτων και σε ορισμένους ασθενείς που
δεν έχουν ανταποκριθεί επαρκώς μόνο στη
φαρμακοθεραπεία. Η προσθήκη της ΗΣΘ σε
ασθενείς με πτωχή ανταπόκριση στην κλοζα-
πίνη μπορεί να αποτελέσει μια θεραπευτική
επιλογή.

*8. Θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα σε περι-
πτώσεις ψυχωσικών διαταραχών με συννοσηρό-
τητα χρήσης ουσιών (διπλή διάγνωση)*

8.1. Στους ασθενείς με διπλή διάγνωση, η συντα-
γογράφηση αντιψυχωσικών πρέπει να γίνεται
σύμφωνα με την παρούσα κατευθυντήρια ο-
δηγία για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

8.2. Πρέπει να εξετάζεται η χρήση ενέσιμων αντι-
ψυχωσικών παρατεταμένης δράσης (depot),
όταν υπάρχει ελλιπής συμμόρφωση στη φαρ-
μακευτική αγωγή.

8.3. Κατά τη συνταγογράφηση των αντιψυχωσι-
κών φαρμάκων, σε περιπτώσεις διπλής διά-
γνωσης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το επί-
πεδο και το είδος της κατάχρησης ουσιών ή/
και αλκοόλ, καθώς αυτό μπορεί π.χ. να μειώσει
την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου ή/και
να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης παρενερ-
γείων. Επιπλέον, συνιστάται η ενημέρωση των

ασθενών για πιθανές αλληλεπιδράσεις μεταξύ
των ουσιών κατάχρησης και των συνταγογρα-
φούμενων αντιψυχωσικών φαρμάκων.

8.4. Παρότι δεν έχει ειδική ένδειξη για τη θερα-
πεία της διπλής διάγνωσης, σύμφωνα με τον
οδηγό του ΕΟΦ και το Φυλλάδιο Οδηγιών του
φαρμάκου, η κλοζαπίνη μπορεί να αποτελέσει
μια χρήσιμη θεραπευτική λύση.

***Β. Ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές
παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση
και διαχείριση της σχιζοφρένειας***

*1. Προτάσεις για όλες τις μορφές ψυχολογικών थे-
ραπειών*

1.1. Βασικές αρχές και γενικές οδηγίες στην παρο-
χή ψυχολογικών θεραπειών.

1.1.1. Όταν παρέχονται ψυχολογικές παρεμβάσεις,
να καταγράφεται συστηματικά και επαναλαμ-
βανόμενα μια σειρά αποτελεσμάτων στους
τομείς που σχετίζονται με τους στόχους της थे-
ραπείας, περιλαμβανομένης της ικανοποίησης
του ασθενούς και, αν είναι δυνατόν, της ικανο-
ποίησης του φροντιστή.

1.1.2. Οι ομάδες φροντίδας υγείας που δουλεύουν
με ασθενείς με σχιζοφρένεια στις υπηρεσίες
ψυχικής υγείας, θα πρέπει να ορίσουν, με ευ-
θύνη του Επιστημονικά Υπευθύνου της ομά-
δας, έναν επαγγελματία υγείας, αρμοδιότητα
του οποίου θα είναι η παρακολούθηση και η
ανασκόπηση:

- Της πρόσβασης και της δέσμευσης με ψυχο-
κοινωνικές παρεμβάσεις
- Των αποφάσεων να προσφερθούν ψυχολογι-
κές παρεμβάσεις
- Της ισότητας στην πρόσβαση στις ψυχοκοι-
νωνικές παρεμβάσεις για όλους τους ασθε-
νείς, ανεξάρτητα από διαφορές στο φύλο,
την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την
εθνοτική ή πολιτισμική καταγωγή.

1.1.3. Οι επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν ψυ-
χολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει:

- Να έχουν ένα κατάλληλο επίπεδο κατάρτι-
σης στην παροχή της παρέμβασης σε ασθε-
νείς με ψυχωσικές διαταραχές
- Να επιβλέπονται τακτικά κατά τη διάρκεια
της ψυχολογικής θεραπείας από έναν καταρ-

τισμένο θεραπευτή και από έναν επιβλέποντα-επόπτη.

1.1.4. Η πολιτεία πρέπει να συνεργαστεί με τις Εταιρείες Ψυχολογικών Θεραπειών για την εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και για την εκπαίδευση και επανεκπαίδευση και την πιστοποίηση των θεραπευτών/ επαγγελματιών υγείας που ήδη παρέχουν ψυχολογικές θεραπείες, στο πλαίσιο των ψυχιατρικών υπηρεσιών υγείας.

1.1.5. Οι φορείς θα πρέπει να δίνουν στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα πρόσβασης στην εκπαίδευση που θα τους εφοδιάζει με τις ικανότητες που απαιτούνται για την παροχή των ψυχολογικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που συνιστώνται σε αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες.

1.1.6. Όταν ξεκινούν οι ψυχολογικές θεραπείες, περιλαμβανόμενης της θεραπείας μέσω τέχνης, στην οξεία φάση (περιλαμβανόμενου του ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος), θα πρέπει να συνεχίζεται η πλήρης σειρά μετά από την έξοδο χωρίς ανώφελες διακοπές.

2. Θεραπείες μέσω τέχνης

2.1. Οι θεραπείες μέσω τέχνης προτείνονται για όλους τους ασθενείς και ειδικότερα για την ανακούφιση των αρνητικών συμπτωμάτων. Μπορούν να παρέχονται τόσο σε οξεία φάση, όσο και στη φάση της ανάρρωσης, είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε και σε εξωτερική βάση. Είναι προτιμότερο η παρέμβαση να παρέχεται σε ομάδες, εκτός και εάν υπάρχουν ενδείξεις για το αντίθετο.

2.2. Οι θεραπείες μέσω τέχνης πρέπει να παρέχονται από εγκεκριμένο θεραπευτή, με προηγούμενη εμπειρία εργασίας με ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές.

3. Οικογενειακές παρεμβάσεις

3.1. Μπορεί να παρέχεται οικογενειακή παρέμβαση σε όλες τις οικογένειες των ασθενών που ζουν μαζί ή είναι σε κοντινή επαφή με τον ασθενή. Αυτό μπορεί να ξεκινήσει είτε κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης ή αργότερα, στη φάση της ανάρρωσης, περιλαμβανόμενου του περιβάλλοντος νοσηλείας.

3.2. Η οικογενειακή παρέμβαση θα πρέπει:

- Να περιλαμβάνει τον ασθενή αν είναι δυνατόν
- Να διεξάγεται για διάστημα μεταξύ 3 μηνών και 1 έτους
- Να περιλαμβάνει τουλάχιστον δέκα σχεδιασμένες συνεδρίες
- Να λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις όλης της οικογένειας είτε για απλή οικογενειακή παρέμβαση είτε για παρέμβαση σε πολλαπλά μέλη της οικογένειας
- Να λαμβάνει υπόψη τη σχέση ανάμεσα στον κύριο φροντιστή και τον ασθενή
- Να διαθέτει συγκεκριμένη υποστηρικτική, εκπαιδευτική ή θεραπευτική λειτουργία και να περιλαμβάνει δουλειά στη διαπραγμάτευση της επίλυσης προβλημάτων ή διαχείρισης κρίσεων.

3.3. Η οικογενειακή παρέμβαση μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για οικογένειες ασθενών που έχουν:

- Πρόσφατη υποτροπή ή που διατρέχουν κίνδυνο υποτροπής
- Εμμένοντα συμπτώματα.

3.4. Ειδικά για την οξεία φάση της νόσου (πρώτο επεισόδιο ή υποτροπή), συνιστώνται αντιψυχωσικά φάρμακα σε συνδυασμό με ψυχολογικές θεραπείες (οικογενειακή θεραπεία και ατομική γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία).

4. Ψυχοεκπαίδευση

4.1. Η παροχή πλήρους και καλής πληροφόρησης στους ασθενείς σχετικά με τη νόσο, τις συνέπειές της, τις διαθέσιμες θεραπείες και τα δικαιώματά τους είναι απαραίτητη στα πλαίσια της σωστής φροντίδας των ασθενών και της συνεργασίας με τις οικογένειές τους, όταν η παροχή της πληροφόρησης παρέχεται με παρόντα τα μέλη της οικογένειας. Φαίνεται να υπάρχει σαφής αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στη σωστή φροντίδα που πρέπει να λάβει ο ασθενής (όταν αυτή συμπεριλαμβάνει και την πληροφόρηση του ασθενούς) και την ψυχοεκπαίδευση, καθώς και ανάμεσα στην οικογενειακή παρέμβαση και την ψυχοεκπαίδευση.

5. Ενίσχυση της συμμόρφωσης

5.1. Δεν συνιστάται η εστιασμένη στη συμμόρφωση θεραπεία ως μια ειδική και μοναδική παρέμβαση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

6. Γνωστική αποκατάσταση

6.1. Η γνωστική αποκατάσταση^{vi} δεν μπορεί ακόμη να συστηθεί ως μοναδική και ανεξάρτητη θεραπευτική παρέμβαση.

7. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

7.1. Όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να επωφεληθούν από τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, αρκεί να παρέχεται από θεραπευτές εξειδικευμένους και εκπαιδευμένους στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Αυτό μπορεί να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης (σε συνδυασμό με αντιψυχωσική αγωγή) ή αργότερα, συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου νοσοκομειακής νοσηλείας. Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τόσο στην οξεία φάση, όσο και στην προαγωγή της ανάρρωσης, ειδικά σε ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα, θετικά και αρνητικά.

7.2. Όταν παρέχεται γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της, όπως αυτοί αναφέρονται παραπάνω, χρειάζονται το ελάχιστον 16 συνεδρίες και πρέπει να χρησιμοποιείται εγχειρίδιο καταγραφής από τον ασθενή.

8. Ψυχοδυναμικές θεραπείες

8.1. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να χρησιμοποιούν ψυχαναλυτικές και ψυχοδυναμικές αρχές για να βοηθηθούν να κατανοήσουν τα βιώματα των ασθενών και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, περιλαμβανομένης της θεραπευτικής σχέσης.

9. Συμβουλευτική, υποστηρικτική θεραπεία

9.1. Μην παρέχετε συμβουλευτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ως ειδική και μοναδική

παρέμβαση, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Παρόλ' αυτά, λάβετε υπόψη τις προτιμήσεις του ασθενούς, ιδιαίτερα αν άλλες περισσότερες αποτελεσματικές ψυχολογικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η οικογενειακή παρέμβαση και οι θεραπείες μέσω τέχνης, δεν είναι διαθέσιμες στην περιοχή σας.

10. Κοινωνικές δεξιότητες

10.1. Μην προσφέρετε σε μόνιμη βάση εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων ως ειδική και μοναδική ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Συμπεράσματα

Στο παρόν κείμενο, παρουσιάστηκε ο συνοπτικός οδηγός των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη φαρμακευτική και ψυχολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Το πλήρες κείμενο των οδηγιών είναι διαθέσιμο από την ιστοσελίδα: <http://www.psychargos.gov.gr/>. Σχετικά με τη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας, προτείνεται γενικά να δίνεται η δυνατότητα στον ιατρό να επιλέξει μεταξύ της 1ης ή 2ης γενιάς αντιψυχωσικών και κατά την επιλογή του αντιψυχωσικού συνιστάται να λαμβάνονται υπόψη οι παρενέργειες του φαρμάκου. Τονίζεται επιπρόσθετα, και η αξία της εξατομίκευσης της θεραπείας αλλά και η σημασία της υιοθέτησης μιας συνεργατικής στάσης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Επίσης σημειώνεται η αξία, της τακτικής αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αλλά και της παρακολούθησης των παρενεργειών. Σε ό,τι αφορά στην ανθεκτική στη θεραπεία στη σχιζοφρένεια και στα περιστατικά διπλής διάγνωσης^{15,16} αλλά και στις περιπτώσεις αυτοκτονικότητας^{17,18} τονίζεται η θέση της κλοζαπίνης. Επίσης, σημειώνεται ο ρόλος των depot αντιψυχωσικών σε περιπτώσεις ελλιπούς συμμόρφωσης^{7,9,19} (ιδιαίτερα με δεδομένη τη διαθεσιμότητα πλέον αρκετών depot αντιψυχωσικών 2ης γενιάς) γενικά αλλά και ειδικότερα σε ασθενείς με διπλή διάγνωση.²⁰

Σχετικά με την ψυχολογική θεραπεία της σχιζοφρένειας, τονίζεται η συμβολή των ψυχολογικών παρεμβάσεων σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακοθεραπεία στη μείωση του κινδύνου για υποτρο-

vi. Παρότι ο αγγλικός όρος "cognitive" μεταφράζεται στην ελληνική γλώσσα ως "γνωστικός" ή/και "γνωσιακός", δεδομένου ότι οι ίδιοι οι ειδικοί που εφαρμόζουν τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις στην Ελλάδα υιοθετούν τον όρο "γνωστικός", στο παρόν κείμενο χρησιμοποιείται ο όρος αυτός για την απόδοση του αγγλικού όρου "cognitive" στα πλαίσια της γνωστικής αποκατάστασης.

πή, στον περιορισμό των υπολειπόμενων συμπτωμάτων, αλλά και στη βελτίωση της γενικότερης λειτουργικότητας του ασθενούς.^{3,4} Τονίζεται επίσης η σημασία της ύπαρξης εκπαιδευμένων θεραπειών σε συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η θεραπεία μέσω τέχνης, οι οικογενειακές παρεμβάσεις, η ψυχοεκπαίδευση, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και τέλος οι ψυχοδυναμικές θεραπείες (στην κατανόηση από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας των βιωμάτων των ασθενών με σχιζοφρένεια και των διαπροσωπικών τους σχέσεων, περιλαμβανόμενης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς-επαγγελματία ψυχικής υγείας).

Πρέπει να τονισθεί, ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν υποκαθιστούν την κλινική εμπειρία και δεν πρέπει να έρχονται σε αντίθεση με ένα πρότυπο εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενούς. Η χρησιμότητα και η εφαρμοσιμότητά τους επιπλέον,

εξαρτώνται από παράγοντες όπως η αξιοπιστία και η γενικευσιμότητα των ερευνητικών δεδομένων, η διαθεσιμότητά της κάθε παρέμβασης αλλά και η διαθεσιμότητα κατάλληλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα. Επιπλέον, πρέπει να ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές.¹

Τέλος, αναγνωρίζονται οι δυσκολίες και προκλήσεις που μπορεί να ανακύψουν κατά την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών, κάτι που έχει έξαλλου καταγραφεί και σε κράτη με περισσότερο ανεπτυγμένα συστήματα ψυχικής υγείας.²¹⁻²³ Παρά ταύτα, αποτελούν ένα βασικό εργαλείο βελτίωσης ποιότητας^{24,25} (quality improvement) της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, βοηθώντας τους επαγγελματίες υγείας, τους παρόχους και τους ασθενείς, στη λήψη των καταλληλότερων αποφάσεων αναφορικά με τις διαθέσιμες σήμερα παρεμβάσεις, τόσο ψυχολογικές όσο και φαρμακευτικές για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Clinical guidelines for the management of schizophrenia: Pharmacological and psychological interventions (III)

**M. Hadjulis,¹ M. Margariti,² M. Lazaridou,³ G.F. Aggelidis,⁴
V. Fotopoulos,⁵ L. Markaki,⁶ F. Koulouri⁷**

¹Department of Psychiatry, Agioi Anargyroi Hospital, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens,

²1st Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens,

³Society of Social Psychiatry & Mental Health, ⁴Department of Psychiatry, General Hospital of Katerini,

⁵Dromokaiteio Mental Hospital, ⁶Executive Council, Hellenic Psychiatric Association,

⁷Directorate of Mental Health, Ministry of Health, Athens, Greece

Psychiatriki 2018, 29:303-315

In 2014 a Working Group was set up by the Greek Ministry of Health, with the objective of formulating Clinical Guidelines for the management of schizophrenia which include recommendations for the pharmacological and the psychosocial treatment of schizophrenia. This Working Group utilized the NICE Guideline (National Institute of Clinical Excellence 2014) for the management of Psychosis & Schizophrenia as the main guide in the development of the Greek guidelines, and in addition

the American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (APA, 2004), the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2005), as well as other relevant sources. Furthermore, the Hellenic Psychiatric Association (HPA) established an Expert Committee that contributed with its observations to this exercise. With regard to the pharmacological management of schizophrenia, recommendations for initiating and monitoring drug therapy, treating the first psychotic episode as well as treating the acute as well as the maintenance phase of the illness are included. Also included is the management of treatment resistance as well the management of dual diagnosis patients and rapid tranquilization. The guidelines for the psychological treatment of schizophrenia include general recommendations covering all different types of interventions but also specific suggestions for the psychological interventions that should be utilized in the treatment of schizophrenia. In this article the summary recommendations (incorporating the Hellenic Psychiatric Association comments) regarding the pharmacological, psychological and psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia are presented.

Key words: Guidelines, clinical guidelines, schizophrenia, pharmacological treatment, psychological treatment.

Βιβλιογραφία

1. Μαργαρίτη Μ, Χατζούλης Μ, Λαζαρίδου Μ, Αγγελίδης Γ, Φωτόπουλος Β, Μαρκάκη Α και συν. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας: Στόχοι και περιορισμοί (I). *Ψυχιατρική* 2017, 28:301–305
2. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια «Η σχιζοφρένεια στους ενήλικες: Θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση» Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα, 2015
3. NICE. *The NICE Guideline on Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline no. 82. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2009
4. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE Clinical Guideline no. 178. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2014
5. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Association., 2004 http://psychiatry-online.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf (πρόσβαση 6.6. 2014)
6. Lehman AF, Steinwachs DM & the co-investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998a, 24:1–10, PMID: 9502542
7. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon L B. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010, 36:94–103, doi: 10.1093/schbul/sbp130
8. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF et al & World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012, 13:318–378, doi: 10.3109/15622975.2012.696143
9. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF et al WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013, 14:2–44, doi: 10.3109/15622975.2012.739708
10. NICE. *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. NICE Clinical Guideline no. 25. National Institute of Health and Clinical Excellence, London, 2005
11. NICE. *Psychosis with coexisting substance misuse*. NICE Clinical Guideline no. 120. National Institute of Health and Clinical Excellence, London, 2011
12. NICE. *Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology appraisal guidance [TA59]*. National Institute of Health and Clinical Excellence, London, 2003 (updated 2009)
13. Λύκουρας Ε, Φερεντίνος Π, Μουγιάκος Θ. *Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Ψυχιατρικών Διαταραχών*. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. Εκδ. 1.3 (πρόσβαση: 18.6.2015)
14. Taylor D, Paton C, Kapur S (eds) *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11th ed. Wiley-Blackwell, London, UK, 2012
15. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and

- comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacology* 2012 26:899–952, doi: 10.1177/0269881112444324
16. Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder - Reviewing the evidence and clinical recommendations. *Progr Neuropsychopharmacol* 2008, 32:1375–1385, doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.02.008
 17. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S et al. *Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Nov 10
 18. Meltzer H, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand P, Bertoldi A et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:82–91, PMID: 12511175
 19. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry* 2013, 12:216–226, doi: 10.1002/wps.20060
 20. Koola MM, Wehring HJ, Kelly DL. The Potential Role of Long-acting Injectable Antipsychotics in People with Schizophrenia and Comorbid Substance Use. *J Dual Diagn* 2012, 8:50–61, PMID: 22754405
 21. Haddock G, Eisner E, Boone C, Davies G, Coogan C, Barrowclough C. An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *J Ment Health* 2014, 23:162–165, doi: 10.3109/09638237.2013.869571
 22. Barbui C, Girlanda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M. *Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care*. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 17;(1): CD009780
 23. Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*. 2010, 10:8, doi: 10.1186/1471-244X-10-8
 24. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003, 362:1225–1230, doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1
 25. Wobrock T, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009, 259(Suppl 2):219–226, doi: 10.1007/s00406-009-0072-7

Αλληλογραφία: Μ. Χατζούλης, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Τιμίου Σταυρού 14 & Νουφάρων 1, 145 64 Ν. Κηφισιά, Τηλ:210-35 01 459, e-mail: mhadjulis@nurs.uoa.gr