



Ministerul Sănătății,
Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova

Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie Schizofrenia. Primul Episod Psihotic

Codul bolii (CIM-10): F20.0 – F20.9 și F23.0 – F23.9

Psihoza și diagnoza specifică de Schizofrenie reprezintă o tulburare psihiatrică majoră (un cluster de tulburări) în care o persoană are afectate semnificativ percepția, gândirea, afectul și comportamentul.

Simptomele psihozei și schizofreniei sunt de obicei divizate în simptome pozitive, ce includ: halucinații (percepția în absența unui oarecare stimul) și idei delirante (convingeri menținute fix sau eronate) și simptome negative (precum apatia, lipsa de vervă, sărăcirea vorbirii, izolare socială și neglijare de sine). Fiecare persoană va avea o combinație unică de simptome și manifestări.

Informații utile:

- Prevalența schizofreniei pe mapamond este aproximativ 1-1,5% din populație.
- Bărbații și femeile prezintă un risc egal de dezvoltare a schizofreniei, cu toate că bărbații tind să dezvolte schizofrenia cu 3-4 ani mai devreme decât femeile.
- Vârsta critică de instalare a schizofreniei este de 15-25 de ani pentru bărbați și 25-30 de ani pentru femei. Femeile prezintă o a doua perioadă critică către vârsta de 40 ani.
- Evoluția bolii în majoritatea cazurilor are caracter continuu, care generează deteriorarea personalității și invalidizare.
- Unele forme clinice ale maladiei decurg malign, condiționând apariția "defectului psihic" specific deja peste câțiva ani de la debutul bolii.

CLASIFICARE

F 20 Schizofrenia	F 23 Tulburări psihotice acute și tranzitorii
F 20.0 Schizofrenie paranoidă	F 23.0 Tulburare psihotică polimorfă acută, fără simptome de schizofrenie
F 20.1 Schizofrenie hebefrenă	F 23.1 Tulburare psihotică acută cu simptome de schizofrenie
F 20.2 Schizofrenie catatonă	F 23.2 Tulburare psihotică acută asemănătoare schizofreniei
F 20.3 Schizofrenie nediferențiată	F 23.3 Alte tulburări psihotice acute predominant delirante
F 20.4 Depresie postschizofrenă	F 23.8 Alte tulburări psihotice acute și tranzitorii
F 20.5 Schizofrenie reziduală	F 23.9 Tulburare psihotică acută și tranzitorie, nespecificată
F 20.6 Schizofrenie forma simplă	
F 20.8 Altă Schizofrenie	
F 20.9 Schizofrenie nespecificată (ori nediferențiată)	

PROFILAXIE

Profilaxie primară nu se efectuează, deoarece nu sunt studii care demonstrează eficiența acesteia, deși o direcție ar fi minimizarea factorilor de risc.

Profilaxia secundară are scopul de a depista tulburarea în stadiul precoce, de a reduce durata bolii, de a preveni complicațiile și recidivele și se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată.

Astfel, e necesar de a recunoaște grupul cu risc ultra-înalt de dezvoltare a psihozei.

RUIĐP prezintă:

- Simptome pozitive ușoare (simptome pozitive atenuate)
- Simptome psihotice intermitente limitate scurte (BLIPS); psihoză cu remisiune în decursul unei săptămâni.
- Risc genetic (rudă de gradul întâi cu psihoză/schizofrenie).
- Reducerea funcționalității pe parcursul ultimului an.

Scopul identificării grupului RUIĐP:

- Amânarea sau chiar prevenirea unui prim episod de psihoză.
- Limitarea severității psihozei.

Profilaxia terțiară are scopul de a recupera și a readapta pacientul ajuns într-o stare avansată de boală și reintegrarea sa în familie, la locul de muncă, în societate.

- Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.
- Restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale.
- Asigurarea pacientului cu: condiții igienice generale bune, un regim individual, cu excluderea pe cât este posibil a supraefortului mental și a stresurilor psihoeemoționale.
- Pentru profilaxia maximă, pacientul trebuie să fie încadrat în regim de lucru și odihnă rațional.

FACTORI DE RISC

Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea Schizofreniei

- Riscul genetic (rude de gradul întâi cu Schizofrenie 6-17%, 40-48% pentru fratele sau sora geamănă, pentru pacienții cu sindrom 22q11 deleție (aproximativ 25%);
- Genul masculin
- Intelect redus
- Vârsta parentală (tată mai în vârstă de 50 ani)
- Nașterea în sezonul rece al anului (iarna sau primăvara devreme)
- Gestanta în suferință (foamete, în doliu, cu infecții antenatale ș.a.)
- Nașterea copilului nedorit
- Nașterea și traiul în zona urbană
- Decesul tatălui în perioada pre-natală
- Sarcina și nașterea complicată (cu hipoxia creierului: hemoragii, nașterea înainte de termen, incompatibilitate de grup sangvin, hipoxia fetală, infecții maternale)
- Utilizarea canabisului în anamneză
- Emigrarea (atât prima generație, cât și copiii emigranților)

SCREENING

- Screening-ul populației la simptome psihotice ușoare, cu scopul detectării timpurii și intervenției precoce NU este recomandat.
- Necesită atenție sporită în cazul pacienților din grupul RUIĐP, iar la depistarea acestora – referire către CCSM pentru screening în baza unui scurt chestionar de auto-evaluare, Chestionarul Prodromal, versiunea cu 16 itemi (PQ-16)

MANIFESTĂRI CLINICE

Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu Schizofrenie:

Lipsa discernământului față de propria boală – 97%	Suspiciunea – 66%
Halucinațiile auditive – 74%	Diminuarea afectivității – 66%
Voci care se adresează pacientului – 70%	Ideile delirante de persecuție – 62%
Ideile delirante de influență – 50%	

Cele mai frecvente modele de comportament la pacienții cu Schizofrenie:

Izolarea socială – 74%	Lentoarea – 48%
Inhibiția psihomotorie – 56%	Agitația psihomotorie – 41%
Eschivarea de la conversație – 54%	Neglijența – 30 %
Scăderea interesului pentru distracții – 50%	Mișcările neobișnuite – 25%

CRITERII EVIDENȚIATE DE KURT SCHNEIDER –
SIMPTOME DE RANGUL ÎNTÂI ȘI DOI ÎN SCHIZOFRENIE

Simptome de rangul întâi

Sonorizarea gândirii	Extragerea gândurilor și alte trăiri de influențare a gândirii
Voci care se ceartă sau discută	Transmiterea (non-verbală – telepatică, în mod neobișnuit) gândurilor
Voci care comentează	Percepții delirante
Trăiri de pasivitate somatică	Toate celelalte trăiri care implică voință, afecte și impulsuri „făcute”

Simptome de rangul doi

Alte tulburări de percepție	Perplexitate
Ideii delirante bruște	Modificări dispoziționale - depresive sau euforice
Sentimentul de sărăcire emoțională și altele	

**Complicații posibile ale terapiei cu antipsihotice
(pentru prevenirea și tratarea complicațiilor se recomandă screening-ul somatic)**

Sindromul extrapiramidal

Akatizia	Sindromul Parkinsonian
Distonia acută	Dizchinezia tardivă
Sindromul neuroleptic malign	

Efectele secundare adverse severe ale preparatelor

Agranulocitoza	Hipersedarea
Tromboembolismul	Schimbări ale presiunii arteriale (majorarea ori scăderea)
Miocardiopatia	Hipersalivarea
Miocardita	Depresiile
Aritmiile	Prelungirea intervalului electrocardiografic QT
Infarctul de miocard	Hipokaliemia
Crizele convulsive	Hipomagneziemia
Creșterea ponderală	Hipocalcemia
Scăderea libidoului	Diabetul zaharat de tip 2, scăderea toleranței la glucoză

TRATAMENT

- Evaluarea persoanelor cu risc înalt de dezvoltare PEP.
- Suspectarea semnelor prodromale de schizofrenie de către medicul de familie.
- Educația privind psihoza și schizofrenia.
- Descurajarea consumului de droguri și PCC pentru RUIĐP.
- În cazul depistării PEP, referire la CCSM.
- Prevenirea recidelor prin monitorizarea sănătății fizice.
- Monitorizarea stării somatice și managementul comorbidităților.
- Colaborarea și conlucrarea cu APL și lucrătorul social în vederea desfășurării procesului de resocializare-reabilitare.

Managementul stărilor psihotice acute cu comportament violent în Schizofrenie/PEP

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
Tahipnee, pumni strânsi, strigăte, cânt, agitație psihomotorie, mișcări repetitive, pas de defilare, gesticulație.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Propria intuiție poate să vă fie de ajutor în această situație! ■ Dacă sunteți singur, asigurați-vă că sunteți mai aproape de ușă decât de pacient! ■ Nu stați singur cu pacientul; dacă este nevoie chemați ajutor, (de ex., poliția)! ■ Încercați să vorbiți cu pacientul și să-l calmați. Nu-i faceți observații, nu încercați să-i arătați erorile pe care le comite, nu-l contraziceți. Nu-l atingeți. ■ Folosiți limbajul corporal pentru a-l calma (stați liniștit, cu palmele desfăcute, ascultați-l atent)! ■ Obțineți consimțământul pacientului pentru acordarea tratamentului. Dacă pacientul nu este de acord, poate fi administrat tratament de urgență pentru a-i salva viața sau pentru a-i ameliora starea, care se agravează sever (cu aprobarea verbală a oricărui medic)! ■ Folosiți forțe minime pentru contenția fizică a pacientului!

RECUPERARE PSIHO-SOCIALĂ

La pacienții cu schizofrenie va fi efectuată începând cu etapele precoce de dezvoltare a maladiei și procesul de recuperare va continua în etapele ulterioare ale maladiei.

Examinați posibilitatea efectuării altor activități ocupaționale sau educaționale, inclusiv instruirea pre-profesională, pentru persoanele incapabile de a lucra sau care nu-și pot găsi un loc de muncă.

- Prestați programe de susținere la angajare a persoanelor cu psihoză sau schizofrenie, care doresc să-și găsească un loc de muncă sau să revină la serviciu.
- Recomandați din prima zi incluziunea socială și angajarea în câmpul muncii, în special pentru a evita simptomele negative prelungite; dorința pacientului fiind importantă.
- Evitați căile lungi de instruire profesională, inițial ajutați persoana să se angajeze. Ulterior ajutați la menținerea serviciului.
- Alegeți o metodologie de reabilitare specifică și individualizată pentru fiecare beneficiar în parte.

REFERIRE LA CCSM

- Confirmarea diagnosticului.
- Necesitatea inițierii/ajustării tratamentului.
- Monitorizarea dinamicii procesului terapeutic (conform planului individual de reabilitare).
- Elaborarea planurilor individuale de tratament și reabilitare – resocializare a pacientului.

CRITERII DE SPITALIZARE

Stările ce necesită intervenție de urgență AMU/AMS

- PEP sau Schizofrenie în acutizare cu episod psihotic acut, în caz de siguranță limitată, precum și pericol pentru persoană (inclusiv spitalizare fără liber consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală).
- Necesitatea unui tratament farmacologic intensiv și altor metode invazive după caz, imposibile în cadrul CCSM.
- Remisiunea incompletă, recidivă cu funcționare sub nivelul remisiunii de după primul episod psihotic.

SUPRAVEGHERE

- Pacienții cu Sch sunt supravegheați de psihiatrul din CCSM: după externare – 1 dată în săptămână, pe parcursul primei luni, apoi de 2 ori pe lună, pe parcursul următoarelor 5 luni, apoi 1 dată în lună începând cu luna a 6-a până la sfârșitul anului; consultația – la necesitate, după perioada menționată.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu Sch de către medicul de familie.

- Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru a evita dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor antipsihotice.
- Notă: Persoanele cu Schizofrenie mai frecvent dezvoltă tulburări endocrine (diabet zaharat tip 2, hiperprolactinemie simp-tomatică etc.), de aceea, la necesitate, se recomandă consultația endocrinologului.

Volumul cercetărilor

- Microradiografia cutiei toracice, anual.
- Reacția de microprecipitare la sifilis (MRS), anual.

La necesitate

- Analiza generală a sângelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sângelui (glicemia, ALAT/ASAT, bilirubina, colesterolul).
- Electrocardiografia.

EVOLUȚIA

Factorii cu influență pozitivă asupra prognosticului bolii

Debut la o vârstă mai înaintată	Simptome de tulburare afectivă (în special cea depresivă)
Factori declanșatori evidenti	Stare civilă - căsătorit
Debut acut	Istoric familial de tulburări afective
Istoric premorbid favorabil în plan social, sexual și ocupațional	Sisteme de suport psihosocial eficiente
Predominarea simptomelor "pozitive"	

Factorii cu influență negativă asupra prognosticului bolii

Debut la o vârstă tânără	Sisteme de suport psihosocial insuficiente
Absența factorilor declanșatori	Predominarea simptomelor "negative"
Debut lent, insidios	Simptome neurologice
Istoric premorbid nefavorabil în plan social, sexual și ocupațional	Istoric de traumatism perinatal
Autoizolare, comportament autist	Absența remisiunilor în ultimii 3 ani
Stare civilă – celibatar, divorțat sau văduv	Recidive multiple
Istoric familial de Schizofrenie	Istoric cu episoade de furie, violență, automutilări