



**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova**

**Schizofrenia.
Primul episod psihotic**

Protocol clinic național

PCN-9

Chișinău 2020

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 03.07.2020, proces verbal nr. 2
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.654 din 13.07.2020 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Schizofrenia. Primul epizod psihotic”

CUPRINS

CUPRINS	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1. <i>Diagnosticul. Schizofrenia (persoane adulte)</i>	7
A.2. <i>Codul bolii (CIM 10): F20.0 – F20.9 și F23.0 – F23.9</i>	7
A.3. <i>Utilizatorii</i>	7
A.4. <i>Scopul protocolului</i>	7
A.5. <i>Elaborat (anul): 2020</i>	7
A.6. <i>Revizuire (anul): 2024</i>	7
A.7. <i>Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare. Recenzenții. Structurile unde protocolul a fost discutat și aprobat.</i>	7
A.8. <i>Definițiile folosite în document</i>	8
A.9. <i>Informația epidemiologică</i>	9
B. PARTEA GENERALĂ	10
B.1. <i>Nivelul de asistență medicală primară</i>	10
B.2. <i>Nivelul de asistență medicală urgentă</i>	10
B.3. <i>Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală)</i>	10
B.4. <i>Nivelul de asistență medicală spitalicească Secțiile de profil psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU</i>	12
B.5. <i>Nivelul de asistență medicală Spitalicească Specializată</i>	13
C. CONDUITA	14
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	14
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului - Managementul pacientului cu risc de psihoză și schizofrenie.....	14
C.1.2. Algoritmul interviului motivațional.....	15
C.1.1. Algoritmul terapiei medicamentoase	16
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	18
C.2.1. Clasificarea clinică.....	18
C.2.2. Profilaxia	19
C.2.2.1. Factorii de risc	19
C.2.2.2. Screening-ul.....	20
C.2.3. Conduita pacientului	20
C.2.3.1. Anamneza.....	21
C.2.3.2. Manifestări clinice	22
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	23
C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)	25
C.2.3.5. Prognosticul (la necesitate)	27

C.2.3.6.	Criteriile de spitalizare	27
C.2.3.7.	Criterii de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel	28
C.2.3.8.	Tratamentul	30
C.2.3.8.1.	Nemedicamentos.....	30
C.2.3.8.2.	Medicamentos.....	31
C.2.3.9.	Evoluția	33
C.2.3.10.	Supravegherea	35
C.2.3.11.	Reabilitarea.....	37
C.2.4.	Stările de urgență	38
C.2.5.	Complicațiile	42
D.	RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI (PCN-9)	46
D.1.	<i>Pentru instituțiile de AMP</i>	<i>46</i>
D.2.	<i>Pentru echipele de AMU.....</i>	<i>46</i>
D.3.	<i>Pentru instituțiile consultativ-diagnostice.....</i>	<i>46</i>
D.4.	<i>Secțiile de profil general ale spitalelor raionale și municipale, UPU.....</i>	<i>47</i>
D.5.	<i>Secțiile specializate ale spitalelor (raionale, dacă există), municipale și republicane.....</i>	<i>47</i>
E.	INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI.....	49
	ANEXE	51
ANEXA 1.	<i>Fișa standardizată de audit medical.....</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ANEXA 2.	<i>Ghidul pentru APARTINĂTORI.....</i>	<i>52</i>
ANEXA 3.	<i>Ghidul pentru PACIENT</i>	<i>55</i>
ANEXA 4.	<i>Scala de evaluare a Simptomelor Psihotice (PSYRATS).....</i>	<i>57</i>
ANEXA 5.	<i>Chestionarul Premorbid (PQ 16)</i>	<i>60</i>
ANEXA 6.	<i>Scalele de evaluare a calității vieții: HoNOS.....</i>	<i>64</i>
ANEXA 7.	<i>Scalele de evaluare a calității vieții: MANSA.....</i>	<i>72</i>
ANEXA 8.	<i>Scala Sindroamelor Pozitive Și Negative (PANSS).....</i>	<i>73</i>
ANEXA 9.	<i>Spectrul de acțiune clinică al antipsihoticelor (neurolepticelor).....</i>	<i>89</i>
ANEXA 10.	<i>Remedii antipsihotice (neuroleptice).....</i>	<i>89</i>
ANEXA 11.	<i>Remedii antipsihotice (neuroleptice) cu eliberare prelungită.....</i>	<i>90</i>
ANEXA 12.	<i>Remedii pentru tratamentul efectelor extrapiramidale induse de antipsihotice (neuroleptice).....</i>	<i>90</i>
ANEXA 13.	<i>Remedii tranchilizante și hipnotice</i>	<i>90</i>
ANEXA 14.	<i>Remedii antidepresive.....</i>	<i>91</i>
ANEXA 15.	<i>Dozele principalelor remedii cu efect timostabilizator utilizate în asociere cu tratamentul antipsihotic.....</i>	<i>91</i>
ANEXA 16.	<i>Pașii în farmacoterapie și alte terapii biologice¹⁶</i>	<i>91</i>
ANEXA 17.	<i>Nivele de evidență și grade de recomandare.....</i>	<i>92</i>
	BIBLIOGRAFIE.....	92

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Evaluarea persoanelor cu risc înalt și foarte înalt de psihoză și schizofrenie [2, 7, 13].
- Educația pacientului și rudelor privind factorii de risc de psihoză și schizofrenie, manifestările prodromale ale acestora și descurajarea consumului de droguri.
- Suspectarea și detectarea Primului episod psihotic (PEP), acutizarea schizofreniei, precum și Riscului ultra-înalt de dezvoltare al psihozei (RUÎDP), prin culegerea anamnezei, examenului fizic și trimiterea la CCSM iar confirmarea diagnosticului de schizofrenie sau PEP, precum și RUÎDP, prin evaluarea multi-disciplinară [20].
- Evaluarea multi-disciplinară a persoanelor cu psihoză sau schizofrenie se va efectua de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursă, acoperind următoarele domenii: psihiatric, medical, sănătatea fizică și bunăstarea, psihologic și psihosocial, particularitățile dezvoltării persoanei, statutul social, ocupațional și educațional, calitatea vieții, situația economică [20].
- Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor psihotice (ușoare) prin aplicarea Chestionarului Prodromal, versiunea cu 16 item-uri (PQ-16) [30].
- Diagnosticul se va conforma cu standardele ICD 10 – 11, iar specificarea evoluției numai după o perioadă de un an de evoluție a tulburării și doar dacă nu intră în contradicție cu criteriile privind evoluția [10].
- Solicitarea Echipei comunitare de sănătate mintală (ECSM) din Centrul Comunitar de Sănătate Mintală (CCSM) în caz că pacientul prezintă pericol pentru sine și a poliției în caz că pacientul prezintă pericol pentru cei din jur.
- Recepționarea pacienților psihotici pentru spitalizare de la CCSM la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM [14].
- Spitalizarea în caz de dubiu, sau în caz de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma Sch sau PEP.
- Intervenții în caz de urgență, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită, cu menținerea unei legături stabile cu ECSM, inclusiv după depășirea stării de criză, pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate.
- Spitalizare pentru stabilizarea stării psihice, în caz că predomină simptomatologia psihotică și siguranța limitată; simptomele psihotice și riscul vital datorat comorbidităților, precum și pericolul persoanei după primul episod cu eșec la nivelul etapelor anterioare [16].
- Informarea pacientului despre tulburarea de care suferă și decizia luată de comun acord privind necesitatea inițierii tratamentului.
- Selectarea și menținerea tipului de intervenție în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice a persoanei și în dependență de etapa psihozei.
- Inițierea și menținerea tratamentului psihologic, terapiei cognitiv-comportamentale, terapiei vocaționale, ocupaționale și implicării profesionale, activităților de reintegrare în comunitate, recuperare profesională, susținerea din partea grupurilor de suport de la egal-la-egal.
- Administrarea tratamentului biologic, cu evaluare după 2, 4 și 6 săptămâni cu privire la efectele secundare și eficiența intervențiilor, iar în cazul aderenței scăzute la tratament, revizuirea dozelor, ritmului și modului de administrare a remediilor psihofarmacologice [12, 24, 27].

- Alegerea medicamentului antipsihotic trebuie să fie efectuată în comun de către pacient și specialistul în medicină, ținând cont de viziunile îngrijitorului, dacă pacientul semnează acordul informat.
- În caz de remisiune, doza de întreținere se va menține pe termen lung [12, 24, 27].
- În cazul remisiunii incomplete după 6 săptămâni se va schimba antipsihoticul cu evaluarea ulterioară după 2, 4 și 6 săptămâni (evaluare, care vizează efectele secundare și eficiența terapiei), iar în cazul aderenței scăzute la tratament se va examina oportunitatea administrării preparatelor cu acțiune prelungită [24, 27].
- În cazul absenței răspunsului la terapie timp de 12 săptămâni se va trece la Clozapinum cu evaluare după 2, 4, 8 săptămâni și după 4 luni, privind efectele secundare și eficacitatea intervențiilor, concomitent efectuând teste de sânge (pentru a exclude prezența agranulocitozei) și, în caz de necesitate, se va monitoriza glicemia [12, 24, 27].
- Dacă răspunsul terapeutic este incomplet după patru luni de administrare a Clozapinum se va examina oportunitatea augmentării suplimentare a unui antipsihotic cu evaluarea efectelor secundare și eficacității după 2, 4 și 10 săptămâni, cu posibilitatea modificării dozelor [12, 24, 27].
- În cazul eficienței insuficiente se va lua în considerare oportunitatea augmentării acestora cu Lamotriginum, Memantinum, Litium; dacă și aceste intervenții au fost insuficiente, ori în cazul lipsei aderenței și complianței la tratament, se va stopa administrarea remediilor farmacologice și se va recurge la Stimulare magnetică transcraniană [12, 24, 27].
- Dacă sunt simptome reziduale negative se va administra Cariprazinum sau Brexpiprazolum sau Aripiprazolum, concomitent se va lua în considerare oportunitatea asocierii (Mirtazapinum + Lamotriginum + Clozapinum) sau oportunitatea SMT [24, 27].
- Dacă sunt simptome depresive se va lua în calcul oportunitatea asocierii unui antidepressiv + antipsihotic [12, 24, 27].
- În cazul când, după intervențiile din etapele anterioare de tratament mai persistă halucinațiile severe și/sau simptomele negative, se va lua în considerare oportunitatea Terapiei electro-convulsive (TEC) [12, 24].
- Spitalizarea în secțiile de terapie intensivă și reanimare a pacienților cu Schizofrenie la prezența semnelor de pericol vital (decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: catatonie febrilă, sindromul neuroleptic malign, refuzul de durată al alimentației, cu consecințe grave (dismetabolice, cașexie etc.) pentru statutul somatic (negativism în cadrul schizofreniei catatone) sau stări grave după tentativele de suicid [21].
- Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun, ceea ce oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental) [20].
- Externarea are loc în baza deciziei psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM [6, 12].
- Extrasul obligatoriu va conține: diagnosticul exact detaliat; rezultatele investigațiilor efectuate; recomandările explicite pentru pacient, programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală, recomandările pentru medicul de familie.
- Prevenirea recidivelor prin supravegherea clinică și monitorizarea sănătății fizice [18].
- Pacienții cu schizofrenie 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, ulterior 1 dată în lună începând cu luna a 6-a până la sfârșitul anului; după perioada menționată, pacientul este consultat – la necesitate [6].

- Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în caz de PEP sau Sch prin recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei, precum și includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului [18, 21].

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMU	Asistența Medicală Urgentă
BVC	Lista de verificare pentru violență după Brøset
CCSM	Centrul Comunitar De Sănătate Mintală
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
ECSM	Echipele comunitare de sănătate mintală
HoNOS	Scală de evaluare a funcționării medicale și sociale a persoanelor cu boli psihice severe.
MANSA	Scală de evaluare a calității vieții (The Manchester Short Assessment Of Quality Of Life)
MS	Ministerul Sănătății
PANSS	Scala Sindroamelor Pozitive și Negative
PCC	Psihoterapie cognitiv-comportamentală
PEP	Primul Episod Psihotic
PSYRATS	Scala de evaluare a Simptomelor Psihotice
QLS	Scala Calității Vieții
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
RUÎDP	Risc ultra-înalt de dezvoltare a psihozei
Sch	Schizofrenia
SIA	Suport individual pentru angajare
SMT	Stimulare magnetică transcraniană
TC	Tomografie computerizată
TEC	Terapie electro-convulsivă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală, cu suportul proiectului moldo-elvețian MENSANA - “Suport pentru Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Moldova”, implementat de către Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții, Olanda), în parteneriat cu Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală (România).

Protocolul clinic este elaborat în baza sumarului următoarelor documente: a) a summary of the NICE guideline Psychosis and schizophrenia (2019); b) DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, American Psychiatric Association, 2016, Ediția: 5, c) a quality assessment (QUARTS) based on the Dutch Multidisciplinary guideline Schizophrenia (2013); și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS, pentru

monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. DIAGNOSTICUL SCHIZOFRENIA (PERSOANE ADULTE)

Exemple de diagnostic clinic:

1. Schizofrenie, formă paranoidă, evoluție progredientă în accese. Sindrom halucinator-paranoid.
2. Schizofrenie, formă catatonă, evoluție remitentă. Sindrom catatono-oneiroid.
3. Schizofrenie, formă simplă, cu evoluție continuu progredientă. Sindrom apato-abulic.
4. Tulburare psihotică polimorfă acută, cu simptome de schizofrenie. Sindrom paranoid.

A.2. CODUL BOLII (CIM 10): F20.0 – F20.9 ȘI F23.0 – F23.9

A.3. UTILIZATORII

1. oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
2. centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
3. centrele de sănătate (medici de familie);
4. secții de psihiatrie în spitalele de profil general (municipale, raionale);
5. spitalele de psihiatrie (medici psihiatru, medici rezidenți);
6. centrele medicinei de urgență (medici ai serviciului urgență);
7. centrele de intervenție în criză (medici psihiatru, psihoterapeuți, toxico-reanimatologi, reanimatologi, psihologi, asistente medicale).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. SCOPUL PROTOCOLULUI

1. Facilitarea procesului de diagnostic al schizofreniei.
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și calității vieții pacientului cu schizofrenie.
3. Depistarea precoce a pacienților cu debut lent, insidios al schizofreniei.
4. Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării datorate efectului dezadaptativ în aspect social al instituționalizării pacienților cu schizofrenie.

A.5. ELABORAT (ANUL): 2020

A.6. REVIZUIRE (ANUL): 2024

A.7. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CE AU PARTICIPAT LA ELABORARE. RECENZENȚII. STRUCTURILE UNDE PROTOCOLUL A FOST DISCUTAT ȘI APROBAT.

Numele	Funcția
Anatol Nacu	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și

Numele	Funcția
	Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Oprea	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asistent universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea Psihiatrilor și Narcologilor din Republica Moldova	
Asociația medicilor de familie	
Comisia republicană științifico-metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Schizofrenia (gr. schizein „a scinda”, phren „minte, suflet”): boală mintală din categoria psihozelor endogene. Caracteristică este apariția unor manifestări psihopatologice majore, cum sunt **simptomele pozitive (plus-simptome)**: stări delirante sau/și halucinațiile și **simptomele negative (minus-simptome)**: lipsa inițiativei, apatia, aplatizarea emoțională, izolarea socială ș.a. **Recomandabil** nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Valabilitatea conceptului de schizofrenie este controversat. "Schizofrenia" și celelalte diagnostice de tulburări psihotice nu sunt boli separate cu un fenotip specific, sau o anumită etiologie. La nivelul fenomenologiei, există linie de tranziție între schizofrenie și tulburarea bipolară; schizofrenie și normalitate. La nivelul etiologiei s-a stabilit că genele care cresc riscul de schizofrenie cresc riscul de alte tulburări psihotice și tulburare bipolară. Schizofrenia ca termen seamănă, de asemenea, confuzie, deoarece mulți oameni cred că se referă la o

personalitate împărțită. Van Os și autorii au rezumat aceste probleme și a prezentat o propunere pentru un termen mai acceptabil: sindromul proeminențelor.^{29, 30.}

A.9. INFORMAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ

- Prevalența schizofreniei pe tot parcursul vieții este de aproximativ 0,3-0,7% dar au fost raportate variații în funcție de rasă/etnie, țară și origine geografică în cazul emigranților și copiilor acestora.
- Raportul pe sexe diferă în funcție de eșantion și populație: s-a obținut o rată a incidenței mai mare la bărbați în cazul când s-a pus accentul pe simptomele negative și durată mai lungă a tulburării psihice (asociate cu un pronostic mai rezervat).
- Raportul pe sexe arată un risc echivalent în cazurile includerii unui număr mai mare de simptome afective și a manifestărilor clinice cu durată scurtă (asociate cu pronostic mai bun).
- Vârsta critică de instalare a schizofreniei este - 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 și pronosticul schizofreniei sunt în mare măsură neexplicate, motiv pentru care nu pot fi prezise cu exactitate. Evoluția pare a fi favorabilă în aproape 20% din cazurile de schizofrenie, iar un număr mic dintre indivizi prezintă remisiune completă.
- Majoritatea indivizilor cu schizofrenie necesită suport instituțional și neinstituțional permanent având evoluție cronică a bolii cu exacerbări și remisiuni ale simptomelor afective, în timp ce la alții boala are evoluție cu deteriorare progresivă.
- Vârsta tânără de debut a schizofreniei determină o probabilitate mai mare de evoluție malignă continuă cu prezentarea de tulburări și psihopatologie emoțional comportamentală nespecifice, alterări ale intelectului și limbajului precum și retard motor subtil.^{8.}

Nota: Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 - 371 cazuri, adică 10,45 la 100 000 populație. Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2019 - 463 cazuri, adică 13,05 la 100 000 populație. Prevalența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 – 13 229, cu indicatorul 372,73 la 100 000 populație, pentru 2019 - 13 243, cu indicatorul 373,13 la 100 000 populație.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară.	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea persoanelor cu risc înalt și a semnelor prodromale ce permit suspectarea schizofreniei. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Educația privind psihoza și schizofrenia (Anexa 1, Anexa 2). Descurajarea consumului de droguri (C.1.2).
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și detectarea Primului episod psihotic (PEP), acutizarea schizofreniei, precum și RUÎDP, RUÎ	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea PEP la persoanele din grupul de risc. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (C.2.3.1). Examenul fizic. Trimiterea la CCSM (Caseta 16)
3. Tratamentul		
3.1. Referire pentru tratament.		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Trimiterea la CCSM (Caseta 16).
4. Supravegherea clinică	<ul style="list-style-type: none"> Prevenirea recidivelor. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Monitorizarea sănătății fizice. Trimiterea la CCSM (Caseta 16).

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Suspectarea și detectarea Primului episod psihotic (PEP), acutizarea schizofreniei	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea PEP la persoanele din grupul de risc. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (C.2.3.1). Examenul fizic. Trimiterea la CCSM, spitalizare (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 16.)
2. Tratamentul		
2.1. Oferirea de tratament.	<ul style="list-style-type: none"> Gestionarea crizei 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Intervenții în caz de urgență (0, Tabelul 3)
2.2. Referire pentru tratament.	<ul style="list-style-type: none"> Necesitatea în asistență specializată 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Trimiterea la CCSM, spitalizare (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 16.)

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ)		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
1.1 Confirmarea diagnosticului de schizofrenie sau PEP, precum și RUÎDP, RUÎ.	<ul style="list-style-type: none"> Nu există simptome patognomice pentru schizofrenie. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluare multidisciplinară (Caseta 6).

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ)

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1.2 Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală.	<ul style="list-style-type: none"> • <u>La prezentarea simptomelor psihotice (ușoare)</u> se aplică un scurt chestionar de auto-evaluare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea Chestionarului Prodromal, versiunea cu 16 item-uri (PQ-16) (Anexa 4).
1.3 Selectarea tipului de intervenție.	<ul style="list-style-type: none"> • Intervențiile adecvate sunt posibile în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice a persoanei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea etapei și tipului de îngrijire (Tabelul 3).
2. Tratamentul		
2.1 Tratament biologic.	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiu în rezultatul administrării antipsihoticelor (generația 2, în doze mici: echivalentul a 1-4 mg de haloperidol). 	<ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacientului despre tulburarea de care suferă și decizia luată de comun acord referitor la necesitatea inițierii tratamentului (Anexa 1, Anexa 2). • Tratament farmacologic în dependență de etapa psihozei (Tabelul 3, Anexa 8, Anexa 9, Anexa 10, Anexa 11, Anexa 12, Anexa 13, Anexa 14, Anexa 15).
2.2 Tratament psihologic.	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale). 	<ul style="list-style-type: none"> • Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (Caseta 17, Caseta 18), terapie cognitiv-comportamentală (Caseta 19), terapie vocațională, ocupațională și profesională (Caseta 33), activități de reintegrare în comunitate (Caseta 31), recuperare profesională (Caseta 34), grupurile de suport de la egal-la-egal (Caseta 32).
3. Supravegherea clinică continuă	<ul style="list-style-type: none"> • Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă cu ECSM, inclusiv după depășirea stării de criză. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor respectând recomandările (Caseta 24, Caseta 25, Caseta 26, Caseta 27).
4. Reabilitarea	<ul style="list-style-type: none"> • Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în caz de PEP sau Sch oferă beneficii. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei; includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (Caseta 28, Caseta 29, Caseta 30, Caseta 31, Caseta 32, Caseta 33, Caseta 34).

**B.4. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SECȚIILE DE PROFIL
PSIHIATRIC ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE, UPU**

Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, în caz că predomină simptomatologia psihotică și siguranța limitată, precum și pericolul persoanei după primul episod cu eșec la nivelul etapelor anterioare. 	<ul style="list-style-type: none"> Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 15, Caseta 16).
2. Diagnosticul	<ul style="list-style-type: none"> În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma Sch sau PEP. 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza. Evaluarea simptomelor. Examenul de laborator. Efectuarea diagnosticului diferențial. Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (Caseta 6).
3. Tratamentul	<ul style="list-style-type: none"> În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului se acordă măsurile necesare de tratament în condiții de staționar (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 15, Caseta 16).
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none"> Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental). 	<ul style="list-style-type: none"> Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (Caseta 16). <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul exact detaliat. Rezultatele investigațiilor efectuate. Recomandările explicite pentru pacient. Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală. Recomandările pentru medicul de familie.

B.5. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ

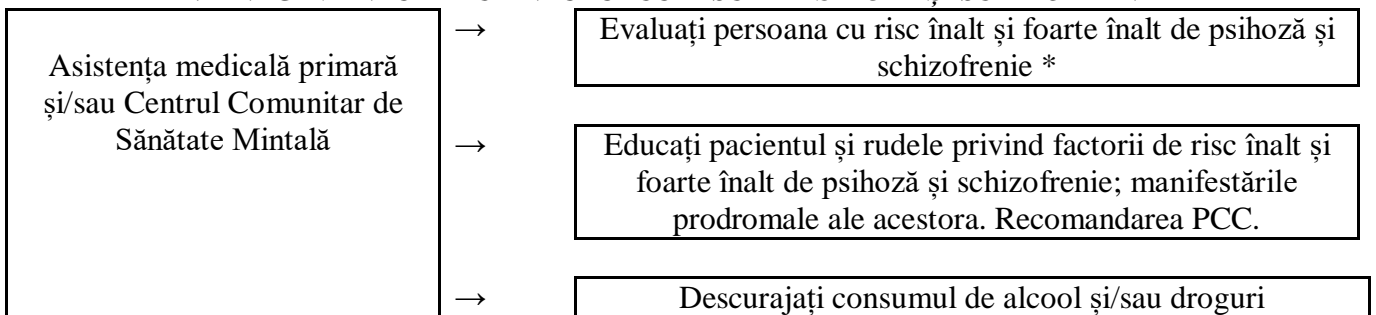
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none">• Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, în caz că predomină simptomatologia psihotică și siguranța limitată, precum și pericolul persoanei după primul episod cu eșec la nivelul etapelor anterioare.	<ul style="list-style-type: none">• Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM• Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 15, Caseta 16).
2. Diagnosticul	<ul style="list-style-type: none">• În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma Sch sau PEP.	<ul style="list-style-type: none">• Anamneza.• Evaluarea simptomelor.• Examenul de laborator.• Efectuarea diagnosticului diferențial.• Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (Caseta 6).
3. Tratamentul	<ul style="list-style-type: none">• În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie	<ul style="list-style-type: none">• Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului se acordă măsurile necesare de tratament în condiții de staționar (Caseta 13, Caseta 14, Caseta 15, Caseta 16).
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none">• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).	<ul style="list-style-type: none">• Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (Caseta 16). <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticul exact detaliat.• Rezultatele investigațiilor efectuate.• Recomandările explicite pentru pacient.• Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală.• Recomandările pentru medicul de familie.

C. CONDUITA

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. ALGORITMUL GENERAL DE CONDUITĂ AL PACIENTULUI -

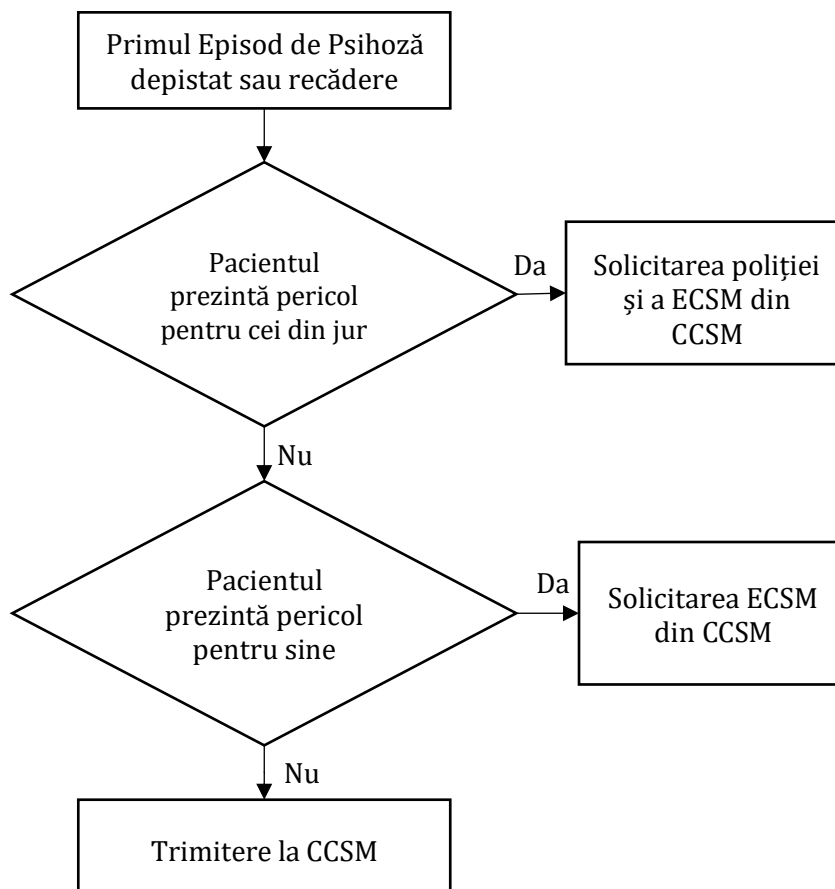
MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU RISC DE PSIHOZĂ ȘI SCHIZOFRENIE



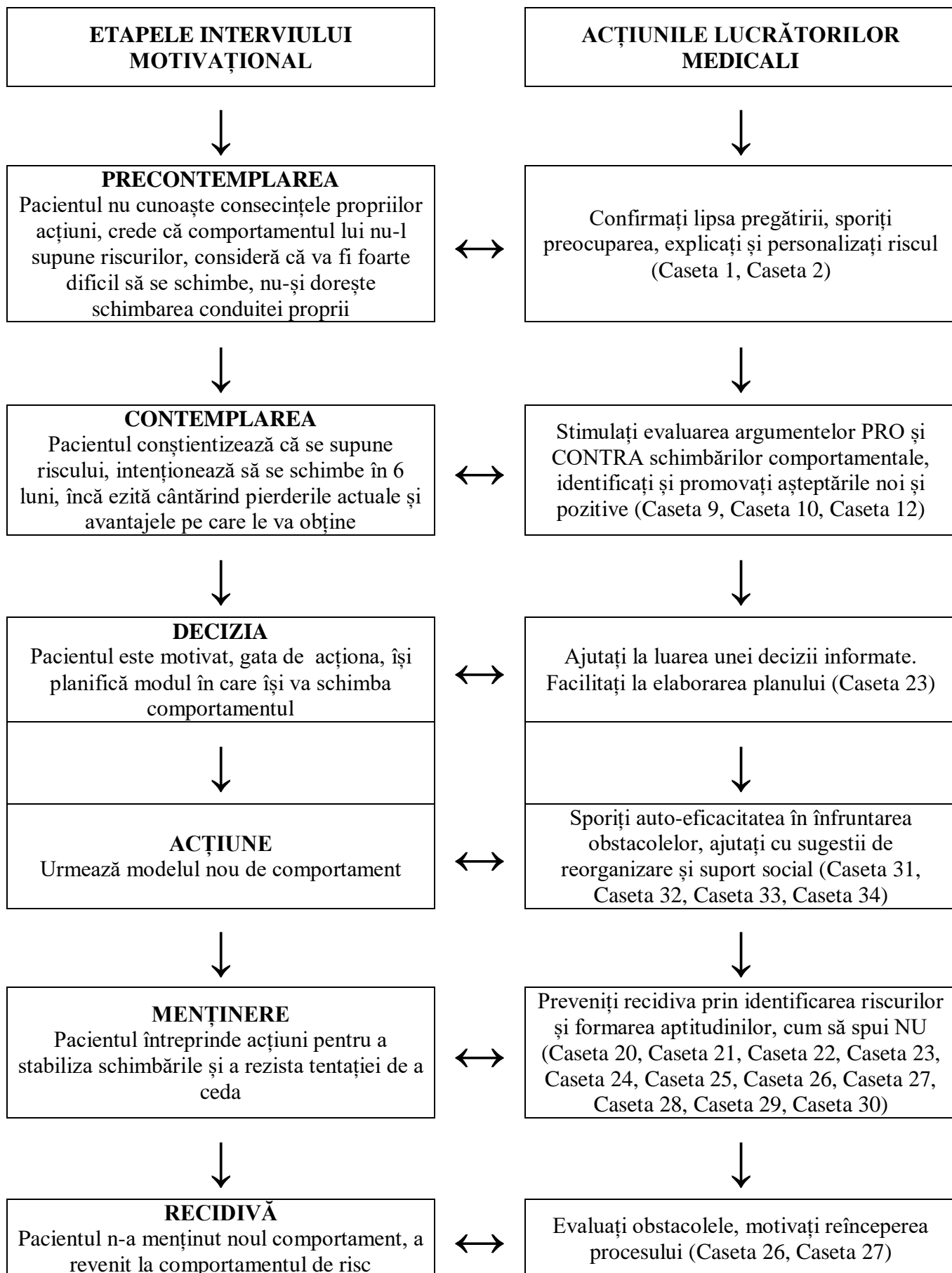
* Gradarea riscului de psihoză / schizofrenie

Risc înalt: rudă de gradul întâi cu psihoză / schizofrenie, care nu prezintă simptome sau are simptome ușoare

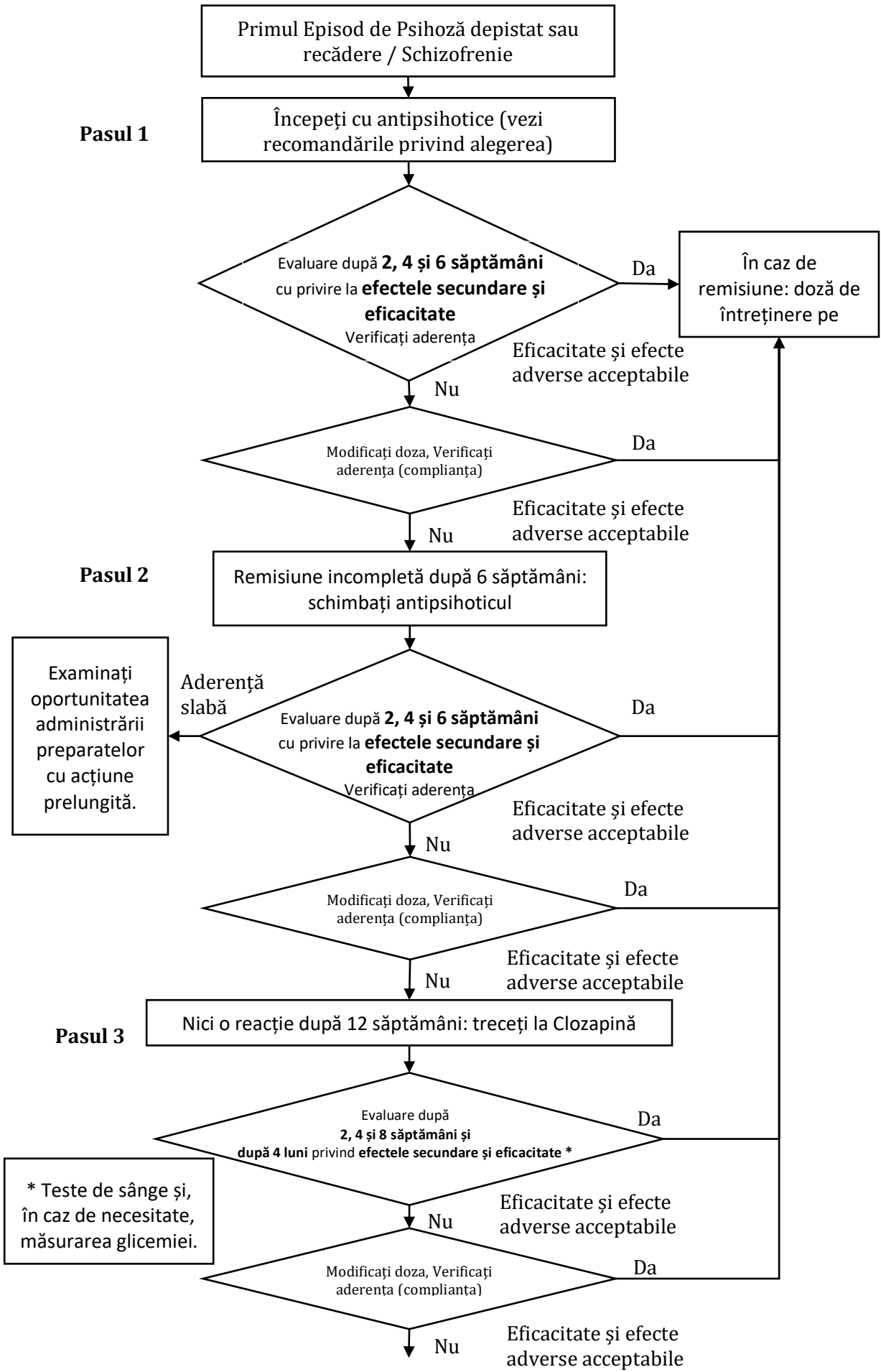
Risc Foarte Înalt de dezvoltare a psihozei: la fel ca și în cazul riscului înalt, asociat cu: simptome pozitive de nivel subclinic, probleme cognitive moderate, posibil, comportament de solicitare a ajutorului

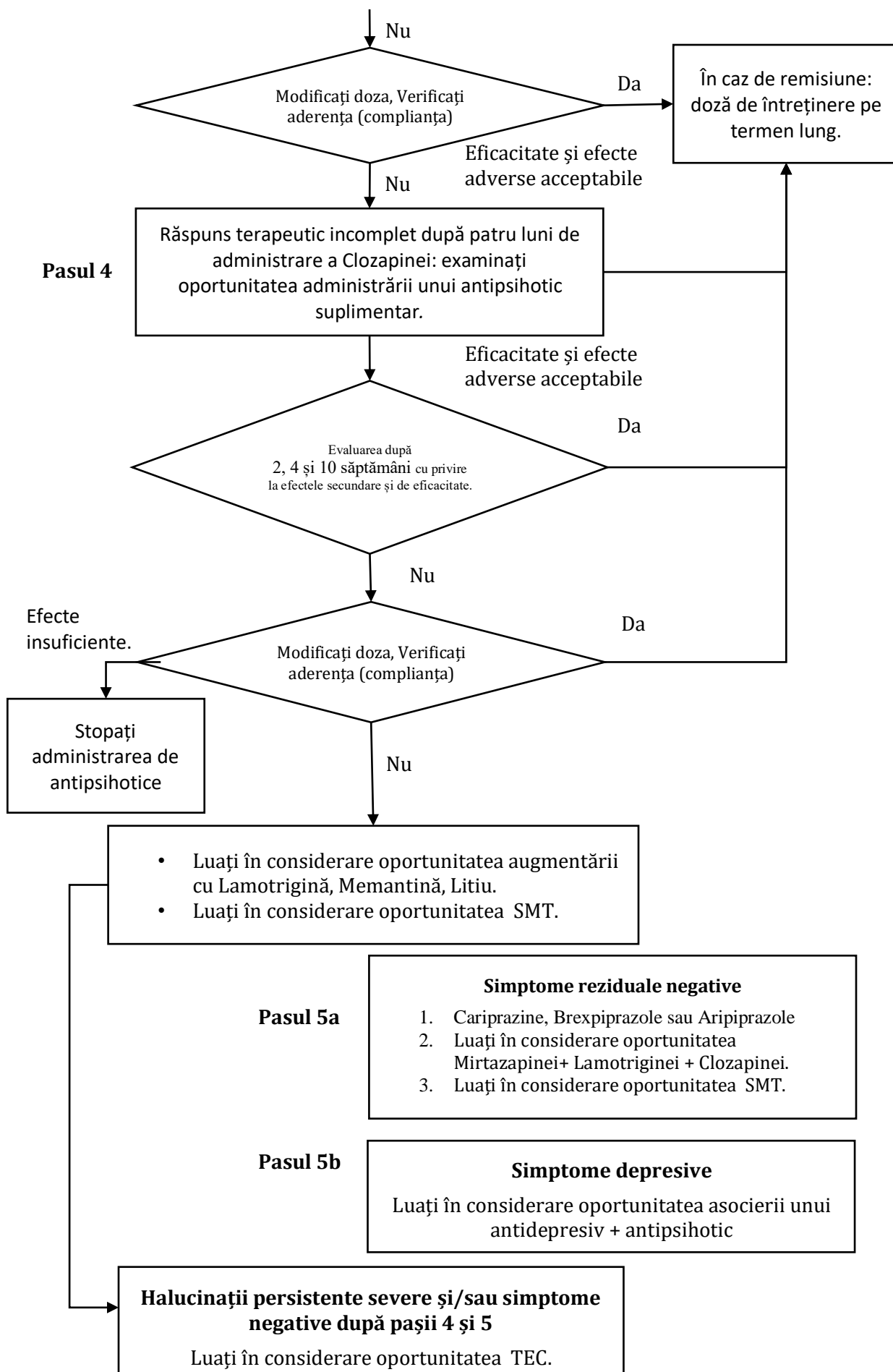


C.1.2. ALGORITMUL INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL



C.1.1. ALGORITMUL TERAPIEI MEDICAMENTOASE





C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. CLASIFICAREA CLINICĂ

Tabelul 1 Clasificarea Schizofreniei și a Psihozei ^{8., 10.}

	ICD-10	DSM-5
Forma nosologică și codul clasificării	F 20 Schizofrenia F 20.0 Schizofrenie paranoidă F 20.1 Schizofrenie hebefrenă F 20.2 Schizofrenie catatonă F 20.3 Schizofrenie nediferențiată F 20.4 Depresie postschizofrenă F 20.5 Schizofrenie reziduală F 20.6 Schizofrenie forma simplă F 20.8 Altă Schizofrenie F 20.9 Schizofrenie nespecificată (ori nediferențiată)	295.90 Schizofrenia Primul episod, episod actual acut Primul episod, actual în remisiune parțială Primul episod, actual în remisiune completă Episoade multiple, în episod actual acut Episoade multiple, actual în remisiune parțială Episoade multiple, actual în remisiune completă Continuu (criteriile de diagnostic se mențin pe aproape întreg parcursul bolii. Nespecificat (a se specifica dacă cu catatonie)
Tipul de evoluție	Evoluția tulburărilor schizofrenice poate fi și continuă și episodică cu un deficit progresiv sau stabil sau pot exista unul sau mai multe episoade cu remisiune completă sau incompletă. Specificații privind evoluția se vor utiliza numai după o perioadă de un an de evoluție a tulburării și doar dacă nu intră în contradicție cu criteriile privind evoluția. (DSM-5)	
Complicațiile	Sindrom catatonic malign, sindrom neuroleptic malign, comportament suicidar, tulburări de alimentație.	
Forma nosologică și codul clasificării	F 23 Tulburări psihotice acute și tranzitorii F 23.0 Tulburare psihotică polimorfă acută, fără simptome de schizofrenie. F 23.1 Tulburare psihotică acută cu simptome de schizofrenie. F 23.2 Tulburare psihotică acută asemănătoare schizofreniei. F 23.3 Alte tulburări psihotice acute predominant delirante. F 23.8 Alte tulburări psihotice acute și tranzitorii. F 23.9 Tulburare psihotică acută și tranzitorie, nespecificată.	298.8 Tulburarea psihotică scurtă Cu factor de stres major (psihoza reactivă scurtă) Fără factor de stres major Cu debut postpartum A se specifica dacă cu catatonie

C.2.2. PROFILAXIA

C.2.2.1. FACTORII DE RISC

Caseta 1 Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea Schizofreniei^{12, 28.}

- Nașterea la sfârșitul iernii/începutul primăverii în anumite regiuni, iar vara incidența mai mare cu formele deficitare ale bolii.
- Copiii care au crescut în mediul urban,
- Anumite grupuri de minorități etnice,
- Împrejurări negative prenatale și perinatale, reprezentate de stres, infecții, malnutriție, diabetul mamei și alte afecțiuni medicale^{8.}
- Riscul genetic (rude de gradul întâi cu Schizofrenie 6-17%, 40-48% pentru fratele sau sora geamănă, pentru pacienții cu sindrom 22q11 depleție (aproximativ 25%)^{5.}
- Genul masculin^{1.}
- Intelect redus^{7.}
- Vârsta parentală (tată mai în vârstă de 50 ani)
- Gestanță în suferință (foamete, în doliu, cu infecții antenatale ș.a.)
- Nașterea copilului nedorit^{2.}
- 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)^{3.}
- Utilizarea cannabisului în anamneză^{9.}
- Emigrarea (atât prima generație cât și copiii emigranților)^{4.}

Caseta 2 Recunoașterea grupului cu risc ultra-înalt (RUÎ) de dezvoltare al psihozei

RUÎDP^{18.} prezintă:

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

Scopul identificării grupului RUÎDP:

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

Caseta 3 Tratarea (Managementul) persoanelor cu RUÎDP de dezvoltare a psihozei

- Nu oferiți medicamente antipsihotice:
 - În caz de simptome psihotice sau schimbări ale stării mintale care nu sunt suficiente pentru diagnosticarea psihozei sau a schizofreniei, sau
- În scopul reducerii riscului de psihoză.
 - Dacă o persoană se consideră a fi în situație de risc înalt de dezvoltare al psihozei: aplicați o terapie cognitiv-comportamentală individuală (PCC) cu sau fără intervenția familiei, în scopul reducerii riscului de psihoză.

C.2.2.2. SCREENING-UL

Caseta 4 Recomandări generale cu privire la profilaxia Schizofreniei și a Psihozei

- 1. Profilaxia primară** are ca scop: depistarea și îndepărtarea unor factori de risc din mediul înconjurător, care sunt cunoscute că produc îmbolnăvirea și se realizează prin screening-urile care se fac în populație.²⁶
 - Screening-ul populației la simptome psihotice ușoare, cu scopul detectării timpurii și intervenției precoce NU este recomandat (Olanda, 2013).
- 2. Profilaxia secundară** are scopul de a depista boala în stadiul precoce, de a reduce durata bolii, de a preveni complicațiile și recidivele și se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată.
 - Se recomandă screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar de auto-evaluare, preferabil Chestionarul Prodromal, versiunea cu 16 item-uri (PQ-16) (Olanda, 2013) – vezi Anexa 4.
- 3. Profilaxia terțiară** are scopul de a recupera și a readapta pacientul ajuns într-o stare avansată de boală și reintegrarea lui în familie, la locul de muncă, în societate.
 - Se recomandă ca după remiterea simptomelor psihotice să se efectueze împreună cu pacientul un profil individual al riscului de recidivă, în baza simptomelor de înaintea primei psihoze și a factorilor de risc pentru recidiva psihotică, în special semnele de avertizare precoce. Dacă pacientul nu este motivat să facă acest lucru, se propune de a elabora un asemenea profil împreună cu colegii din echipa multidisciplinară în colaborare cu familia.
 - Se recomandă cu insistență de a nu înceta intervențiile după întreruperea administrării medicamentelor. Oferiți oportunități ușor accesibile de contactare a clinicienilor în primii cinci ani după remiterea psihozei.
 - restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale;
 - de asigurat bolnavului: condiții igienice generale bune, un regim individual, cu excluderea pe cât este posibil a supraefortului mental și a stresurilor psihoemoționale;
 - pentru profilaxia maximă, pacientul trebuie să fie încadrat în regim de lucru și odihnă rațional;

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 5. Pașii obligatorii în examinarea pacientului cu Schizofrenie

- **Examene de bază:**
 - ✓ examenul clinic psihiatric și somatic, neurologic complet;
 - ✓ obținerea informației din surse suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
 - ✓ examenul paraclinic.
- **Examene suplimentare:**
 - ✓ examenul psihologic;
 - ✓ consultul medical.

Caseta 6. Evaluarea multidisciplinară a pacientului cu simptome psihotice

- Efectuarea unei evaluări multi-disciplinare comprehensive a persoanelor cu simptome psihotice în cadrul asistenței comunitare de sănătate mintală. Aceasta include evaluarea persoanelor cu psihoză sau schizofrenie de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursă. Evaluarea trebuie să acopere următoarele domenii:
 - psihiatric (probleme de sănătate mintală, risc de vătămare a propriei persoane sau a altor persoane, consum de alcool și istorie de consum de droguri prescrise și ne-prescrise, precum

și domenii forte, talente și scopuri de viață).

- utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică.
- utilizați scelele recomandate ca *standard de aur* ce evaluează ariile importante ale schizofreniei: Scala Sindroamelor Pozitive și Negative (PANSS), Scala de evaluare a Simptomelor Psihotice (PSYRATS), Scala Manchester de Evaluare Scurtă a Calității Vieții (MANSA), HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) – vezi Anexa 3, Anexa 5, Anexa 6, Anexa 7)
- lucrați cu diagnosticul categorial și dimensional (vezi mai jos)
 - medical, inclusiv istoria medicală și examinarea fizică completă în vederea identificării bolilor fizice (inclusiv tulburări cerebrale organice) și tratamentelor medicamentoase prescrise care pot induce stări psihotice.
 - sănătatea fizică și bunăstarea (inclusiv, masa corporală, fumatul, nutriția, activitatea fizică și sănătatea sexuală).
 - psihologic și psihosocial, inclusiv rețelele sociale, relațiile și istoricul de traume precum și domenii forte, talente și scopuri de viață.
 - particularitățile dezvoltării persoanei (dezvoltarea și abilitățile sociale, cognitive și motorii, inclusiv condițiile coexistente de neuro-dezvoltare).
 - statutul social (loc de trai, cultură, etnie, activități de divertisment și recreaționale, responsabilități față de un copil sau în calitate de îngrijitor).
 - ocupational și educațional (frecventarea unui colegiu, nivel de studii, activitate de muncă și activități cotidiene).
 - calitatea vieții, situația economică ¹⁸. [modificat în 2019]

C.2.3.1. ANAMNEZA

Caseta 7 Recomandări pentru culegerea anamnezei la pacienții cu simptome psihotice și Schizofrenie

- Ereditatea (rude cu tulburări psihice).
- Depistarea semnelor

A. Funcționarea generală. Nivelul de funcționare al bolnavului este în declin sau nu corespunde nivelului necesar pentru a face față cerințelor (familiale, sociale etc.) cotidiene. Prezența familiei și a rudelor. Nivelul de comunicare cu familia și comunitatea. Vocațiile și profesiunea, părțile tari și hobby-urile persoanei. Sursele financiare și acomodarea.

B. Conținutul gândirii. Anormal (de ex., deliruri, idei de referință, sărăcie a conținutului).

C. Forma gândirii. Ilogică (de ex., deraieri, slăbire a asociațiilor, incoerență, circumstanțialitate, tangențialitate, hiperinclusivitate, neologisme, blocări, ecolalie – toate satisfăcând criteriile pentru tulburarea gândirii).

D. Percepția. Distorsionată (de ex., halucinații (de regulă, pseudo-): vizuale, olfactive, tactile și, cel mai frecvent, auditive).

E. Afect. Anormal (de ex., plat, tocit, nătâng/caraghios, labil, inadecvat).

F. Simțământul sinelui (perceperea de sine). Deficitar (de ex., pierderea limitelor ego-ului, neclaritate în legătură cu genul, incapacitate de a distinge realitatea internă de cea externă, fuga de realitate în propriile imaginații distorsionate).

G. Voința. Afectată (de ex., pulsioni sau motivații inadecvate și ambivalență marcată).

H. Funcționarea interpersonală. Deficitară (de ex., retragere socială și detașare emoțională, agresivitate, inadecvare sexuală).

I. Comportamentul psihomotor. Anormal sau modificat (de ex., agitație sau retragere, grimase,

posturare, ritualuri, catatonie, bizarerii comportamentale).

J. Cognația. Afectată (de ex., concretețe, inatenție, procesare alterată a informației).

C.2.3.2. MANIFESTĂRI CLINICE

Caseta 8 Criterii evidențiate pentru diagnosticul schizofreniei ^{8.,10.}

ICD-10	DSM-5
<p>Simptome de rangul întâi</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ecoul gândirii, inserția sau furtul gândirii · Idei delirante de control, influență sau pasivitate · Halucinații auditive în comentariu continuu despre comportamentul subiectului · Idei delirante persistente care sunt cultural inadecvate și complet imposibile · Întreruperi sau alterări prin interpolare în cursul gândirii, din care rezultă incoerență, vorbire irelevantă sau neologisme · Extragerea gândurilor și alte trăiri de influențare a gândirii · Transmiterea (non-verbală – telepatică, în mod neobișnuit) gândurilor · Toate celelalte trăiri care implică voință, afecte și impulsuri „făcute“ <p>Simptome de rangul doi</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alte tulburări de percepție · Idei delirante bruște · Perplexitate · Modificări dispoziționale - depresive sau euforice · Sentimentul de sărăcire emoțională și altele. 	<p>Simptome de rangul întâi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idei delirante 2. Halucinații 3. Vorbire dezorganizată (deraiere sau incoerență frecvente) 4. Comportament motor intens dezorganizat sau catatonic 5. Simptome negative (diminuarea exprimării emoțiilor sau avoliție) <p>Simptome de rangul doi</p> <ul style="list-style-type: none"> · Alte tulburări de percepție · Simptomatică catatonică · Tulburări afective (depresie, euforie) · Retragere socială

Caseta 9 Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu Schizofrenie

- Lipsa discernământului față de boala sa – 97%.
- Halucinațiile auditive – 74%.
- Voci, care se adresează pacientului – 70%.
- Suspiciunea – 66%.
- Diminuarea afectivității – 66%.
- Ideile delirante de persecuție – 62%.
- Ideile delirante de influență – 50%.

Simptome Pozitive (plus simptome)	Simptome negative (minus simptome)
<p>Ideii delirante Halucinații Comportament dezorganizat</p>	<p>Aplatizare afectivă Alogie Avoliție Anhedonie Autism</p>

Cele mai frecvente modele de comportament la pacienții cu Schizofrenie

- Izolarea socială – 74%

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

Caseta 10 CONTEXT ISTORIC - CRITERII SIMPTOMATOLOGICE A SCHIZOFRENIEI

<p>Criterii simptomatologice evidențiate de Eugen Bleuler</p> <p><i>Tulburări bazale sau fundamentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tulburări formale ale gândirii - A • Tulburări ale afectului - A • Tulburări ale trăirii subiective de sine • Tulburări ale voinței și comportamentului • Ambivalență - A • Autism – A <p><i>Simptome accesorii</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tulburări de percepție (halucinații) • Deliruri • Anumite tulburări de memorie • Modificare a personalității • Modificări ale vorbirii și scrisului • Simptome somatice • Simptome catatonice • Sindrom acut (cum ar fi: stările de melancolie, manie, catatonie și altele). <p><i>A- Cei patru A ai lui Bleuler: asocieri, afect, ambivalență, autism.</i></p>	<p>Criterii evidențiate de Kurt Schneider - simptome de rangul întâi și doi</p> <p><i>Simptome de rangul întâi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonorizarea gândirii • Voci care se ceartă sau discută • Voci care comentează • Trăiri de pasivitate somatică • Extragerea gândurilor și alte trăiri de influențare a gândirii • Transmiterea (non-verbală – telepatică, în mod neobișnuit) gândurilor • Percepții delirante • Toate celelalte trăiri care implică voință, afecte și impulsuri „făcute“ <p><i>Simptome de rangul doi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alte tulburări de percepție • Idei delirante bruște • Perplexitate • Modificări dispoziționale - depresive sau euforice • Sentimentul de sărăcire emoțională și altele.
--	---

C.2.3.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

Caseta 11 Investigații de laborator și teste psihologice

- A. EEG.** Majoritatea pacienților cu schizofrenie au traseu EEG normal, dar la unii se constată descreșterea activității alfa și creșterea activităților teta și delta, tulburări paroxistice și creșterea sensibilității la efectuarea procedurilor de activare (de ex., la deprivarea de somn, reținerea respirației). S-a arătat că pacienții cu psihoze de spectru schizofrenie au un risc crescut de mortalitate cardiovasculară ^{23, 25}.
- B. Investigații endocrinologice.** La unii pacienți nivelurile hormonului luteinizant (LH) și ale hormonului stimulant al foliculilor sunt reduse; scăderea eliberării de prolactină și hormonului de creștere după stimularea cu hormoni eliberatori de gonadotropină sau tireotropină. Posibil ca riscul de sindrom metabolic este de 3 - 4 ori mai mare la pacienții cu schizofrenie decât la persoanele sănătoase.²²
- C. Teste neuropsihologice.** Testul apercceptiv tematic și testul Rorschach relevă, de obicei, răspunsuri bizare. În comparație cu părinții unor persoane normale (de control), părinții bolnavilor cu schizofrenie manifestă devieri mai mari față de normal la testele proiective (ceea ce poate fi o

consecință a contactului cu membrul schizofrenic al familiei). La aproximativ 20–35% din bolnavi, Bateria Halstead–Reitan evidențiază afectarea atenției și inteligenței, descreșterea timpului de reținere a informațiilor propuse pentru a fi memorate și perturbarea abilității de rezolvare a problemelor. Bolnavii cu schizofrenie au coeficienți de inteligență (IQ) mai mici, în comparație cu pacienții care au alte boli, dar gama de valori ale scorurilor IQ este largă. Declinul IQ are loc odată cu progresiunea bolii.

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAT (OBLIGATORIU)

Tabelul 2 Diagnosticul diferențial al stărilor morbide care se manifestă cu simptome similare Schizofreniei

	<i>Etiologia</i>	<i>Starea prodromală</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosibiri, vizând manifestările clinice</i>	<i>Durata psihozei</i>	<i>Markeri „paraclinici” specifici</i>	<i>Nivelul intelectual până la declanșare</i>	<i>Conștiența</i>
<i>Psihoza indusă de substanțe psihoactive</i>	intoxicație cu alcool, droguri	în anamneză – date care confirmă abuzul de alcool, droguri	acut	tulburări de conștiență	ore, zile	concentrația sangvină a alcoolului	diferit	afectată
<i>Psihoza epileptică</i>	diferită	în anamneză – date care confirmă paroxismele epileptice (convulsive / non-convulsive)	acut sau lent	patern paroxistic	zile, luni	schimbări specifice pe traiecul electroencefalografic (EEG)	semne de diminuare a nivelului intelectual	afectată
<i>Psihoza involutivă</i>	schimbări organice ale creierului, în primul rând vasculare	în anamneză – date care confirmă tulburările de comportament, nivel moderat	insidios	tulburările de percepție care vizează habitul	luni	hipercolesterolemie	semne de scădere a nivelului intelectual	afectată sau păstrată
<i>Psihoza în demențe de tip atrofic</i>	boala Alzheimer, Pick etc.	în anamneză – date care confirmă tulburările cognitive și comportamentale, care s-au instalat treptat	acut sau insidios	afectarea memoriei și a funcțiilor cognitive	luni	modificări atrofice cerebrale, depistate prin TC și RMN	se evidențiază diminuarea nivelului intelectual	afectată sau păstrată
<i>Tulburările delirante</i>	necunoscută	în anamneză – date care confirmă prezența modificărilor caracteriale de tip paranoid, anankast	acut	idei de supravaloare și delirante fără tulburări de percepție	luni	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată
<i>Tulburare de personalitate schizoidă</i>	diferită: organică și nonorganică	în anamneză – date care confirmă prezența modificărilor caracteriale de tip schizotipal	acut	absența simptomelor „pozitive”	ore, zile	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată

	<i>Etiologia</i>	<i>Starea prodromală</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosibiri, vizând manifestările clinice</i>	<i>Durata psihozei</i>	<i>Markeri „paraclinici” specifici</i>	<i>Nivelul intelectual până la declanșare</i>	<i>Conștiința</i>
<i>Tulburare de personalitate histrionică</i>	diferită: organică și nonorganică	în anamneză – date care confirmă prezența modificărilor caracteriale de tip histrionic	acut	acutizarea pe fondal stresogen	ore, zile	nu sunt atestați	poate fi intact	afectată sau păstrată
<i>Simularea</i>	psihogenă	se poate de presupus existența problemelor habituale, juridice etc.	în funcție de scopul persoanei	discordanța semnelor	ore, zile, ani	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată
<i>Reacții psihogene (psihoza reactivă)</i>	psihogenă	evenimente catastrofice, dramatice în viața personală	acut	acutizarea pe fondal stresogen	ore, zile, luni	majorarea nivelului de adrenalină	poate fi intact	Uneori afectată
<i>Nvrozele</i>	psihogenă	evenimente nefavorabile, malefice, de durată în viața personală	lent, insidios	se păstrează discernământul critic	ore, zile	nu sunt atestați	poate fi intact	păstrată
<i>Psihoza afectivă bipolară</i>	endogenă	în anamneză – date care confirmă schimbările emoționale pozitive sau/și negative pronunțate	acut	corelația (prezentă sau absentă) tulburărilor de gândire și de percepție și fundalul emoțional al pacientului	zile, luni	schimbarea nivelului de neuromediatorii (dopamină, serotonină, noradrenalină)	poate fi intact	păstrată
<i>Psihoze somatogene</i>	tulburări somatice	în anamneză – date care confirmă prezența bolilor somatice însoțite de endointoxicație	diferit	tulburările de gândire și percepție apar pe fondalul de conștiinței perturbate	ore, zile, luni	prezența endotoxinelor în funcție de patologia somatică	poate fi diferit	afectată

C.2.3.5. *PROGNOSTICUL (LA NECESITATE)*

Pe termen scurt – relativ favorabil, ținând cont de ameliorarea funcționalității sociale după remiterea simptomelor pozitive din cadrul episodului psihotic. Pe termen lung - aproximativ o treime dintre bolnavi duc oarecum o viață normală (fiind încadrați în familii, colectivele profesionale etc.) pe fondalul tratamentului farmacologic de întreținere și a suportului psihosocial; o treime continuă să aibă simptome psihopatologice semnificative, dar pot să funcționeze în cadrul societății, iar cei din treimea restantă sunt marcat deteriorați și necesită spitalizări frecvente. În general, femeile au un prognostic mai bun decât bărbații.

Simptomele negative la bolnavii de schizofrenie reprezintă factori de pronostic mai important comparativ cu simptomele pozitive și au tendința de a persista mai mult timp pe parcursul vieții. În general deficitul cognitiv asociat tulburării nu se ameliorează pe parcursul bolii. Cazurile cu debut în copilărie au tendința să se asemene cu cele care prezintă pronostic rezervat la adult, cu debut treptat și simptome negative importante. Cazurile cu debut tardiv (după vârsta de 40 ani) sunt mult mai frecvente la femei. Evoluția acestor cazuri se caracterizează prin predominanța simptomelor psihotice, cu conservarea funcției afectivă și socială, ce servește drept criteriu pentru un prognostic comparativ favorabil.

Caseta 12 Factori pozitivi și negativi în prognosticul bolii (adaptat după Prelipceanu D., 2013)⁶

Factorii pozitivi. Un prognostic favorabil este asociat cu:	Factorii negativi. Un pronostic nefavorabil este asociat cu:
<ul style="list-style-type: none">• Sex feminin.• Coeficient de inteligență ridicat• Vârsta înaintată• Antecedente heredocolaterale de tulburări afective• Lipsa antecedentelor familiale de schizofrenie• Funcționare premorbidă bună socială și profesională• Statut de căsătorit• Suport familial și social bun• Debut tardiv• Debut acut.• Prezența factorilor precipitanți• Episoade reduse ca număr și ca durată• Prezența complianței la tratament• Puține comorbidități• Simptome afective și în special depresive• Subtip paranoid de simptome predominant pozitive (delir, halucinații)	<ul style="list-style-type: none">• Sex masculin• Coeficient de inteligență scăzut• Antecedente heredocolaterale de schizofrenie• Funcționare premorbidă proastă socială și profesională• Necăsătorit, divorțat sau văduv• Suport familial și social slab• Debut precoce• Debut insidios• Absența factorilor precipitanți• Recăderi frecvente• Fără remisiuni în ultimii trei ani• Istoric de agresivitate• Simptome și semne neurologice• Istoric de traumatisme perinatale• Multiple comorbidități• Lipsa complianței la tratament• Comportament retras și autist• Simptome negative (tocire afectivă, tulburări ale limbajului, tulburări ale voinței)• Simptome de dezorganizare (limbaj și comportament dezorganizat)

C.2.3.6. *CRITERIILE DE SPITALIZARE*

Caseta 13 Criteriile de spitalizare

- Secțiile psihiatrice din spitalele generale, UPU, în funcție de caz:
 - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiții de ambulator de

către ECSM.

- Pacient cu simptome psihotice ce prezintă pericol pentru sine sau cei din jur
- Pacient cu simptome psihotice și risc vital datorat comorbidităților (vezi caseta cu urgențe)
- Spitalele de psihiatrie, în funcție de caz:
 - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiția secțiilor psihiatrice din spitalele generale

Caseta 14 Criteriile de spitalizare în secțiile de terapie intensivă și reanimare a pacienților cu Schizofrenie

- Semne de pericol vital (decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: catatonie febrilă, sindromul neuroleptic malign, refuzul de durată al alimentației, cu consecințe grave (dismetabolice, cașexie etc.) pentru statutul somatic (negativism în cadrul schizofreniei catatone).
- Stări grave după tentativele de suicid.

Caseta 15 Durata asistenței în serviciile de sănătate mintală în caz de pacient cu PEP și/sau Sch

- *În CCSM* – după necesitate.
- *În secția psihiatrică din spitalul de profil general* – până la 2 săptămâni.
- *În spitalul de psihiatrie* – până la 30 zile.

C.2.3.7. CRITERII DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICAL LA ALT NIVEL

Caseta 16 Servicii și criterii de intervenție în caz de Schizofrenie și PEP

AMU (112)

- Evaluarea persoanei cu simptome psihotice care a solicitat serviciul (inclusiv în cazul, în care este solicitată evaluarea de către aparținători)
- Evaluarea persoanei cu simptome psihotice agitată, auto și/ sau hetero-agresivă, comportament cu pericol social.
- Acordarea ajutorului simptomatic, în funcție de starea particulară a pacientului (referirea la ECSM, secțiile psihiatrice din spitalele generale, spitalele psihiatrice, după caz)

Asistența medicală primară

- 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 RUÎDP.
- În cazul depistării PEP trimitere la CCSM.
- Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.

CCSM

- Serviciul de bază de sănătate mintală ce deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
- CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de recuperare psiho-socială.
- Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
- Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar de auto-evaluare, preferabil Chestionarul Prodromal, versiunea cu 16 item-uri (PQ-16) (Anexa 4).
- Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere

la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.

- Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic (Casetă 20, Casetă 21, Casetă 22, Casetă 23, Casetă 24, Casetă 25, Casetă 26, Casetă 27), tratamentului psihologic (Casetă 17, Casetă 18), psihoterapie cognitiv-comportamentală (Casetă 19), terapie ocupațională (Casetă 33), activități de reintegrare în comunitate (Casetă 31), recuperare psiho-socială (Casetă 28, Casetă 29, Casetă 30), grupurile de suport de la egal-la-egal (Casetă 32) în baza evaluării calității vieții după scalele HoNOS și MANSA (Anexa 5, Anexa 6).
- În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie
- Serviciile în CCSM sunt prestate prin ECSM:
 - Externalizate / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință de către asistentele medicale și alți specialiști din echipă, la necesitate.
 - Multidisciplinare: includ – managerul de caz, psihiatrul, psihologul, expertul de la egal-la-egal, nurse psihiatrice, asistentul social.
 - Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru beneficiarii care au devenit clinic instabili sau prezintă risc de a intra în criză.
 - Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în asistarea clinico-recuperativă a fiecărui pacient.
 - Continuitate: Echipa lucrează în strânsă colaborare cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Pacientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât este nevoie.

Secțiile psihiatrice în spitalele generale, UPU*

- Recepționarea pacienților cu simptome psihotice de la CCSM.
- Recepționarea pacienților simptome psihotice la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a ECSM din CCSM.
- Tratament farmacologic în condiții de staționar.
- Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune, spre CCSM.
- În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie.

Spitalul de psihiatrie*

- Recepționarea pacienților simptome psihotice din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM, în caz de siguranță limitată, precum și, pericol pentru persoană
- Tratament farmacologic intensiv și alte metode invazive după caz.
- Luarea deciziei privind tratamentul de menținere, de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial.
- La diminuarea simptomelor psihotice, trimiterea la CCSM teritorial.

* inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de LEGEA Nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală¹⁴.

Tabelul 3 Etapizare și platforme de îngrijire²¹.

Etapa	Definiție	Intervenție posibilă	Context
0	Risc înalt: rudă de gradul întâi cu psihoză / schizofrenie, care nu prezintă simptome sau are simptome ușoare	- educație privind psihoza (factorii de risc) - descurajarea consumului de droguri	Asistența primară

Etapa	Definiție	Intervenție posibilă	Context
1	Risc Ultra Înalt de dezvoltare a psihozei (RUÎDP): la fel ca și la etapa 0, combinat cu: simptome pozitive de nivel subclinic, probleme cognitive moderate, posibil, comportament de solicitare a ajutorului	- Evaluarea/diagnosticarea stării de RUÎDP - Examinată posibilitatea aplicării RUÎDP-TCC - Fără medicamente!	Asistență specializată de sănătate mintală: ECSM din CCSM
2	Primul episod de psihoză: simptome pozitive peste prag (de nivel clinic), probleme cognitive evidente, limitări funcționale	- Evaluarea/diagnosticarea psihozei - Doză mică (a doua generație) de antipsihotice - Tratament psihosocial - Recuperare (profesională)	Asistență specializată de sănătate mintală: ECSM din CCSM,
3	Remisiune incompletă, recidivă cu funcționare sub nivelul remisiunii de după primul episod	La fel ca și la etapa 2, combinat cu: - Mai multă axare pe tratamentul biologic - Intervenții psihosociale - Examinată posibilitatea administrării Clozapinei	Asistență specializată de sănătate mintală: ECSM din CCSM, AMU, secția psihiatrică din spitale generale, spitalul de psihiatrie
4	Boală cronică severă cu multiple recidive, handicap funcțional și cognitiv	La fel ca și la etapa 3, combinat cu focusare pe strategiile de prevenire a recidivelor	Asistență specializată de sănătate mintală: ECSM din CCSM, AMU, secția psihiatrică din spitalele de profil general, spitalul de psihiatrie

C.2.3.8. TRATAMENTUL

C.2.3.8.1. NEMEDICAMENTOS

Caseta 17. Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de psihoză și schizofrenie – intervenții recomandate

În cadrul echipelor ECSM, se recomandă de a efectua intervenții psihologice (și farmacologice) bazate pe dovezi.

Intervenții recomandate	Efect
<ul style="list-style-type: none"> • Psiho-educație <ul style="list-style-type: none"> - individuală - orientată spre formarea capacității de luare a deciziilor pe parcursul tratamentului - focusare pe abilitare și recuperare • Interviul Motivațional 	ședințe individuale, ca parte a informării suficiente privind boala, tratamentul și efectele acestuia.
Intervenții ale familiei <ul style="list-style-type: none"> - minimum 10 ședințe - de la 3 luni la un an - preferabil să fie prezent și clientul și familia - aceasta ar putea începe sau la faza acută, sau mai târziu, inclusiv în staționare. 	<ul style="list-style-type: none"> - reducerea frecvenței recidivelor - reducerea ratelor de re-spitalizare și a duratei internării
Terapie cognitiv-comportamentală (PCC), - individuală <ul style="list-style-type: none"> - minimum 16 ședințe - atât în faza acută, cât și în stadiile ulterioare - de către terapeuți PCC instruiți 	<ul style="list-style-type: none"> - reducerea ratelor de re-spitalizare și a duratei internării - severitatea simptomelor (halucinații, simptome negative, simptome depresive)

Caseta 18 Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de psihoză și schizofrenie – intervenții în condiții specifice

Intervenții recomandate în condiții specifice	Efect
Artterapia	Examinați posibilitatea aplicării artterapiilor (muzică, dans, pictură) la toate persoanele cu psihoză sau cu schizofrenie, în special pentru <i>atenuarea simptomelor negative</i> . Aceasta poate începe sau în faza acută, sau mai târziu, inclusiv în staționare.
Terapie psihomotorie Indicată la: - exces de greutate - simptome de stres / anxietate - simptome negative severe	- funcționare psihomotorie - funcționare globală - nivel de stres / tensiune - simptome negative - IMC (indicele masei corporale)

Caseta 19 Psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)

<p>PCC este recomandată la toate etapele. Pentru prima psihoză sunt recomandate ajustări minore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiv-comportamentală trebuie să fie disponibilă pentru fiecare pacient. Se utilizează pentru tratamentul simptomelor psihotice, simptomelor negative, anxietății, depresiei, tulburării de stres post-traumatic și a altor tulburări psihiatrice comorbide. <p>În tratamentul psihologic, se recomandă de a acorda atenție în mod sistematic suferințelor, respectului față de sine, auto-definirii și rezilienței sociale în raport cu limitările percepute.</p>
--

C.2.3.8.2. *MEDICAMENTOS*

Caseta 20. Tratament farmacologic – la toate etapele psihozei

<ul style="list-style-type: none"> • Se recomandă ca farmacoterapia să se bazeze pe etapa psihozei la care se află pacienții. • În dependență de etapă : <ul style="list-style-type: none"> ○ De preferat să se evite administrarea remediilor antipsihotice (etapa 1); ○ Antipsihoticele urmează a fi introduse rapid, dar în doze mici (etapa 2); ○ Doza antipsihoticului trebuie crescută treptat până la atingerea efectului scontat. Va fi examinată posibilitatea prescrierii Clozapinum în cazurile de rezistență terapeutică (etapa 3 și următoarele). • Efectuați tratament biologic în conformitate cu algoritmul general al tulburărilor psihotice (vezi Anexa 15). • Ajustați algoritmul (medicamentelor) pentru simptomele reziduale la tratamentul biologic: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pentru simptome negative reziduale: prima intenție este administrarea Cariprazinum, Brexpiprazolum sau Aripiprazolum;²⁴. ○ Pentru simptome negative reziduale: asociați Mirtazapinum la antipsihotice; ○ Pentru simptome negative reziduale: asociați Lamotriginum la Clozapinum; ○ Pentru simptomele reziduale: adăugați un antidepresiv Triciclic, Tetraciclic sau ISRS la tratamentul cu antipsihotice; ○ În caz de halucinații persistente severe și / sau simptome negative (care n-au reacționat la nici una dintre etapele anterioare): examinați posibilitatea utilizării terapiei electroconvulsive (TEC). • Examinați posibilitatea utilizării Stimulării Magnetice Transcraniene (SMT) ca terapie adjuvantă tratamentului cu antipsihotice pentru pacienții: <ul style="list-style-type: none"> ○ cu halucinații auditive în contextul schizofreniei, care nu reacționează la medicamentele antipsihotice; ○ la pacienții cu schizofrenie și simptome negative reziduale rezistente la tratamentul cu

antipsihotice.

- Medicamentele pentru tratamentul de menținere trebuie să fie administrate în doze adecvate pentru a evita instalarea efectelor adverse, una dintre cauzele principale ale non-compliancei și non-aderenței la tratament. Se recomandă de continuat tratamentul medicamentos de menținere până se va obține o remisiune cu durată de 1 an. Reducerea dozei medicamentelor trebuie discutată cu pacientul, oferindu-i informații privind riscul sporit de recidivă și necesitatea monitorizării riguroase a stării clinice.

Caseta 21. Selectarea farmacoterapiei în Sch și PEP

- Remedii antipsihotice generația I (convenționale) și generația II (atipice) – în cazul prevalenței simptomelor productive (Anexa 9).
- Neuroleptice cu acțiune sedativă (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Chlorprotixenum) – în caz de agitație psihomotorie, agresivitate, ostilitate (Anexa 9).
- Antipsihotice (cu efect antihalucinator și antidelirant Haloperidolum, Risperidonum, Aripiprazolum, Trifluoperazinum) – în caz de manifestări halucinatoar-paranoide cu automatism psihic, pseudohalucinații, delir de referință, persecuție, etc. (Anexa 9).
- La prezența dereglărilor ciclice pronunțate (stare de agitație maniacală) în tabloul clinic, se recomandă sărurile de litium sau Carbamazepinum, derivați ai Acidum valproicum, Lamotriginum.
- Prezența în structura psihozei a afectului depresiv argumentează administrarea remediilor antidepressive în doze suficiente pentru ameliorarea stării emoționale. Preferențial vor fi utilizate antidepressivele cu efect sedativ, deoarece cele cu efect stimulant pot acutiza simptomele productive.

Caseta 22 Principiile de dozare a remediilor utilizate în tratamentul Schizofreniei

- În lipsa indicațiilor urgente (ex., psihoză acută, agitație pronunțată), doza antipsihoticului, de regulă, va fi crescută treptat până la obținerea răspunsului terapeutic sau dezvoltarea efectului secundar pronunțat. Pentru a evalua toleranța medicamentului, tratamentul va fi inițiat cu doze relativ mici (de exemplu, 25 mg de Clorpromazinum). Lipsa în decursul a 2 ore a reacțiilor alergice sau a altor efecte nedorite permite creșterea treptată a dozei până la atingerea efectului clinic scontat.
- Doza terapeutică adecvată este selectată individual pe cale empirică, de exemplu, în tratamentul schizofreniei acute (în cazuri particulare) doza de Clorpromazinum poate fi crescută și până la 400-800 mg/zi, a Haloperidolum până la 10-40 mg/zi, a Risperidonum – până la 2-8 mg/zi.

Caseta 23 Luarea deciziilor în comun – la toate etapele psihozei

- Alegerea medicamentului antipsihotic trebuie să fie efectuată în comun de către pacient și specialistul în medicină, ținând cont de viziunile îngrijitorului, dacă pacientul semnează acordul informat. Oferiți informații vizând atât beneficiile, cât și efectele adverse ale fiecărui medicament, inclusiv:
 - a. efectele dismetabolice (inclusiv creșterea masei corporale și diabet);
 - b. efectele extrapiramidale (inclusiv akatisie, dischinezie, distonie și sindrom neuroleptic malign);
 - c. efectele cardiovasculare (inclusiv prelungirea intervalului QT);
 - d. efectele hormonale (inclusiv creșterea nivelului plasmatic al prolactinei, dismenoreea, amenoreea, galactoreea);

e. altele (inclusiv experiențele subiective neplăcute).

Caseta 24 Criterii de evaluare a eficacității terapiei în psihoză

- Normalizarea comportamentului, dispariția agitației sau a inhibiției psihomotorii.
- Atenuarea simptomelor psihotice productive
- Restabilirea atitudinii critice și conștientizarea maladiei.
- Restabilirea rolului social.

C.2.3.9. EVOLUȚIA

Debutul schizofreniei, care poate să fie acut sau insidios, este precedat, în general, de simptome de anxietate, perplexitate, teroare sau depresie. Simptomele prodromale (mai frecvent de nivel subclinic, nevrotic) pot să predomine în tabloul clinic timp de luni în șir, până a fi prezente simptomele psihopatologice, care orientează medicul spre diagnosticul de Sch ori PEP. Debutul maladiei, mai frecvent are loc la vârsta de 15-25 ani pentru bărbați și - 25-30 ani pentru femei. Femeile prezintă o a doua perioadă critică către vârsta de 40 ani. La persoanele predispuse, episoadele de boală pot fi declanșate de evenimente precipitante (de ex., traume emoționale, uzul de droguri, separarea). Vulnerabilitatea la stres durează întreaga viață. În faza reziduală pot să apară episoade de depresie post-psihotică.

Riscul de recădere este aproximativ 40% în următorii doi ani după remiterea simptomelor psihopatologice ale primului episod psihotic pe fondul tratamentului de întreținere și respectiv, 80% în următorii doi ani când pacientul nu urmează tratament de întreținere. O proporție de 50% dintre bolnavi comit tentative suicidare, 10% dintre ele finisându-se cu deces (suicid consumat). Violența poate fi unul dintre simptomele prezente la pacientul psihotic, în special la cel ce nu administrează tratament antipsihotic. Violența poate fi cauzată de delir, halucinații, deficitele neurologice etc. Există risc crescut de moarte subită, diverse maladii somatice, neurologice, endocrine etc. concomitente, iar calitatea vieții bolnavilor este, în general, redusă.

Tabelul 4 Clasificarea evoluției tulburărilor schizofrenice ^{8., 10.}

ICD-10	DSM-5
F20.x0 - Continuă F20.x1 - Episodică cu deficit progresiv F20.x2 - Episodică cu deficit stabil F20.x3 - Episodică remitentă F20.x4 - Remisiune incompletă F20.x5 - Remisiune completă F20.x8 - Alt tip de evoluție F20.x9 – Perioadă de observație clinică sub 1 an de la debutul PEP	Primul episod, episod actual acut: Prima manifestare a tulburării care îndeplinește criteriile privind simptomele specifice de diagnostic și durată. Episodul acut reprezintă perioada în care sunt îndeplinite criteriile simptomatice. Primul episod, actual în remisiune parțială: Remisiunea parțială reprezintă o perioadă pe parcursul căreia se menține ameliorarea după un episod anterior, iar criteriile de diagnostic ale tulburării sunt îndeplinite parțial. Primul episod, actual în remisiune completă: Remisiunea completă reprezintă o perioadă de timp, după un episod anterior, pe parcursul căreia nu sunt prezente simptomele caracteristice tulburării. Episoade multiple, în episod actual acut: Noțiunea episoade multiple se aplică după minim două episoade (după primul episod, o remisiune și minimum o recădere). Episoade multiple, actual în remisiune parțială

ICD-10	DSM-5
	<p>Episoade multiple, actual în remisiune completă</p> <p>Continuu: Simptomele care îndeplinesc criteriile de diagnostic se mențin pe aproape întreg parcursul bolii, cu perioade de simptome sub pragul de severitate de foarte scurtă durată comparativ cu evoluția globală.</p> <p>Nespecificat</p> <p>A se specifica dacă cu catatonie. Se va utiliza codul adițional 293.89 catatonie asociată cu schizofrenia, pentru a menționa prezența catatoniei comorbide.</p>

Tabelul 5 Tabloul clinic în funcție de forma Sch

Formele Schizofreniei	Simptomatologia
Paranoidă F20.0	<p>1. Idei delirante relativ stabile, paranoide, asociate cu pseudohalucinații auditive (uneori imperative, amenințătoare, comentative, halucinații auditive fără formă verbală, cum ar fi fluierături, zgomote diferite, râsete etc.); halucinații ale mirosului, gustului, ori ale senzațiilor sexuale; alte tulburări de percepție (psihosenzoriale); tulburări ale afectului, voinței; sonorizarea (“ecoul”) gândurilor proprii, „înstrăinarea” gândurilor proprii, „furtul” gândirii ș.a. Afectul este de obicei mai puțin tocit, comparativ cu alte forme de schizofrenie. Pot fi prezente așa tulburări ale dispoziției afective ca: irascibilitatea, furia bruscă (adesea orientată spre cei apropiați – frate, soră, mamă, tată), groaza și suspiciunea. Simptomele “negative” cum ar fi tocirea afectului și afectarea voinței sunt adesea prezente, dar nu domină tabloul clinic.</p> <p>2. Comportamentul catatonie, comportamentul intens dezorganizat, tulburările voinței și vorbirii, în general nu sunt proeminente.</p>
Forma hebefrenă F20.1	<p>Tulburările afective și agitația psihomotorie („hebefrenă”, absurdă, puerilă), cu chicote și zâmbete, manierisme, grimase sunt proeminente. Predomină dispoziția superficială și inadecvată, comportamentul pueril, lipsit de scop, dezordonat, imprevizibil. Gândirea e incoerentă, halucinațiile, ideile delirante pot fi prezente, dar sunt trecătoare, fragmentare, nesistematizate. Adeseori pacientul expune idei hipocondriace, fraze repetate. Este forma de sch cu debut precoce (între vârstele de 15 și 25 ani) și instalarea rapidă a simptomelor “negative” (izolare socială evidentă, tocirea afectului, apatie, abulie). Pronosticul e foarte rezervat.</p>
Forma catatonă F20.2	<p>Tulburările psihomotorii sunt trăsătura principală și dominantă, alternând între hiperkinezie și stupor. Fenomenele psihomotorii se pot asocia cu o stare “asemănătoare visului” (stare de conștiință confuză cu halucinații scenice vii - oneiroid).</p> <p><i>Stupor:</i> imobilitate cu o marcată descreștere a reactivității la ambianță, cu mutism, negativism, poziție embrionară, catalepsie, rigiditate musculară, flexibilitate ceroasă și “posturing” – menținerea unor poziții incomode și bizare timp îndelungat (simptomul „pernei de aer”, “cocoșului de pușcă”).</p>
	<p><i>Agitație:</i> negativism, agitație patetică lipsită de scop, cu stereotipii de mișcare (uneori cu tendințe auto- sau/și heteroagresive), ecolalie, ecopraxie, ecomimie, gândire incoerentă, stereotipii de vorbire.</p>

Formele Schizofreniei	Simptomatologia
Tipul nediferențiat F20.3	Simptome psihotice proeminente (idei delirante, halucinații, incoerență, comportament dezorganizat, tocire emoțională, izolare socială ș.a.) ce întrunesc diagnosticul de sch sunt prezente, dar ele nu satisfac criteriile de diagnostic pentru nici una dintre formele clinice de sch descrise mai sus.
Depresia post-schizofrenă F20.4	Pacientul a avut un episod psihotic ce întrunește criteriile pentru diagnosticul de sch în ultimele 12 luni. Prezența unui episod depresiv cu o durată de cel puțin 2 săptămâni, provocator de suferință, care apare ca consecință a schizofreniei. Unele simptome de schizofrenie “pozitive” sau/și “negative” trebuie încă să fie prezente, dar ele nu mai domină tabloul clinic. Tulburarea depresivă se asociază cu risc suicidal crescut.
Tipul Rezidual F20.5	Este un stadiu cronic în evoluția schizofreniei, în care a existat o clară progresiune de la un stadiu inițial, incluzând unul sau mai multe episoade psihotice proeminente, ce întruneau criteriile generale pentru sch, spre o stare tardivă cu simptome predominant „negative” durabile (lentoare psihomotorie, tocirea afectului, pasivitate, izolare socială etc.).
Forma Simplă F20.6	Debut insidios cu bizarerii comportamentale, diminuarea globală a performanțelor, “potențialului energetic”, izolare socială, tocirea rezonanței afective, apatie, abulie, gândire formală, pierderea voinței, „intoxicație filozofică”. Deteriorarea socială devine manifestă și poate evolua spre vagabondaj. Se pierd relațiile interpersonale, iar pacientul devine treptat absorbit în/de sine, inactiv și lipsit de țel.

C.2.3.10. SUPRAVEGHEREA

Caseta 25 Principiile terapiei de menținere

- Continuarea administrării remediului antipsihotic eficient.
- Reducerea simptomelor productive reziduale, diminuarea treptată a efectului sedativ cu creșterea celui stimulator al remediilor antipsihotice.
- Prevenirea recăderilor și recidivelor precece, prin depistarea timpurie a simptomelor recăderii și ajustarea dozelor remediului antipsihotic.
- Menținerea dozelor care au asigurat instalarea remisiunii clinice stabile în condiții de staționar pentru realizarea tratamentului de menținere.
- În caz de depresie post-schizofrenă este necesar de asociat antidepresive; în unele cazuri este suficientă administrarea antipsihoticelor cu efect activator (Cariprazinum, Brexpiprazolum).
- Perioada tratamentului poate varia, iar durata acestuia, în cele mai multe cazuri, este în funcție de necesitate.
- Ca și scop final, terapia de menținere este orientată spre reducerea simptomelor pozitive și negative reziduale și facilitarea reinsertiei pacientului în familie, colectivul profesional, societate.

Caseta 26 Principiile terapiei profilactice cu antipsihotice

- Tratamentul este direcționat spre prevenirea episoadelor psihotice repetate, încetinirea tempoului de progresie a maladiei și menținerea unui nivel optim de funcționare a pacientului în societate.
- În acest scop sunt utilizate remediile antipsihotice, care au fost eficiente în tratamentul

episodului psihotic. Prioritate se va acorda antipsihoticelor din generația II (“atipice”) și a III (agoniști parțiali de dopamină), în special, celor cu eliberare prelungită (Anexa 9, Anexa 10); în cazul recăderilor și recidivelor frecvente, tratamentul antipsihotic poate fi asociat cu timostabilizatori (săruri de litium, Carbamazepinum, derivați ai Acidum valproicum, Lamotriginum).(Anexa 14)

- Terapia de susținere (antirecidivantă) la bolnavii cu schizofrenie se poate aplica prin două metode de bază:
 - ✓ terapia continuă – bolnavul administrează medicamente continuu (este mai sigură, dar la aplicarea ei, îndeosebi utilizând neuroleptice convenționale, inclusiv cu eliberare prelungită, se asociază cu risc crescut de dezvoltare a așa efecte secundare ca dischineziile tardive);
 - ✓ terapia periodică – pacientul administrează periodic remedii antipsihotice (doar atunci, când apar primele simptome de destabilizare a stării psihice – dereglarea somnului, neliniște, frică nemotivată). Acest gen de terapie este benefic în sensul evitării riscului de dischinezie tardivă, dar nu întotdeauna asigură o profilaxie eficientă a recăderilor și recidivelor.
- **Decizia vizând metoda optimă de tratament va fi selectată individual pentru fiecare pacient!**
- În cazul unei evoluții continue a procesului morbid, va fi binevenită terapia continuă cu antipsihotice.
- În cazul formelor care evoluează în accese episodice, poate fi utilă terapia periodică.
- Schizofrenia paranoidă cu evoluție episodică și continuă necesită întotdeauna tratament antipsihotic profilactic.
- Tratamentul cu antipsihotice cu eliberare prelungită, de regulă este inițiat în staționar, îndată ce s-au remis simptomele psihotice acute. Inițial sunt administrate doze mici de remedii cu eliberare prelungită pe fondalul tratamentului, care a remis simptomele psihotice acute.
- **În cazul când, bolnavul administrează anterior remedii colinolitice pentru evitarea efectelor extrapiramidale, aceste remedii nu vor fi sistate.**
- În caz de tolerabilitate bună, doza antipsihoticului depot este crescută, iar remedii administrat per os este sistat (respectând schemele de reducere/sistare, recomandate în literatură în funcție de medicament).
- În cazuri particulare, după stabilizarea stării psihice, doza antipsihoticului poate fi redusă treptat prin două metode: de redus doza unică administrată ori de crescut intervalul de timp între injecții.

Dozele medii, metoda și intervalul administrării antipsihoticelor cu eliberare prelungită sunt descrise în Anexa 10

Caseta 27 Supravegherea pacienților cu PEP și schizofrenie

- ✓ 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 antipsihotice¹⁷.

Notă: Bolnavii cu Sch mai frecvent dezvoltă tulburări endocrine (diabet zaharat tip 2,

hiperprolactinemie simptomatică etc.), de aceea, la necesitate, se recomandă consultația endocrinologului.

C.2.3.11. REABILITAREA

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

Caseta 28 Prima etapă de recuperare psiho-socială

- Vizează prevenirea formării defectului psihic, a fenomenului de instituționalizare, care adeseori accelerează izolarea socială și conduc la invalidizarea pacientului.
- Are loc în condiții de staționar și CCSM, concomitent cu metodele de terapie biologică.
- Presupune diferite tipuri de activități psihosociale (socioterapie, psihoterapie individuală și în grup, ergoterapie, stimularea activității sociale, aptitudinilor habituale).

Caseta 29 Etapa a doua de recuperare psiho-socială

- Vizează adaptarea persoanei la condițiile vieții în societate, la activitățile ocupaționale și profesionale în comunitate.
- La această etapă terapia biologică continuă.
- Sunt binevenite diverse modalități de implicare psiho-socială pentru a stimula activitatea socială a pacientului. Se va asigura suportul psiho-emoțional (grupul de susținere); se va încuraja autoafirmarea bolnavului (intervenții organizatorice, metodice).
- Se pune accent pe angajarea persoanelor în câmpul muncii.

Caseta 30 Etapa a treia de recuperare psihosocială

- Se promovează în comunitate.
- Predomină diferite tipuri de activități psiho-sociale care în această etapă au un rol decisiv la nivelul reinserției microsociale și presupun lucrul cu mediul ambiental apropiat pacientului (membrii familiei, vecini, colegi de serviciu etc.). Se va utiliza preponderent psihoinstruirea, activarea rețelei naturale de suport social, crearea unui mediu socioterapeutic artificial – cămine pentru persoanele singuratiche, socialmente vulnerabile, apartamente protejate etc.; implicarea pacienților în activități de grup, de exemplu, grupuri de autosusținere, cluburi de interes ș.a.

Caseta 31 Intervențiile recomandate pentru a promova reintegrarea în comunitate

- Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale).
- Reabilitarea vocațională și profesională (lucru și educație).

Caseta 32 Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale)

- Examinați posibilitatea acordării suportului de la egal-la-egal persoanelor cu psihoză sau schizofrenie pentru a-i ajuta utilizatorului de servicii să-și îmbunătățească experiența și calitatea vieții. Suportul de la egal-la-egal trebuie oferit de către un lucrător de la egal-la-egal instruit, care s-a recuperat după psihoză sau schizofrenie și este în stare stabilă. Lucrătorii de la egal-la-egal trebuie să beneficieze de suport din partea întregii echipe, precum și suport și mentorat din partea lucrătorilor de la egal-la-egal cu experiență.
- Programele de suport de la egal-la-egal trebuie să includă informații și recomandări despre:
 - a. psihoză și schizofrenie
 - b. utilizarea efectivă a medicamentelor

- c. identificarea și managementul simptomelor
- d. accesarea serviciilor de sănătate mintală și a altor servicii de suport
- e. înfruntarea stresului și a altor probleme
- f. acțiunile în caz de criză
- g. crearea unei rețele de suport social
- h. prevenirea recidivelor și stabilirea scopurilor personale de recuperare

Caseta 33 Reabilitarea vocațională, ocupațională și profesională (lucru și educație)

Examinați posibilitatea efectuării unor 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.

Caseta 34. Caracteristicile Suportului individual pentru angajare (SIA) – reabilitarea vocațională

1. Scopul principal îl constituie lucrul regulat plătit sau educația sistematică.
2. Mentorul pentru SIA face parte din echipa de sănătate mintală, prin urmare, recuperarea vocațională poate fi bine aliniată la tratamentul de sănătate mintală.
3. Fiecare beneficiar care dorește să lucreze poate beneficia de ghidare prin SIA, indiferent de locul de muncă, abuz de substanțe sau alte simptome.
4. Mentorul SIA le ajută în mod eficient clienților să-și găsească un loc de muncă plătit. Nu există cursuri lungi de pregătire cu evaluări extensive, instruire sau proiecte de muncă de voluntariat.
5. Clientul și mediul său (familia, angajatorii, colegii) sunt susținuți de către mentorul SIA (atât timp cât au nevoie și cât este rațional).
6. Mentorul SIA le ajută clienților să se elibereze de la un loc de muncă și să-și găsească un alt loc. Majoritatea oamenilor își găsesc un loc de muncă potrivit după câteva încercări.
7. Preferințele clientului au importanță primordială. Mentorul și clientul lucrează împreună pentru a găsi un loc de muncă corespunzător abilităților, intereselor și experienței clientului.
8. Mentorul SIA lucrează asupra "creării locurilor de muncă"; consacră timp și atenție pentru crearea unei rețele de angajatori.

C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ

Caseta 35 Pacientul agitat, furios, perturbator și agresiv

Gestionarea pacientului agitat, furios, perturbator și agresiv, într-un mod care să respecte drepturile omului de care se bucură persoana, este sarcina cea mai dificilă! Întâlnirile deseori escaladează sau scapă de sub control, deoarece profesioniștii din domeniul sănătății nu știu ce atitudine să adopte atunci, când se confruntă cu o astfel de situație. Mulți dintre ei nu sunt instruiți suficient pentru a o depăși în mod profesionist. Rețineți, **nu există o definiție sau un concept universal acceptat al agresiunii și violenței și cauzelor care le provoacă.**

Când evaluați și gestionați un pacient agresiv într-o situație de urgență, trebuie să țineți bine cont de două principii importante:

1. Dată fiind importanța aspectelor etice și a deciziilor ce urmează a fi luate, toate intervențiile trebuie să se bazeze pe principiul „**practicii cel mai puțin restrictive**”.
2. **Cel mai sigur factor în prezicerea unui comportament agresiv și violent în viitor este existența în trecut a unui comportament agresiv și violent.** Acest aspect trebuie explorat în mod activ în toate evaluările psihiatrice.

Abordarea pas-cu-pas în evaluarea și managementul unui pacient agresiv

Tabelul 6 Starea psihotică acută cu comportament violent în Schizofrenie

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
Tahipnee, pumni strânși, strigăte, cântă, 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 (imobilizarea) fizică a pacientului!

Caseta 36 Managementul pacientului agresiv - Prima etapă: SIGURANȚA MAI ÎNTÂI DE TOATE!

Înainte de a vedea pacientul agresiv, trebuie să urmați niște pași importanți. **A fi pregătiți este cel mai esențial pas!** Toți profesioniștii implicați trebuie în avans să știe ce să facă. O modalitate de a asigura acest lucru este ca fiecare instituție și organizație să elaboreze instrucțiuni corespunzătoare și să ofere suficientă instruire. Scopul general este de a garanta cel mai înalt nivel de siguranță posibil pentru toate persoanele implicate.

Dacă este posibil, înainte de a vedea pacientul agitat și agresiv, vor fi clarificate următoarele puncte:

- Adunați cât mai multe informații despre persoană și despre situația curentă. Înainte de a vedea pacientul, întrebați familia, poliția, medicul care a făcut referirea, etc. despre riscurile potențiale.
- Pacientul suferă de o tulburare psihică? A fost anterior tratat în spital sau ambulatoriu?
- Există un istoric de idei și / sau deliruri de persecuție?
- Există un istoric de abuz de substanțe?
- Pacientul are acces la arme periculoase?
- Pacientul are antecedente de comportament agresiv și violent?
- Verificați împrejurimile sau încăperile în care medicul va vedea pacientul. Care sunt mijloacele de evadare? Dacă pacientul este vizitat într-un mediu închis, medicul trebuie să se plaseze mai aproape de ieșire, decât pacientul. Este de preferat o sală de examinare cu două ieșiri.
- Asigurați-vă că există un număr suficient de oameni în jur pentru a vă ajuta, dacă va fi necesar. Când persoanele agresive se simt depășite ca număr, de obicei se calmează. Nu mergeți niciodată singur la un pacient agresiv. Trebuie neapărat să fiți cel puțin două persoane! Mai multe este chiar mai bine!
- Decideți dacă situația cere implicarea poliției și clarificați cu ei în prealabil ce rol vor avea.

Caseta 37 Managementul pacientului agresiv - Etapa a doua: Comunicarea

- Stabiliți o relație cu pacientul, în măsura posibilă. Vorbiți direct cu pacientul, nu vorbiți cu alte persoane din jur (martori, rude, etc.).
- Majoritatea pacienților ostili și agresivi reacționează bine la tehnicile de „vorbire condescendentă” (explicate mai detaliat la etapa a cincea).
- Luați în serios viziunile și opiniile pacientului.
- Fiți empatici! Pacienții cu un comportament agresiv se simt adesea vulnerabili, amenințați și atacați.
- Fii respectuoși! Nu uitați: scopul este stabilirea unei alianțe terapeutice, care poate fi una pe termen foarte lung. Pacienții își amintesc contactul inițial, mai ales dacă lucrurile „merg prost”
- Asigurați-vă că există o concordanță între comunicarea dvs. verbală și cea non-verbală.

Caseta 38. Managementul pacientului agresiv - Etapa a treia: Un pas înapoi din punct de vedere fizic

- Mențineți o distanță care este atât sigură pentru dvs., cât și ne-amenințătoare pentru pacient. Stați la o lungime de braț.
- Încălcarea spațiului personal al unui pacient cu idei de persecuție poate fi percepută ca o confruntare sau atac și persoana se poate dezlănțui în autoapărare.
- Nu atingeți pacientul. Astfel de gesturi sunt adesea interpretate greșit.
- Nu vă uitați lung în ochii pacientului, acest lucru poate fi perceput ca confruntător.
- Vorbiți calm, rar și constant. Nu ezitați și nu manifestați nesiguranță când vorbiți.
- Acționați calm și încrezător. Mișcările trebuie să vă fie lente și gentile.
- Gândiți-vă la postura dvs. Țineți brațele lăsate, neîncrucșate și mâinile deschise. Nu puneți mâinile pe șolduri sau în buzunare. Nu dați din deget.
- Respirați calm și profund.

Caseta 39. Managementul pacientului agresiv - Etapa a patra: Un pas înapoi din punct de vedere psihic

- Dacă situația s-a încălzit deja, medicul poate fi singurul care are mintea suficient de limpede pentru a evalua situația.
- Luați-vă mult timp pentru a vă gândi! Faceți un pas înapoi din punct de vedere psihic. Evaluați și reevaluați situația. Ce a declanșat comportamentul agresiv?
- Comportamentul agresiv este legat de o tulburare psihică? Sau o boală fizică, o problemă socială, un conflict?
- Nu săriți la concluzii! Chiar dacă pacientul are un istoric de boală mintală, comportamentul său agresiv s-ar putea să nu fie direct legat de aceasta.
- Ce poate face medicul pentru a rezolva situația? Poate medicul sau membrii personalului să-i promită pacientului că îl vor ajuta, analizând problemele care îl deranjează? Dar fiți prudenți - să nu faceți promisiuni false!
- Nu judecați, nu criticați, nu manifestați iritare, frustrare, furie sau răzbunare. Nu amenințați și nu “strângeți la colț” pacienții.
- Nu vă certați și nu-i spuneți pacientul că nu are dreptate și că aveți dreptate dvs.
- Nu vă lăsați prinși într-o ceartă cu pacientul, nu vă apărați sau nu vă justificați pe sine sau comportamentul dvs.
- Dacă sunteți insultat sau abuzat verbal - ignorați.
- Gândiți anticipat! Pregătiți-vă în avans pentru insulte tipice și limbaj abuziv.
- Atâta timp cât pacientul se conformează mai mult sau mai puțin – lăsați-l să-și salveze onoarea, având ultimul cuvânt.

Caseta 40 Managementul pacientului agresiv - Etapa a cincea: Intervenții non-farmacologice / tehnici de „vorbire condescendentă”

- Prezentați-vă. Utilizați frecvent numele pacientului.
- Orientați pacientul în timp, loc și persoană.
- Vorbiți clar, spuneți cine sunteți, spuneți-i care este funcția dvs., oferiți-vă ajutorul.
- Întrebați ce se întâmplă, folosiți întrebări deschise.
- Încurajați pacientul să vorbească despre preocupările sale.
- Ascultați cu atenție. Luați atâta timp, cât este necesar.
- Parafrazați și repetați ceea ce a spus pacientul. - Te-am înțeles corect ...?
- Nu ordonați și nu fiți autoritar.
- Dacă prezența altei persoane este contraproductivă, rugați-o să plece.
- Reduceți la minimum numărul de persoane implicate, mai ales dacă sunt niște martori neimplicați.
- Dacă vă aflați într-un loc foarte public sau nesigur, sugerați să vă deplasați într-un loc mai liniștit și mai protejat.
- Invitați pacientul să se așeze. Dacă este așezat, așezați-vă și dvs.! Dacă vrea să stea în picioare, puteți rămâne așezat.
- Respectați dorințele și preocupările pacientului, drepturile omului!

Caseta 41 Managementul pacientului agresiv - Etapa a șasea: Dacă spitalizarea și/sau o intervenție farmacologică este/sunt probabile

- Spuneți care sunt consecințele diferitor modalități de acțiune.
- Subliniați că scopul oricărui tratament este de a ușura situația pentru pacient. Argumentați și explicați regulile. Fiți sinceri, exprimați posibilitatea de a greși, chiar acceptați faptul că procedura sau tratamentul ar putea fi nedrept pentru pacient.
- Oferiți opțiuni și posibilitatea de a alege, dacă este posibil, lăsați pacientul să decidă cât mai mult posibil. Fiți flexibili, negociați, gândiți strategic, evitați o luptă pentru putere, faceți compromisuri, dacă este posibil.

Rețineți: O stare agitată poate dispărea pentru o perioadă scurtă de timp doar pentru a reveni rapid și poate chiar cu mai multă severitate. A fi pregătiți este cel mai important!

Lista de verificare pentru violență după Brøset (BVC) din Norvegia este o listă de verificare din 6 itemi, care poate ajuta la prezicerea unui comportament violent, iminent într-o perioadă scurtă de timp (în următoarele 24 de ore). BVC este de obicei utilizată în instituțiile psihiatrice spitalicești, dar poate fi folosită ca instrument de evaluare și în secțiile de urgență. Poate fi utilizată de toți membrii personalului care lucrează cu pacienții.

BVC cuprinde următorii șase itemi:

<u>Confuz</u>	Arată vizibil confuz și dezorientat. Poate să nu fie conștient de timp, loc sau persoană.
<u>Iritabil</u>	Se supără sau enervează ușor. Nu poate să tolereze prezența altora.
<u>Gălăgios</u>	Comportamentul este excesiv de „sonor” sau zgomotos. De exemplu, trânteste ușile, strigă când vorbește, etc.
<u>Amenință fizic</u>	Există o intenție certă de a amenința fizic o altă persoană. De exemplu, ia o poziție agresivă; trage de haină o altă persoană; ridică un braț, picior, arată din pumn sau imită o lovitură cu capul îndreptată către o altă persoană.
<u>Amenință verbal</u>	O izbucnire verbală care este mai mult decât o voce ridicată și există o intenție certă de a intimida sau amenința o altă persoană. De

<u>Atacă obiecte</u>	exemplu: atacuri verbale, limbaj abuziv, poreclire, comentarii neutre din punct de vedere verbal, dar rostite într-un mod agresiv. Un atac îndreptat către un obiect, nu o persoană. De exemplu, aruncă neselectiv un obiect; lovește sau sparge geamuri; bate cu piciorul, lovește sau dă cu capul într-un obiect; sau strică mobilierul.
Scor = 0	Riscul de violență este redus.
Scor = de la 1 la 2	Riscul de violență este moderat. Trebuie luate măsuri preventive.
Scor peste 2 puncte	Riscul de violență este înalt. Trebuie luate măsuri preventive și trebuie elaborat un plan de management al comportamentului agresiv.
Managementul farmacologic: Folosirea medicamentelor pentru calmarea unui pacient agitat sau agresat se numește „tranchilizare rapidă”.	

C.2.5. COMPLICAȚIILE

Caseta 42. Complicațiile Sch – pentru prevenirea și tratarea complicațiilor se recomandă screeningul somatic

- **Sindromul extrapiramidal²⁰ :**
 - ✓ **Distonii acute** - apar în primele zile de tratament și, constau în tremurături, contractura involuntară a diverselor grupe musculare, spasme de torsione, crize oculo-gire, torticolis, spasm laringean, trismus, protruzia limbii. Ele sunt mai frecvente în cazul pacienților tineri tratați cu neuroleptice convenționale.
 - ✓ **Akatisia** - stare de neliniște motorie, în care pacientul simte nevoia de a se mișca permanent, indiferent de poziția adoptată; apare în primele zece zile de tratament, mai frecvent la femei, adeseori corelată direct cu consumul de excitante centrale (psihostimulante, cafea). Akatisia este frecvent interpretată eronat ca și o creștere a anxietății cu neliniște psihomotorie, determinând creșterea nejustificată a dozelor de antipsihotic cu risc de instalare a sindromului neuroleptic malign.
 - ✓ **Sindromul Parkinsonian** - caracterizat prin rigiditate musculară, dificultăți în demarajul mersului, mers cu pași mărunți, facies amimic; akinezie, tremor. Apare în decursul primei luni de tratament cu antipsihotice, mai ales la pacienții în vârstă.

Notă: În cazul distoniilor acute (acatizie, sindrom parkinsonian, tasikinezie), când remediul antipsihotic este eficient: (1) în primul rând se va reduce doza antipsihoticului, iar dacă această intervenție nu este eficientă – (2) se va asocia un remediu antiparkinsonian (Trihexyfenidylum, Akinetonum). Dacă nici această măsură terapeutică nu ameliorează distonia, atunci (3) se va trece la un alt antipsihotic. Atenție și prudență maximă cu administrarea antipsihoticelor antagoniști puternici ai receptorului dopaminic D₂ (Haloperidolum, Trifluoperazinum ș.a.), datorită riscului de dezvoltare a sindromului neuroleptic malign.

 - ✓ **Diskinezia tardivă** - unul dintre efectele extrapiramidale, dar tardive induse de medicația antipsihotică de durată (mai ales cu antipsihotice convenționale). Constă în hiperkinezie buco-linguo-facială (mișcări involuntare de supt și mestecat, protruzia limbii, mușcatul buzelor, clipit, grimase grotești, spasme faciale; coreoatetoză – contracții clonice ale degetelor, gâtului, trunchiului, etc.). Poate apărea după 6-12 luni de tratament și este persistentă. Grupul de risc major în acest sens îl reprezintă femeile cu vârsta peste 40 ani. Simptomele descrise pot să apară și la reducerea dozelor sau întreruperea tratamentului antipsihotic și, nu numai că nu sunt ameliorate de medicația antiparkinsoniană, dar pot fi chiar agravate de aceasta. Diskinezia tardivă poate să dispară în timpul somnului, poate fi

diminuată printr-un efort intens de concentrare voluntară, dar poate fi exacerbată de stres²⁰. Antipsihoticele atipice pot ameliora simptomele diskineziei tardive și sunt indicate în mod special persoanelor psihotice cu diskinezii tardive preexistente. Din aceste motive, tratamentul de întreținere pe termen lung cu neuroleptice din generația I a devenit o practică chestionabilă.¹³.

- ✓ **Sindromul neuroleptic malign** - mai frecvent este asociat cu administrarea dozelor mari de neuroleptice convenționale, dar nu este exclus și în cazul utilizării celor "atipice". Este o stare de *urgență psihiatrică*, care necesită diferențiere cu Schizofrenia hipertoxică (catatonia letală), cu diferite forme de meningite, encefalite (virale, tuberculoase), cu tetanusul, diverse maladii infecțioase ș.a. Caracteristicile clinice principale sunt: rigiditatea musculară (*hipertonus cu aspect de substupoare/stupoare sau opistotonus, întrerupte de crize de agitație*), iar în caz de agravare a stării generale (*hipotonie musculară, akinezie*); distonia, mutismul, stările confuzionale (*cu aspect de obnubilare, stări de delirium, catatono-oneiroide, amenție*); febra peste 40°C; diaforeza, deshidratarea; tahicardia; disfagia; acidoza; leucocitoza (15.000 – 30.000); creșterea considerabilă a nivelului Kreatininfosfokinazei (*între 2000 și 15.000 UI*); indici crescuți ai transaminazelor și lactatdehidrogenazelor; insuficiența pluriorganică cu afectarea funcțiilor vitale; somnolența, coma, decesul. În lipsa tratamentului adecvat indicele de letalitate este unul deosebit de înalt, între 21% (Janicak, 1999) și, peste 50% (Marinescu D., 2009). Recunoașterea precoce a sindromului, instituirea de urgență a terapiei simptomatice orientate spre susținerea funcțiilor vitale, efectuarea ședințelor de plasmafereză sau terapie electroconvulsivă (*până a fi prezente tulburări amențiale ale conștiinței*) pot reduce esențial letalitatea.

• **Efectele secundare adverse severe ale tratamentului cu antipsihotice¹¹:**

- ✓ **Agranulocitoza** - poate fi prezentă la 1-2% dintre pacienții care administrează Clozapinum (riscul maximal fiind în săptămânile 5 – 25 ale terapiei cu Clozapinum). Clinic se manifestă cu dureri în gât, febră, astenie. În hemoleucogramă se constată *reducerea numărului de Leucocite și Granulocite*. În cazul, în care numărul de leucocite este 5.000 în 1 cm³ – se recomandă monitorizarea formulei leucocitare de 3 ori/săpt.; dacă numărul leucocitelor scade sub 3.500 în 1 cm³, ori cel al Granulocitelor este mai jos de 1.500 elemente în 1 cm³ se oprește imediat administrarea medicamentului, iar atunci când *Leucocite sunt mai puține de 1.000 în 1 cm³ și Granulocite sub 500 în 1 cm³* pacientul este *spitalizat de urgență* într-un salon izolat pentru a evita riscul de infecții intercurrente. În caz că tratamentul continuă, riscul letal este foarte ridicat.
- ✓ **Eozinofilia** – mai frecvent la femei, în cazul tratamentului cu Clozapinum. Mai rar pot fi astfel de reacții adverse ca: crize de astm, edem laringian, reacții anafilactice.¹¹.

• **Alte efecte secundare și nedorite ale medicației antipsihotice:**

✓ Tromboembolismul.	✓ Schimbări ale presiunii arteriale (majorarea ori scăderea).
✓ Miocardiopatia.	✓ Hipersalivarea.
✓ Miocardita.	✓ Depresia.
✓ 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.
✓ Hipersedarea.	

Tabelul 7 Efectele adverse ale Antipsihoticelor (AP)²⁷.

Efecte adverse	AP convențional	AP atipic
Simptome extrapiramidale	+++	+
Hiperprolactinemie	++	+
Diskinezie tardivă	+++	+/-
Hipotensiune ortostatică	++	+/-
Prelungirea intervalului QT	+++	+/-
Sindrom metabolic	+	++
Crize comițiale	+	+
Diabet zaharat	+	+
Moarte subită	++	+
Sindrom neuroleptic malign	+++	+/-
Sindrom serotoninergic*	+/-	+
Deteriorare cognitivă	++	+/-

Notă: - * risc amplificat de tratamente anterioare sau concomitente cu antidepressive serotoninergice.

Tabelul 8 Antipsihoticele (AP) atipice și disfuncțiile metabolice²⁷.

Antipsihotic	Creștere în greutate	Risc pentru diabet	Modificarea profilului lipidic
Clozapinum	+++	+	+
Olanzapinum	+++	+	+
Risperidonum	++	D	D
Quetiapinum	++	D	D
Aripiprazolum	+/-	-	-
Ziprasidonum	+/-	-	-
Paliperidonum	+/-	-	-

Notă: D= rezultate contradictorii

Tabelul 9 Monitorizarea tratamentului cu Antipsihotice (AP) atipice²⁷.

	Inițiere tratament	4 săpt.	8 săpt.	12 săpt.	Trimestrial	Anual	Cincinal
Istoricul personal / familial	X					X	
Greutate (BMI)	X	X	X	X	X		
Circumferința abdominală	X					X	
Tensiunea arterială	X			X		X	
Profilul glucidic rapid	X			X		X	
Profilul lipidic rapid	X			X			X

Notă: Date prezentate de Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes – American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologist; North American Association for the Study of Obesity; Diabetes Care, volume 27, number 2, february 2004.

Caseta 43 Primul ajutor în caz de sindrom neuroleptic malign

Primul pas terapeutic este oprirea imediată a administrării medicamentelor antipsihotice;

- suport medical pentru răcirea pacientului (antipiretice, împachetări reci pe traiectul

vaselor magistrale);

- monitorizarea funcțiilor vitale a echilibrului acido-bazic, celui hidro-salin; metabolismului proteic; CFK; a excreției renale;
- tratament simptomatic orientat spre menținerea funcțiilor vital-importante și diminuarea hipertermiei.

Medicația antiparkinsoniană și agoniștii dopaminei (Bromcriptinum) poate să reducă parțial rigiditatea musculară.

Dantrolenum (Dantrium), un relaxant al musculaturii scheletale (0,8–2,5 mg/kg la fiecare 6 ore, până la un dozaj total de 10 mg pe zi) poate să fie util în tratamentul acestei tulburări. Din momentul în care pacientul poate să ia medicație orală, Dantrolenum poate fi administrat în doze de 100 până la 200 mg/zi.

Se mai pot adăuga la tratament Bromocriptinum (20 până la 30 mg/zi în patru prize egale) sau, poate, Amantadinum. Tratamentul trebuie continuat timp de 5 până la 10 zile. La reinstituirea tratamentului antipsihotic, psihiatrul trebuie să ia în considerare trecerea la un medicament cu potență joasă sau la unul din noii antagoniști ai serotoninei/dopaminei (de ex., Clozapinum), cu toate că s-a raportat că sindromul neuroleptic malign a apărut și în cursul tratamentului cu Clozapinum.

Utilizarea TEC sau Plasmafereză până la momentul instalării stărilor de conștiință confuză de tip amenzial.

Notă: Nici un medicament nu este în mod sigur eficace. Anumitor pacienți, care au dezvoltat o singură dată, li s-a administrat din nou medicamentul după finalizarea episodului acut, fără rezultat.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI (PCN-9)

<i>D.1. PENTRU INSTITUȚIILE DE AMP</i>	
Asistența medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistentă medicală.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> - tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi Anexa 9, Anexa 12): <ul style="list-style-type: none"> - Antipsihotice; • Tranchilizante.
<i>D.2. PENTRU ECHIPELE DE AMU</i>	
Asistența Medicală de Urgență	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de urgență; • asistentă medicală.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop. • electrocardiograf; • glucometru portabil.
	Medicamente: (vezi Anexa 9, Anexa 12, Anexa 13) <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Chlorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum) – forme injectabile și tabletate; • Tranchilizante (Diazepamum, Chlordiazepoxydum etc.) – forme injectabile și tabletate; • Antidepresante (Amitriptylinum – forme injectabile și tabletate)
<i>D.3. PENTRU INSTITUȚIILE CONSULTATIV-DIAGNOSTICE</i>	
CCSM	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru; • psihoterapeut; • psiholog clinician; • asistent social; • ergoterapeut după caz; • asistenta psihiatrului (la 10 mii de populație).
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi Anexa 9, Anexa 12, Anexa 13): <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Clorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum, Levomepromazinum, Thioridazinum, Chlorprothixenum, Amisulpridum, Cariprazinum, Paliperidonum, Paliperidonum palmitat, Arpiprazolum); • Tranchilizante (Diazepamum, Chlordiazepoxidum etc.); • Antidepresante (Amitriptyumlin, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum).

D.4. SECȚIILE DE PROFIL GENERAL ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE, UPU	
Secțiile psihiatrice în spitalele generale	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Psihiatru; • Psiholog clinician; • nursa psihiatrică;
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi Anexa 9, Anexa 12, Anexa 13): <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Chlorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum, Levomepromazinum, Thioridazinum, Chlorprothixenum, Amisulpridum, Cariprazinum, Paliperidonum, Paliperidonum palmitatum, Arpiprazolum); • Tranchilizante (Diazepamum, Chlordiazepoxydum etc.); • Antidepresante (Amitriptylinum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum).
D.5. SECȚIILE SPECIALIZATE ALE SPITALELOR (RAIONALE, DACĂ EXISTĂ), MUNICIPALE ȘI REPUBLICANE	
Spitalul de psihiatrie	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru; • psihoterapeut; • psiholog clinician; • laborant; • asistent social; • ergoterapeut; • asistente medicale; • consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog ș.a.).
	Dispozitive medicale <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, echilibrulacido-bazic, creatinina și urea).

Medicamente (vezi Anexa 9, Anexa 12, Anexa 13):

- Preparate psihotrope:
- Neuroleptice (Clorpromazinum, Haloperidolum, Clozapinum, Risperidonum, Levomepromazinum, Thioridazinum, Chlorprothixenum, Amisulpridum, Cariprazinum, Paliperidonum, Paliperidonum palmitatum, Arpiprazolum);
- Tranchilizante (Diazepamum, Chlordiazepoxidum etc.);
- Antidepresante (Amitriptylinum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum);
- Medicamente pentru tratamentul complicațiilor (Caseta 42).

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a Sch.	1.1. Ponderea pacienților suspecți de Sch, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an. (în %)	Numărul de pacienți suspecți cu Sch, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspecți cu Sch care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu Sch.	2.1. Ponderea pacienților cu Sch tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu Sch tratați în condiții de ambulator în CCSM conform recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu Sch tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		2.2. Ponderea pacienților cu Sch tratați în spital general conform recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu Sch tratați în spital general conform, recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de Sch, pe parcursul ultimului an.
		2.3. Ponderea pacienților cu Sch tratați în spital de psihiatrie conform recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu Sch tratați în spital de psihiatrie conform, recomandărilor din PCN <i>Schizofrenia</i> , pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital de psihiatrie, cu diagnosticul de Sch, pe parcursul ultimului an.
		2.4. Ponderea pacienților cu Sch cu o remisiune completă, pe parcursul unui an. (în %)	Proporția pacienților cu Sch cu o remisiune completă, pe parcursul unui an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnoza de Sch, pe parcursul ultimului an.
3.	Depistarea precoce a pacienților cu un debut insidios al Sch.	3.1. Ponderea pacienților depistați cu PEP, pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți depistați cu PEP, pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu SCH, pe parcursul ultimului an.
4.	Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării bazate pe efect de „instituționalizare la pacienții cronici.”	4.1. Ponderea pacienților cu Sch care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu Sch care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de Sch, pe parcursul ultimului an.
		4.2. Ponderea pacienților cu Sch care, pe parcursul unui an nu au primit tratament staționar. (în %)	Numărul de pacienți cu Sch care nu au primit tratament staționar, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de Sch,

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
				pe parcursul ultimului an.
		4.3. Ponderea pacienților cu Sch care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an.(în %)	Numărul de pacienți cu Sch care au efectuat tentative sinucidere și/sau suicid, pe parcursul unui an.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de Sch, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

ANEXA 1. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Schizofrenie. Primul episod psihotic

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
Consultarea	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistenta medicala primara	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Centrul Comunitar de Sanatate Mintala	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Asistenta medicala spitaliceasca	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Aplicarea Chestionarului Prodromal, versiunea cu 16 itemi	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Psihoeducatia despre tulburarea mintala	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
- semne de pericol vital	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- stări grave după tentative de suicid	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea persoanelor cu risc înalt al semnelor prodromale	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de alcool	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de droguri	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen clinic psihiatric	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen psihologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examinarea multidisciplinară la nivel de CCSM	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- evaluări multi-disciplinare comprehensive	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- <u>interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN)</u>	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- diagnosticul categorial și dimensional	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Administrarea preparatelor antipsihotice	nu = 0; da = 1;
Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include si data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- tratament de sustinere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	0= da; 1= nu;
DECESUL PACIENTULUI	
Decesul în spital	0= da; 1= nu;

ANEXA 1. GHIDUL PENTRU APARTINĂTORI

Pe lângă impactul asupra bolnavului, schizofrenia afectează semnificativ familia și apropiații acestuia. Ei sunt cei care intră constant în contact cu bolnavul și simptomele bolii și resimți un mare stres emoțional.

Persoanele care suferă de schizofrenie au nevoie ca oamenii din jurul lor, familia, prietenii, să fie informați despre această boală. Cu cât știu mai multe despre boală, evoluția și simptomele sale, cu atât pot face viața bolnavului și a lor mai ușoară.

Lumea persoanelor cu schizofrenie

Experiențe (trăiri) neobișnuite. Așa cum persoanele “normale” percep lumea dintr-o anumită perspectivă, persoanele cu schizofrenie au propria lor perspectivă asupra lumii. Percepția persoanelor cu schizofrenie însă, este de obicei foarte diferită de realitatea celorlalți oameni din jurul lor.

Trăind într-o lume care pare distorsionată, în permanentă schimbare și lipsindu-le niște puncte de sprijin ale realității, pe care noi toți le folosim, o persoană cu schizofrenie se poate simți confuză și anxioasă. O astfel de persoană poate părea distantă, detașată de lumea din jur sau preocupată de altceva sau poate sta nemișcată “ca piatra” și eventual fără să vorbească, timp de ore întregi. Sau poate să fie într-o permanentă mișcare, agitație, neliniște. Astfel, o persoană cu schizofrenie, poate prezenta comportamente complet diferite în momente diferite de timp.

Halucinațiile. Lumea persoanelor cu schizofrenie poate fi plină de halucinații. Pot experimenta senzații care în realitate nu există, cum ar fi: aud voci care le spun să facă anumite lucruri, văd oameni sau lucruri care nu există sau simt că ceva le atinge corpul. Unele dintre aceste halucinații pot fi înspăimântătoare. Cele mai frecvente tipuri de halucinații în schizofrenie sunt cele auditive. Vocile pe care le aud pot să comenteze activitățile persoanei, pot intra în conversație cu ea sau îi pot da comenzi.

Ideile delirante. Sunt credințe personale false, la care persoana nu renunță, în ciuda argumentelor contradictorii și care nu fac parte din credințele culturale ale persoanei. Acestea sunt simptome frecvent întâlnite în schizofrenie și pot lua, de exemplu, forma unor teme de persecuție sau grandoare. Câteodată, ideile delirante au un aspect bizar – de exemplu, persoanele cu schizofrenie pot crede că un vecin le controlează acțiunile prin intermediul undelor magnetice sau că anumite persoane de la televizor le adresează în mod direct anumite mesaje sau că le difuzează propriile mesaje prin televizor. Ideile delirante de persecuție sunt frecvente în schizofrenia paranoidă și reprezintă idei false și iraționale – persoana crede că este agresată, înșelată, otrăvită sau au loc acțiuni conspirative împotriva sa.

Gândire dezorganizată. Gândirea persoanelor cu schizofrenie este adesea afectată. Ele au senzația că nu pot gândi corect, că anumite gânduri vin și pleacă rapid, că nu se pot concentra asupra unui singur lucru pentru o perioadă mai mare de timp și că sunt foarte ușor distrase de alte lucruri.

Persoanele cu schizofrenie nu pot diferenția între ceea ce este relevant și ceea ce nu este relevant într-o anumită situație. Nu pot să-și ordoneze gândurile și ideile într-o succesiune logică, ele devenind astfel dezorganizate și fragmentate, iar rezultatul constă în trecerea haotică de la o idee la alta.

Modificările emoționale. Persoanele cu schizofrenie prezintă ceea ce se numește “afect inadecvat”. Acest lucru se referă la exprimarea unei emoții care nu este în concordanță cu gândirea și discursul persoanei. De exemplu, o persoană care suferă de schizofrenie poate spune că este persecutată de demoni și apoi începe să râdă.

Persoanele cu schizofrenie prezintă adesea un “afect plat” sau “tocit”. Acești termeni se referă la o reducere a expresivității emoționale, adică folosesc un ton al vocii monoton sau expresii faciale reduse. Unele persoane cu simptome de schizofrenie prezintă și manifestări maniacale (expansive, euforice) sau depresive și atunci este important să se stabilească dacă persoana are un diagnostic de schizofrenie sau de tulburare bipolară sau tulburare schizoafectivă.

Normal versus anormal. În anumite momente, indivizii normali se pot simți sau pot gândi și reacționa în moduri care amintesc de simptomele unei persoane cu schizofrenie. Adesea pot simți că nu gândesc limpede, clar. Pot deveni foarte anxioși atunci când trebuie să vorbească în fața altor persoane (se simt confuzi, nu-și pot aduna gândurile, uita ceea ce voiau să spună).

Așa cum o persoană normală poate face în mod ocazional lucruri neobișnuite, în același mod multe persoane cu schizofrenie adesea gândesc, se poartă și simt într-un mod perfect normal. Dacă nu este într-o perioadă a bolii de dezorganizare extremă, persoana cu schizofrenie are un sens al realității; de exemplu, știe că majoritatea oamenilor mănâncă de trei ori pe zi și dorm noaptea. A fi total rupt de realitate nu înseamnă că persoana trăiește cu totul în altă lume. De cele mai multe ori, există doar anumite aspecte care nu au o bază reală. Atunci când persoana cu schizofrenie aude o voce pe care ceilalți nu o aud, este o distorsionare a realității, dar este o distorsionare doar a unei părți a realității. Astfel, persoana cu schizofrenie poate părea absolut normală în cea mai mare parte a timpului.

Tratamentul schizofreniei este un proces care se întinde de cele mai multe ori pe toată durata vieții. Tratamentul este individualizat, în funcție de fiecare pacient, acesta fiind un participant activ și important în alegerea planului terapeutic. Sprijinul familiei pe parcursul întregului proces este vital.

O relație bună cu medicul este esențială în drumul spre recuperare!

Obiectivele tratamentului

Obiectivele tratamentului schizofreniei sunt

- scăderea frecvenței și severității episoadelor psihotice (episoade mai puține și mai ușoare)
- prevenirea apariției altor episoade
- menținerea unei perioade cât mai lungi de remisiune
- îmbunătățirea calității vieții și a capacității de funcționare

Tratamentul primului episod psihotic

Tratează-te din timp pentru o viață mai ușoară!

Primul episod psihotic înseamnă și prima ta vizită la medicul psihiatru. Împreună cu el vei putea stabili pașii pe care trebuie să îi urmezi și tratamentul tău personalizat.

Cu cât începi tratamentul mai repede, cu atât poate fi ținută mai bine boala sub control!

După un prim episod, tratamentul ar trebui continuat cel puțin un an de la remisiunea completă a simptomatologiei psihotice, sub îndrumarea permanentă a medicului.

Evaluarea înaintea tratamentului

Orice decizie de a începe un tratament trebuie să vină după o evaluare amănunțită a medicului. El este cel care alege tratamentul optim pentru fiecare pacient în parte, pentru a putea fi ușor de tolerat și administrat.

Tipuri de tratament

Exista două grupe mari de medicamente folosite în tratamentul schizofreniei: antipsihoticele “tipice” și antipsihoticele “atipice” (sau de generația a doua).

Antipsihoticele tipice

Sunt primele descoperite și au fost folosite cu succes de-a lungul vremii în tratarea simptomatologiei psihotice. În prezent sunt folosite din ce în ce mai rar, în special datorită efectelor adverse pe care le produc. Cele mai folosite neuroleptice clasice sunt: HALOPERIDOLUL, ZUCLOPENTIXOLUL, FLUPENTIXOLUL

Antipsihoticele atipice

Față de antipsihoticele tipice, antipsihoticele de generația a doua sunt mult mai bine tolerate, având mai puține efecte adverse. De asemenea ele s-au dovedit eficiente nu numai în tratarea simptomelor pozitive, cât și în tratarea simptomelor negative, cognitive și afective.

Iată care sunt antipsihoticele atipice disponibile și în Republica Moldova: AMISULPRID, ARIPIPRAZOL, CLOZAPINA, OLANZAPINA, PALIPERIDONA, QUETIAPINA, RISPERIDONA, CARIPRAZINA.

Spitalizarea

Decizia de a interna pacientul DEPINDE DE PREZENȚA UNOR SIMPTOME care pot pune în pericol viața acestuia și a celor din jurul său. Pentru cazurile în care pacienții refuză spitalizarea când aceasta este necesară, se aplică LEGEA Nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală

Tratamentul de întreținere

Mergi la medic periodic. Mergi la medic cel puțin o dată pe lună și discută evoluția bolii.

Schizofrenia necesita tratament pe tot parcursul vieții.

Continuă cu medicația aleasă de medic și la care ai răspuns cel mai bine.

Rezistența la tratament

Cel puțin o treime din pacienții cu schizofrenie nu răspund la tratamentul antipsihotic sau răspund foarte slab la el.

În astfel de cazuri se recomandă, ca sub observația medicului, să se introducă Clozapina în tratament. IN LITERATURA EXISTA MENȚIONATE CAZURI DE SCHIZOFRENIE CU EPISOD UNIC SAU CARE AU AJUNS LA O REMISIUNE COMPLETĂ FĂRĂ RECĂDERI. DIN PĂCATE ACESTEA CONSTITUIE EXCEPȚII.

Pe lângă tratamentul medicamentos este foarte important pentru managementul bolii ca între medic, pacient și familia pacientului să existe o alianță terapeutică pozitivă.

De ce sunt importante intervențiile?

Ele sunt cele prin care atât pacientul cât și familia acestuia înțeleg importanța urmării tratamentului.

Șansele de recădere în cazul unui pacient care urmează corect tratamentul medicamentos sunt de 20%, față de 80% în cazul în care acesta nu îl urmează.

Intervenția psihosocială crește eficiența tratamentului medicamentos și invers.

Pana la trei sferturi dintre persoanele care întrerup medicația după un prim episod vor suferi recăderi în primul an și doar jumătate dintre persoanele care iau medicația prezintă acest risc.

Tipuri de intervenții psihosociale

Antrenarea abilităților sociale

Ținta acestui tip de intervenție sunt simptomele negative ale pacienților cu schizofrenie, cele care împiedică pacientul să funcționeze în societate ca un membru activ. Metoda își propune să îmbunătățească funcționarea socială a pacienților prin învățarea comportamentelor necesare în societate, pierdute ca urmare a bolii. Cele mai comune simptome sunt lipsa contactului vizual, sărăcia expresiilor faciale, lipsa spontaneității în conversație, lipsa capacității de apreciere corectă a expresiilor celorlalți.

Reabilitare vocațională

Schizofrenia ca diagnostic nu înseamnă că pacientul nu poate fi un membru activ și productiv al societății. Mulți dintre pacienți pot munci având chiar abilități deosebite în anumite domenii, iar acest lucru este esențial pentru reintegrarea lor socială și o recuperare pozitivă.

Terapia de grup

Terapiile de grup își propun îmbunătățirea metodelor de adaptare. Ele pot fi mijloace importante de monitorizare a pacienților privind reparația simptomelor premergătoare unui nou episod. Terapiile de grup sunt eficiente în reducerea izolării sociale și ameliorarea contactului cu realitatea.

Intervenții familiale

Familia poate înțelege cel mai bine gravitatea tulburării pacientului atunci când acesta este în faza acută. Tot în această situație familia înțelege necesitatea tratamentului adecvat. Este necesar ca familia să înțeleagă că negarea existenței unei tulburări psihice și încercarea de a căuta o alta explicație pentru apariția acesteia sunt în detrimentul pacientului.

Psihoterapiile de orientare cognitive- comportamentală

Încearcă să modifice experiențele și simptomele psihotice sau efectul exercitat de acestea asupra gândirii, sentimentelor și comportamentului pacientului, astfel încât acestea să fie acceptabile pentru pacient. Nu se încercă, de exemplu, contrazicerea ideii delirante ci acceptarea ei și înglobarea ei în sistemul de valori acceptate de societate. Este o metodă complementară tratamentului medicamentos.
19.

ANEXA 2. GHIDUL PENTRU PACIENT

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul *Schizofreniei* în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Este destinat pacienților, dar poate fi util și familiilor acestora și celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această tulburare.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau investigațiile și tratamentul necesar. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul de familie, psihiatrul, psihologul. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament.

Indicațiile din ghid acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de *Schizofrenie*;
- modul în care stilul de viață poate influența evoluția acestei tulburări;
- prescrierea medicamentelor pentru tratamentul schizofreniei;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu *Schizofrenie*.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să țină cont de necesitățile și de preferințele dvs. personale. Dvs. aveți dreptul să primiți informații pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă acordă suport. În acest scop, personalul medical trebuie să vă ofere informații accesibile și relevante, să vă trateze cu respect, sensibilitate și cu loialitate și să vă explice pe înțeles ce prezintă această maladie și care este tratamentul recomandabil. Informația oferită de cadrele medicale trebuie să includă detalii despre avantajele și eventualele riscuri în administrarea diferitelor tratamente. În tratamentul și în asistența medicală de care beneficiați, e necesar să se țină

cont și de alte aspecte: religie, etnie etc., precum și de alți factori suplimentari, cum sunt dizabilitățile fizice, problemele de vedere sau de auz, dificultățile de vorbire.

Ce este schizofrenia? — Schizofrenia este o tulburare a funcțiilor creierului care împiedică pacientul să gândească corect și să perceapă adecvat realitatea ambientală. Ea poate face pacientul să vadă, să audă, să simtă lucruri care nu există în realitate, ori să creadă în niște lucruri ce nu sunt adevărate.

Care sunt simptomele schizofreniei? — Schizofrenia poate cauza:

- **Simptome „pozitive”** — În acest caz, „pozitiv” nu înseamnă „bun.” Simptomele pozitive constau adeseori în dispariția **comportamentelor normale (adecvate situațiilor)** din cauza schizofreniei. Exemple de simptome pozitive:
 - Halucinațiile — Halucinațiile sunt atunci, când auziți, vedeți, simțiți, miroșiți sau simțiți gusturi care nu-s reale (pe care persoanele din preajmă nu le percep, nu le simt, nu le aud). De exemplu, persoanele cu schizofrenie deseori aud în capul lor voci, care le spun să facă ceva, deși în realitate nu le vorbește nimeni.
 - Delirul — Delirul este atunci, când credeți în lucruri ce nu sunt adevărate. De exemplu, persoanele cu schizofrenie uneori se consideră a fi o persoană celebră care, de fapt, în realitate deja este decedată.
 - Gândire sau vorbire dezorganizată — Persoanele cu schizofrenie au probleme în a gândi într-un mod organizat. Ele pot vorbi și vorbi despre multe lucruri, înainte de a ajunge la subiect. Uneori, născocesc cuvinte inexistente sau spun lucruri care n-au nici un sens. Adeseori se constată trecerea de la o temă relatată la alta fără nici o legătură cu precedentă, iar pacientul nu-și dă seama de aceste „alunecări” pe care le observă cu ușurință interlocutorul.
 - **Simptome „negative”** — În acest caz „negativ” nu înseamnă „rău”. Simptomele „negative” constau în încetarea **comportamentelor normale** din cauza schizofreniei. Exemple de simptome „negative”:
 - A nu manifesta multe emoții și a nu schimba expresia facială
 - A nu se mișca sau a nu vorbi, ori a vorbi mult și fără sens
 - A nu face baie sau a nu se menține curat
 - A nu manifesta interes în a petrece timpul cu alte persoane sau a se distra
 - **Simptome cognitive** — Simptomele cognitive sunt simptomele care afectează abilitatea de a gândi clar (adecvat situației). Persoanele cu schizofrenie au probleme în a:
 - Învăța și memoriza
 - Înțelege vorbirea sau alte forme de comunicare
 - Înțelege sensul unei informații noi
 - Rezolva probleme, chiar cotidiene
 - **Simptome emoționale** — Persoanele cu schizofrenie deseori simt anxietate sau depresie.
- Există vreă investigație specifică, care să confirme diagnosticul de schizofrenie? — Nu.** Nu există nici o investigație specifică. Însă medicul dumneavoastră sau asistenta medicală trebuie să vă poată explica dacă aveți schizofrenie, analizând simptomele și efectuând un examen clinic. Medicul, psihologul ar putea avea nevoie să vă supună unor investigații pentru a se asigura că simptomele nu sunt cauzate de o altă problemă medicală.

Cum se tratează schizofrenia? — Schizofrenia se tratează cu medicamente care asigură controlul simptomelor și cu diferite tipuri de consiliere și suport, precum și cu alte metode non-medicamentoase în asociere, precum cele psihologice.

Medicamentele pentru schizofrenie, de regulă reduc și chiar înlătură simptomele. Uneori, este necesar să fie administrate câteva medicamente, până când se va găsi medicamentul cel mai potrivit, care funcționează cel mai bine și cauzează cele mai puține efecte nedorite.

Medicamentele utilizate pentru tratamentul schizofreniei pot cauza efecte adverse neconfortabile. Dacă medicamentele pe care le luați cauzează efecte adverse, vorbiți-i medicului despre acestea. Medicul ar putea reduce doza, trece la un alt medicament sau poate să vă ajute să gestionați în alt mod efectele adverse.

Pentru a controla simptomele schizofreniei, de obicei este nevoie de a lua medicamente pentru tot restul vieții. Este important ca medicamentele să fie luate exact așa cum a recomandat medicul. În caz contrar, simptomele ar putea să se agraveze.

Pentru dumneavoastră și pentru familia dumneavoastră poate fi util să participați la un tip specific de terapie, numită “psihoeucația familiei.” Acest gen de terapie vă poate învăța pe dumneavoastră și pe persoanele dragi să însușiți unele lucruri utile ca, de exemplu:

- Schizofrenia este o boală biologică și nu este greșeala cuiva
- Modalitățile de a nu permite agravarea stării dumneavoastră
- Modalitățile de a face față simptomelor, astfel încât ele să fie mai puțin stresante

Și dacă îmi doresc o sarcină ? — Dacă vă doriți o sarcină, vorbiți cu medicul înainte de a încerca să rămâneți însărcinată. Majoritatea femeilor cu schizofrenie au nevoie să continue luarea medicamentelor înainte și în timpul sarcinii. Însă unele femei trebuie să treacă la medicamente, care au o probabilitate redusă de a cauza probleme copilului.

Ați putea fi tentată să renunțați la medicamente pentru a vă proteja copilul. Dar țineți cont că în acest mod puteți face mai mult rău, decât bine. Femeile care încetează să-și ia medicamentele înaintea și în timpul sarcinii deseori au simptome severe de schizofrenie și ajung să necesite mai multe medicamente, decât dacă ar fi continuat administrarea obișnuită (așa cum le administra până a precede gravidă) a medicamentelor.²⁸

ANEXA 3. SCALA DE EVALUARE A SIMPTOMELOR PSIHOTICE (PSYRATS)

Scale de evaluare a simptomelor psihotice (PSYRATS)

Partea 1: Halucinațiile auditive

1 – Frecvența

- 0- Vocile sunt absente sau apar mai rar, decât o dată pe săptămână
- 1- Vocile apar cel puțin o dată pe săptămână
- 2- Vocile apar cel puțin o dată pe zi
- 3- Vocile apar cel puțin o dată pe oră
- 4- Vocile apar în continuu sau aproape în continuu, adică încetează doar pentru câteva secunde sau minute

2 – Durata

- 0- Vocile sunt absente
- 1- Vocile durează câteva secunde, voci trecătoare
- 2- Vocile durează câteva minute
- 3- Vocile durează cel puțin 1 oră
- 4- Vocile durează ore în șir în același timp

3 – Locația

- 0- Vocile sunt absente
- 1- Vocile sună de parcă ar fi doar în interiorul capului

- 2- Vocile sunt în afara capului, dar aproape de urechi sau cap. Pot fi prezente și voci în interiorul capului
- 3- Vocile sună de parcă ar fi în interiorul sau aproape de urechi și în exteriorul capului, departe de urechi
- 4- Vocile sună de parcă ar fi doar în afara capului

4 – Intensitatea

- 0- Vocile sunt absente
- 1- Mai liniștite, decât propria voce, șoapte
- 2- Cam de aceeași intensitate, ca și propria voce
- 3- Mai puternice, decât propria voce
- 4- Extrem de puternice, strigăte

5 – Convingeri privind originea vocilor

- 0- Vocile sunt absente
- 1- Crede că vocile sunt generate doar din interior și sunt legate de sine
- 2- Are o convingere <50% că vocile își au originea în cauze externe
- 3- Are o convingere $\geq 50\%$ (însă <100%) că vocile își au originea în cauze externe
- 4- Crede că vocile se datorează doar cauzelor externe (100% convingere)

6 – Volumul conținutului negativ al vocilor

- 0- Nu este conținut neplăcut
- 1- Conținut uneori neplăcut (<10%)
- 2- O parte mică din conținutul vocilor este neplăcut sau negativ (<50%)
- 3- Majoritatea conținutului vocilor este neplăcut sau negativ ($\geq 50\%$)
- 4- Tot conținutul vocilor este neplăcut sau negativ

7 – Nivelul conținutului negativ

- 0- Nu este neplăcut sau negativ
- 1- Anumit grad de conținut negativ, însă fără comentarii personale referitoare la sine sau la familie, de exemplu înjurături sau comentarii ne-direcționate către sine, așa ca „lăptarul este urât”
- 2- Abuz verbal personal, comentarii referitoare la comportament, de exemplu „nu trebuie sa faci așa sau să spui asta”
- 3- Abuz verbal personal referitor la conceptul de sine, de exemplu „ești leneș, urât, nebun, pervers”
- 4- Amenințări personale pentru sine, de exemplu amenințare de auto-vătămare sau de vătămare a familiei, instrucțiuni extreme sau ordine de auto-vătămare ori de vătămare a altora

8 – Volumul distresului (tristetei)

- 0- Vocile nu provoacă distres defel
- 1- Vocile provoacă uneori disters, cea mai mare parte nu provoacă distres (<10%)
- 2- O parte mică a vocilor provoacă distres (<50%)
- 3- Majoritatea vocilor provoacă distres, o parte mică nu ($\geq 50\%$)
- 4- Vocile întotdeauna provoacă distres

9 – Intensitatea distresului

- 0- Vocile nu provoacă defel distres
- 1- Vocile provoacă un distres ușor
- 2- Vocile provoacă un distres moderat
- 3- Vocile provoacă un distres foarte mare, deși subiectul ar putea să se simtă și mai rău

- 4- Vocile provoacă un distress extrem, mai rău nu poate fi

10 – Perturbarea vieții cauzată de voci

- 0- Fără perturbarea vieții, este capabil de a menține relațiile sociale și familiale (dacă există)
- 1- Vocile cauzează un volum minimal de perturbare a vieții, de exemplu, influențează asupra concentrării, deși persoana este capabilă de a menține activitățile din timpul zilei și relațiile sociale și familiale și poate duce un trai independent, fără vreun suport
- 2- Vocile cauzează un volum moderat de perturbare a vieții, cauzând unele perturbări ale activităților din timpul zilei și/sau activităților familiale sau sociale. Pacientul nu se află în spital, dar s-ar putea afla într-o locuință protejată sau ar putea beneficia de suport suplimentar pentru abilitățile de viața de zi cu zi
- 3- Vocile cauzează o perturbare severă a vieții, astfel încât de obicei este necesară spitalizarea. Pacientul poate desfășura unele activități cotidiene, auto-îngrijirile și relațiile, aflându-se în spital. Pacientul se poate, de asemenea, afla într-o locuință protejată, însă se confruntă cu o perturbare severă a vieții din punct de vedere al activităților, abilităților de viața de zi cu zi și/sau relațiilor
- 4- Vocile cauzează o perturbare completă a vieții cotidiene, fiind necesară spitalizarea. Pacientul este incapabil de a efectua vreo activitate cotidiană și de a întreține relații sociale. Auto-îngrijirile sunt de asemenea perturbate sever

11 – Controlabilitatea vocilor

- 0- Subiectul crede că poate controla vocile și că întotdeauna le poate chema sau alunga, la dorință
- 1- Subiectul crede că poate deține un anumit control asupra vocilor în majoritatea cazurilor
- 2- Subiectul crede că poate deține un anumit control asupra vocilor jumătate din timp
- 3- Subiectul crede că poate deține un anumit control asupra vocilor, însă doar uneori. Majoritatea timpului, subiectul aude voci care nu sunt controlabile
- 4- Subiectul nu deține controlul asupra apariției vocilor și nu le poate alunga sau chema defel

Partea B: Ideile delirante

1 - Nivelul de preocupare față de ideile delirante

- 0- Lipsa ideilor delirante sau idei delirante la care subiectul se gândește mai rar, decât o dată pe săptămână
- 1- Subiectul se gândește la idei cel puțin o dată pe săptămână
- 2- Subiectul se gândește la idei cel puțin o dată pe zi
- 3- Subiectul se gândește la idei cel puțin o dată pe oră
- 4- Subiectul se gândește la ideile delirante în continuu sau aproape continuu

2 – Durata preocupării față de ideile delirante

- 0- Lipsa ideilor delirante
- 1- Gândurile despre idei durează câteva secunde, gânduri trecătoare
- 2- Gândurile despre ideile delirante durează câteva minute
- 3- Gândurile despre ideile delirante durează cel puțin 1 oră
- 4- Gândurile despre ideile delirante durează de obicei câteva ore în același timp

3 – Convingerea

- 0- Lipsa convingerii
- 1- Foarte puțină convingere în realitatea ideilor, <10%
- 2- Unele dubii legate de convingerea în idei, între 10 și 49%
- 3- Convingerea în idei este foarte puternică, între 50 și 99%
- 4- Convingerea este de 100%

4 - Volumul distresului (tristeții)

- 0- Ideile niciodată nu cauzează distres
- 1- Ideile cauzează distres în puține cazuri
- 2- Ideile cauzează distres în <50% din cazuri
- 3- Ideile cauzează distres în majoritatea cazurilor când apar, între 50 și 99% din timp
- 4- Ideile întotdeauna cauzează distres atunci când apar

5 – Intensitatea distresului

- 0- Lipsa distresului
- 1- Ideile cauzează un distres ușor
- 2- Ideile cauzează un distres moderat
- 3- Ideile cauzează un distres marcat
- 4- Ideile cauzează un distres extrem, mai rău nu poate fi

6 – Perturbarea vieții cauzată de distres

- 0- Fără perturbarea vieții, poate duce un trai independent, fără probleme legate de abilitățile de viața de zi cu zi. Este capabil de a menține relațiile sociale și familiale (dacă există)
- 1- Ideile cauzează un volum minimal de perturbare a vieții, de exemplu, influențează asupra concentrării, deși persoana este capabilă de a menține activitățile din timpul zilei și relațiile sociale și familiale și poate duce un trai independent, fără vreun suport
- 2- Ideile cauzează un volum moderat de perturbare a vieții, cauzând unele perturbări ale activităților din timpul zilei și/sau activităților familiale sau sociale. Pacientul nu se află în spital, dar s-ar putea afla într-o locuință protejată sau ar putea beneficia de suport suplimentar pentru abilitățile de viața de zi cu zi.
- 3- Ideile cauzează o perturbare severă a vieții, astfel încât de obicei este necesară spitalizarea. Pacientul poate desfășura unele activități cotidiene, auto-îngrijirile și relațiile, aflându-se în spital. Pacientul se poate de-asemena afla într-o locuință protejată, însă se confruntă cu o perturbare severă a vieții din punct de vedere al activităților, abilităților de viața de zi cu zi și/sau relațiilor.
- 4- Ideile cauzează o perturbare completă a vieții cotidiene, fiind necesară spitalizarea. Pacientul este incapabil de a efectua vreo activitate cotidiană și de a întreține relații sociale. Auto-îngrijirile sunt de-asemena perturbate sever.

ANEXA 4. CHESTIONARUL PREMORBID (PQ 16)

Despre protocol	
Descrierea protocolului:	Chestionarul Prodromal –16 (PQ-16) include 16 itemi de auto-raportare de tip adevărat/fals care evaluează riscul de psihoză. Nouă itemi evaluează devierile perceptuale și halucinațiile, cinci itemi evaluează conținutul neobișnuit al gândurilor, ideile delirante și paranoia, iar doi itemi evaluează simptomele negative.
Textul protocolului:	1. Mă simt dezinteresat de lucrurile care îmi aduceau plăcere. [] Adevărat [] Fals 1.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat? [] 0 Nu [] 1 Ușor [] 2 Moderat [] 3 Sever 2. Deseori mi se pare că trăiesc unele evenimente exact la fel ca cele care s-au

întâmplat deja mai înainte (déjà vu.)

Adevărat

Fals

2.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

3. Uneori simt mirosuri sau gusturi pe care alte persoane nu le pot simți.

Adevărat

Fals

3.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

4. Deseori aud sunete neobișnuite, așa ca bubuituri, pocnete, șuierături, lovituri sau țuuituri în urechi.

Adevărat

Fals

4.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

5. Uneori eram confuz, neștiind dacă ceea ce simțeam era real sau imaginar.

Adevărat

Fals

5.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

6. Când mă uit la o persoană sau când mă privesc în oglindă, văd cum fața se schimbă chiar înaintea ochilor mei.

Adevărat

Fals

6.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

7. Devin extrem de neliniștit când mă întâlnesc cu oamenii pentru prima dată.

Adevărat

Fals

7.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

8. Am văzut lucruri, pe care alți oameni se pare că nu le pot vedea.

Adevărat

Fals

8.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

9. Gândurile mele sunt uneori atât de puternice, încât eu aproape că le pot auzi.

Adevărat

Fals

9.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

10. Uneori văd unele semnificații speciale în publicitate, vitrinele magazinelor sau în modul în care sunt aranjate lucrurile din jurul meu.

Adevărat

Fals

10.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

11. Uneori, simțeam că nu-mi controlez propriile idei sau gânduri.

Adevărat

Fals

11.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

12. Uneori, mă simt distras brusc de sunete distante, de care în mod normal nu sunt conștient.

Adevărat

Fals

12.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

13. Aud lucruri, pe care alte persoane nu le pot auzi, așa ca voci ale unor persoane ce se șușotesc sau vorbesc.

Adevărat

Fals

13.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

14. Deseori ma simt de parca lumea ma desconsideră sau îmi poartă pică.

Adevărat

Fals

14.1. Dacă este adevărat, ce nivel de suferințe aceasta Vă provoacă?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

15. Am avut sentimentul că în jurul meu este o anumită persoană sau forță, chiar dacă nu puteam vedea pe nimeni.

Adevărat

Fals

15.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

16. Simt că unele părți ale corpului meu s-au schimbat într-un anumit fel sau că unele părți ale corpului funcționează altfel, decât mai înainte.

Adevărat

Fals

16.1. Dacă este adevărat, cu ce nivel de suferințe v-ați confruntat?

0 Nu

1 Ușor

2 Moderat

3 Sever

Calcularea scorului:

Respondenții care răspund afirmativ la 6 sau mai mulți itemi privind simptomele,

	se consideră a fi în risc de psihoză.
Participanți:	Adolescenți și adulți, în vârstă de la 12 ani și mai mult.
Surse:	Ising, H. K., Veling, W., Loewy, R. L., Rietveld, M. W., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M. C., Neiman, D. H., Wunderink, L., Linszen, D. H., & van der Gaag, M. (2012). The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 38(6), 1288–1296.
Cadre și instruire necesară:	Nimic
Echipament necesar:	Nimic
Referințe generale:	Loewy, R. L., Bearden, C. E., Johnson, J. K., Raine, A., & Cannon, T. D. (2005). The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. <i>Schizophrenia Research</i> , 79(1), 117–125. van de Beek, M. H., van der Krieke, L., & Schoevers, R. A. (2014). Migrants Examined for Determinants of psychopathology through INternet Assessment (MEDINA) study: A cross-sectional study among visitors of an Internet community. <i>BMJ Open</i> , 4(1), e003980.

ANEXA 5. SCALELE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII: HONOS. HoNOS

Numele _____

HoNOS Completat de (Numele): _____

HoNOS - Foaia de stabilire a scorului - Introduceți rata severității pentru fiecare item în caseta corespunzătoare în partea dreaptă a itemului. Evaluează cu 9 dacă răspunsul este „nu știu” sau „nu se aplică”.

		Evaluează cu 9 dacă răspunsul este „nu știu”	Scorul
1	Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator	0 1 2 3 4	
2	Auto-vătămare ne-accidentală	0 1 2 3 4	
3	Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor	0 1 2 3 4	
4	Probleme cognitive	0 1 2 3 4	
5	Boală fizică sau dizabilitate	0 1 2 3 4	

6	Probleme cu halucinațiile și ideile delirante	0 1 2 3 4	
7	Probleme cu dispoziție depresivă	0 1 2 3 4	
(Specificați tulburarea A,B,C,D,E,F,G,H,I, ori J)			
8	Alte probleme mintale sau comportamentale	0 1 2 3 4	
9	Probleme cu relațiile	0 1 2 3 4	
10	Probleme cu activitățile din viața de zi cu zi	0 1 2 3 4	
11	Probleme cu condițiile de trai	0 1 2 3 4	
12	Probleme cu ocupația și activitățile	0 1 2 3 4	
	Total	0-48	

Ce este HoNOS?

Este un set de 12 scale, fiecare din ele măsoară un tip de problemă frecvent prezentată de către pacienți / clienți în centrele de îngrijire a sănătății mintale. O foaie de punctaj HONOS completată oferă un profil de 12 evaluări ale severității și un scor total. Este o înregistrare numerică a unei evaluări clinice, dar nu înlocuiește notițele clinice sau orice alte înregistrări. Se intenționează ca aceasta să devină o parte integrată a unui set de date minim și o componentă de bază a APC.

Cum sunt măsurate rezultatele utilizând HONOS?

Prin compararea severității fiecărei probleme înregistrate la prima evaluare (Timpul 1) cu evaluările efectuate la a doua sau la o subsecventă ocazie (Timpul 2).

Cum este măsurată severitatea?

Severitatea este măsurată pe o scară de cinci puncte (0,1,2,3,4).

0 = nici o problemă în perioada evaluată

1 = problemă sub prag

2 = ușoară, dar cu siguranță prezentă

3 = moderat severă

4 = de la severă până la foarte severă

Exemple scurte ale fiecărui punct de evaluare sunt oferite pentru fiecare din cele 12 scale în Glosar, care este folosit alături de foaia de evaluare.

Ce perioadă acoperă fiecare evaluare?

Cele mai grave probleme prezente în 2 săptămâni anterioare sau un o perioadă de timp relevantă pentru pacient, de exemplu de la ultima revizuire sau pe parcursul ultimei luni sunt evaluate.

Cine completează HoNOS și când?

HoNOS este recomandat pentru utilizare de către practicieni calificați din domeniul îngrijirilor în sănătatea mintală, numiți Evaluatori. Cu toate acestea, orice lucrător cu experiență în domeniul sănătății mintale, care a fost instruit în utilizarea HoNOS și atinge scoruri similare cu alți practicieni

calificați din sănătate, poate folosi HoNOS. Dacă HoNOS este completat, ca parte a unei revizuirii CPA / turei de secție, un consens va fi atins pe evaluarea HoNOS de către echipa care va include practicieni calificați din domeniul sănătății mintale, deși persoana care înregistrează evaluarea decisă nu va fi neapărat un medic calificat. Scalele ar trebui să fie completate de către aceeași persoană sau o echipă similară la fiecare moment de timp, deoarece aceasta este o bună practică. Dar acest lucru nu este întotdeauna posibil, în special în centrele de spitalizare în stare acută. Formarea ajută evaluatorii să dea scoruri similare, și deci asigură, astfel, o fiabilitate.

Când este completat HoNOS?

Acesta este completat imediat după o evaluare de rutină / revizuirea CPA / tura în secție etc.

Ce întrebări se adresează în evaluare?

HONOS nu este un interviu structurat. Evaluarea se face în mod obișnuit. Ar putea fi nevoie să fie discutate mai multe probleme decât au fost inițial necesare și/sau informații de la alți membri ai echipei de îngrijire sau îngrijitorul, ar putea fi luate în considerație.

Sunt opiniile pacienților/clientilor incluse în rating?

Evaluările fiecărui item se fac în baza judecății clinice și nu în baza percepțiilor pacienților/clientilor.

Cum este completat HONOS?

Fiecare item este descris în Glosar. Începe întotdeauna cu itemul 1 și continuă să lucrezi cu itemii următori în jos în foaia de evaluare. Alege un scor de severitate pentru fiecare item și introdu-l în caseta punctului corespunzător de pe foaia de evaluare. Itemii propuși referitori la informația de fond au propria lor pagină de definiții.

Cum pot să știu unde să evaluez o anumită problemă pe foaia de evaluare?

Itemii HONOS sunt aranjați într-o ordine specială, astfel încât să se evite evaluarea dublă a conținutului unuia dintre aceștia. Toți itemii sunt evaluați la fiecare punct de evaluare. Aceștia sunt întotdeauna evaluați în ordinea de la 1 la 12. Când un item a fost evaluat, conținutul acestuia nu este luat în considerare atunci când se evaluează alt item de mai jos în foaia de evaluare. De exemplu, în cazul în care există un pacient/client care are halucinații și este agresiv, severitatea "comportamentului agresiv" este evaluat la itemul 1. La itemul 6, numai gravitatea/impactul halucinațiilor este evaluat. În mod similar, "comportamentul suicidar" este evaluat la Scala 2 și severitatea stării depresive, dacă este prezentă, la Scala 7. În Glosar este prevăzută îndrumarea.

Ce se întâmplă dacă două probleme sunt prezente pe aceeași scală, dar țin de diferite severități?

Acest lucru se întâmplă destul de des, deoarece unele scale reprezintă o gamă largă de probleme.

Evaluează întotdeauna problema cea mai gravă, care a avut loc în timpul perioadei date a evaluării.

Perioada de timp inclusă în evaluare

Atunci când se evaluează fiecare din cei 12 itemi, evaluatorul este de obicei rugat să ia în considerare perioada de două săptămâni, imediat înainte de data evaluării. Atunci evaluatorul înregistrează sub fiecare rubrică un scor al celui mai grav simptom/problemă care a avut loc, în orice moment al acestei perioade de două săptămâni. Evaluatorul nu încearcă să înregistreze o estimare de funcționare medie sau globală a pacientului.

Vă rugăm să rețineți: aceasta "regulă de două săptămâni" nu se aplică dacă cele două evaluări au loc la mai puțin de două săptămâni între acestea. În astfel de cazuri, evaluarea se face pe baza celui mai grav simptom/problemă, de la evaluarea precedentă.

- **Evaluează** fiecare scară, în ordinea de la 1-12
- **Nu** include informații evaluate într-un item anterior, cu excepția itemului 10, care este un scor de ansamblu
- **Evaluează** problema **CEA MAI GRAVĂ** care a avut loc în timpul perioadei de evaluare
- **Toate scalele** respectă formatul: 0 = nici o problemă
- 1 = problemă minoră care nu necesită o acțiune
- 2 = problemă ușoară, dar cu siguranță prezentă
- 3 = problemă moderat-severă
- 4 = problemă severă până la foarte severă

1. Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator

- Include un astfel de comportament datorat oricărei cauze, de exemplu, droguri, alcool, demență, psihoze, depresie etc.
- Nu includeți comportament bizar, evaluat la scala a 6-a.

0	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
1	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
2	Include gesturi agresive, împingând sau sâcâind pe alții; Amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei căni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
3	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
4	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

2. Auto-vătămare ne-accidentală

- Nu includeți auto-vătămarea accidentală (de exemplu, ca urmare a demenței sau a dizabilități severe de învățare); problema cognitivă este evaluată de Scala 4 și vătămarea de Scala 5.
- Nu includeți boala sau accidentul ca o consecință directă a consumului de droguri/alcool evaluat de Scala 3: (de exemplu ciroza hepatică sau prejudiciul rezultat din conducerea sub influența alcoolului sunt evaluate de Scala 5).

0	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
1	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
2	Include gesturi agresive, împingând sau sâcâind pe alții; amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei căni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
3	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
4	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

3. Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor

- Nu includeți comportament agresiv /distructiv cauzat de consumul de alcool sau de droguri, evaluat de Scala 1.
- Nu includeți boală fizică sau dizabilitate ca urmare a consumului de alcool sau de droguri, evaluat la Scala 5.

0	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
1	Uneori consum excesiv, dar în limitele normelor sociale.
2	Pierderea controlului în consumul de alcool sau de droguri, dar nu o dependență gravă.
3	Dorință marcată sau dependența de alcool sau de droguri, cu pierderea frecventă a controlului, comportament riscant sub influență etc.
4	În incapacitate din cauza problemelor cu alcoolul / drogurile.

4. Probleme cognitive

- Includ probleme de memorie, orientare și înțelegere, asociate cu orice tulburare; dizabilitate de învățare, demență, schizofrenie etc.
- Nu includeți probleme temporare (de exemplu, mahmureala) rezultate din consumul de droguri/alcool, evaluate de Scala 3.

0	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată
1	Probleme minore cu memoria sau înțelegerea, de exemplu, uită ocazional nume.
2	Probleme ușoare, dar definite, de exemplu s-a rătăcit într-un loc cunoscut sau nu poate să recunoască o persoană cunoscută; uneori este confuz cu decizii simple.
3	Dezorientare marcată în timp, spațiu sau persoană, uimit de evenimentele zilnice; discursul este uneori incoerent; încetinire mentală.
4	Dezorientare severă, de exemplu nu este capabil de a recunoaște rudele, cu un risc crescut de accidente, discursul este de neînțeles; tulburare sau stupoare.

5. Boală fizică sau problemă cu dizabilitatea

- Include boala sau dizabilitatea din orice cauză care limitează sau împiedică mișcarea, sau afectează vederea sau auzul, sau interferează cu funcționarea personală.
- Include efecte secundare de la medicamente; efectele consumului de droguri /alcool; dizabilități fizice ca urmare a accidentelor de auto-vătămare asociate cu probleme cognitive, conducerea sub influența alcoolului etc.
- Nu includeți probleme mintale sau de comportament evaluate de Scala 4.

0	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
1	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
2	Incluce gesturi agresive, împingând sau săcâind pe alții; Amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei căni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
3	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
4	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

6. Probleme asociate cu halucinații și idei delirante

- Include halucinații și idei delirante, indiferent de diagnostic.
- Include un comportament ciudat și bizar asociat cu halucinații sau idei delirante.
- Nu includeți comportamente agresive, distructive sau hiperactive atribuite halucinațiilor sau ideilor delirante, evaluate de Scala 1.

0	Nici o dovadă de halucinații sau idei delirante în timpul perioadei evaluate.
1	Convingeri oarecum ciudate sau excentrice, nu în conformitate cu normele culturale.
2	Idei delirante sau halucinații (de exemplu voci, viziuni) sunt prezente, dar există puțină suferință la pacient sau manifestare în comportamentul bizar, adică prezente clinic, dar ușoare.
3	Preocupare marcată cu idei delirante sau halucinații, provocând mult stres și/sau manifestă evident un comportament bizar, adică problemă clinică moderat-severă.
4	Starea mintală și comportamentul este grav și negativ afectat de idei delirante sau halucinații, cu impact grav asupra pacientului.

7. Probleme cu dispoziția depresivă

- Nu includeți hiperactivitatea sau agitația, evaluate de Scala 1.
- Nu includeți ideea tentativei de suicidare, evaluate de Scala 2.
- Nu includeți idei delirante sau halucinații, evaluate de Scala 6.

0	Nu sunt probleme asociate cu dispoziția depresivă în perioada evaluată.
1	Sumbru sau modificări minore în dispoziție.
2	Depresie ușoară, dar clar definită și suferință: de exemplu, sentimente de vinovăție; pierderea stimei față de sine.
3	Depresia cu auto-învinuire necorespunzătoare, preocupat cu sentimentele de vinovăție.
4	Depresie severă sau foarte severă, cu vinovăție de auto-acuzare.

8. Alte probleme mintale și comportamentale

- Evaluează doar cele mai severe probleme clinice care nu sunt luate în considerare de itemii 6 și 7, după cum urmează. Precizați tipul problemei prin introducerea literei corespunzătoare: A fobică; B anxietate; C obsesiv-compulsivă; D stres; E disociativă; F Somatoformă; G Mâncare; H Somn; I sexuală; J altele, specificați.

0	Nici o dovadă de oricare din aceste probleme în perioada evaluată.
1	Probleme minore non-clinice.
2	O problemă este prezentă clinic la un nivel ușor, de exemplu, pacientul /clientul are un grad de control.
3	Atac sever ocazional sau primejdie, cu pierderea controlului, de exemplu trebuie să evite anxietatea provocând situații, apel la vecin pentru a ajuta etc. adică nivel moderat-sever al problemei.
4	Problema severă domină majoritatea activităților.

9. Probleme cu relațiile

- Evaluează problema cea mai severă a pacientului, asociată cu retragerea activă sau pasivă din relațiile sociale, și/sau relații în care lipsește susținerea, distructive sau auto-vătămoare.

0	Nu sunt probleme semnificative în timpul perioadei.
1	Problemă minoră non-clinică.
2	Probleme clare în crearea sau susținerea relațiilor de suport; pacientul se plânge și /sau problemele sunt evidente pentru alții.
3	Probleme persistente, majore din cauza retragerii active sau pasive din relațiile sociale, și /sau relații care oferă puțin sau deloc confort sau sprijin.
4	Izolare socială severă și dureroasă din cauza incapacității de a comunica social și /sau retragerea din relațiile sociale.

10. Probleme cu activitățile cotidiene

- Evaluați rata de funcționare per ansamblu în activitățile cotidiene (AC): de exemplu, probleme cu activitățile de bază de auto-îngrijire, cum ar fi mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, toaleta; cât și aptitudini complexe, așa ca bugetarea, organizarea traiului, ocupație și recreere, mobilitatea și utilizarea transportului, cumpărături, auto-dezvoltare etc.
- Includeți orice lipsă de motivație pentru utilizarea oportunităților de auto-ajutor, deoarece aceasta contribuie la un nivel global mai scăzut de funcționare.
- Nu includeți lipsa de oportunități pentru exercitarea abilităților și competențelor intacte, evaluate de Scalele 11-12.

0	Nu sunt probleme în timpul perioadei evaluate; bună capacitate de a funcționa în toate domeniile.
1	Doar probleme minore: de exemplu dezordonat, dezorganizat.
2	Auto-îngrijire adecvată, dar lipsa importantă de performanță a unei sau a mai multor competențe complexe, (vezi mai sus).
3	Probleme majore în unul sau mai multe domenii de auto-îngrijire (mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, toaleta), precum și incapacitatea majoră de a efectua mai multe competențe complexe.
4	Dizabilitate severă sau incapacitate în toate sau aproape toate domeniile de auto-îngrijire și abilități complexe.

11. Probleme cu condițiile de trai

- Evaluează severitatea generală a problemelor cu calitatea condițiilor de trai și rutina cotidiană de acasă.
- Sunt necesitățile de bază respectate (căldură, lumină, igienă)? Dacă este așa, există ajutor pentru a face față dizabilității și o gamă de oportunități pentru a folosi abilitățile și pentru a dezvolta altele noi?
- Nu evalua nivelul dizabilității funcționale în sine, evaluat de Scala 10.

• **NB: evaluează locul de trai obișnuit al pacientului. Dacă se află într-o secție de psihoze acute, evaluează locul de trai de acasă. Dacă informațiile nu sunt disponibile, evaluează cu 9.**

0	Locul de trai și condițiile de viață sunt acceptabile; de ajutor în menținerea oricărei dizabilități evaluat de Scala 10 la cel mai mic nivel posibil, și de suport în auto-ajutor.
1	Locul de trai este rezonabil acceptabil, deși există probleme minore sau tranzitorii (de exemplu, nu este ideal localizat, opțiunea nepreferată, nu-i place mâncarea etc.).
2	Probleme semnificative cu unul sau mai multe aspecte ale locului de trai și /sau regimului: de exemplu, alegerea restrânsă; personalul sau casa au puțină înțelegere a modului de a limita dizabilitatea, sau cum să ajute să utilizeze sau să dezvolte abilități noi sau intact.
3	Probleme multiple dureroase cu locul de trai; de exemplu, unele necesități de bază absente; mediul de locuit are facilități minime pentru a îmbunătăți independența pacientului sau acestea nu există.
4	Locul de trai este inacceptabil: de exemplu lipsa necesităților de bază, pacientul este la risc de evacuare, sau "fără adăpost", sau condițiile de viață sunt de altfel intolerabile, făcând problemele pacientului să fie și mai grave.

12. Probleme cu ocupația și activitățile

- Evaluați nivelul general de probleme cu calitatea mediului în timpul zilei. Există ajutor să facă față dizabilităților și oportunităților pentru menținerea sau îmbunătățirea competențelor profesionale și recreative?
- Luați în considerare astfel de factori cum ar fi stigmatizarea, lipsa de personal calificat, accesul la instituții de susținere, de exemplu, personal și echipamente pentru centrele de zi, ateliere, cluburi sociale etc. Nu evaluați nivelul de dizabilitate funcțională în sine, evaluată de Scala 10.
- **NB Evaluați situația obișnuită a pacientului. Dacă acesta este internat în secția de psihoză acută, evaluați activitățile din timpul perioadei de până la internare. Dacă nu este disponibilă informația, evaluează cu 9.**

0	Mediul din timpul zilei a pacientului este acceptabil: de ajutor în menținerea oricărei dizabilități evaluat de Scala 10 la cel mai mic nivel posibil, și de suport în auto-ajutor.
1	Probleme minore sau temporare; de exemplu, verificări cu întârziere; instituții rezonabile disponibile, dar nu întotdeauna la momentul dorit etc.
2	Alegere limitată de activități; de exemplu, există o lipsă de toleranță rezonabilă (de exemplu, refuzat pe nedrept la intrarea în biblioteca sau băile publice etc.); sau dizabilitat de lipsa de adresă permanentă; sau sprijin insuficient din partea îngrijitorului sau sprijin profesional insuficient; sau instituție de zi de ajutor disponibile, dar pentru ore foarte limitate.
3	Deficiență marcată în servicii calificate disponibile pentru a ajuta la minimizarea nivelului de dizabilitate existent; nu există oportunități de a folosi abilitățile intacte, de a adăuga noi; îngrijire necalificată, dificil de accesat.
4	Lipsa de oportunitate pentru activități în timpul zilei fac ca problemele pacientului să fie mai grave.

ANEXA 6. SCALELE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII: MANSA.

MANSA

(Scala Manchester de Evaluare Scurtă a Calității Vieții)

MANSA constă din 3 secțiuni:

(1) Detalii personale care ar trebui să fie consistente de-a lungul timpului (data nașterii, sex, origine etnică și diagnostic).

(2) Datele personale care pot varia potențial în timp și trebuie să fie re-documentate dacă schimbarea a avut loc (educație; statutul profesional, inclusiv un fel de ocupație și ore de lucru pe săptămână; venitul lunar, beneficii de la stat, situație de viață, inclusiv numărul de copii, oamenii cu care pacientul locuiește și tipul de reședință).

(3) Doar 16 întrebări trebuie să fie adresate de fiecare dată când se aplică instrumentul. Patru dintre aceste întrebări sunt denumite obiective și trebuie să se răspundă cu „da” sau „nu”. Douăsprezece întrebări sunt strict subiective. Itemii obiectivi evaluează existența unui ”prieten apropiat”, numărul de contacte cu prietenii pe săptămână, acuzație de crimă și victimizare a violenței fizice. Întrebările subiective obțin date despre satisfacția de viață ca un întreg, loc de muncă (sau de muncă acoperită, sau de formare /educație, sau șomaj /pensie), situația financiară, numărul și calitatea de prietenii, activități de agrement, cazare, siguranța personală, oameni cu care pacientului trăiește împreună (sau locuiesc singure), viața sexuală, relația cu familia, starea de sănătate fizică și de sănătate mintală. Un manual prezintă explicație la întrebări și operaționalizarea lor (a se vedea, de asemenea, Priebe și CZL. În presă b). Ca și în LQLP, satisfacția este evaluată pe o scală de 7 puncte (1 = extrem de negativă, 7 = extrem de pozitivă).

Secțiunea 1

Data nașterii _____, sexul _____, originea etnică _____,
diagnosticul _____

Secțiunea 2

În primul interviu, puneți toate întrebările 1-9. În interviul repetat, întrebați dacă a avut loc vreo schimbare în circumstanțele respondentului. Dacă răspunsul este „da”, completați întrebările de la 1 la 9. Dacă răspunsul este „nu”, treceți la secțiunea 3 (întrebarea 10).

1) Vârsta la care a terminat educația zi la zi.

2) Statutul de muncă _____

Dacă este angajat, puneți întrebările 3 și 4, dacă nu este angajat, puneți întrebarea 5

3) Care este ocupația dumneavoastră?

4) Câte ore pe săptămână lucrați?

5) Care este venitul dumneavoastră lunar după impozite?

6) Primiți beneficii de la stat, care?

7) Aveți copii, dacă da, câți?

8) Cu cine mai locuiți? (dacă locuiți cu cineva)

9) În ce tip de reședință locuiți?

Secțiunea 3

10) Cât de satisfăcut sunteți astăzi de viața dumneavoastră în întregime?*

11) Cât de satisfăcut sunteți de serviciul dumneavoastră? (training/educație/, ca activitate principală?)*

Dacă sunteți șomer sau pensionar, cât de satisfăcut sunteți de acest statut? *

12) Cât de satisfăcut sunteți de situația dumneavoastră financiară?*

13) Aveți pe cineva pe care l-ați putea numi "prieten apropiat"? Da/Nu

14) V-ați văzut cu vreun prieten săptămâna trecută? (ați vizitat pe cineva, ați fost vizitat de un prieten, din afara serviciului sau casei) Da/Nu

15) Cât de satisfăcut sunteți de numărul și calitatea prietenilor?*

16) Cât de satisfăcut sunteți de activitățile de recreare?*

17) Cât de satisfăcut sunteți de locul de trai?*

18) Ați fost acuzat de vreo crimă pe parcursul anului trecut? Da/Nu

19) Ați fost victima violenței fizice pe parcursul anului trecut? Da/Nu

20) Cât de satisfăcut sunteți de siguranța personală? *

21) Cât de satisfăcut sunteți de oamenii cu care locuiți?*

Dacă locuiți singur, cât de satisfăcut sunteți ?*

22) Cât de satisfăcut sunteți de viața sexuală?*

23) Cât de satisfăcut sunteți de relația cu familia?*

24) Cât de satisfăcut sunteți de starea sănătății?*

25) Cât de satisfăcut sunteți de sănătatea mintală?*

* folosiți Scala de Satisfacție de mai jos

Scala de satisfacție

1 2 3 4 5 6 7

1- Mai rău de atât nu poate fi

2- Nemulțumit

3- Per total nesatisfăcut

4- Mixt

5- Per total satisfăcut

6- Mulțumit

7- Mai bine de atât nu poate fi

ANEXA 7. SCALA SINDROAMELOR POZITIVE ȘI NEGATIVE (PANSS)

SCALĂ POZITIVĂ(P)

P1. IDEI DELIRANTE

Convingeri nefondate, nerealistice și ideosincretice.

Elemente pentru evaluare: conținutul de gândire exprimat în timpul discuției și influența acestuia asupra relațiilor sociale și asupra comportamentului descrise de personalul de îngrijire sau de familie.

Evaluare Criterii

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Prezență a unei sau două idei delirante vagi, nefocalizate și care nu sunt susținute cu tenacitate. Aceste idei delirante nu interferează cu gândirea, relațiile sociale sau comportamentul subiectului.

4. Moderată – Prezența fie a unei organizări caleidoscopice de idei delirante imprecise și instabile, fie a câtorva idei delirante precis conturate care uneori interferează cu gândirea, relațiile sociale și comportamentul subiectului.
5. Moderat-severă – Prezența a numeroase idei delirante clar precizate, care sunt susținute de către subiect cu tenacitate și care interferează uneori cu gândirea, relațiile sociale sau comportamentul subiectului.
6. Severă – Prezența unui set de idei delirante stabile, bine cristalizate, eventual sistematizate, susținute cu tenacitate și care interferează clar cu gândirea, relațiile sociale și comportamentul subiectului.
7. Extremă – Prezența unui set de idei delirante care sunt fie foarte sistematizate, fie foarte numeroase și care domină aspectele majore ale vieții subiectului. Acestea conduc frecvent la acte nepotrivite și iresponsabile care pot chiar amenința securitatea pacientului sau a altora.

P2. IDEAȚIE DEZORGANIZATĂ

Dezorganizare a proceselor de gândire, caracterizată prin întreruperea înlanțuirilor logice orientate spre atingerea unui scop, de ex. gândire digresivă, circumstanțială, tangențială, pierderea asociațiilor, lipsa flagrantă de logică și blocajul gândirii.

Elemente pentru evaluare: procesele verbal-cognitive observate în timpul interviului cu pacientul.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Gândirea este circumstanțială, irelevantă sau paralogică. Există o anumită dificultate în orientarea gândurilor spre un scop precis și anumite întreruperi ale ideației logice pot apărea când subiectul este sub presiune.
4. Moderată – Subiectul este capabil să-și focalizeze gândurile când comunicările sunt scurte și structurate, dar se pierde sau este irelevant atunci când comunicarea este mai complexă sau când se află sub presiune minimă.
5. Moderat-severă – Pacientul prezintă dificultăți în organizarea gândurilor, așa după cum se poate observa din numeroasele inconsecvențe și discontinuități sau prin slăbirea asocierilor chiar și atunci când nu se află sub presiune.
6. Severă – Gândirea este grav tulburată și conținutul este inconștient, ceea ce duce la o inconsecvență marcată și întreruperea fluxului gândirii de manieră constantă.
7. Extremă – Gândirea este alterată într-un asemenea grad încât devine incoerentă. Pierderea asociațiilor logice este totală, astfel încât comunicarea nu mai este posibilă, de exemplu “salata de cuvinte” sau mutism.

P3. ACTIVITATE HALUCINATORIE

Relatare verbală sau comportament care indică prezența unor percepții care nu sunt generate de stimuli externi. Poate apărea în domeniul auditiv, vizual, olfactiv sau somatic.

Elemente pentru evaluare: relatări verbale și manifestări comportamentale ale pacientului în timpul interviului, precum și elemente comportamentale descrise de personalul de îngrijire sau de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Prezența uneia sau a două halucinații conturate, dar care apar rar, sau un anumit număr de percepții anormale, vagi, care nu duc la modificarea gândirii sau a comportamentului.

4. Moderată – Halucinațiile survin frecvent dar nu continuu și gândirea sau comportamentul pacientului sunt afectate minim.
5. Moderat-severă – Halucinațiile sunt frecvente, pot implica mai multe domenii senzoriale și tind să dezorganizeze gândirea sau/și comportamentul subiectului. Pacientul poate da o interpretare delirantă acestor experiențe și poate să le răspundă emoțional sau verbal.
6. Severă – Halucinațiile sunt prezente aproape tot timpul și determină o dezorganizare masivă a gândirii și comportamentului. Pacientul consideră aceste experiențe ca fiind percepții reale și modul său de funcționare este împiedicat de frecvente răspunsuri de tip emoțional și verbal la aceste percepții.
7. Extremă – Pacientul este aproape în întregime preocupat de halucinații care domină gândirea și comportamentul său. Halucinațiile primesc o interpretare delirantă rigidă și provoacă răspunsuri verbale și comportamentale, inclusiv respectarea caracterului de comandă a unor halucinații.

P4. AGITAȚIE PSIHOMOTRICĂ

Hiperactivitate așa cum se oglindește ea în accelerarea comportamentului motor, reactivitatea crescută la stimuli, hipervigilență sau labilitatea dispozițională excesivă.

Elemente pentru evaluare: manifestările comportamentale observate în cursul interviului sau relatate de personalul de îngrijire ori de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul tinde să fie ușor agitat, hipervigilent sau discret surescitat în cursul interviului, dar fără episoade distincte de excitație sau de labilitate dispozițională marcată. Comunicarea verbală poate fi ușor influențată.
4. Moderată – Agitație sau hiperactivitate evidentă observată clar în cursul interviului, afectând vorbirea și motricitatea generală, sau episoade explozive, dar sporadice de pierdere a controlului.
5. Moderat-severă – Hiperactivitate semnificativă sau frecvente episoade de agitație motrică pot fi observate, în timpul interviului ceea ce antrenează o dificultate din partea pacientului de a sta liniștit mai mult de câteva minute.
6. Severă – O stare accentuată de agitație psihomotrică, observabilă în timpul interviului, diminuează atenția și afectează într-o oarecare măsură anumite comportamente, cum este cel alimentar sau somnul.
7. Extremă - O stare extremă de agitație psihomotrică care interferează sever cu somnul și mâncatul și face aproape imposibile interacțiunile interpersonale. Accelerarea vorbirii și a activității motrice poate duce la incoerență și epuizare.

P5. IDEI DE GRANDOARE

Pacientul exprimă idei delirante asupra lui însuși și convingeri nerealiste de superioritate, inclusiv idei delirante de posesie a unor capacități extraordinare, de bogăție, cunoștințe, faimă, putere și de dreptate morală.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii și influența acestuia asupra relațiilor sociale și asupra comportamentului pacientului observate în cursul interviului sau cum reiese din datele obținute de la personalul de îngrijire sau de la familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Examenul clinic evidențiază un anumit grad de expansivitate sau de lăudăroșenie, dar fără idei delirante de grandoare evidente.
4. Moderată – Pacientul se crede în mod evident și nerealist superior celorlalți.

Exprimă idei delirante sărac conturate despre un status special sau capacități deosebite dar fără trducere comportamentală.

5. Moderat-severă – Idei delirante clar conturate despre calitățile, statutul sau puterea sa influențează atitudinea dar nu și comportamentul pacientului.

6. Severă – Idei delirante clar conturate, despre superioritatea sa excepțională, în mai mult decât un singur domeniu (bogăție, cunoștințe, faimă etc.), care influențează relațiile interpersonale și care pot eventual genera anumite acțiuni.

7. Extremă – Gândirea, relațiile și comportamentul sunt dominate de numeroase idei delirante privind calitățile, bogăția, cunoștințele, faima, puterea și/sau statura morală; uneori aceste idei pot avea o nuanță bizară.

P6. SUSPICIUNE/PERSECUȚIE

Idei nerealiste sau exagerate de persecuție, reflectate în atitudinea bănuitoare, de neîncredere și hipervigilență suspicioasă a pacientului sau din idei delirante clare, legate de intențiile răuvoitoare ale celorlalți.

Elemente de evaluare: conținutul gândirii exprimat în interviu și influența acestuia asupra comportamentului pacientului așa cum reiese din datele obținute de la personalul de îngrijire sau de la familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Prezintă o atitudine circumspectă sau clar neîncrezătoare, dar gândurile, relațiile și comportamentul sunt foarte puțin afectate.

4. Moderată – Neîncrederea este evidentă și interferează cu interviul și/sau comportamentul pacientului, dar nu există dovezi în ceea ce privește prezența unor idei delirante de persecuție. O altă posibilitate este prezența unor idei delirante de persecuție vagi și care nu par să influențeze atitudinea sau relațiile interpersonale ale pacientului.

5. Moderat-severă – Pacientul fie exprimă o neîncredere evidentă, care duce la o perturbare majoră a relațiilor interpersonale, fie manifestă idei delirante de persecuție clar formulate, dar cu un impact limitat asupra relațiilor interpersonale și asupra comportamentului pacientului.

6. Severă – Idei delirante de persecuție distincte și invadante, care pot fi sistemizate și care interferează semnificativ cu relații interpersonale.

7. Extremă – O rețetă sistematizată de idei delirante de persecuție domină gândirea, relațiile sociale și comportamentul pacientului.

P7. OSTILITATE

Subiectul își exprimă verbal și non-verbal furia, resentimentele, sarcasmul sau prezintă comportamente pasiv-agresive, injurii verbale sau agresivitate.

Elemente de evaluare: comportamentul relațional exprimat în cursul interviului sau observat de personalul de îngrijire ori de către familia pacientului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Manifestare indirectă sau reținută a furiei, de exemplu prin sarcasme, lipsă de respect, expresii ostile sau iritabilitate ocazională.

4. Moderată – Atitudine ostilă exprimată deschis, iritabilitate frecventă și expresii fățișe de furie sau resentiment.

5. Moderat-severă – Pacientul este foarte iritabil și uneori folosește injurii sau amenințări verbale.

6. Severă – Relațiile sociale sau interviul sunt grav perturbate de lipsă de cooperare sau de injurii și amenințări verbale. Pacientul poate fi violent sau să distrugă dar fără să agraveze fizic pe ceilalți.

7. Extremă – Furie accentuată care se traduce fie printr-o lipsă de cooperare extremă, împiedicând orice altă relație, fie prin episoade de agresivitate fizică față de ceilalți.

SCALA NEGATIVĂ

N1. TRĂIRE EMOȚIONALĂ SĂRACĂ

Reactivitate emoțională diminuată, observabilă din reducerea expresivității faciale, a varietății sentimentelor și a gesturilor cu scop comunicațional.

Elemente pentru evaluare: observarea manifestărilor fizice ale tonalității afective și răspunsului emoțional în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Schimbarea expresiei faciale și ale gesturilor cu scop comunicațional sunt rigide, forțate, artificiale sau lipsite de variație.

4. Moderată – Gama de expresii faciale și gesturi expresive sunt reduse, ceea ce duce la o înfățișare monotonă.

5. Moderat-severă – Afectul este în general “tocit”, cu schimbarea expresiei faciale doar ocazional și foarte puține gesturi cu scop comunicațional.

6. Severă – Tocire și diferență emoțională evidente, exprimate aproape în permanență. Pot apărea descărcări emoționale extreme și nemodulate ca agitația, furia sau crize de răs neadecvate și necontrolate.

7. Extremă – Schimbările expresiei faciale și gesturile cu scop comunicațional sunt practic absente. Pacientul are în permanență o expresie lipsită de viață sau inflexibilă.

N2. IMPLICARE AFECTIVĂ SCĂZUTĂ A VIEȚII.

Lipsă de interes și de implicare, indiferența afectivă în raport cu evenimentele.

Elemente pentru evaluare: relatări asupra modului de a fi, provenind de la personalul de îngrijire sau din partea familiei și observația comportamentului interpersonal în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie.

3. Ușoară – Pacientului îi lipsește de obicei inițiativa și uneori prezintă un deficit în interesul față de evenimentele înconjurătoare.

4. Moderată – din punct de vedere emoțional pacientul este în general distant față de mediu și de solicitările acestuia, dar încurajat poate fi stimulat să participe.

5. Moderat-severă – Din punct de vedere emoțional pacientul este în mod evident detașat față de alte persoane și față de evenimentele din mediul ambiental, rezistând oricărui efect de a-l încuraja să se implice. Pacientul este distant, docil și fără scop, dar se poate implica în comunicări de scurtă durată și poate să-și satisfacă propriile nevoi, câteodată cu ajutorul celorlalți.

6. Severă – Deficit marcat al interesului și al implicării emoționale, ceea ce duce la conversații limitate cu ceilalți și la neglijarea frecventă a nevoilor personale, motiv pentru care pacientul trebuie supravegheat.

7. Extremă – Pacientul este aproape în întregime detașat, nu comunică și își neglijează complet nevoile personale, consecință a unei profunde lipse de interes și de implicare emoțională.

N3. RELAȚII INTERPERSONALE ALTERATE

Pacientului îi lipsește empatia interpersonală, nu este deschis în conversație, nu este apropiat, interesat sau implicat cu examinatorul. Comunicarea verbală și nonverbală este redusă.

Elemente pentru evaluare: comportamentul interpersonal observat în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă - Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Conversația se caracterizează printr-un ton distant, tensionat sau artificial. Conversația poate fi lipsită de profunzime emoțională sau tinde să rămână pe un plan impersonal, intelectual.
4. Moderată – Pacientul este de obicei distant, cu o rezervă interpersonală evidentă. Pacientul poate răspunde la întrebări de o manieră mecanică, își poate manifesta plictiseala sau poate să își exprime dezinteresul.
5. Moderat-severă – Lipsa de implicare este evidentă și limitează net calitatea întrevederii. Pacientul poate avea tendința să evite contactul vizual sau facial.
6. Severă – Pacientul este foarte indiferent, distanța interpersonală este marcantă. Răspunsurile sunt superficiale și sunt puține elemente nonverbale care să evedențieze o minimă implicare. Contactul vizual și “ drept în față” sunt evitate frecvent.
7. Extremă – Pacientul este complet neimplicat în discuția cu examinatorul. Pacientul pare complet indiferent și evită sistematic orice interacțiune verbală sau nonverbală de-a lungul interviului.

N4. RETRAGERE DE TIP APATIC/PASIV

Reducerea interesului și inițiativei în interacțiuni sociale din cauza pasivității, apatiei, lipsei de energie sau de mobilizare volitivă a subiectului. Aceasta duce la o implicare interpersonală scăzută și la neglijarea activităților vieții de zi cu zi.

Elemente pentru evaluare: elemente ale comportamentului social descris de către personalul de îngrijire sau de către familia subiectului.

1. Absentă – nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul prezintă un interes ocazional pentru activități sociale, dar foarte puțină inițiativă. Stabilește relații cu alții doar când aceștia fac primul pas.
4. Moderată – Pacientul îndeplinește pasiv cele mai multe activități sociale, dar într-un mod dezinteresat sau mecanic. Are tendința de a se retrage în umbră.
5. Moderat-severă – Participă pasiv la un număr redus de activități sociale și nu manifestă aproape de loc interes și nici inițiativă. În general petrece puțin timp împreună cu alții.
6. Severă – Tinde să fie apatic și izolat, participând foarte rar la activități sociale și uneori își neglijează propriile nevoi personale. Are foarte puține contacte sociale spontane.
7. Extremă – Profund apatic, izolat din punct de vedere social și neglijent pe plan personal.

N5. DIFICULTĂȚI LA NIVELUL GÂNDIRII ABSTRACTE

Alterarea gândirii abstract-simbolice așa după cum se poate observa din dificultățile de clasificare, de generalizare și de rezolvare a problemelor, proces care necesită depășirea gândirii concrete și/sau egocentrice.

Elemente pentru evaluare: răspunsurile pacientului la întrebări privind similitudini, interpretarea proverbelor și modul de utilizare a gândirii concrete vs. abstracte în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul are tendința să dea interpretări ad-literam sau personalizate proverbelor dificile și tinde să aibă probleme cu noțiunile abstracte sau cu asociațiile mai puțin evidente.
4. Moderată – Pacientul raționează cel mai adesea la un nivel concret. Are dificultăți cu interpretarea majorității proverbelor și a unor categorii. Tinde să fie distras de aspecte de funcționalitate și de trăsături izbitoare.
5. Moderat-severă – Pacientul raționează aproape exclusiv la un nivel concret și are dificultăți cu interpretarea majorității proverbelor și categoriilor.
6. Severă – Pacientul este incapabil să înțeleagă semnificația abstractă a tuturor proverbelor sau a expresiilor figurative și poate formula clasificări limitate la similitudinile cele mai simple. Gândirea este vidă sau blocată pe aspecte funcționale, pe trăsăturile cele mai evidente și pe interpretări ideosincratice.
7. Extremă – Pacientul poate folosi numai modalități de gândire concretă. Nu înțeleg proverbele, metaforele cele mai comune, similitudinile sau categoriile cele mai simple. Nici măcar atributele funcționale sau aspectele cele mai evidente nu pot servi drept bază pentru o clasificare. Această evaluare se aplică numai pacienților complet incapabili să stabilească un contact cât de mic cu examinatorul din cauza unei alterări semnificative a proceselor cognitive.

N6. LIPSA DE SPONTANEITATE ȘI DE FLUENȚĂ VERBALĂ

Reducerea fluenței în comunicare asociată cu apatie, lipsa voinței, atitudine defensivă sau deficit cognitiv. Această se manifestă prin scăderea fluidității și a productivității proceselor de interacțiune verbală.

Elemente pentru evaluare: procesele cognitiv-verbale observate în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientului îi lipsește inițiativa conversațională. Răspunsurile pacientului sunt scurte și sărace, necesitând din partea examinatorului întrebări directe și sugestive.
4. Moderată - Conversația nu are fluiditate, este ezitantă sau se întrerupe din când în când. Pentru a obține răspunsuri adecvate și pentru a menține conversația sunt necesare în mod frecvent întrebări directive.
5. Moderat-severă – Pacientul prezintă o evidentă lipsă de spontaneitate și de deschidere, răspunzând examinatorului doar cu una sau două propoziții foarte scurte.
6. Severă – Răspunsurile pacientului se limitează cel mai adesea la câteva cuvinte sau fraze foarte scurte cu scopul de a evita sau de a scurta conversația (de exemplu: “nu știu”, “nu pot să vă spun”). Conversația este serios alterată din această cauză, iar discuția cu examinatorul este foarte neproductivă.
7. Extremă – Comunicarea verbală se limitează în cel mai bun caz la câteva cuvinte ocazionale, ceea ce face imposibilă conversația.

N7. GÂNDIRE STEREOTIPĂ

Diminuarea fluidității și aflexibilității gândirii observabilă în conținutul gândirii care este rigid, repetitiv sau steril.

Elemente pentru evaluare: procesele cognitiv-verbale observate în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul prezintă o anumită rigiditate în atitudini sau convingeri.

Pacientul poate refuza să ia în considerare puncte de vedere alternative sau are dificultăți în a trece de la o idee la alta.

4. Moderată – Conversația pacientului evoluează în jurul unei teme recurente, ceea ce duce la dificultăți în schimbarea subiectului.

5. Moderat-severă – Gândirea pacientului este în asemenea grad rigidă și repetitivă încât, în ciuda eforturilor examinatorului, conversația este limitată la două sau trei teme dominante.

6. Severă – Repetiție necontrolată a cererilor, declarațiilor sau întrebărilor, ceea ce perturbă în mod sever conversația.

7. Extremă – Gândirea, comportamentul și conversația pacientului sunt dominate de repetiția constantă a unor idei fixe sau fraze limitate, ceea ce duce la o comunicare foarte rigidă, nepotrivită și extrem de restrânsă.

SCALĂ DE PSIHOPATOLOGIE GENERALĂ

G1. PREOCUPĂRI SOMATICE

Acuze somatice sau convingeri legate de prezența unor boli organice sau a unor tulburări funcționale. Acestea pot varia de la un sentiment vag de boală la ideea delirantă de a avea o boală cu prognostic fatal.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii exprimat în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Pacientul este preocupat clar de sănătate ori de probleme somatice, așa după cum se poate observa din întrebări ocazionale și din dorința de a fi asigurat.

4. Moderată – Pacientul se plânge de sănătate sau de tulburări funcționale, dar fără convingere delirantă; îngrijorarea poate fi potolită prin asigurare.

5. Moderat-severă – Pacientul poate exprima numeroase sau frecvente acuze privitoare la boli somatice sau tulburări funcționale, sau prezintă una sau două idei delirante clare implicând aceste teme, dar nu este preocupat de ele.

6. Severă – Pacientul este preocupat de una sau de câteva idei delirante clare privitoare la faptul de a avea o boală somatică sau o tulburare funcțională, dar afectul nu este complet dominat de aceste teme și gândurile pot fi distrase cu oarecare efort din partea examinatorului.

7. Extremă – Pacientul poate exprima numeroase și frecvente idei delirante legate de o boala somatică cu prognostic fatal, idei care domină total afectivitatea și gândirea pacientului.

G2. ANXIETATEA

Experiența subiectivă de nervozitate, îngrijorare, teamă sau nerăbdare, evoluând de la preocupare excesivă legată de prezent sau de viitor până la senzații de panică.

Elemente pentru evaluare: conținutul discursului verbal exprimat în timpul interviului și manifestările fizice corespunzătoare.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară – Pacientul exprimă un anumit grad de îngrijorare, o preocupare excesivă sau o stare de agitație, dar nu manifestă și nici nu pot fi observate în cursul întrevederii consecințe somatice sau comportamentale.

4. Moderată – Pacientul descrie semne clare de nervozitate, care se traduc în manifestări fizice discrete cum ar fi un tremor fin al mâinilor sau transpirație excesivă.

5. Moderat-severă – Pacientul descrie probleme serioase de anxietate care au consecințe somatice și comportamentele semnificative, cum ar fi tensiunea evidentă, concentrare scăzută, palpitații sau tulburări ale somnului.
6. Severă – Pacientul descrie o stare cvasi-permanentă de frică asociată cu fobii, agitație marcată sau numeroase manifestări somatice.
7. Extremă – Viața pacientului este serios perturbată de anxietate, care este prezentă aproape permanent și care atinge panica sau care se manifestă sub forma atacurilor de panică.

G3. SENTIMENTE DE CULPABILITATE

Sentimente de remușcare sau autoblamare pentru greșeli reale sau imaginare comise în trecut.

Elemente pentru evaluare: relatare verbală exprimând sentimente de culpabilitate în timpul interviului și influența lor asupra atitudinilor și gândurilor.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Întrebările examinatorului pun în lumină un sentiment vag de vină sau de autoînvinovățire față de incidente minore, dar pacientul nu este îngrijorat peste măsură.
4. Moderată – Pacientul exprimă o îngrijorare clară în ceea ce privește responsabilitatea sa într-un incident real din viața sa, dar nu este preocupat de aceasta, iar atitudinea și comportamentul său nu sunt afectate.
5. Moderat-severă – Pacientul exprimă un sentiment puternic de culpabilitate asociat cu autodeprecieri sau cu credința că merită pedeapsă. Sentimentele de culpabilitate pot avea o bază delirantă, pot fi exprimate în mod spontan, pot antrena preocupări și/sau o dispoziție depresivă și nu pot fi risipite ușor de către examinator.
6. Severă - Idei de culpabilitate au un caracter delirant și generează o atitudine de disperare și de autodeprecieri. Pacientul este convins că merită o pedeapsă pentru greșelile sale și poate considera starea sa prezentă ca o asemenea pedeapsă.
7. Extremă – Viața pacientului este dominată de idei delirante de culpabilitate de nezdruccinat, pentru care crede că merită o pedeapsă drastică, cum ar fi închisoarea pe viață, tortura sau moartea. Pot exista idei de sinucidere sau atribuirea problemelor altora propriilor greșeli din trecut.

G4. TENSIUNEA INTERIOARĂ

Manifestări fizice nete de frică, anxietate și agitație, cum ar fi rigiditate, tremor, transpirații abundente și nerăbdare.

Elemente pentru evaluare: descriere verbală a anxietății și severitatea manifestărilor fizice care atestă prezența tensiunii în timpul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Aprehensiune discretă indicată de postură și de mișcări cum ar fi o ușoară rigiditate, gesturi ocazionale de nerăbdare, schimbarea poziției și un tremor fin și rapid al mâinilor.
4. Moderată – semne clare de nervozitate exprimate prin diverse manifestări, cum ar fi un comportament nervos, tremor evident al mâinilor, transpirație excesivă și manierisme nervoase.
5. Moderat-severă – Tensiunea pronunțată, evidențiată prin numeroase manifestări: tremor nervos, transpirație abundentă și agitație, fără însă ca interviul să fie afectat.
6. Severă – Tensiunea este atât de pronunțată încât relațiile interpersonale sunt foarte perturbate. De exemplu, pacientul poate să fie mereu nervos, este incapabil să stea liniștit un anumit timp sau prezintă hiperventilație.

7. Extremă – Tensiune marcată care se manifestă prin semne de panică, accelerare motorie foarte evidentă, cum ar fi nevoia de a se mișca întruna fără să poată sta așezat mai mult de un minut, ceea ce face imposibilă o conversație.

G5. MANIERISME ȘI POSTURĂ

Mișcări și postură nenaturale creând impresia unei aparențe stângace, rigide, dezorganizate sau bizare. Elemente pentru evaluare: observarea manifestărilor fizice în timpul interviului și relatări ale personalului de îngrijire sau ale familiei.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Stângăcie ușoară în mișcări sau rigiditate discretă a posturii.
4. Moderată – Mișcărilor sunt evident stângace sau dezorganizate, sau o postură nenaturală este menținută pentru perioade scurte.
5. Moderat-severă – Pot fi observate ocazional ritualuri bizare sau contorsiuni, fie menținerea unei poziții anormale pentru mult timp.
6. Severă – Repetarea frecventă a unor ritualuri bizare, manierisme, mișcări stereotipice sau o poziție contorsionată menținută pentru mai mult timp.
7. Extremă – Funcționarea este serios alterată fie de prezența cvasi-permanentă a mișcărilor ritualizate, stereotipe sau a manierismelor de mișcare, fie prin menținerea cea mai mare parte a timpului a unei poziții nemișcate și nenaturale.

G6. DEPRESIE

Sentimente de tristețe, de descurajare, de neputință și pesimism.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii și influența acestuia asupra atitudinii și comportamentului pacientului observate în cursul interviului sau așa cum reiese din datele obținute de la personalul de îngrijire sau de la familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul exprimă un anumit grad de tristețe sau de descurajare numai atunci când este întrebat direct, dar nu există elemente care să evidențieze depresia la nivelul atitudinii generale sau al comportării.
4. Moderată – Sentimente distincte de tristețe sau de lipsă de speranță, care pot fi exprimate spontan, dar dispoziția depresivă nu are un impact major asupra comportamentului sau al funcționării sociale și în general pacientul poate fi înveselit.
5. Moderat-severă - Dispoziție depresivă distinctă asociată cu o tristețe evidentă, pesimism, pierderea interesului social, încetinire psihomotorie ce interferează într-o oarecare măsură cu apetitul și somnul. Pacientul nu poate fi înveselit cu ușurință.
6. Severă – Dispoziție depresivă marcată asociată cu sentimente de disperare, de neputință, de inutilitate și de plâns ocazional. În plus, depresia interferează în mod evident cu apetitul și cu somnul, cu funcționalitatea socială, cu motricitatea și pot apare semne de neglijență personală.
7. Extremă – Dispoziție depresivă ce interferează serios cu cele mai multe funcții majore. Manifestările pot include plâns frecvent, simptome somatice pronunțate, concentrare diminuată, încetinire psihomotorie, dezinteres social, neglijență personală, posibile idei delirante depresive sau nihiliste și/sau posibile idei sau comportamente suicidare.

G7. LENTOARE PSIHOMOTORIE

Reducerea activității psihomotorii observabilă din încetinirea sau diminuarea mișcărilor sau a vorbirii, scăderea reactivității la stimuli și un tonus corporal redus.

Elemente pentru evaluare: manifestările observate în cursul interviului sau relatate de personalul de îngrijire ori de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Scădere ușoară dar netă a frecvenței mișcărilor și a ritmului vorbiri.

Pacientul pare oarecum neproductiv la nivelul gesturilor și al conversației.

4. Moderată – Pacientul este în mod evident lent în mișcări iar vorbirea poate fi caracterizată printr-o productivitate scăzută, inclusiv latență între întrebări și răspunsuri, pauze prelungite sau un debit verbal lent.
5. Moderat-severă - Reducerea importantă a activității motorii făcând comunicarea extrem de neproductivă și limitând funcționarea în situații sociale sau profesionale. Cel mai adesea pacientul stă așezat sau întins.
6. Severă – Mișcărilor sunt foarte lente, ducând la un minim de activitate și vorbire. Pacientul își petrece cea mai mare parte a zilei stând inert sau zăcând inert.
7. Extremă – Pacientul este aproape complet imobil și practic nu răspunde la nici un stimul extern.

G8. LIPSĂ DE COOPERARE

Refuz activ de a respecta dorințele persoanelor semnificative, inclusiv cele ale medicului, ale personalului spitalicesc sau ale familiei, refuz care se poate asocia cu neîncrederea, atitudini defensive, încăpățănare, negativism, respingerea autorității, ostilitate sau atitudini belicoase.

Elemente pentru evaluare: comportament interpersonal observat în cursul interviului sau descris de personalul de îngrijire ori de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Se conformează cerințelor însă cu o atitudine nerăbdătoare, resentimentară sau sarcastică. Se poate opune într-o manieră inofensivă, dacă are impresia în cursul interviului, că este testat de medic.
4. Moderată – Pacientul refuză ocazional în mod categoric să se conformeze unor exigențe sociale firești, cum ar fi făcutul patului, respectarea programului etc. Pacientul poate prezenta o atitudine ostilă, defensivă sau negativistă, dar poate fi în general convins să-și modifice atitudinea.
5. Moderat-severă - Pacientul refuză în mod frecvent să accepte cerințele celor din anturajul propriu și poate fi considerat de către ceilalți drept un “marginal” sau ca având “serioase probleme de comportament”. Lipsa de cooperare se traduce printr-o atitudine defensivă sau iritabilă față de examinator sau printr-un refuz de a răspunde la mai multe întrebări.
6. Severă – Pacientul este foarte necooperant, are o atitudine negativistă și uneori belicoasă. Pacientul refuză să accepte majoritatea exigențelor sociale și poate să refuze să înceapă sau să termine interviul.
7. Extremă – Rezistența activă care se răsfrânge în fapt asupra tuturor domeniilor majore de funcționare. Pacientul poate refuza orice implicare într-o activitate socială, refuză să aibă grijă de igiena personală, să vorbească cu familia sau personalul medical și să participe cât de puțin la interviu.

G9. CONȚINUT NEOBIȘNUIT AL GÂNDIRII

Gândirea este caracterizată de prezența unor idei stranii, fantastice sau bizare, putând merge de la idei antipatice la idei deformate, ilogice sau evident absurde.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii exprimat în cursul examenului clinic.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Conținutul gândirii este ciudat sau excentric, sau anumite idei familiare sunt exprimate într-un context neobișnuit.
4. Moderată – Ideile sunt foarte des deformate sau câteodată par bizare.
5. Moderat-severă - Pacienții exprimă multe idei stranii sau fantastice (de ex. că este copilul înstrăinat al unui rege, sau că a scăpat de pedeapsă capitală) sau de idei absurde (de ex. că are sute de copii, că primește mesaje din spațiul extraterestru cu ajutorul unui dinte plombat).
6. Severă – Pacientul prezintă multe idei ilogice sau absurde sau care au o natură bizară (de ex. că are trei capete, că e extraterestru).
7. Extremă – Conținutul gândirii este complet dominat de idei absurde, bizare sau grotești.

G10. DEZORIENTARE

Pacientul nu este conștient de relațiile sale cu mediul, inclusiv cu persoanele spațiul și timpul, ceea ce poate fi consecința confuziei sau detașării.

Elemente pentru evaluare: răspunsurile privitoare la orientare date în cursul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Orientarea generală este bună, dar există anumite dificultăți în problemele specifice. De exemplu pacientul știe unde se află, dar nu poate preciza numele străzii; cunoaște numele personalului medical, dar nu poate preciza funcțiile ocupate de fiecare, știe luna în care se află, dar confundă ziua săptămânii cu o alta apropiată, sau face confuzii de cel puțin două zile. Poate exista de asemenea o scădere a interesului evidențiată de familiaritatea cu cei apropiați, dar nu și cei cu cei mai îndepărtați; de exemplu recunoaște personalul medical, dar nu poate preciza numele primarului, miniștrilor sau al președintelui.
4. Moderată – Pacientul recunoaște doar parțial persoanele, locurile sau timpul. De exemplu pacientul știe că este la spital, dar nu știe numele spitalului; știe numele orașului, dar nu și al raionului, știe numele medicului, dar nu și al restului personalului care-l îngrijește, știe anul și anotimpul, dar ezită asupra lunii.
5. Moderat-severă - Dificultăți evidente în a recunoaște persoanele, locul și timpul. Pacientul păstrează doar o vagă noțiune asupra locului în care se află, dar nu poate recunoaște majoritatea persoanelor care îl înconjoară. Este posibil să precizeze anul corect sau aproape corect, dar nu și luna, ziua săptămânii sau chiar anotimpul.
6. Severă – Dificultăți foarte importante în a recunoaște persoanele, locul și timpul. De exemplu pacientul nu poate preciza unde se află, se înșală cu mai mult de un an în privința datei, nu poate numi mai mult de o persoană sau două din cei apropiați.
7. Extremă – Pacientul pare complet dezorientat în ceea ce privește persoanele, locul și timpul. Face greșeli flagrante sau ignoră cu totul adresa proprie, anul, nu îi recunoaște pe cei apropiați: rude, soț/soție, prieteni și medicul curant.

G11. ATENȚIA DIMINUATĂ

Dificultăți în focalizarea atenției, manifestate printr-o concentrare scăzută, distragere față de stimuli externi sau interni și dificultăți în a se fixa, a menține sau a trece la un nou stimul.

Elemente pentru evaluare: manifestările din cursul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.

2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Concentrare limitată evidențiată printr-o distragere ocazională sau prin scăderea atenției spre finele interviului.
4. Moderată – Conversația este perturbată de tendința pacientului spre a fi ușor distras de alți stimuli; pacientul are dificultăți în a rămâne concentrat mult timp asupra aceluiași subiect sau în a se concentra asupra unui nou subiect.
5. Moderat-severă - Conversația este în mod serios perturbată de lipsa de concentrare a pacientului, de distractibilitatea sa sau de dificultatea acestuia de a se fixa asupra unor noi subiecte de discuție.
6. Severă – atenția pacientului poate fi reținută numai pentru câteva momente sau cu foarte multe eforturi, din cauza gradului mare de distragere față de stimuli interni sau externi.
7. Extremă – Atenția este atât de perturbată încât chiar și o conversație scurtă nu este posibilă.

G12. LIPSA DISCERNAMÂNTULUI ȘI A CRITICII ASUPRA PROPRIEI CONDIȚII

Alterarea sau lipsa completă a înțelegerii propriei condiții psihice sau a situației de viață. Se observă prin incapacitatea de a recunoaște boala sau simptomele psihice trecute sau prezente, negarea nevoii de a se interna sau de a urma un tratament psihiatric, luarea de decizii caracterizate printr-o lipsă de anticipare a consecințelor și o planificare nerealistă a obiectivelor pe termen scurt sau lung.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii exprimat în cursul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul recunoaște că are o problemă de natură psihiatrică, dar îi subestimează importanța, implicațiile pentru tratament sau nevoia de a respecta anumite măsuri pentru a evita o recădere. Proiectele de viitor pot să fie prost concepute.
4. Moderată – Pacientul recunoaște că este bolnav de o manieră vagă sau superficială. Pot exista fluctuații în acceptarea bolii sau o conștientizare redusă a simptomelor majore, ca idei delirante, dezorganizarea gândirii, suspiciune, sau retragere socială. Pacientul poate discerne asupra nevoii unui tratament cu scopul ameliorării simptomelor mai puțin importante cum ar fi anxietatea, tensiunea sau tulburările somnului.
5. Moderat-severă - Pacientul acceptă că a fost bolnav în trecut, dar nu recunoaște prezența unei tulburări psihiatrice curente. După multe eforturi pacientul poate accepta prezența unor simptome nesemnificative sau fără legătură cu boala principală, care sunt interpretate într-o manieră eronată sau delirantă. Nevoia unui tratament psihiatric nu este recunoscută.
6. Severă – Pacientul neagă orice boală psihică trecută. Neagă prezența oricărui simptom psihiatric trecut sau actual și deși compliant, neagă nevoia unui tratament sau a unei spitalizări.
7. Extremă – Pacientul neagă energetic orice boală psihiatrică trecută sau prezentă. Internarea actuală sau tratamentul sunt interpretate de o manieră delirantă (de exemplu ca o pedeapsă pentru greșeli, persecuție din partea unor torționari etc.) și este posibil ca pacientul să refuze să coopereze cu medicul, să accepte medicamentele sau alte aspecte ale tratamentului.

G.13. TULBURARE VOLIȚIONALĂ

Perturbarea la nivelul inițierii, continuării și controlului volatilor al propriilor gânduri, comportamente, mișcări ale vorbirii.

Elemente pentru evaluare: conținutul gândirii și comportamentul exprimat în cursul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.

3. Ușoară –Există elemente de indecizie în conversație și în gândire și care pot împiedica într-o măsură minimă procesele verbale și cognitive.
4. Moderată – Pacientul este de multe ori ambivalent și are dificultăți reale în a lua hotărâri. Conversația poate fi alterată de schimbări în gândire, iar funcționarea verbală și cognitivă este perturbată.
5. Moderat-severă - Tulburările voliționale interferează cu gândirea și comportamentul. Pacientul este foarte indecis, ceea ce îl perturbă în inițierea și continuarea acțiunilor sociale și a activităților motorii, indecizia putându-se manifesta și prin întreruperea vorbirii.
6. Severă – Tulburările voliționale interferează cu execuția funcțiilor motorii automate simple, cum ar fi îmbrăcatul și toaleta personală și afectează în mod marcat vorbirea.
7. Extremă – Absența aproape completă a voinței se traduce printr-o inhibiție marcată mișcării și vorbirii, ducând la imobilism și/sau mutism.

G14. CONTROL DIMINUAT AL IMPULSIVITĂȚII

Reglarea și controlul acțiunilor și al impulsurilor interioare tulburat, ducând la descărcări tensionate și emoționale subite, nedomulate, arbitrare sau prost orientate și fără nici un interes față de consecințe.

Elemente pentru evaluare: comportamentul observat în timpul interviului sau relatat de personalul de îngrijire ori de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul are tendința să se enerveze relativ ușor și să se simtă frustrat atunci când se confruntă cu stres sau când i se refuză o recompensă dar acționează rar de o manieră impulsivă.
4. Moderată – Pacientul devine furios și agresiv verbal după o provocare minimă. Uneori poate amenința, distruge sau poate prezenta unul sau două episoade implicând o confruntare fizică sau bătăi minore.
5. Moderat-severă - Pacientul prezintă episoade repetate de impulsivitate implicând injurii verbale, distrugerii de bunuri sau amenințări fizice. Pot exista unul sau două episoade implicând violența marcată pentru care pacientul necesită izolare, conținție fizică sau sedare.
6. Severă – Pacientul este frecvent impulsiv, agresiv, amenințător, revendicativ și distrugător, fără să ia în nici un fel în considerație consecințele posibile. Prezintă un comportament agresiv, eventual și pe plan sexual și poate să răspundă comportamental unor halucinații de tip impertiv.
7. Extremă – Pacientul prezintă o agresivitate care poate duce la omucidere, agresivitate sexuală, acte brutale repetate sau comportamente de auto-distrugere. Pacientul necesită o supraveghere permanentă sau măsuri de conținție fizică, datorită incapacității sale de a-și controla impulsurile periculoase.

G15. PREOCUPĂRI DE TIP AUTIST

Pacientul este absorbit de propriile gânduri și sentimente și de experiență de tip autist în detrimentul realității și al comportamentului adaptiv.

Elemente pentru evaluare: comportament interpersonal observat în cursul interviului.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Implicare excesivă strict în nevoile sau probleme personale, încât conversația deviază spre teme egocentrice, pacientul având preocupare limitată față de ceilalți.
4. Moderată – Ocazional pacientul pare absorbit de sine însuși, ca și cum ar visa cu ochii deschiși sau implicat în experiențe interioare care interferează într-o manieră redusă cu procesul de comunicare.

5. Moderat-severă - Pacientul pare adesea angajat în experiențe de tip autist, așa după cum se poate vedea în comportamentele care îi afectează semnificativ funcțiile sociale și de comunicare, de exemplu: privire vidă, mormăială, vorbind cu sine însuși sau stereotipii motorii.
6. Severă – Pacientul este foarte preocupat de experiențe de tip autist ceea ce diminuează mult concentrarea, conversația și orientarea în mediu. Pacientul poate fi surprins surâzând, râzând, mormăind, urlând sau vorbind de unul sigur.
7. Extremă – Pacientul este absorbit de experiențe de tip autist ceea ce afectează profund toate domeniile majore ale comportamentului. Pacientul poate răspunde constant, verbal sau comportamental, propriilor halucinații și să nu fie de loc conștient de prezența altor persoane.

G16. EVITARE SOCIALĂ ACTIVĂ

Participarea socială diminuată asociată cu teamă, ostilitate sau neîncredere nejustificate.

Elemente pentru evaluare: relatări despre comportamentul pacientului făcute de de personalul de îngrijire ori de familie.

1. Absentă – Nu corespunde definiției.
2. Minimă – Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului.
3. Ușoară – Pacientul pare stângaci în prezența altora și preferă singurătatea, dar participă la îndatoriri sociale când este solicitat.
4. Moderată – Pacientul participă cu reductanță la toate sau aproape la toate activitățile sociale, dar trebuie să fie înduplecat și poate să abandoneze subit din cauza anxietății, suspiciunii sau ostilității.
5. Moderat-severă - Pentru că îi este frică sau pentru că este ostil, pacientul evită multe interacțiuni sociale în ciuda eforturilor celorlalți de a-l face să participe. Are tendința să-și petreacă singur timpul liber.
6. Severă – Pacientul participă la foarte puține activități sociale din motive de frică, ostilitate sau neîncredere. Când este abordat, pacientul are tendința să întrerupă orice interacțiune și în general tinde să se izoleze de ceilalți.
7. Extremă – Pacientul nu poate fi convins să se angajeze în activități sociale din cauza unor sentimente puternice de frică, ostilitate sau a unor idei delirante de persecuție. Evită pe cât posibil orice contact și se izolează de ceilalți.

CRITERII DE COTARE

Itemii suplimentari pentru Profilul riscului de agresivitate

S1. Furie. Stare subiectivă de neplăcere și de iritare față de alții. Elemente pentru evaluare: relatare verbală a sentimentelor de furie în timpul interviului și comportamente ostile corespunzătoare, observate în timpul interviului sau notate din relatările celor care îngrijesc pacientul sau ale familiei.

	Evaluare	Criterii
1	Absentă	Nu corespunde definiției
2	Minimă	Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului
3	Ușoară	Exprimă o anumită iritare sau sentimente de ostilitate față de alții dar nu arată semne emoționale sau comportamentale de furie.
4	Moderată	Exprimă în mod deschis iritarea, dar își ține firea sub control
5	Moderat-severă	Pacientul este foarte iritabil și furia este exprimată prin ridicarea frecventă a vocii, insulte verbale ocazionale sau amenințări abia voalate
6	Severă	Pacientul este foarte iritabil, iar furia este exprimată prin insulte verbale frecvente, amenințări fățișe sau distrugeri.
7	Extremă	Nivelul exploziv al furiei este evidențiat prin gesturi fizice îndreptate sau încercate împotriva altora.

Itemii suplimentari pentru Profilul riscului de agresivitate

S2. Dificultăți în amânarea recompensei. Revendicativ, insistent, ca nevoile să fie satisfăcute imediat și vizibil supărat atunci când îndeplinirea lor sau a dorințelor este amânată. Elemente pentru evaluare: Observarea comportamentului în timpul interviului, precum și relatări făcute de personalul care îl îngrijește nemijlocit sau de familie.

	Evaluare	Criterii
1	Absentă	Nu corespunde definiției.
2	Minimă	Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului
3	Ușoară	Pacientul este uneori revendicat și nerăbdător dar se liniștește repede când i se vorbește.
4	Moderată	Comportamentele revendicative pot fi observate mai frecvent sau sunt foarte insistente, ceea ce face ca pacientul să fie considerat „o pacoste”. Totuși în general, ele sunt urmate de izbucniri de furie și de obicei pacientul poate fi stăpânit fără dificultate.
5	Moderat-severă	Comportamentele revendicative sunt atât de frecvente cât și persistente, ducând la confruntări ocazionale cu alți pacienți, cu personal medical sau cu familia. De regulă, totuși, pacientul își recapătă controlul fără incidente serioase.
6	Severă	Pacientul pare foarte supărat de fiecare dată când nevoile sau cererile sale nu sunt satisfăcute imediat. Comportamente explozive sau violente pot urma o dată sau de două ori și pierderea controlului este o posibilitate mereu prezentă.
7	Extremă	Neîndeplinirea imediată a cererilor sau nevoilor pacientului tinde să provoace comportamente explozive, violente sau impulsive. De obicei este necesară o supraveghere permanentă.

Itemii suplimentari pentru Profilul riscului de agresivitate

S3. Labilitate afectivă. Expresia emoțională este instabilă, fluctuantă, nepotrivită și/sau slab controlată. Elemente pentru evaluare: starea afectivă observată în timpul interviului.

	Evaluare	Criterii
1	Absentă	Nu corespunde definiției.
2	Minimă	Patologie incertă, poate fi la limita superioară a normalului
3	Ușoară	Pot fi observate câteva răspunsuri afective necongruente sau pot apare câteva schimbări nejustificate ale tonalității emoționale.
4	Moderată	Afectul este frecvent necongruent cu gândurile (de ex. furie, îngrijorare sau comportament nătâng, nepotrivit) sau se înregistrează mai multe schimbări radicale ale tonalității emoționale de-a lungul interviului.
5	Moderat-severă	Expresiile emoționale sunt foarte instabile și uneori scapă de sub controlul pacientului. Tabloul afectiv poate prezenta schimbări bruște către extreme, în general cu o modulare redusă.
6	Severă	Emoțiile par să fie necontrolate pe cea mai mare parte a duratei interviului și pot fi dominate de stimuli acustici sau irelevanți. Starea afectivă este tocită și pot apărea schimbări ciudate sau caleidoscopice. Descărcări emoționale primare. De ex. pot fi observate expresii de extaz sau de furie.

7	Extremă	Pacientul pare să nu aibă nici un control asupra stării sale emoționale, care fluctuează liber ca răspuns la evenimente externe sau interne nepotrivite. Uneori stările emoționale extreme, cum ar fi agitația sau furia, pot domina.
---	---------	---

**ANEXA 8. SPECTRUL DE ACȚIUNE CLINICĂ AL
ANTIPSIHOTICELOR (NEUROLEPTICELOR)**

Medicamentul	Acțiunea sedativă	Acțiunea antipsihotică	Acțiunea antidelirantă
Chlorpromazinum	++++	++	+
Levomepromazinum	++++	+	+
Thioridazinum	+++	+	+
Chlorprotixenum	+++	++	+
Zuclopentixolum	+++	+++	+++
Periciazinum	+++	+	+
Alimemazinum	++	+	+
Preponderent cu o acțiune antipsihotică			
Trifluoperazinum	++	+++	++++
Haloperidolum	++	+++	++++
Fluphenazinum	+	+++	+++
Preponderent cu o acțiune stimulatorie			
Sulpiridum	-	++	+
Neuroleptice atipice			
Clozapinum	++++	+++	+++
Quetiapinum	+	++	+++
Risperidonum	+	++	+++
Olanzapinum	++	+++	+++
Amisulpridum	+	++	++
Aripiprazolum	+	+++	+++
Asenapinum	+++	++	++
++++ – acțiune maximă; +++ – acțiune exprimată; ++ – acțiune moderată; + – acțiune slabă; - – acțiunea lipsește.			

ANEXA 9. REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)

Remediul antipsihotic	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Haloperidolum	10 – 40
Alimemazinum	10 - 30
Trifluoperazinum	5 - 50
Levomepromazinum	25 - 800
Chlorpromazinum	25 - 800
Thioridazinum	50 - 600
Sulpiridum	50 – 800
Chlorprothixenum	50 - 300
Risperidonum	2 – 8
Olanzapinum	10 – 30
Clozapinum	25 - 600

Amisulpridum	50 – 1200
Aripiprazolum	10 – 30
Asenapinum	10 - 20
Paliperidonum	3 – 12
Quetiapinum	50 – 800
Sertindolum	4 – 24
Ziprazidonum	40 - 200
Cariprazinum	1,5 - 6

**ANEXA 10. REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)
CU ELIBERARE PRELUNGITĂ**

Remediul antipsihotic	Doze clinice recomandate (mg)
Fluphenazinum decanoat	12,5 – 100 (1 doză la 3-4 săptămâni)
Haloperidolum decanoat	50 – 75 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Risperidonum Consta	25 – 37,5 – 50 mg (1 doză la 2 săptămâni)
Zuclopentixolum decanoat	50 – 600 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Paliperidonum (Xeplion)	150 mg în ziua 1 de tratament și 100 mg după 1 săpt. (ziua 8). Doza de întreținere 75-150 mg/lună <i>Dozele vor fi crescute respectând protocolul de administrare recomandat de producător</i>
Olanzapinum (ZipAdhera)	150 – 210 – 300 – 405 mg (1 doză la 2 – 4 săptămâni) <i>Dozele vor fi administrate respectând recomandările producătorului</i>
Aripiprazolum (Maintena)	Doza inițială și cea de întreținere este de 400 mg/ 2-3 săpt.

**ANEXA 11. REMEDII PENTRU TRATAMENTUL
EFECTELOR EXTRAPIRAMIDALE INDUSE DE
ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)**

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Trihexyphenidylum	5 - 20
Akinetonum	2 – 16

ANEXA 12. REMEDII TRANCHILIZANTE ȘI HIPNOTICE

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Alprazolamum	0,25 - 4
Bromazepamum	3 - 18
Diazepamum	5 – 60
Zolpidemum	5 - 20
Zopiclonum	3,75 - 15
Clonazepamum	0,5 – 16
Medazepamum	10 – 60
Nitrazepamum	2,5 – 10
Oxazepamum	10 – 60
Temazepamum	7,5 -30

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Tofisopamum	50 – 300
Fenazepamum	0,5 - 8
Chlordiazepoxidum	20 - 60

ANEXA 13. REMEDII ANTIDEPRESIVE

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Triciclice	
Imipraminum	25 - 400
Clomipraminum	25 - 300
Amitriptylinum	25 - 300
Tetraciclice	
Maprotilinum	25 - 150
Mianserinum	15 - 90
Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei	
Paroxetinum	10 - 80
Sertralinum	50 - 200
Fluvoxaminum	50 - 400
Fluoxetinum	20 - 80
Citalopramum	20 - 60
Escitalopramum	5 - 20
Alte remedii antidepresive	
Reboxetinum	2 - 20
Mirtazapinum	15 - 45
Tianeptinum	12,5 – 37,5
Milnacipranum	25 -100
Trazodonum	150 - 450
Venlafaxinum	37,5 - 325
Agomelatinum	25 - 50

ANEXA 14. DOZELE PRINCIPALELOR REMEDII CU EFECT TIMOSTABILIZATOR UTILIZATE ÎN ASOCIERE CU TRATAMENTUL ANTIPSIHOTIC

Remedii	Doza clinică diurnă recomandată (mg/zi)
Carbamazepinum	400 - 1200
Oxcarbazepinum	300 - 1800
Litiu și derivați ai săruilor de Litium	300 – 1200
Derivați ai acidum valproicum	500 - 1000
Lamotriginum	100 - 300

ANEXA 15. PAȘII ÎN FARMACOTERAPIE ȘI ALTE TERAPII BIOLOGICE¹⁶.

1. Începeți cu antipsihotice.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea efectelor secundare și eficacității după 2, 4 și 6 săptămâni de tratament. • Verificați aderența. • În caz de necesitate, modificați doza. • În caz de remisiune: doză de întreținere pe termen lung.
2. Remisiune incompletă după 6 săptămâni: schimbați antipsihoticul.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea efectelor secundare și eficacității după 2, 4 și 6 săptămâni de tratament. • Verificați aderența.

	<ul style="list-style-type: none"> • În caz de aderență slabă, examinați oportunitatea administrării preparatelor cu acțiune prelungită. • În caz de necesitate, modificați doza. • În caz de remisiune: doză de întreținere pe termen lung.
3. Nici o reacție după 12 săptămâni: treceți la Clozapine.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea efectelor secundare și eficacității după 2, 4 și 8 săptămâni și după 4 luni de tratament. • Teste de sânge și, în caz de necesitate, măsurarea glucozei. • În caz de necesitate, modificați doza. • În caz de remisiune: doză de întreținere pe termen lung.
4. Răspuns terapeutic insuficient după patru luni de administrare a Clozapine: examinați oportunitatea administrării unui antipsihotic suplimentar.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea efectelor secundare și eficacității după 2, 4 și 10 săptămâni de tratament. Stopați tratamentul în caz de efect insuficient. • Luați în considerare oportunitatea adăugării Lamotriginum, Memantinum, a sărurilor de Litium. • Luați în considerare oportunitatea SMT.
5a. Simptome reziduale negative.	<ul style="list-style-type: none"> • Luați în considerare oportunitatea <ul style="list-style-type: none"> 1. Cariprazinum, Brexpiprazolum sau Aripiprazolum 2. Mirtazepinum+ Lamotriginum + Clozapinum. • Luați în considerare oportunitatea SMT.
5b. Simptome depresive.	<ul style="list-style-type: none"> • Luați în considerare oportunitatea adăugării unui antidepresiv + antipsihotic.
6. Halucinații persistente severe și/sau simptome negative după pașii 4 și 5.	<ul style="list-style-type: none"> • Luați în considerare oportunitatea TEC.

ANEXA 16. NIVELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADE DE RECOMANDARE

Grad de recomandare	Nivel de evidență	Tipul dovezii
A	1a	Reviu sistematic a studiilor clinice randomizate
	1b	Cel puțin un studiu clinic randomizat riguros
B	2a	Reviu sistematic al SCR sau studii clinice randomizate cu risc de erori
	2b	Reviu sistematic a studiilor caz-control sau de cohortă de calitate înaltă
	3a	Studii caz-control sau de cohortă de o calitate înaltă
	3b	Studii caz-control sau de cohortă cu un risc mare de erori
C	4	Studii neanalitice, descriptive (serie de cazuri, raport de cazuri)
D	5	Opinia experților nebazată pe studii de calitate

BIBLIOGRAFIE

1. Aleman A, Kahn RS, Selten J. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence From Meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(6):565–571. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565 (*Dovadă de nivel A*)
2. Australasian Psychiatry • Vol 11, No 2 • June 2003 Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of schizophrenia (2003) (*Dovadă de nivel C*)
3. Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, et al. Fetal Hypoxia and Structural Brain Abnormalities in Schizophrenic Patients, Their Siblings, and Controls. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(1):35–41. doi:10.1001/archpsyc.59.1.35 (*Dovadă de nivel C*)

4. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12-24. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.12. Review. PubMed PMID: 15625195. *(Dovadă de nivel A)*
5. Ching CRK, Gutman BA, Sun D, Villalon Reina J, Ragothaman A, Isaev D, Zavaliangos-Petropulu A, Lin A, Jonas RK, Kushan L, Pacheco-Hansen L, Vajdi A, Forsyth JK, Jalbrzikowski M, Bakker G, van Amelsvoort T, Antshel KM, Fremont W, Kates WR, Campbell LE, McCabe KL, Craig MC, Daly E, Gudbrandsen M, Murphy CM, Murphy DG, Murphy KC, Fiksinski A, Koops S, Vorstman J, Crowley TB, Emanuel BS, Gur RE, McDonald-McGinn DM, Roalf DR, Ruparel K, Schmitt JE, Zackai EH, Durdle CA, Goodrich-Hunsaker NJ, Simon TJ, Bassett AS, Butcher NJ, Chow EWC, Vila-Rodriguez F, Cunningham A, Doherty J, Linden DE, Moss H, Owen MJ, van den Bree M, Crossley NA, Repetto GM, Thompson PM, Bearden CE. Mapping Subcortical Brain Alterations in 22q11.2 Deletion Syndrome: Effects of Deletion Size and Convergence With Idiopathic Neuropsychiatric Illness. *Am J Psychiatry*. 2020 Feb 12;;:appiajp201919060583. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19060583. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32046535. *(Dovadă de nivel B)*
6. Dan Prelipceanu, Psihiatrie Clinică, Editura Medicală București, 2013 p432-433. *(Dovadă de nivel C)*
7. David AS, Malmberg A, Brandt L, Allebeck P, Lewsi G. IQ and risk for schizophrenia: a population based cohort study. *Psychol Med*. 1997;27:1311-1323 *(Dovadă de nivel B)*
8. DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, American Psychiatric Association, Editura: Medicală CALLISTO, 2016, Ediția: 5. *(Dovadă de nivel C)*
9. Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use, *Schizophr Bull*, 2005, vol. 31 (pg. 608-612) *(Dovadă de nivel B)*
10. ICD-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic). București, Ed. ALL, 1998, 419 p *(Dovadă de nivel C)*
11. Janicak P.G., Davis J.M., Preskorn S.H., Ayd F.J. Principles and practice of Psychopharmacotherapy. Second edition, Williams&Wilkins, Baltimore, 1999, 728 p *(Dovadă de nivel C)*
12. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry / editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz. 10th Edition, Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019 *(Dovadă de nivel C)*
13. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, LWW medical book collection, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Harold I. Kaplan, Lippincott Williams & Wilkins, 2009 *(Dovadă de nivel C)*
14. LEGEA Nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală *(Dovadă de nivel C)*
15. McGue, M., Gottesman, I.I. The genetic epidemiology of schizophrenia and the design of linkage studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 240, 174–181 (1991). <https://doi.org/10.1007/BF02190760> *(Dovadă de nivel B)*
16. MDR Schizofrenie, 2012 *(Dovadă de nivel C)*
17. National Institute for Health and Care Excellence (2014) pp 594 *(Dovadă de nivel C)*
18. NICE guideline Psychosis and schizophrenia in adults, UK, 2014, NICE guidelines 2019 *(Dovadă de nivel C)*
19. Portalul schizofrenia.ro <https://schizofrenia.ro/suport-familial-schizofrenie/> *(Dovadă de nivel C)*
20. Prelipceanu D. Psihiatrie clinică. Editura Medicală, București, 2013, 1091 p *(Dovadă de nivel C)*
21. Recomandările se bazează pe o platformă ce include etapele unei tulburări psihotice (în baza lucrărilor lui Mc Gorry). *(Dovadă de nivel C)*
22. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM, Isohanni MK, Jarvelin MR, Lauren LH, et al. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *J Clin Psychiatry* (2005) 66:559–63. doi:10.4088/JCP.v66n0503 *(Dovadă de nivel B)*
23. Saha, S, Chant, D, McGrath, J (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 64, 1123–1131.
24. Shtal St. Psihofarmacologie: baze neuroștiințifice și aplicații practice. Ediția a 4-a reviz. Ed. Medicală CALLISTO, București, 2018, 608 p. *(Dovadă de nivel A)*

25. Tiihonen, J. Lönnqvist, K. Wahlbeck, T. Klaukka, L. Niskanen, A. Tanskanen, J. Haukka, 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study), *Lancet*, 374 (9690) (2009), pp. 620-627 (*Dovadă de nivel B*)
26. Tintiuc Dumitru, Sănătate Publică și Management, Chișinău, 2007, ISBN – 978-9975-918-90-9 (*Dovadă de nivel C*)
27. Udriștoiu T., Marinescu D., Ghiduri de terapie farmacologică în tulburările psihiatrice majore. Editura Medicală Universitară, Craiova, 2014, p. 18. (*Dovadă de nivel C*)
28. UpToDate la: 20 aprilie 2013 (*Dovadă de nivel C*)
29. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):635-45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8. Review. PubMed PMID: 19700006 (*Dovadă de nivel C*)
30. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010 Nov 11;468(7321):203-12. doi: 10.1038/nature09563. PubMed PMID: 21068828. (*Dovadă de nivel B*)