

**PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE
SCHIZOFRENIA, PRIMUL EPISOD PSIHOTIC**

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

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.

CLASIFICAREA SCHIZOFRENIEI ȘI A PSIHOZEI

ICD-10	DSM-5
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)
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

**MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU SCHIZOFRENIE, PRIMUL EPISOD PSIHOTIC
LA NIVEL DE AMP**

Cine acordă îngrijiri	Scop	Intervenție
Asistența medicală primară	Evaluarea persoanelor cu risc înalt și a semnelor prodromale ce permit suspectarea schizofreniei.	<ul style="list-style-type: none"> Educația privind psihoza și schizofrenia (conform Ghidului pacientului din PCN „Schizofrenia, Primul episod psihotic”). Descurajarea consumului de droguri.
	Suspectarea și detectarea Primului episod psihotic (PEP), acutizarea schizofreniei, precum și RUÎDP, RUÎ	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza și examenul fizic permit suspectarea PEP la persoanele din grupul de risc. Trimiterea la CCSM
	Referire pentru tratament.	<ul style="list-style-type: none"> Trimiterea la CCSM

PROFILAXIA

- **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.
- **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.

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

RUÎDP18. prezintă:

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

Scopul identificării grupului RUÎDP:

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

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

FACTORII DE RISC

Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea schizofreniei

- 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
- Împrejurările negative prenatale și perinatale, reprezentate de stres, infecții, malnutriție, diabetul mamei și alte afecțiuni medicale
- 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%)
- Genul masculin
- Intelectul redus
- Vârsta parentală (tată mai în vârstă de 50 ani)
- Gestanță în suferință (foamete, în doliu, cu infecții antenatale ș.a.)
- Nașterea copilului nedorit
- Decesul tatălui în perioada pre-natală
- Sarcina și nașterea complicată (cu hipoxie a creierului, hemoragii, naștere înainte de termen, incompatibilitate de grup sangvin, hipoxie fetală, infecții maternale)
- Utilizarea canabisului în anamneză
- Emigrarea (atât prima generație, cât și copiii emigranților)

SCREENING-UL

- Screening-ul populației la simptome psihotice ușoare, cu scopul detectării timpurii și intervenției precoce NU este recomandat (Olanda, 2013).
- 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)

MANIFESTĂRILE CLINICE

criterii evidențiate pentru diagnosticul schizofreniei

ICD-10 Simptome de rangul întâi

- Ecolul 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“

DSM-5 Simptome de rangul întâi

- Idei delirante, halucinații, vorbire dezorganizată (deraiere sau incoerență frecventă)
- Comportament motor intens dezorganizat sau catatonie
- Simptome negative (diminuarea exprimării emoțiilor sau avoliție)

ICD-10 Simptome de rangul doi

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

DSM-5 Simptome de rangul doi

- Alte tulburări de percepție
- Simptomatică catonică
- Tulburări afective (depresie, euforie)
- Retragere socială

Cele mai frecvente simptome manifestate la pacienții cu Schizofrenie	
<ul style="list-style-type: none"> • Lipsa discernământului față de boala sa – 97% • Halucinațiile auditive – 74% • Voci, care se adresează pacientului – 70% • Suspiciunea – 66% 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuarea afectivității – 66% • Ideile delirante de persecuție – 62% • Ideile delirante de influență – 50%
Simptome pozitive (plus simptome)	Simptome negative (minus simptome)
Idei delirante, halucinații, comport dezorganizat	Aplatizare afectivă, alogie, avoliție, anhedonie, autism

Cele mai frecvente modele de comportament la pacienții cu Schizofrenie	
<ul style="list-style-type: none"> • Izolarea socială – 74% • Inhibiția psihomotorie – 56% • Eschivarea de la conversație – 54% • Scăderea interesului pentru distracții – 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentoarea – 48% • Agitația psihomotorie – 41% • Neglijența – 30 % • Mișcările neobișnuite – 25%

EVOLUȚIA

<p>Debutul schizofreniei, care poate să fie acut sau insidios, este precedat de simptome de anxietate, perplexitate, teroare sau depresie.</p> <p>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 deschișofrenie ori primul episod psihotic (PEP).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>O proporție de 50% dintre bolnavi comit tentative suicidare, 10% dintre ele finisându-se cu deces (suicid consumat).</p> <p>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, deficitalele neurologice etc.</p> <p>Există risc crescut de moarte subită, diverse maladii somatice, neurologice, endocrine etc. concomitente, iar calitatea vieții bolnavilor este, în general, redusă.</p>
--

TRATAMENTUL

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea persoanelor cu risc înalt de dezvoltare PEP • Suspectarea semnelor prodromale de schizofrenie de către medicul de familie • Educația, privind psihoza și schizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Descurajarea consumului de droguri și PCC pentru RUIĐP • În cazul depistării PEP trimitere la CCSM • Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice
---	---

CRITERII DE SPITALIZARE

<ul style="list-style-type: none"> • Pacient cu simptome psihotice, care nu au fost posibil de gestionat în condiții de ambulator • Pacient cu simptome psihotice ce prezintă pericol pentru sine sau cei din jur • Pacient cu simptome psihotice și risc vital datorat comorbidităților • Stări grave după tentativele de suicid

ÎN SCHIZOFRENIE

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
<ul style="list-style-type: none">• 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!

RECUPERAREA PSIHO-SOCIALĂ

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

Aceasta vizează adaptarea persoanei la condițiile vieții în societate, la activitățile ocupaționale și profesionale în comunitate. Se pune accent pe angajarea persoanelor în câmpul muncii.

Intervențiile recomandate pentru a promova reintegrarea în comunitate vizează:

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

SUPRAVEGHEREA

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;
- ✓ apoi 1 dată în lună începând cu luna a 6-a până la sfârșitul anului;
- ✓ consultația – la necesitate, după perioada menționată.

Scopul supravegherii pacienților cu schizofrenie de către medicul de familie.

- ✓ Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru a evita dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor antipsihotice.

Notă: Bolnavii cu schizofrenie mai frecvent dezvoltă tulburări endocrine (diabet zaharat tip 2, hiperprolactinemie simptomatică etc.), de aceea, la necesitate, se recomandă consultația endocrinologului.

Aprobat prin ordinul Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr..... din.....2020,,Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Schizofrenia. Primul epizod psihotic”.