

*Małgorzata Rzewuska, Stanisław Pużyński, Jerzy Landowski,  
Irena Namysłowska, Andrzej Rajewski, Janusz Rybakowski*

## **POLSKIE STANDARDY LECZENIA W SCHIZOFRENII**

### **Wstęp**

W latach dziewięćdziesiątych psychiatrzy – eksperci farmakoterapii w różnych krajach – podejmują próbę ustalenia jednolitych, elementarnych zasad prowadzenia leczenia. Różnice w farmakoterapii psychoz w różnych krajach wynikają z doświadczenia nabytego w związku ze stosowaniem różnych grup leków psychotropowych.

W dążeniu do optymalizacji farmakoterapii są opracowywane wzorce postępowania (algorytmy). Zawierają one sposoby prowadzenia leczenia, które przypuszczalnie wiążą się z największą skutecznością i najmniejszym ryzykiem występowania objawów niepożądanych oraz z poprawą motywacji chorych do współdziałania w terapii.

Z inicjatywy Przewodniczącego Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii podjęto próbę opracowania standardów farmakoterapii w naszym kraju.

Za podstawę do ustaleń posłużyły opinie, które zebrano drogą ankietową od psychiatrów – samodzielnych pracowników naukowych. Eksperti byli proszeni o wybór postępowania terapeutycznego w 35 kwestiach związanych z sytuacjami klinicznymi. Schematy będące przedmiotem oceny zapożyczono z ankiety przeprowadzonej w podobnym celu w USA i opublikowanej w *Journal of Clinical Psychiatry* (1996 t. 57, suppl. 12 B).

Kwestionariusz zawierający pytania dotyczące farmakoterapii schizofrenii rozesłano do 50 psychiatrów, samodzielnych pracowników naukowych. Użytkoano odpowiedzi od 23 ekspertów, byli to:

Prof. Adam Bilikiewicz  
Klinika Chorób Psychiczych AM  
w Gdańsku

Prof. Zdzisław Bizoń  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Warszawie

Prof. Jacek Bomba  
Katedra Psychiatrii UJ  
w Krakowie

Prof. Antoni Florkowski  
Katedra Psychiatrii WAM  
w Łodzi

Prof. Jan Horodnicki  
Katedra i Klinika Psychiatrii PAM  
w Szczecinie

Prof. Marek Jarema  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Prof. Andrzej Kiejna  
Klinika Psychiatryczna AM  
we Wrocławiu

Dr hab. Andrzej Kokoszka  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Warszawie

Prof. Jerzy Landowski  
Katedra Psychiatrii AM  
w Gdańsku

Prof. Marek Masiak  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Lublinie

Doc. Halina Matsumoto  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Warszawie

Prof. Irena Namysłowska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Prof. Zbigniew Nowicki  
Katedra Psychiatrii AM  
w Gdańsku

Prof. Andrzej Piotrowski  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Prof. Stanisław Pużyński  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Prof. Jolanta Rabe-Jabłońska  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Łodzi

Prof. Andrzej Rajewski  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Poznaniu

Prof. Janusz Rybakowski  
Klinika Psychiatryczna AM  
w Poznaniu

Doc. Małgorzata Rzewuska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Doc. Sławomir Sidorowicz  
Klinika Psychiatryczna AM  
we Wrocławiu

Prof. Stefan Smoczyński  
Katedra Chorób Psychiczych AM  
w Gdańsku

Prof. August Wasik  
Klinika Psychiatryczna AM  
we Wrocławiu

Doc. Jacek Wciórka  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Oceny ekspertów podsumowano i obliczono średnie ważone dla każdej z możliwości postępowania. W określonej sytuacji mogła być ona oceniona w skali dziewięciopunktowej, w której oceny oznaczały:

- 1      leczenie niestosowane
- 2–3    postępowanie przeważnie niestosowane
- 4–6    działanie stosowane
- 7–9    postępowanie z wyboru

Gwiazdka umieszczona przy wyniku świadczy, że zgodnych odpowiedzi udzieliła co najmniej połowa ekspertów.

Wynik większy niż 6 określa leczenie z wyboru (pierwszego rzutu). Średnie mieszczące się w przedziale 4–6 oznaczają wybory działania w sytuacjach, w których istnieje więcej niż jedna możliwość prawidłowego zalecenia (np. gdy trudno jest jednoznacznie określić najbardziej właściwe postępowanie, gdy uwzględnia się przeciwwskazania do stosowania leków, ich działania niepożądane). Oznacza też niekiedy wybór alternatywnego leczenia w przypadku braku skuteczności leczenia podstawowego. Najniższe średnie (1–3) oznaczają, że proponowane postępowanie nie jest zalecane lub oceniający uważają je za niewłaściwe.

Po zanalizowaniu danych Komisja Ekspertów powołana przez Przewodniczącego Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii i zatwierdzona przez ZG PTP (w składzie: doc. M. Rzewuska, prof. I. Namysłowska, prof. J. Landowski, prof. A. Rajewski, prof. S. Pużyński, prof. J. Rybakowski) przedyskutowała i skomentowała uzyskane wyniki interpretując, jakie przesłanki przemawiały za dokonywaniem najczęstszych wyborów.

### Oceny ekspertów i komentarze

W tej części opracowania znajdują się pytania zadane ekspertom, wyniki udzielonych odpowiedzi oraz konkluzje, które Komisja Ekspertów uznała za działania standardowe w ocenianych sytuacjach.

#### 1. *Badania dodatkowe*

Proszę ocenić przydatność wymienionych badań w procesie diagnozowania pacjenta z pierwszorazowym zespołem paranoidalnym. Proszę ocenić w skali od 7 do 9 badania, które uważa Pani/Pan za niezbędne, w skali 4–6 te, które mogą być potrzebne, ale nie są najistotniejsze, a w skali 1–3 te, które nie mają zasadniczego znaczenia.

badanie na obecność narkotyków	4,96	
podstawowe badania biochemiczne (funkcje wątroby, nerek itd.)		6,96*
badanie obrazu krwi		7,17*
badanie moczu		6,78*
test ciążowy	4,52*	
elektrokardiogram	5,39*	
NMR, CT głowy	4,96*	
elektroencefalogram	5,07*	
testy neuropsychologiczne	4,48*	
testy psychologiczne (I.I., Rorschacha, MMPI itd.)	5,0	
nakłucie łądźwiowe	2,48*	

#### *Komentarz*

W diagnostyce schizofrenii niezbędne jest wykonanie podstawowych badań biochemicznych, badania moczu i obrazu krwi. W psychiatrii młodzieżowej ważne jest badanie toksykologiczne. Przed rozpoczęciem farmakoterapii u osób z przebytymi chorobami serca i u pacjentów po 40 roku życia należy wykonać badanie elektrokardiograficzne, a u kobiet w okresie generacyjnym test ciążowy.

#### 2. *Dobór neuroleptyku w początkowym okresie schizofrenii*

Proszę ocenić, który lek stosuje się w przypadku schizofrenii paranoidalnej o ostrym początku i z przewagą objawów wytwórczych w czasie pierwszej hospitalizacji.

silny neuroleptyk (np. haloperidol)		7,30*
risperidon	4,87*	
słaby neuroleptyk (np. chlorpromazyna)		6,65*
kłozapina	2,43*	

### *Komentarz*

Jako pierwszy lek w schizofrenii stosuje się silny lub słaby typowy neuroleptyk. Słabe neuroleptyki są preferowane w wieku młodzieżowym. Lekiem drugiego rzutu jest risperidon.

### **3. Wybór neuroleptyku w schizofrenii o powolnym początku i z przewagą objawów negatywnych**

Proszę wybrać neuroleptyk właściwy w farmakoterapii chorego na schizofrenię o powolnym początku i z przewagą objawów negatywnych.

silny neuroleptyk (np. haloperidol)	4,44	
risperidon		7,74*
słaby neuroleptyk (np. chlorpromazyna)	5,04	
kłozapina	4,35	

### *Komentarz*

W farmakoterapii schizofrenii o powolnym początku i z przewagą objawów negatywnych wskazane są neuroleptyki o działaniu aktywizującym i atypowe (sulpiryd, flupentysol, risperidon).

### **4. Oddziaływania psychoterapeutyczne**

Proszę ocenić przydatność poszczególnych form oddziaływań pozalekowych i podać rodzaj najwłaściwszego postępowania psychoterapeutycznego w schizofrenii w czasie hospitalizacji z powodu ostrego epizodu psychotycznego.

psychoedukacja zawierająca informacje o naturze choroby i jej leczeniu		8,17*
techniki poznawcze i behawioralne	5,07	
trening ról społecznych	5,87*	
techniki interpersonalne	5,52	
tylko terapia środowiskowa	4,17	
metody psychodynamiczne przydatne do zrozumienia emocji i konfliktów	3,69*	

### *Komentarz*

Najwłaściwszym postępowaniem psychoterapeutycznym w schizofrenii jest psychoedukacja pacjenta i jego rodziny oraz trening ról społecznych.

### 5. Kontakt z rodziną pacjenta

Proszę ocenić jak właściwe są wymienione poniżej formy kontaktów z rodziną chorego przyjętego do szpitala z powodu zaostrzenia schizofrenii (zakładając, że jest dostęp do rodziny).

bezpośrednio w ciągu 3 dni od przyjęcia do szpitala		8,09*
kontakt telefoniczny w ciągu doby od przyjęcia do szpitala	5,69*	
rozmowa bezpośrednia w ciągu tygodnia od przyjęcia do szpitala		6,35*
rozmowa telefoniczna w ciągu 3 dni od przyjęcia, rozmowa osobista w ciągu 2 tygodni	3,74*	
rozmowa telefoniczna w ciągu tygodnia od przyjęcia do szpitala	2,96*	

#### Komentarz

Kontakt z rodziną pacjenta przyjętego do szpitala należy nawiązać w ciągu kilku pierwszych dni, nie później niż w ciągu tygodnia

### 6. Cel kontaktu z rodziną chorego hospitalizowanego

Proszę ocenić treść kontaktów z rodziną pacjenta, który został przyjęty do szpitala z powodu zaostrzenia schizofrenii.

zebranie wywiadu dotyczącego uprzedniego leczenia i jego efektów		8,07*
omówienie problemów związanych z umieszczeniem w szpitalu i spraw finansowych	5,43	
rozpoczęcie programu psychoedukacyjnego		6,96*
ocena interakcji w rodzinie		6,17*
rozpoczęcie terapii rodzinnej ukierunkowanej na rozwiązywanie konfliktów i poprawę komunikacji w rodzinie	5,78*	

#### Komentarz

Kontakt z rodziną pacjenta hospitalizowanego zawsze ma na celu zebranie wywiadu dotyczącego uprzedniego leczenia, ale i rozpoczęcie programu psychoedukacyjnego, ewentualnie terapii rodzinnej ukierunkowanej na rozwiązywanie konfliktów i poprawę komunikacji w rodzinie.

### 7. Postępowanie w przypadku utrzymywania się pobudzenia i bezsenności

Proszę ocenić prawidłowość działania, jeśli po 2–3 dniach od przyjęcia chorego do szpitala, mimo stosowania średniej dawki neuroleptyku, utrzymuje się pobudzenie i bezsenność.

dołączenie benzodiazepiny	5,22	
zwiększenie dawki neuroleptyku		7,65*
zmiana leku na neuroleptyk silniej uspokajający	5,26	
dołączenie leku p/histaminowego (np. prometazyny)	3,56	
zmniejszenie dawki neuroleptyku	2,43*	
dołączenie litu	2,22*	

*Komentarz*

Jeśli po kilku dniach stosowania neuroleptyku utrzymuje się pobudzenie i bezsenność należy zwiększyć dawkę leku, zmienić neuroleptyk na silniej działający uspokajająco lub dołączyć pochodną benzodiazepiny (diazepam, lorazepam, estazolam, klonazepam). U chorych w wieku młodzieńczym korzystne jest stosowanie benzodiazepin długo działających (klorazepam, medazepam).

**8. Zmiana leku neuroleptycznego**

Proszę określić, po jak długim czasie należy w ostrym epizodzie psychiatrycznym zmienić neuroleptyk, jeśli leczenie nie przynosi poprawy:

po tygodniu	2,17*	
2 tygodniach	2,69*	
3 tygodniach	3,83*	
4 tygodniach		5,22
5 tygodniach	3,60*	
6 tygodniach	3,74*	
7 tygodniach	2,83*	
8 tygodniach	3,0*	
9 tygodniach	2,52*	

*Komentarz*

Jeśli podczas stosowania neuroleptyku nie nastąpi poprawa stanu psychiatrycznego, lek należy zmienić z reguły nie wcześniej niż po 4 tygodniach.

**9. Zmiana leku po uzyskaniu częściowej poprawy**

W ostrym epizodzie psychiatrycznym występuje częściowa poprawa po tygodniu leczenia, a następnie stan chorego nie zmienił się. Proszę określić po jakim czasie od początku leczenia należy zmienić lek na inny:

po tygodniu	1,52*	
3 tygodniach		4,44
5 tygodniach		5,44
7 tygodniach		4,96
9 tygodniach	3,65*	
11 tygodniach	3,17*	
13 tygodniach	2,43*	
15 tygodniach	2,04*	

*Komentarz*

Jeśli po tygodniu leczenia wystąpi częściowa poprawa stanu psychiatrycznego, leku nie należy zmieniać przez 3–9 tygodni, zwykle dalsza poprawa pojawia się w okresie 5–7 tygodni leczenia.

**10. Farmakoterapia w schizofreniach przewlekłych i lekoopornych**

Proszę określić właściwe postępowanie w sytuacji, gdy po odpowiednio długim okresie stosowania klasycznego neuroleptyku w zaostrzeniu schizofrenii nadal

utrzymują się nasilone objawy wytwórcze (zakładając, że stosowano maksymalną dawkę leku).

zmiana leku na risperidon		6,65*
zmiana leku na klozapinę		6,91*
zmiana leku na inny klasyczny neuroleptyk		6,74*
dołączenie soli litu	2,91*	
EW	3,04*	
dołączenie karbamazepiny	3,52*	

### *Komentarz*

W przewlekłych schizofreniach, jeśli nie uzyskano poprawy, należy zmienić neuroleptyk na inny, dotychczas nie stosowany. W schizofreniach lekoopornych lekami z wyboru są klozapina i risperidon.

### **11. Leki przeciwparkinsonowskie o działaniu antycholinergicznym**

Proszę określić częstość stosowania leków antycholinergicznymi podczas leczenia neuroleptykami zaostrzenia w schizofrenii.

silny neuroleptyk (np. haloperidol)		7,17*
słaby neuroleptyk (np. chlorpromazyna)	4,39*	
risperidon	2,87*	
klozapina	1,69*	

### *Komentarz*

Leki antycholinergiczne stosuje się często podczas leczenia silnie działającymi neuroleptykami, nie należy ich jednak stosować łącznie z klozapiną.

### **12. Postępowanie w stosunku do uporczywych objawów parkinsonowskich**

Proszę ocenić stosowność działań u pacjenta, który był leczony przy użyciu silnego neuroleptyku w niewielkiej dawce i u którego utrzymuje się sztywność mięśni i spowolnienie, a zastosowanie leku antycholinergicznego spowodowało nasiloną suchość w ustach.

zmiana leku na risperidon	5,78	
zmiana neuroleptyku na słabszy		6,22*
zmiana leku na klozapinę	5,78	
dodanie amantadyny	3,04*	
zmiana leku antycholinergicznego na inny	3,07*	
zwiększenie dawki leku przeciwparkinsonowskiego	2,22*	
dodanie prometazyny (leku przeciwhistaminowego)	2,38*	

### *Komentarz*

U chorych z objawami parkinsonizmu, gdy lek antycholinergiczny powoduje objawy niepożądane należy zmienić neuroleptyk na słabiej działający, na klozapinę lub na risperidon.

**13. Postępowanie w akatyzi**

Proszę ocenić strategie leczenia u pacjenta leczonego silnym neuroleptykiem w małej dawce, u którego pojawiła się akatyzia, która nie ustąpiła po zastosowaniu leku antycholinergicznego w dawce, która spowodowała wystąpienie suchości w ustach.

zmiana leku na risperidon		6,22
dołączenie propranololu do neuroleptyku	5,65	
zmiana leku na klozapinę	5,91	
dołączenie benzodiazepiny		6,39*
dołączenie amantadyny	3,09*	
dołączenie leku przeciwhistaminowego	2,56*	
zmiana leku antycholinergicznego na inny	2,48*	
zwiększenie dawki leku antycholinergicznego	2,17*	

**Komentarz**

W przypadku wystąpienia akatyzi należy dołączyć benzodiazepinę lub propranolol. W drugiej kolejności wskazana jest zmiana leku na klozapinę lub risperidon.

**14. Utrzymywanie się objawów negatywnych**

Proszę ocenić postępowanie w sytuacji, w której po ustąpieniu objawów wytwórczych utrzymują się objawy negatywne. Chory nie jest w depresji, nie ma objawów parkinsonizmu, leki antycholinergiczne przyjmował bez powodzenia.

zmiana leku na risperidon		7,22*
zmiana leku na klozapinę		5,39
utrzymanie dotychczasowego leczenia	3,17*	
dołączenie leku przeciwdepresyjnego	3,38*	
zmiana na inny typowy neuroleptyk		4,69*
dołączenie agonisty dopaminy (np. amantadyny)	1,91*	
dołączenie soli litu	1,91*	
dołączenie antagonisty receptorów histaminowych (np. famotydyny)	1,65*	

**Komentarz**

Jeśli po ustąpieniu objawów wytwórczych utrzymują się objawy negatywne celowa jest zmiana neuroleptyku na bardziej aktywizujący lub atypowy (sulpiryd, flupentyksol, risperidon), a w dalszej kolejności na klozapinę.

**15. Objawy niepożądane – zaburzenia seksualne u kobiet**

U młodej kobiety chorej na przewlekłą schizofrenię leczoną neuroleptykiem utrzymuje się spadek libido i zaburzenia miesiączkowania. Proszę ocenić postępowanie.



zmniejszenie dawki leku		6,83*
zmiana leku na klozapinę	3,78	
zmiana leku na risperidon		4,91*
dołączenie leczenia hormonalnego	2,43*	
dołączenie amantadyny	2,96*	
utrzymanie dotychczasowego leczenia	2,52*	

**Komentarz**

W przypadku wystąpienia podczas długotrwałej farmakoterapii zaburzeń miesiączkowania i spadku libido należy zredukować dawkę leku.

**16. Objawy niepożądane – zaburzenia seksualne u mężczyzn**

U młodego mężczyzny chorego na przewlekłą schizofrenię utrzymuje się spadek libido i kłopoty z erekcją. Proszę o ocenę działań.

zmniejszenie dawki neuroleptyku		7,07*
zmiana leku na risperidon		4,65*
zmiana leku na klozapinę	3,43*	
dołączenie amantadyny	2,78*	
utrzymanie dotychczasowego leczenia	2,91*	
cotygodniowe iniekcje testosteronu	1,52*	

**Komentarz**

W przypadku wystąpienia zaburzeń erekcji i popędu seksualnego u chorych na schizofrenię należy zredukować dawkę leku.

**17. Kompulsywne picie wody**

Pacjent chory na przewlekłą schizofrenię kompulsywnie pije nadmierną ilość wody (co powoduje spadek stężenia sodu). Otrzymuje najmniejszą skuteczną dawkę neuroleptyku. Proszę ocenić dalsze postępowanie.

zmiana leku na klozapinę		5,04
zmiana leku na risperidon		4,48
dołączenie demeklocykliny do neuroleptyku	2,83*	
dołączenie inhibitora ACE (np. enalaprylu)	2,48*	
dołączenie soli litu	1,78*	

**Komentarz**

Jeśli u chorego na schizofrenię wystąpi kompulsywne picie wody należy zmienić lek na klozapinę.

**18. Depresja popsychotyczna**

U pacjenta chorego na schizofrenię po ustąpieniu objawów wytwórczych pojawiły się objawy depresji (obniżenie nastroju, poczucie beznadziejności, winy). Wykluczono obecność objawów pozapiramidowych. Proszę ocenić celowość wymienionych działań.

dołączenie leku przeciwdepresyjnego do neuroleptyku		7,43*
dołączenie do neuroleptyku soli litu	3,35*	
utrzymanie dotychczasowego leczenia i rozpoczęcie psychoterapii ukierunkowanej na leczenie depresji	3,61*	
zmiana leku na risperidon		4,30*
zastosowanie EW	3,61*	
zmiana leku na klozapinę	3,78*	

### Komentarz

U chorych z depresją popsychotyczną właściwym postępowaniem jest zmiana neuroleptyku na działający przeciwdepresyjnie (chlorprotiksen, lewopromazyna, tiorydazyna, flupentyksol) lub na dołączenie leku przeciwdepresyjnego. Wskazane jest również rozpoczęcie psychoterapii ukierunkowanej na leczenie depresji.

### 19. Wybór leku przeciwdepresyjnego

Proszę uszeregować leki przeciwdepresyjne wskazane u chorego na schizofrenię, u którego występują objawy depresyjne. Lek z wyboru proszę ocenić na 7–9.

inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny		6,22*
TLPD		7,13*
IMAO	3,07*	
trazodon	3,17*	
wenlafaksyna	2,96*	
inny <sup>1</sup>	3,56*	

<sup>1</sup> tu wymieniano najczęściej mianserynę, ale także proponowano mirtazapinę, nefazodon, tianeptynę.

### Komentarz

Jeśli w depresjach w schizofrenii niezbędne jest dołączenie leku przeciwdepresyjnego, stosowane są leki trójpierścieniowe.

### 20. Techniki psychoterapii

Proszę ocenić celowość stosowania poniżej wymienionych technik psychoterapeutycznych u pacjenta chorego na przewlekłą schizofrenię z objawami depresji, który w związku z chorobą ma utrudniony kontakt z otoczeniem, ocenia przyszłość pesymistycznie.

psychoedukacja, przekonywanie, że pacjent nie ponosi winy i że następstwa choroby nie są nieodwracalne ani trwałe		7,07*
leczenie rehabilitacyjne ukierunkowane na trening społeczny i poprawę funkcjonowania		7,22*
terapia interpersonalna	4,48*	
techniki oparte na teorii poznania i behawioralne ukierunkowane na osłabienie samokrytycyzmu	4,44	
terapia podtrzymująca podkreślająca znaczenie leczenia farmakologicznego		6,17*
podtrzymująca terapia psychodynamiczna ukierunkowana na konflikty i reakcje związane z chorobą	3,74*	

*Komentarz*

W depresjach w przewlekłej schizofrenii należy stosować psychoedukację, leczenie rehabilitacyjne i psychoterapię podtrzymującą.

**21. Objawy lękowe w okresie popsychotycznym**

Po ustąpieniu objawów zaostrzenia (nie stwierdza się objawów pozytywnych ani negatywnych) chory otrzymuje silny neuroleptyk. Utrzymują się u niego objawy lękowe (niepokój, napięcie fizyczne, obawy). Nie stwierdza się objawów pozapiramidowych. Proszę o ocenę strategii postępowania.

dołączenie benzodiazepiny		7,56*
zmiana na neuroleptyk silniej działający uspokajająco		5,98
zwiększenie dawki neuroleptyku	3,22*	
zmiana leku na risperidon	3,61*	
utrzymanie dotychczasowej farmakoterapii i włączenie oddziaływań psychoterapeutycznych		4,30*
dołączenie leku przeciwdepresyjnego do neuroleptyku	3,52*	
zmiana leku na klozapinę		4,30*
dołączenie leku przeciwhistaminowego (prometazyny)	3,09*	
dołączenie soli litu	2,13*	

*Komentarz*

Jeśli po ustąpieniu objawów wytwórczych utrzymuje się lęk, napięcie lub obawy u pacjenta leczonego silnym neuroleptykiem, należy dołączyć benzodiazepinę. Kolejnym działaniem jest zmiana leku na słaby neuroleptyk, silniej działający uspokajająco i zwiększenie oddziaływań psychoterapeutycznych.

**22. Pobudzenie w okresie popsychotycznym**

Po ustąpieniu ostrych objawów psychozy schizofrenicznej chory otrzymuje silny neuroleptyk, ale utrzymują się objawy pobudzenia (niepokój i bezsenność). Nie stwierdza się objawów pozapiramidowych, pozytywnych ani negatywnych. Proszę o ocenę strategii leczenia w tej sytuacji.

dołączenie benzodiazepin do neuroleptyku		6,52*
dołączenie lub zmiana na neuroleptyk silniej działający uspokajająco		6,61*
dołączenie walpromidu	3,56	
zwiększenie dawki neuroleptyku	3,74*	
dołączenie karbamazepiny		4,74*
zmiana leku na klozapinę	3,96*	
zmiana leku na risperidon		4,00*
dołączenie innego leku <sup>1</sup>	2,00*	
zastosowanie EW	2,00*	

<sup>1</sup> tu proponowano najczęściej węglan litu, zolpidem, zopiklon

*Komentarz*

W przypadku utrzymywania się pobudzenia, niepokoju i bezsenności u pacjentów otrzymujących silny neuroleptyk w okresie po ustąpieniu objawów wytwórczych, lek należy zmienić na silniej działający uspokajająco lub dołączyć benzodiazepinę (np. lorazepam, klonazepam, diazepam, klorazepan).

**23. Leczenie chorych z cukrzycą i nadciśnieniem**

Pacjent chory na schizofrenię w wieku dość młodym cierpi na umiarkowanie nasilone nadciśnienie, jest otyły i cierpi na łagodną cukrzycę, wypala paczkę papierosów dziennie. Wyprowadza się od rodziny, która dbała, by przyjmował leki. Proszę ocenić słuszność zaleceń poniżej proponowanych.

stosowanie doustnego leku przeciwnadciśnieniowego	6,30*
stosowanie doustnego leku przeciwcukrzycowego	6,17*
ograniczenie w diecie soli i kalorii do 1800	6,78*
zalecenie uprawiania gimnastyki i aerobiku	5,61
przepisanie nikotyny w preparacie przezskórnym	3,48*

*Komentarz*

W leczeniu chorych z nadciśnieniem i otyłością poza leczeniem farmakologicznym istotne są zalecenia dietetyczne.

**24. Okres leczenia podtrzymującego**

Proszę zaznaczyć jak długo należy prowadzić farmakoterapię podtrzymującą u chorego na schizofrenię, u którego uzyskano pełną remisję objawów po pierwszym zachorowaniu.

3 miesiące	1,56*
6 miesięcy	3,07*
12 miesięcy	5,61
24 miesiące	4,78
5 lat	2,96*
dłużej	2,22*

*Komentarz*

Farmakoterapię podtrzymującą u pacjentów, u których po pierwszym epizodzie psychozy ustąpiły objawy należy prowadzić zazwyczaj przez 1–2 lata.

**25. Złośliwy zespół neuroleptyczny**

U chorego na przewlekłą schizofrenię wystąpił złośliwy zespół neuroleptyczny w okresie leczenia podtrzymującego. Przerwano stosowanie neuroleptyku. Po ustąpieniu objawów zespołu neuroleptycznego wystąpiła psychoza. Proszę ocenić postępowanie w tym przypadku.

zmiana leku na klozapinę		6,48*
zmiana leku na risperidon	4,91	
zmiana neuroleptyku na słaby	4,13	
próba ponownego zastosowania uprzednio stosowanego neuroleptyku w małej dawce	2,07*	
zastosowanie EW		4,65
leczenie litem	1,78*	

*Komentarz*

W wymagającym bezwzględnie farmakoterapii zaostrzeniu psychozy u chorego z przebyłym złośliwym zespołem neuroleptycznym właściwe jest podjęcie leczenia klozapiną (należy ostrożnie i powoli zwiększać dawkę i stosować najmniejszą efektywną dawkę) lub stosowanie elektrowstrząsów.

**26. Termin wizyty ambulatoryjnej**

Pacjent jest wypisany ze szpitala po leczeniu zaostrzeń schizofrenii. Wraca do domu. Proszę ocenić termin wizyty ambulatoryjnej.

po tygodniu		4,39
po 2-4 dniach	3,48*	
po 2 tygodniach		7,61*
następnego dnia po wypisaniu	2,22*	
po 3 tygodniach		4,96*
po miesiącu		4,52

*Komentarz*

Wizyta ambulatoryjna po wypisaniu pacjenta ze szpitala powinna mieć miejsce po 2-3 tygodniach.

**27. Postępowanie przy wypisie ze szpitala**

Pacjent jest wypisany ze szpitala pod opiekę poradni. Proszę zakreślić, które działania w tej sytuacji są niezbędne (ocena 7-9) lub potrzebne.

zaopatrzenie w lek w ilości potrzebnej do czasu wizyty w poradni		8,39*
ustalenie terminu wizyty w poradni		8,35*
podanie numeru telefonu do osoby, do której może zwrócić się przed terminem wizyty, jeśli zajdzie taka potrzeba		7,61*
przed wypisaniem ze szpitala pobyt w oddziale dziennym		7,41*
telefoniczne przypomnienie o terminie wizyty w poradni	3,83	
telefon do lekarza oddziału dziennego, by sprawdził, czy chory pamięta termin wizyty w poradni		4,13
telefon do pacjenta, czy pamięta termin wizyty	3,69*	

*Komentarz*

Przy wypisywaniu ze szpitala lekarz powinien wydać choremu receptę na niezbędną do czasu następnej wizyty ilość leku, ustalić termin wizyty w poradni

i określić, do kogo w razie potrzeby wcześniejszej wizyty chorego można się zwrócić. Często słusznym jest przed wypisaniem chorego przeniesienie do oddziału dziennego.

### 28. Redukcja dawek neuroleptyków

Pacjent otrzymuje 40 mg haloperidolu dziennie. Nie zdradza objawów wytwórczych lub są one nienasilone i utrwalone. Pacjent jest senny, ma wzmożone napięcie mięśniowe i usztywnienie mięśni. Lekarz decyduje o redukcji dawki leku do 10 mg. Proszę zaznaczyć, w jaki sposób należy redukować dawkę leku.

co miesiąc w ciągu 3 miesięcy	3,48*	
co 2 tygodnie w ciągu 6 tygodni		7,59
co 2 miesiące w ciągu pół roku	2,39*	
co tydzień w ciągu 3 tygodni		6,63*
co 2 dni w ciągu tygodnia, jednorazowo do 10 mg	3,78*	

#### Komentarz

Redukcja dawek neuroleptyków powinna być przeprowadzana stopniowo, nie więcej niż o 20% i nie częściej niż co 1–2 tygodnie.

### 29. Drażliwość w okresie remisji

Pacjent jest leczony silnym neuroleptykiem. Nie wykazuje objawów pozytywnych ani nasilonych negatywnych, nie ma objawów pozapiramidowych. W trakcie wizyt jest drażliwy. Proszę ocenić sposób dalszego leczenia.

dołączenie soli litu	2,78*	
dołączenie walpromidu	3,96	
dołączenie karbamazepiny		6,39*
dołączenie benzodiazepin		5,91*
zmiana leku na klozapinę	3,73*	
zmiana leku na risperidon	3,30*	
utrzymanie dotychczasowego leczenia, włączenie oddziaływań psychoterapeutycznych		4,96*
zmiana neuroleptyku na słabszy lub dołączenie słabszego neuroleptyku		4,26*
dołączenie propranololu	3,39*	
dołączenie inhibitora wychwyty zwrotnego serotoniny	2,07*	
zastosowanie EW	1,48	
dołączenie innego leku	1,43	

#### Komentarz

Jeśli po ustąpieniu objawów psychozy utrzymuje się drażliwość podczas leczenia silnym neuroleptykiem, właściwym postępowaniem jest dołączenie karbamazepiny ewentualnie benzodiazepiny lub zmiana neuroleptyku na słabszy oraz włączenie oddziaływań psychoterapeutycznych.

**30. Postępowanie u chorych z późnymi dyskinezami**

U pacjenta chorego na przewlekłą schizofrenię wystąpiły późne dyskinezy; pomimo zmniejszenia dawki leku do najmniejszej skutecznej nadal po 3 miesiącach utrzymują się dyskinezy. Proszę ocenić postępowanie.

zmiana leku na klozapinę		7,07*
dołączenie witaminy E do neuroleptyku	5,23*	
zmiana leku na risperidon	5,61	
utrzymanie dotychczasowego leczenia	2,35*	
dołączenie deprenylu	4,67*	
dołączenie amantadyny	2,96*	
zwiększenie dawki neuroleptyku	2,04*	
dołączenie rezerpiny	2,04*	
dołączenie innego leku <sup>1</sup>	2,13*	

<sup>1</sup> tu wymieniano najczęściej antagonistów wapnia i benzodiazepiny

**Komentarz**

Jeśli u pacjenta, który przyjmuje neuroleptyk w najmniejszej skutecznej dawce wystąpią późne dyskinezy, należy zmienić lek na klozapinę lub ewentualnie na sulpiryd.

**31. Brak współpracy w leczeniu**

Po ustąpieniu objawów nawrotu schizofrenii pacjent otrzymuje silny lek neuroleptyczny. Wiadomo, że w przeszłości chory przerywał przyjmowanie leku i występowały u niego objawy pozapiramidowe. Proszę ocenić plan leczenia uwzględniając zarówno działanie profilaktyczne leczenia, jak i uniknięcie objawów niepożądanych.

zmiana leku na risperidon	5,65*	
zmiana na słabszy neuroleptyk	4,91	
zmiana leku na klozapinę	5,30	
zmiana formy leku na depot		6,61
utrzymanie dotychczasowego leczenia	2,43*	

**Komentarz**

U chorego, który często samowolnie zaprzestaje leczenia słuszne jest stosowanie leków w formie depot.

**32. Chorzy nadużywający alkoholu lub leków uzależniających**

U chorego na przewlekłą schizofrenię występują częste krótkotrwałe zaostżenia psychotyczne, pomimo leczenia neuroleptykiem w formie iniekcji depot. Często pije alkohol i/lub przyjmuje kokainę. Proszę ocenić postępowanie.

utrzymanie dotychczasowego leczenia i rozpoczęcie programu oddziaływań psychosocjalnych leczenia odwykowego		6,69*
dołączenie naltreksonu do leczenia neuroleptykiem	2,83*	
zwiększenie dawki neuroleptyku	2,96*	
zmiana leku na klozapinę	2,56*	
zmiana leku na risperidon	2,35*	
dołączenie dezypraminy	2,00*	
dołączenie amantadyny	1,65*	
odstawienie neuroleptyku z obawy o interakcje leków	2,56*	

### *Komentarz*

U chorych leczonych neuroleptykiem w postaci wstrzyknięć o przedłużonym działaniu, u których występują krótkotrwałe epizody psychotyczne i którzy często piją alkohol lub przyjmują kokainę, właściwym jest rozpoczęcie programu postępowania odwykowego.

### **33. Ocena kosztów i efektywności leczenia**

Proszę ocenić, które metody leczenia schizofrenii są najkorzystniejsze z punktu widzenia kosztów i efektywności leczenia.

stosowanie preparatów w formie depot		7,48*
edukacja rodzin i leczenie podtrzymujące		7,61*
równoczesne leczenie zapobiegające nadużywaniu leków i substancji uzależniających	4,65	
staranny dobór neuroleptyku, stosowanie dawek nie powodujących objawów niepożądanych		7,87*
intensywny dozór przyjmowania leków	5,91	
opieka środowiskowa		6,39*
asertywny trening umiejętności społecznych i nadzór przyjmowania leków	5,74*	
ambulatoryjne programy rehabilitacyjne		6,39
stosowanie risperidonu	4,04	
stosowanie klozapiny	4,39*	

### *Komentarz*

W leczeniu schizofrenii najkorzystniejsze pod względem efektywności i kosztów leczenia jest stosowanie neuroleptyku starannie dobranego i w odpowiedniej dawce, zwłaszcza we wstrzyknięciach preparatu depot, połączone z edukacją rodzin i rehabilitacją.



## REKOMENDACJE EKSPERTÓW CO DO ZASAD LECZENIA – PODSUMOWANIE

### 1. Leczenie pierwszego epizodu psychozy

U chorych z pierwszym epizodem psychozy, najczęściej schizofrenicznej, do prawidłowego postawienia rozpoznania niezbędne jest wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (biochemicznych, badanie obrazu krwi i analizy moczu) w celu oceny stanu somatycznego. U części chorych konieczne jest wykonanie innych badań, jak np. u pacjentów młodocianych badania toksykologicznego w kierunku obecności narkotyków.

Wczesne rozpoczęcie leczenia i dobra współpraca pacjenta w terapii wiążą się z korzystnym dalszym przebiegiem choroby, toteż leczenie należy rozpoczynać jak najwcześniej. Leczenie powinno obejmować farmakoterapię oraz psychoedukację pacjenta i jego rodziny.

U części chorych przed rozpoczęciem farmakoterapii niezbędne jest wykonanie dalszych badań dodatkowych. U chorych po 40 r.ż. i u pacjentów z przebyłym schorzeniem mięśnia sercowego należy wykonać badanie elektrokardiograficzne. U pacjentek w okresie generacyjnym należy wykonać test ciążowy.

U chorych pierwszorazowych zazwyczaj przeważają objawy wytwórcze, rzadko dominują objawy deficytowe, ubytkowe. Wybór leku zależy od stwierdzanych zaburzeń.

U pacjentów dotychczas nieleczonych, zwłaszcza u młodych wiekiem, często występują podczas stosowania neuroleptyków ostre dyskinezy i zespoły parkinsonowskie. Wystąpienie objawów pozapiramidowych często powoduje u chorych niechęć do leczenia farmakologicznego. Toteż należy stosować u tych chorych najmniejsze skuteczne dawki leków przeciwpsychotycznych (dawki odpowiadające dolnej granicy dawek optymalnych) i stosować leki, których działanie związane jest z mniejszym ryzykiem wystąpienia objawów pozapiramidowych: leki o słabym potencjale neuroleptycznym (np. tiorydazynę, perazyne, chloroprotiksen, sulpiryd) ewentualnie risperidon.

Dawki leków przeciwpsychotycznych należy zwiększać stopniowo. U chorych młodocianych w związku z szybkim metabolizmem leków dawkę dobową należy podawać w 3–4 porcjach.

Jeśli po kilku dniach stosowania neuroleptyku utrzymuje się pobudzenie, należy do leku przeciwpsychotycznego dołączyć benzodiazepinę. U chorych w wieku rozwojowym korzystniejsze jest stosowanie benzodiazepin długo działających (klorazepatu, medazepamu) niż krótko działających. Benzodiazepiny należy odstawić po ustąpieniu pobudzenia.

Leczenie neuroleptykiem można uznać za nieskuteczne przeciwpsychotycznie (i podjąć decyzję o zmianie leku) nie wcześniej niż po 4 tygodniach.

Po kilku tygodniach stosowania neuroleptyku zazwyczaj następuje znaczna poprawa stanu psychicznego.

U pacjentów, u których od początku choroby istnieją objawy depresyjne, lepszy efekt przynosi stosowanie neuroleptyków działających także przeciwdepresyjnie (np. tiorydazyny, lewopromazyny, chloroprotiksenu).

U pacjentów chorych na schizofrenię o powolnym początku i z przewagą objawów negatywnych wskazane są neuroleptyki o działaniu aktywizującym i atypowe (np. sulpiryd, flupentyksol, risperidon).

W stanach podniecenia, pobudzenia i w zespołach maniakalno-paranoidalnych korzystne jest stosowanie neuroleptyków silnie uspokajających (lewomepromazyny, octanu zyklopentyksolu).

Jeśli leczenie prowadzone neuroleptykiem przez 6–8 tygodni nie przyniosło dostatecznej poprawy stanu psychicznego lub gdy utrzymują się objawy pozapiramidowe należy zmienić neuroleptyk.

Jako lek drugiego rzutu stosuje się neuroleptyk klasyczny o innej budowie chemicznej lub risperidon. W pierwszym epizodzie psychotycznym klozapinę stosuje się wyjątkowo, tylko wówczas, gdy nie uzyskano poprawy po co najmniej dwóch pełnych kuracjach, lub gdy występują objawy niepożądane, które nie pozwalają na leczenie innym neuroleptykiem.

Po ustąpieniu objawów wytwórczych, u chorych niechętnie nastawionych do przyjmowania leków, często zmiana leku na formę depot wpływa korzystnie na poprawę współpracy.

## 2. Leczenie podtrzymujące

W prowadzonym leczeniu ambulatoryjnym po wypisaniu ze szpitala należy kontynuować farmakoterapię przez 12–24 miesiące oraz prowadzić rozpoczęte w okresie hospitalizacji oddziaływania psychoedukacyjne, ewentualnie trening ról społecznych i działania rehabilitacyjne.

Niekiedy po hospitalizacji celowe jest leczenie w oddziale dziennym.

Jeżeli po ustąpieniu objawów wytwórczych, podczas stosowania silnego neuroleptyku wystąpi lub utrzymuje się drażliwość, należy do neuroleptyku dołączyć karbamazepinę lub benzodiazepinę, lub zmienić lek na słabiej działający neuroleptycznie oraz zwiększyć oddziaływania psychoterapeutyczne.

Lekarz wypisujący chorego z oddziału powinien wydać choremu receptę na ilość leku niezbędną do czasu pierwszej wizyty w poradni i w miarę możliwości ustalić termin tej wizyty z lekarzem poradni. Pierwsza wizyta ambulatoryjna powinna mieć miejsce po 2–3 tygodniach od wypisu ze szpitala.

Podtrzymująca dawka neuroleptyku wynosi zazwyczaj 1/3–1/2 dawki, którą stosowano do opanowania objawów psychotycznych.

Dawkę należy zacząć redukować nie wcześniej, niż po kilku miesiącach leczenia i zmniejszać stopniowo i powoli, nie energiczniej niż o 20% co 2 tygodnie.

### 3. Leczenie zaostrzeń schizofrenii

Terminem zaostrzenie schizofrenii określa się nasilenie objawów, które wymaga zmiany lub rozpoczęcia leczenia. Przyczyna zaostrzenia może wynikać z naturalnego przebiegu schizofrenii, ale może też być spowodowana przerwaniem stosowania leków, spadkiem wrażliwości na lek, wydarzeniami życiowymi. Zanim podejmie się decyzję o zmianie leku neuroleptycznego należy ocenić, z czym związane jest zaostrzenie. Niekiedy do opanowania objawów wystarczy nieco zwiększyć dawkę leku lub poszerzyć działania psychoterapeutyczne.

Niekiedy pojawia się niepokój lub dysforia związane z akatyzią, które ustępują po dołączeniu benzodiazepiny lub zmniejszeniu dawki leku. Postępowanie zależy od rodzaju objawów i od aktualnie stosowanego leczenia.

Jeśli zaostrzenie pojawi się u pacjenta leczonego neuroleptykiem w postaci doustnej należy rozważyć, czy nie należy zmienić postaci leku na wstrzyknięcia preparatu depot.

Jeśli wystąpi zaostrzenie objawów wytwórczych u chorych, którzy otrzymują lek we wstrzyknięciach depot można zmienić dawkę leku dołączając początkowo lek w postaci doustnej, a następnie po 1–2 miesiącach zmienić dawkowanie lub częstość wstrzyknięć.

Jeśli w obrazie zaostrzenia u chorego leczonego silnym neuroleptykiem przeważa niepokój i pobudzenie często można uzyskać poprawę dołączając słaby, silniej działający uspokajająco neuroleptyk.

Jeśli zaostrzenie wiąże się z nadużywaniem alkoholu lub środków uzależniających właściwe jest rozpoczęcie programu odwykowego.

Wystąpienie objawów depresyjnych jest wskazaniem do dołączenia do neuroleptyku leku przeciwdepresyjnego, a także do rozpoczęcia psychoterapii ukierunkowanej na depresję. W tych przypadkach zaleca się lek z grupy TLPD, a w drugiej kolejności inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny.

### 4. Postępowanie w przypadku uporczywych objawów niepożądanych i w schizofreniach lekoopornych

Za lekooporne uważane są te schizofrenie, w których nasilone objawy utrzymują się pomimo stosowania neuroleptyków w optymalnej dawce przez okres dłuższy niż dwa miesiące. U chorych tych należy zweryfikować rozpoznanie (np. wykluczyć organiczne uszkodzenie o.u.n. – padaczkę, nadużywanie leków i substancji uzależniających itp.).

Jeśli przyczyny braku poprawy nie uda się znaleźć, należy zmienić lek na neuroleptyk klasyczny o innej budowie chemicznej lub na risperidon. W przypadku dalszego braku poprawy można zastosować klozapinę.

Jeśli pomimo podawania neuroleptyku w najmniejszej skutecznej dawce i stosowania leku przeciwparkinsonowskiego utrzymuje się spowolnienie ruchowe i sztywność mięśni należy zmienić lek na słabszy neuroleptyk (np. sulpirid,

tiorydazyne, chlorprotiksen), ewentualnie na risperidon, a w dalszej kolejności na kłozapinę.

W przypadku uporczywej akatyzi, utrzymującej się pomimo stosowania leku przeciwparkinsonowskiego, należy dołączyć do neuroleptyku benzodiazepinę lub propranolol lub zmienić lek na risperidon, a w dalszej kolejności na kłozapinę.

W przypadku wystąpienia zaburzeń funkcji seksualnych u pacjentów leczonych neuroleptykiem należy zmniejszyć dawkę leku.

Wystąpienie późnych dyskinez jest wskazaniem do zmiany neuroleptyku na kłozapinę lub ewentualnie na sulpirid.

Jeśli u pacjenta z przebyłym złośliwym zespołem neuroleptycznym wystąpi wymagające leczenia zaostrzenie psychozy można próbować ostrożnie i w najmniejszej skutecznej dawce stosować kłozapinę lub terapię elektrowstrząsami.

Wystąpienie kompulsywnego picia nadmiernej ilości wody w przewlekłej schizofrenii u pacjentów leczonych neuroleptykiem jest wskazaniem do zmiany leku na kłozapinę.