

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Παναγιώτης Φερεντίνος
Επικ. Καθηγητής Ψυχιατρικής
ΠΓΝ Αττικών

ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

- Βιολογικές θεραπείες
 - Φάρμακα
 - ECT
- Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις
 - σε ασθενείς (CBT, υποστηρικτική)
 - σε συγγενείς (ψυχοεκπαίδευση)
- Επανάταξη- Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
 - Cognitive rehabilitation
 - Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων



Predictors of relapse
Non-compliance with medication
Life-events
High relatives' expressed emotion
Cannabis misuse

Prognosis
90% with first psychotic episode well within a year
80% have a further episode within 5 years
10% die by suicide

Prognostic factors	
Good	Poor
Female	Male
In relationship, good social support	Single, social isolation
Onset—late, acute; clear precipitant	Onset—early, insidious
'Positive' symptoms	'Negative' symptoms
Affective component	Flat/blunted affect
Paranoid subtype	
Good premorbid personality	Substance misuse
High IQ	Low IQ
Normal CT/MRI scan	Positive family history

ΙΣΤΟΡΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

- Μετωπιαία λοβοτομή 1936
- Σπασμοθεραπεία 1927
- ΗΣΘ 1938
- Λίθιο 1949
- Χλωροπρομαζίνη 1952
- Αλοπεριδόλη 1958
- Κλοζαπίνη α΄ 1970- β΄ 1990
- Νεότερα άτυπα ΑΨ (1994-)

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

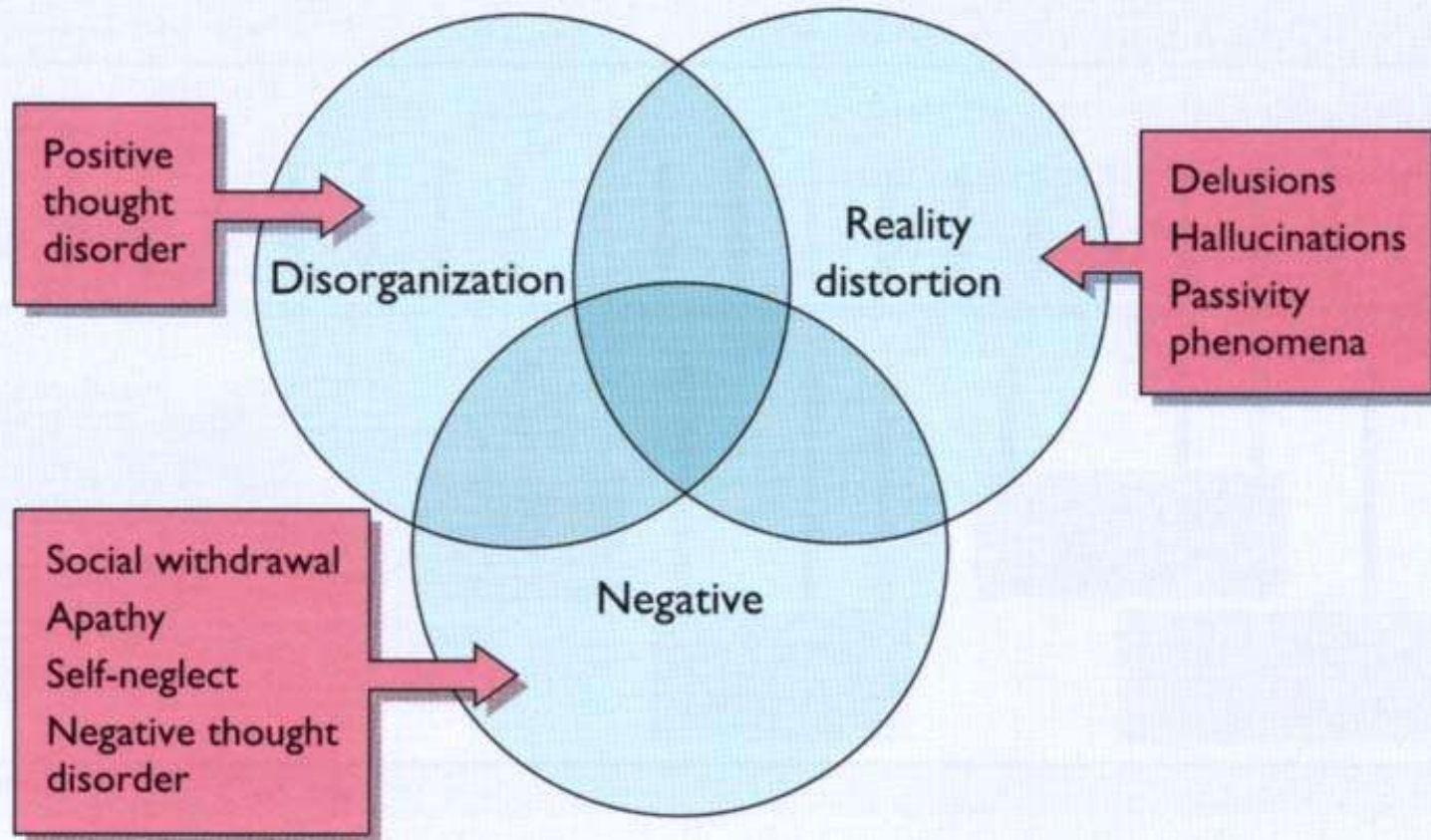
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:

- Ψυχωσικές διαταραχές
- Συναισθηματικές διαταραχές (μανία)
- Θεραπεία ενίσχυσης (ΙΔΨ ή ανθεκτ.κατάθλιψη)
- Διέγερση- δ/χές συμπεριφοράς
- Διαταραχή Tourette
- Ναυτία-έμετος, λόξυγγας, κνησμός
- Υπερκινησίες

Στόχοι φαρμακοθεραπείας στη σχιζοφρένεια

- Ψυχοπαθολογία- αποτελεσματικότητα
- Γνωστικές λειτουργίες
- Κοινωνική- επαγγελματική λειτουργικότητα
- Υποκειμενική αποδοχή- ανοχή
- Συμμόρφωση στη φ.α.
- Πρόληψη υποτροπών
- Ψυχιατρικές και σωματικές συννοσηρότητες- ασφάλεια
- Πρόληψη προϊούσας εξέλιξης νόσου

SYNDROMES OF SCHIZOPHRENIA



Σχιζοφρένεια



Θετικά
συμπτώματα

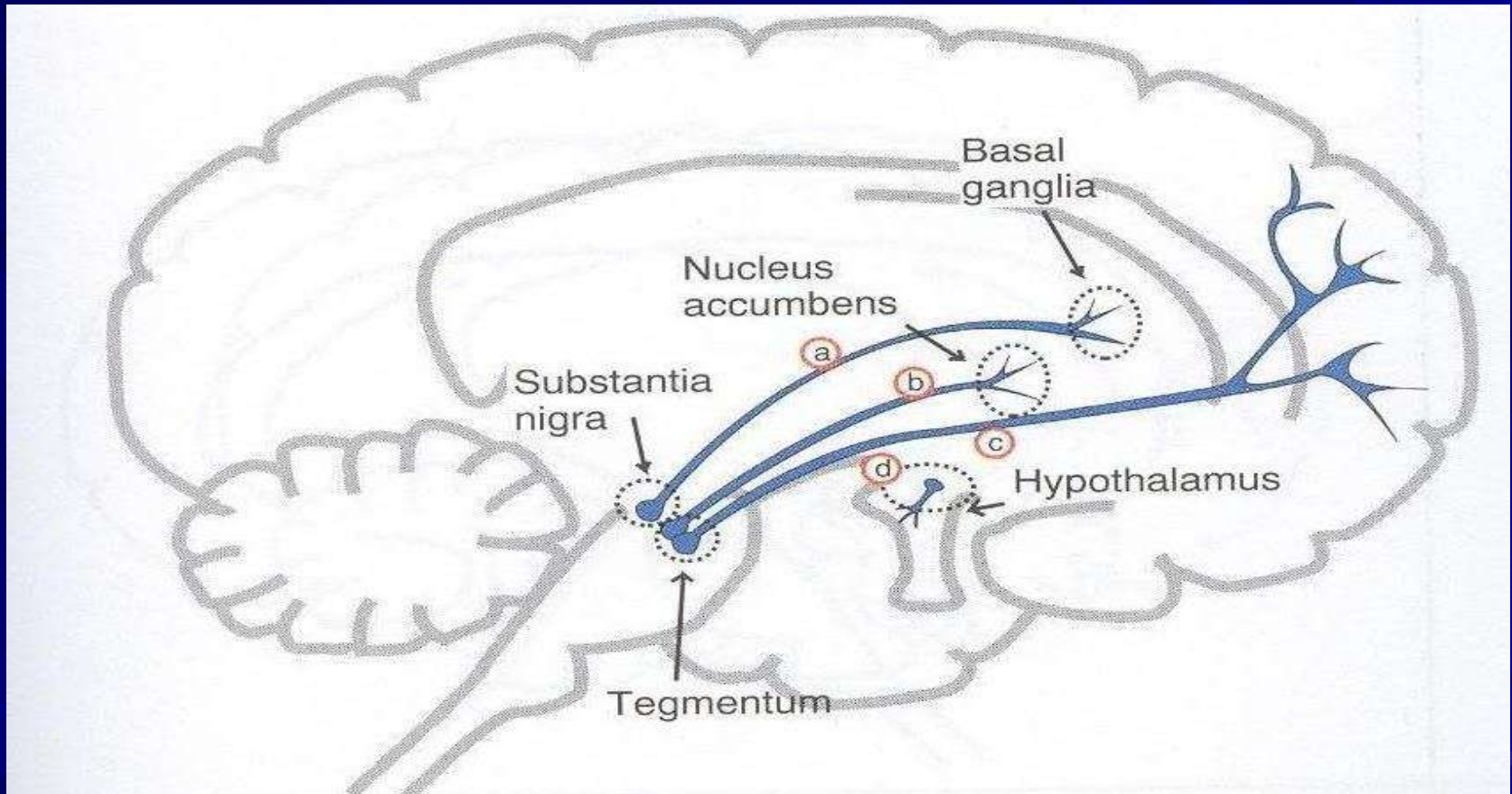
Αρνητικά
συμπτώματα

Άγχος/
κατάθλιψη

Επιθετικότητα

Γνωσιακά
συμπτώματα

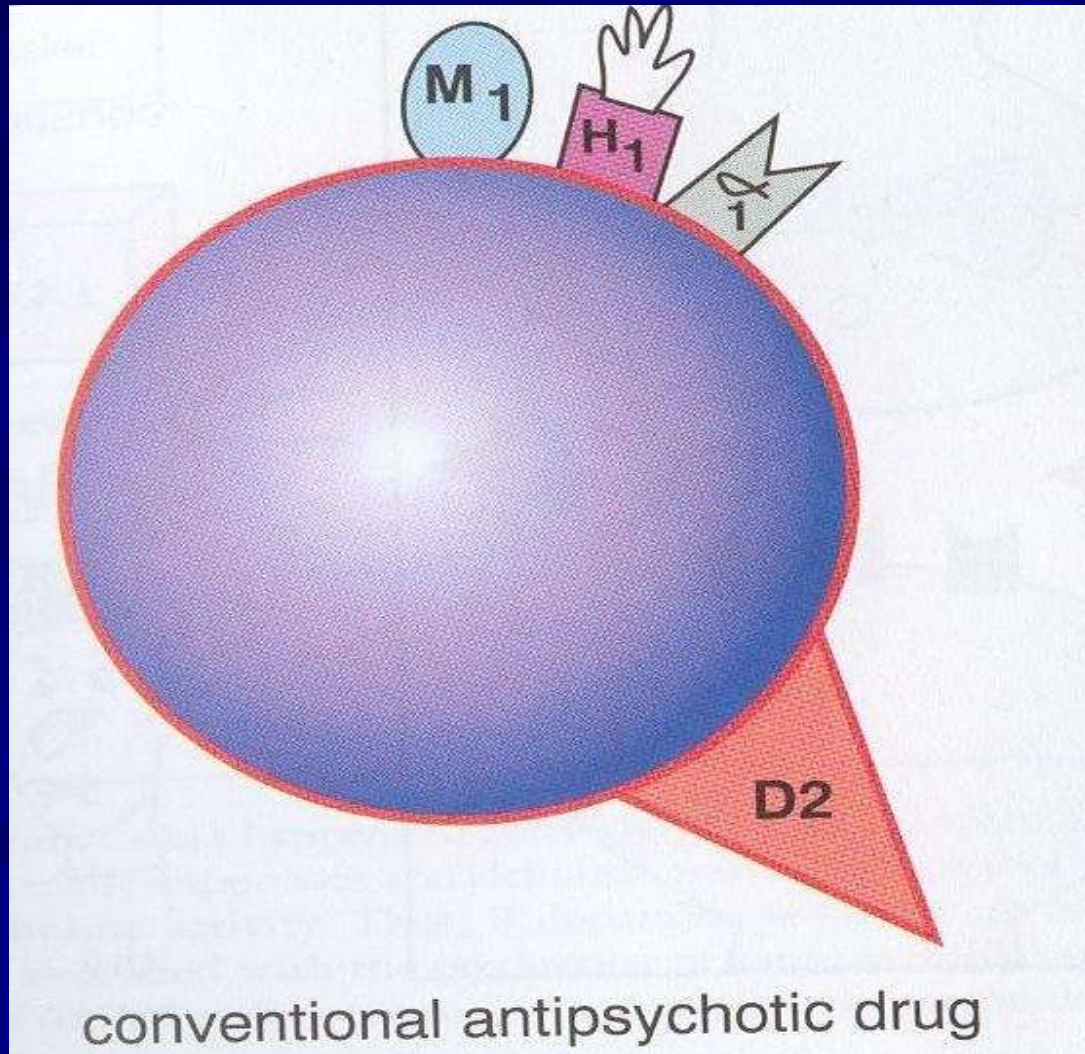
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ DA






- a. μελαινοραβδωτή οδός
- b. μεσομεταιχμιακή οδός

- c. μεσοφλοιώδης οδός
- d. φυματοχοανική οδός

ΚΛΑΣΣΙΚΑ ΑΨ



Φάρμακο	Ισοδύναμη δόση με 100 mg χλωροπρομαζίνης (mg)	Σχετική ισχύς	Θεραπευτική δόση (mg / ημέρα)
Χλωροπρομαζίνη	100	Χαμηλή	150-2.000
Τριφθοριοπρομαζίνη	30	Ενδιάμεση	20-150
Θειοριδαζίνη	100	Χαμηλή	100-800
Περφαιναζίνη	10	Ενδιάμεση	8-64
Τριφθοριοπεραζίνη	3-5	Υψηλή	5-60
Φθοριοφαιναζίνη	3-5	Υψηλή	5-60
Ακετοφαιναζίνη	15	Ενδιάμεση	20-100
Χλωροπροθιξένιο	75	Χαμηλή	100-600
Θειοθιξένιο	3-5	Υψηλή	5-60
Λοξαπίνη	10-15	Ενδιάμεση	30-250
Αλοπεριδόλη	2-5	Υψηλή	2-100
Πιμοζίδα	1-2	Υψηλή	2-20

Ισχύς			Ισοδύναμη δόση	A*	B**
Υψηλή		Πιμοζίδη	1,5		
		Αλοπεριδόλη	2-3		
		Φλουφαιναζίνη	2		
		Θειοθιξένιο	4		
		Τριφθοριοπεραζίνη	5		
Ενδιάμεση		Περφαιναζίνη	8		
		Μολινδόνη	10		
		Λοξαπίνη	10		
		Ζουκλοπενθιξόλη	25		
Χαμηλή		Θειοριδαζίνη	100		
		Χλωροπρομαζίνη	100		
		Σουλπιρίδη	200		

A* = ΕΠΣ, υπερπρολακτιναιμία, κακήθες σύνδρομο από νευροληπτικά

B** = αντιχολινεργικές, καρδιαγγειακές, γνωστικές αν. ενέργειες, ορθοστατική υπόταση, επιληπτογόνος δράση, καταστολή, φωτοευαισθησία, δερματικές βλάβες, χολοστατικός ίκτερος

Φάρμακο	Ισχύς	Κατασταλτική επίδραση	Υποτασική δράση	Αντιχολινεργική δράση	Επίδραση στο εξωπυραμιδικό
Φαινοθειαζίνες					
<i>Αλειφατικές</i>					
Χλωροπρομαζίνη	Χαμηλή	Έντονη	Ισχυρή	Ενδιάμεση	Ασθενής
<i>Πιπεριδινικές</i>					
Μεσοριδαζίνη	Χαμηλή	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση
Θειοριδαζίνη	Χαμηλή	Έντονη	Ισχυρή	Έντονη	Ασθενής
<i>Πιπεραζινικές</i>					
Φθοριοφαιναζίνη	Υψηλή	Ενδιάμεση	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Περφαιναζίνη	Ενδιάμεση	Ασθενής	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Τριφθοριοπεραζίνη	Υψηλή	Ενδιάμεση	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Θειοξανθένια					
Θειοθιξένιο	Υψηλή	Ασθενής	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Διβενζοδιαζεπίνες					
Λοξαπίνη	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Έντονη
Βουτυροφαινόνες					
Δροπεριδόλη	Ενδιάμεση	Ασθενής	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Αλοπεριδόλη	Υψηλή	Ασθενής	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη
Ινδολόνες					
Μολινδόνη	Ενδιάμεση	Ενδιάμεση	Ασθενής	Ενδιάμεση	Έντονη
Διφαινολβουτυλπιπεριδίνες					
Πιμοζίδη	Υψηλή	Ασθενής	Ασθενής	Ασθενής	Έντονη

ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ 50-900 mg/d

ΡΙΣΠΕΡΙΔΟΝΗ 1-16 mg/d

ΠΑΛΙΠΕΡΙΔΟΝΗ 3-12 mg/d

ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ 5-20 mg/d

ΚΟΥΕΤΙΑΠΙΝΗ 300-1200 mg/d

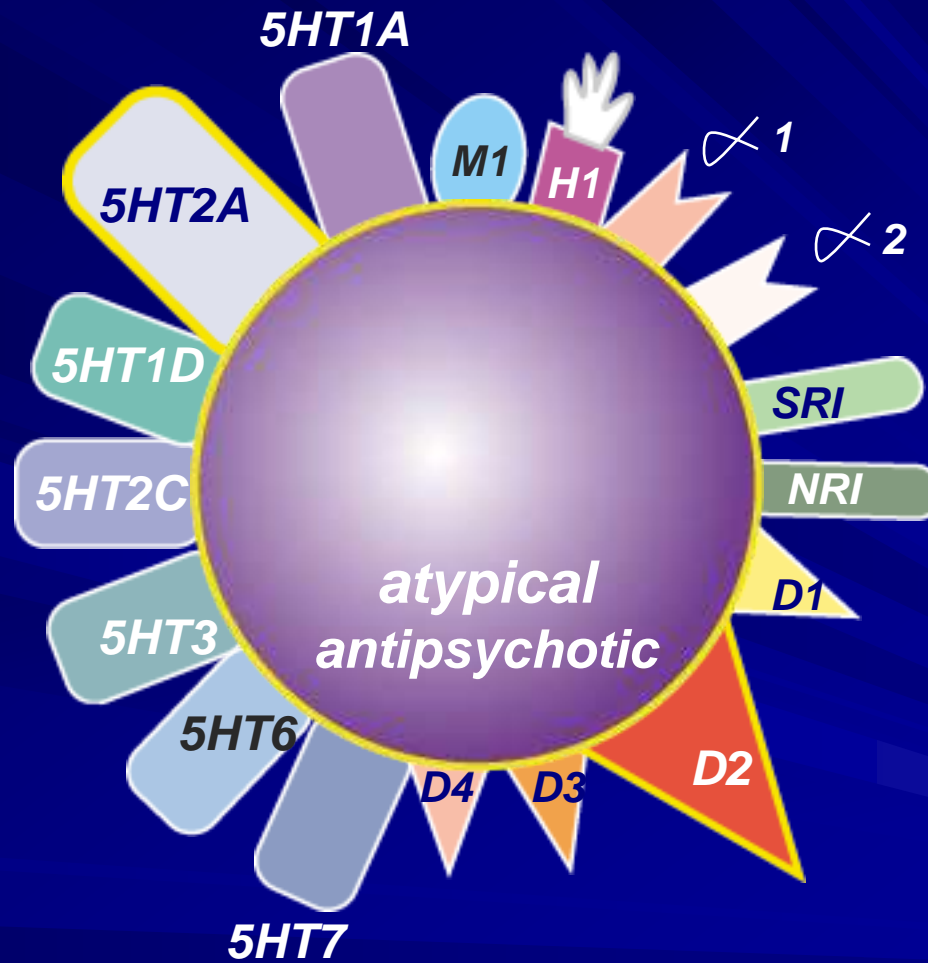
ΑΜΙΣΟΥΛΠΡΙΔΗ 100-1200 mg/d

ΖΙΠΡΑΣΙΔΟΝΗ 40-200 mg/d

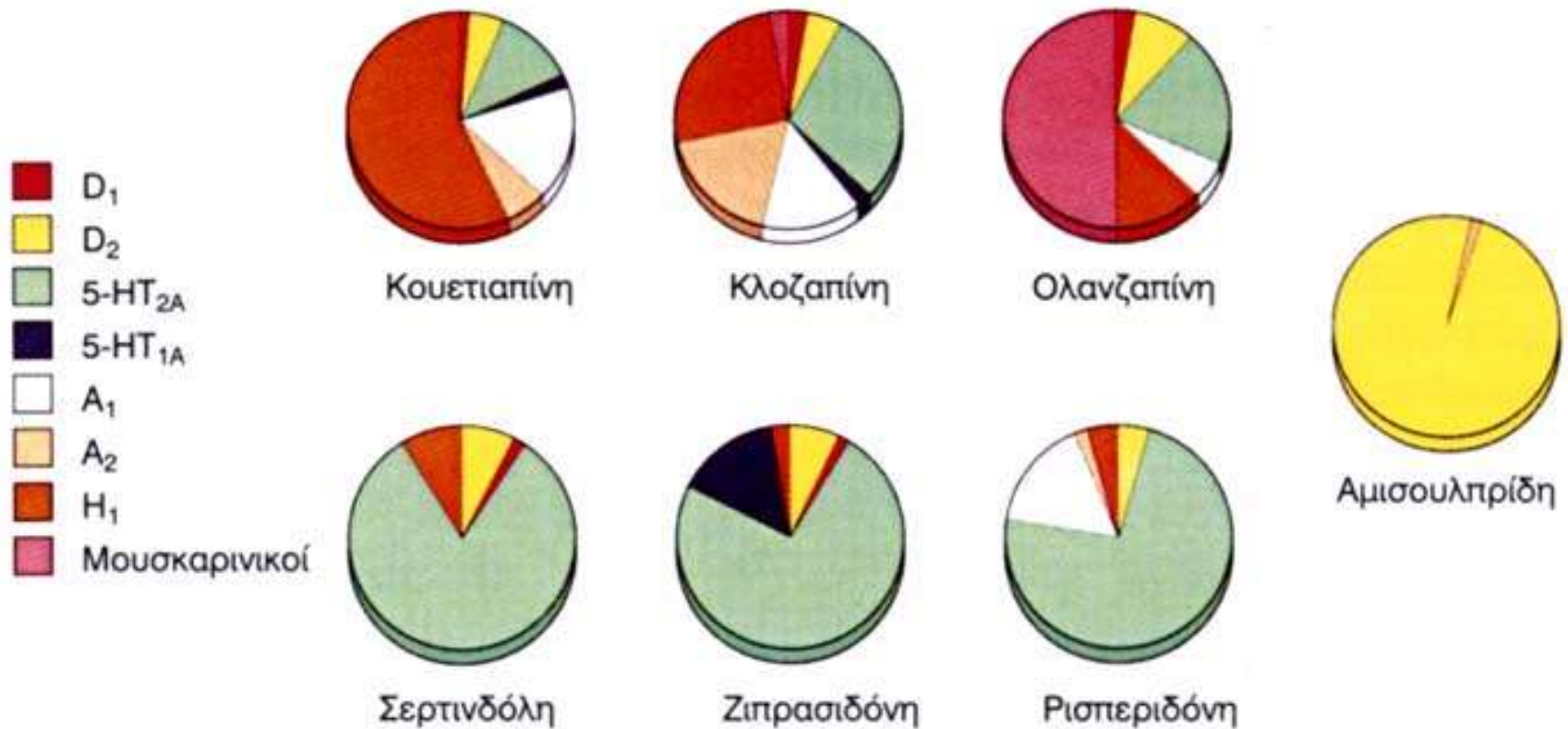
ΑΡΙΠΙΠΡΑΖΟΛΗ 10-30 mg/d

ΣΕΡΤΙΝΔΟΛΗ 4-24 mg/d

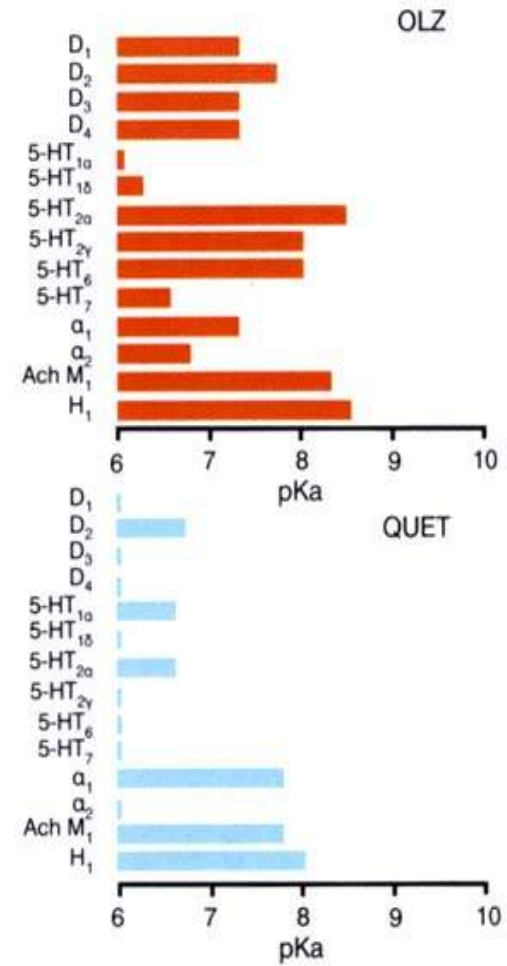
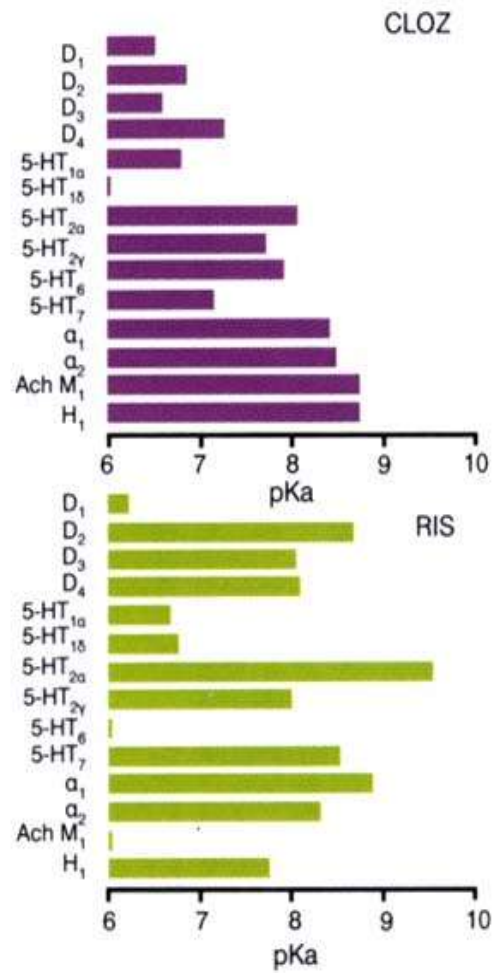
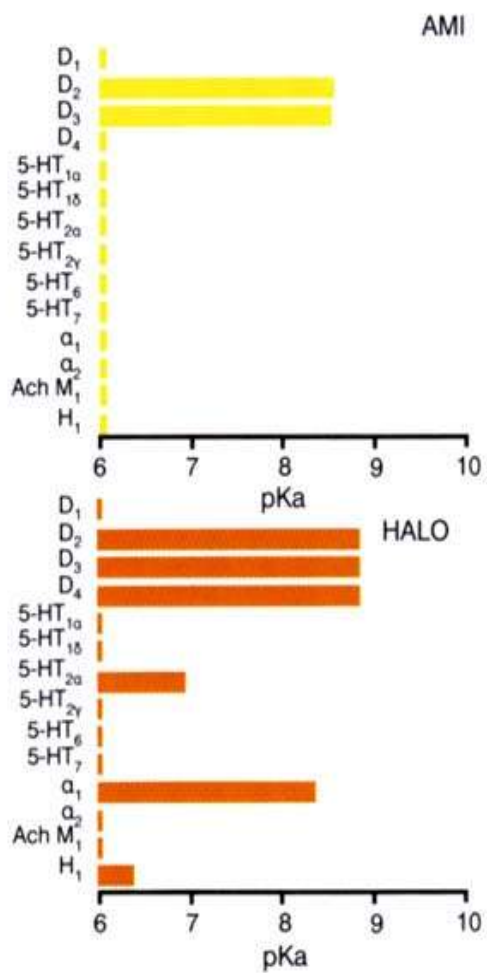
ΑΣΕΝΑΠΙΝΗ 10-20 mg/d



Ο Ρόλος της Ντοπαμίνης στην Παθοφυσιολογία και Θεραπεία της Σχιζοφρένειας

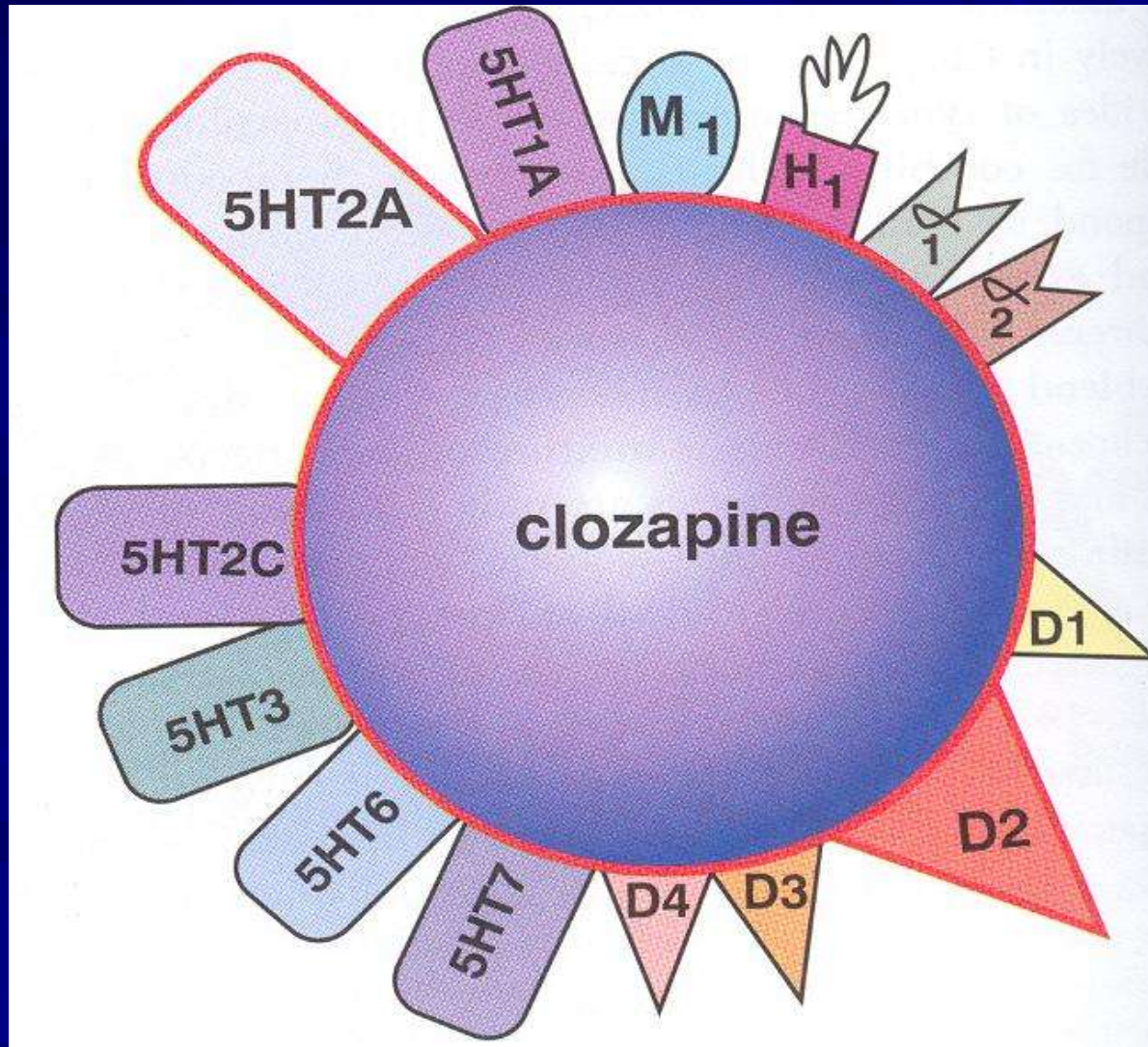


Εκλεκτικότητα υποδοχέων των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων.

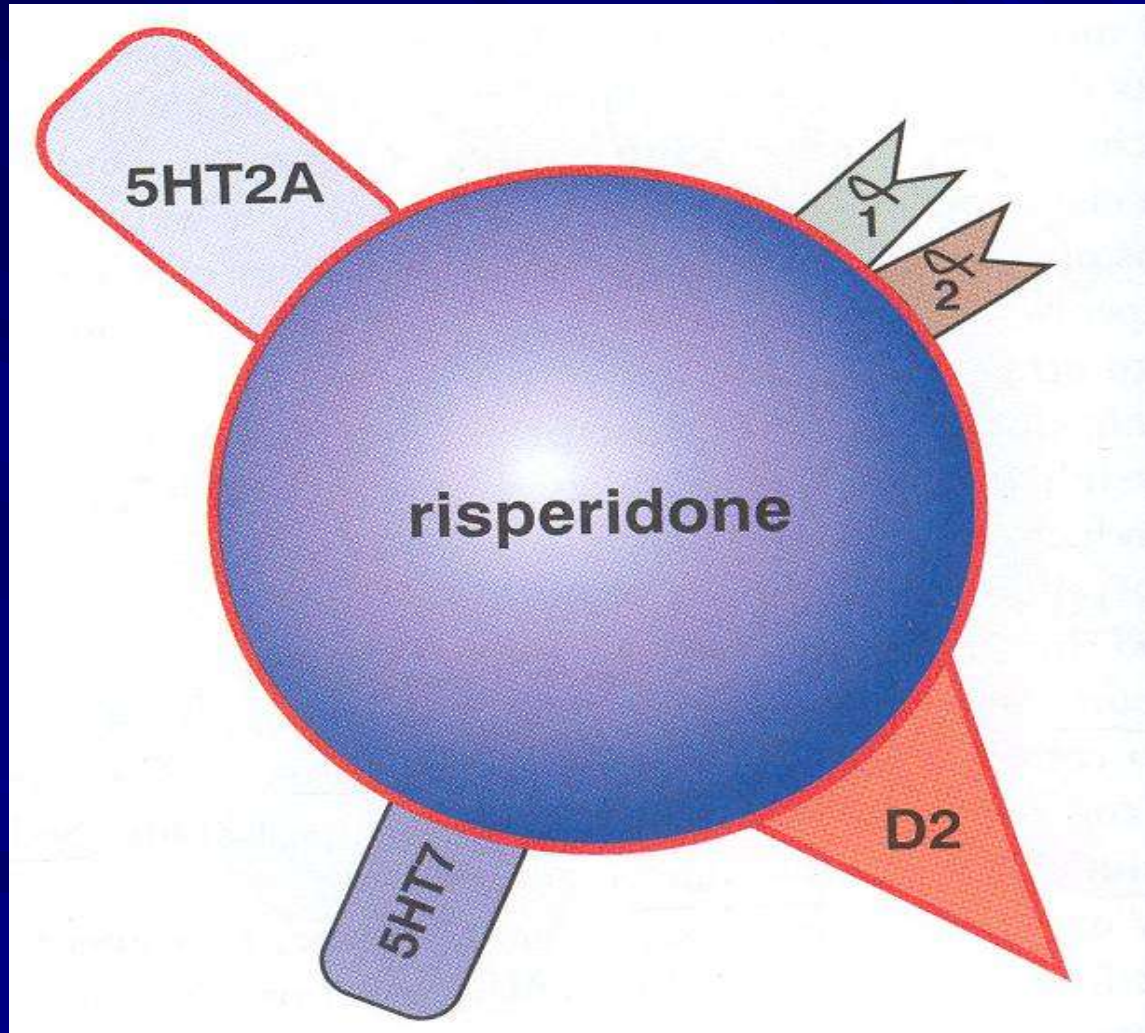


Προφίλ σύνδεσης υποδοχέων της αμισουλπρίδης και άλλων αντιψυχωσικών.

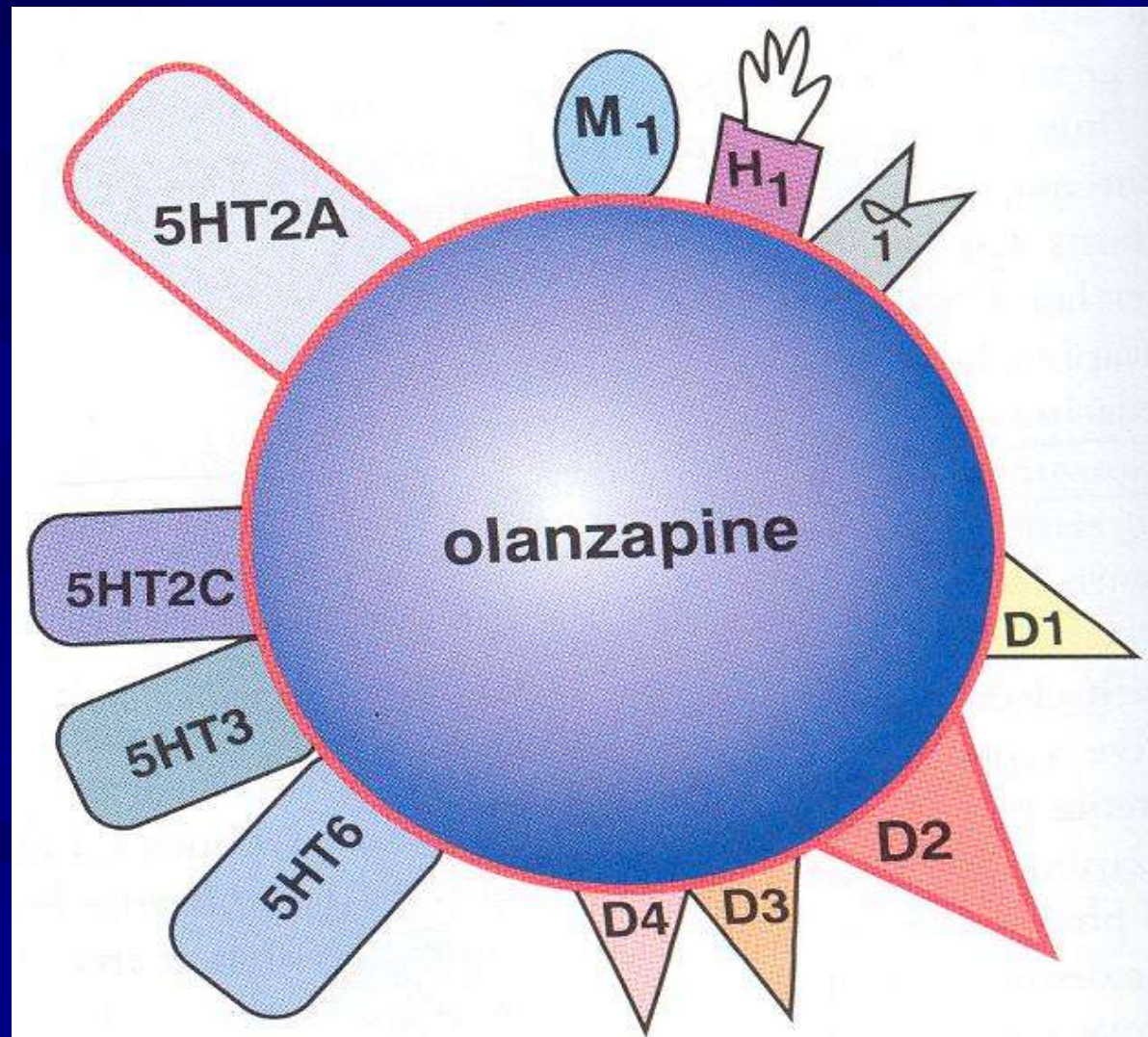
ΚΛΟΖΑΠΙΝΗ



ΡΙΣΠΕΡΙΔΟΝΗ



ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ



DA Partial Agonists: DA “Stabilizers” Third Generation

- A novel class of antipsychotic agents
- Decrease excessive DA activity
- Increase deficient DA activity
- Binding induces conformational change at D₂ receptors
 - Intermediate between stimulation and blockade



ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

σύγκριση με κλασσικά

- Λιγότερα ΕΠΣ
- Περισσότερες μεταβολικές Α.Ε.- Σ.Β. ↑
- Μεγαλύτερη δράση στα αρνητικά συμπτώματα
- Ασθενέστερη σύνδεση με τους υποδοχείς ντοπαμίνης
- Σύνδεση και με υποδοχείς σεροτονίνης
- Εκλεκτική δράση στη μεσομεταιχμιακή οδό
- Πιθανώς ευόδωση άλλων οδών (μεσοφλοιώδους)

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

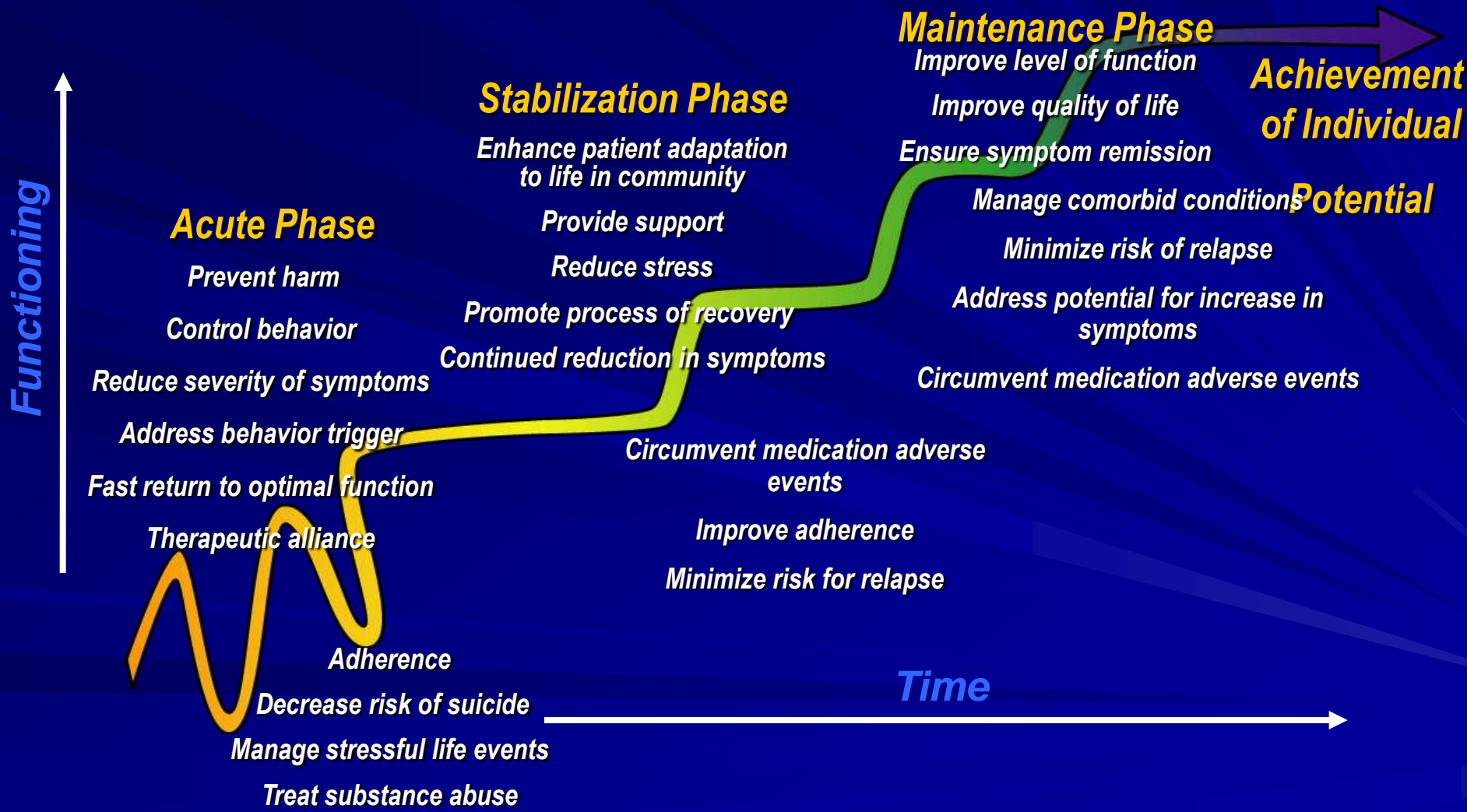
ανεπιθύμητες ενέργειες

- Εξωπυραμιδικές παρενέργειες (τρόμος, δυσκαμψία, δυστονία, ακαθισία, Όψιμη δυσκινησία)
- Κακόηθες σύνδρομο από νευροληπτικά,
- Υπερπρολακτιναιμία, σεξ.δυσλειτουργία, αμηνόρροια
- Αύξηση βάρους, Σ.Δ., μεταβολικό σύνδρομο
- Καταστολή
- Αντιχολινεργικές παρενέργειες (...)
- Καρδιολογικές παρενέργειες, υπόταση
- Επιληπτικές κρίσεις

ΣΤΑΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Θεραπεία οξέος ψυχωσικού επεισοδίου
 - Οξεία φάση
 - Φάση σταθεροποίησης
- Θεραπεία συντήρησης

Schizophrenia: A Journey of Evolving Therapeutic Challenges and Treatment Goals



Lehman AF, et al. Am J Psychiatry. 2004;161(suppl 2):1-56.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 1ου ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

- Θεραπευτική συμφωνία- συμμαχία
- Έναρξη με μονοθεραπεία στην ελάχιστη θεραπευτική δόση
 - Όχι υψηλές δόσεις ταχέως για καταστολή (→ΒΖΔ)
 - Όχι προληπτική χρήση αντιχολινεργικών
- Κριτήρια επιλογής (προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών, ατομικό ιστορικό, προτίμηση του ασθενούς)
- Σταδιακή τιτλοποίηση (ανά 2-4 εβδ.) με βάση την αποτελεσματικότητα και την ανοχή και με συνεχή έλεγχο της συμμόρφωσης (2-3 mg ρισπεριδόνης, 5-15 mg ολανζαπίνης, 150-600 mg κουετιαπίνης, 40-120 mg ζιπρασιδόνης, 100-600 mg αμισουλπρίδης, 2-10 mg αλοπεριδόλης)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 1ου ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

- Τακτική επανεκτίμηση του ασθενούς
- Χρόνος αναμονής τουλάχιστον 6-8 εβδομάδων για την απάντηση στη θεραπεία
- Επί αποτελεσματικής αγωγής ανάγκη συνέχισης της ίδιας αγωγής στην ίδια δοσολογία για τουλάχιστον 6 μήνες
- Επί μη αποτελεσματικής αγωγής ανάγκη αλλαγής του φαρμάκου με την ίδια διαδικασία
- Με την πάροδο 6μήνου συστήνεται η μείωση της αγωγής στο ήμισυ της αρχικής (θεραπεία συντήρησης) μέχρι 2 έτη

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

- Συνέχιση θεραπείας επί τουλάχιστον 1-2 έτη μετά την ύφεση του πρώτου επεισοδίου και επ'άοριστον εάν έχουν προηγηθεί 2 ή περισσότερα επεισόδια εντός 5ετίας.
- Η αλλαγή σε άλλο ΑΨ γίνεται μόνο μετά από βελτιστοποίηση της δόσης, της διάρκειας και έλεγχο της συμμόρφωσης και γίνεται κατά προτίμηση με διασταυρούμενη τιτλοποίηση.
- Σε περίπτωση ελλιπούς συμμόρφωσης συστήνονται σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης (depot).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ

Τα ΑΨ σε υψηλές δόσεις και οι συνδυασμοί ΑΨ:

- πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο αφού εξαντληθούν αρκετές, αλληπάλληλες δοκιμές ΑΨ σε μονοθεραπεία σε επαρκή δόση και διάρκεια, με τακτικό έλεγχο ανοχής και ασφάλειας
- επιτρέπεται να συνεχίζονται μετά το τρίμηνο μόνο όταν υπάρχει εμφανές κλινικό όφελος που αντισταθμίζει πιθανούς κινδύνους.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλοί προγνωστικοί παράγοντες	Κακοί προγνωστικοί παράγοντες
<p>Όψιμη έναρξη Εμφανείς εκλυτικοί παράγοντες Οξεία εισβολή Καλή προνοσηρή κοινωνική, σεξουαλική και επαγγελματική λειτουργικότητα Συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης (ιδίως καταθλιπτικά) Έγγαμος ασθενής Οικογενειακά ιστορικά των διαταραχών της διάθεσης Καλό δίκτυο υποστήριξης Θετικά συμπτώματα Γυναικείο φύλο</p>	<p>Πρώιμη έναρξη Απουσία εκλυτικών παραγόντων Ύπουλη εισβολή Κακή προνοσηρή, κοινωνική σεξουαλική και επαγγελματική λειτουργικότητα Αποσυρμένη, αυτιστική συμπεριφορά Άγαμος, διαζευγμένος, ή χήρος ασθενής Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας Ανεπαρκές δίκτυο υποστήριξης Αρνητικά συμπτώματα Νευρολογικά συμπτώματα και σημεία Ιστορικό περιγεννητικής κάκωσης Απουσία ύφεσης μέσα σε 3 έτη Πολλές υποτροπές Ιστορικό επιθετικότητας</p>

Ο χρόνος μέχρι την ύφεση αυξάνει με τον αριθμό των επεισοδίων

- Σε μια 5-ετή παρακολούθηση 70 σχιζοφρενικών ασθενών οι Lieberman et al (1996) απέδειξαν ότι ο μέσος χρόνος ύφεσης αυξάνεται από 45 ημέρες περίπου μετά τα πρώτο επεισόδιο, σε 70 ημέρες μετά το δεύτερο και σε περισσότερες από 120 ημέρες μετά το τρίτο επεισόδιο
- Επιβεβαίωση γραμμικής σχέσης μεταξύ του χρόνου για την επίτευξη ύφεσης και του αριθμού των επεισοδίων σε άλλες μελέτες
- Εξήγηση: νευροεκφυλιστικές διεργασίες

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Κριτήρια της οδηγίας NICE 2002

Αποτυχία ικανοποιητικής κλινικής βελτίωσης παρά τη συνεχή χρήση στις συνιστώμενες δόσεις και επί 6-8 εβδομάδες τουλάχιστον 2 αντιψυχωσικών, από τα οποία το ένα τουλάχιστον είναι άτυπο.

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Ο ορισμός του MCT (Kane και συν. 1988)

■ Κλινικό ιστορικό

Επιμονή της νόσου τα τελευταία 5 έτη

Ανθεκτικότητα σε φ.α. με ≥ 3 κλασσικά ΑΨ από ≥ 2 χημικές κατηγορίες σε δόση ≥ 1000 mg/d χλωροπρομαζίνης ή ισοδύναμη επί ≥ 6 εβδομάδες

■ Παρούσα Ψυχοπαθολογία

BPRS ≥ 45 , CGI ≥ 4

Βαθμός ≥ 4 σε ≥ 2 από τα 4 λήμματα θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων της BPRS

■ Προοπτικό κριτήριο

Αποτυχία μείωσης BPRS κατά $\geq 20\%$ ή μη ανοχή και τελικά BPRS ≥ 35 ή CGI ≥ 3 μετά από θεραπεία με αλοπεριδόλη σε δόση 10-60 mg/d επί ≥ 6 εβδομάδες

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Επιδημιολογικά δεδομένα:

- επικράτηση: 20-35% (περίπου 1/5-1/3 του συνόλου των ασθενών)
- ελαφρά υπεροχή στο ανδρικό φύλο
- μικρότερη ηλικία έναρξης (κατά μ.ό. 2 έτη) χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων
- υψηλότερη συχνότητα περιγεννητικών επιπλοκών
- χαμηλότερο επίπεδο προνοσηρής ψυχοσεξουαλικής λειτουργικότητας
- πτωχότερη συμμόρφωση στη φ.α.
- συχνότερα προκαλούν ή είναι θύματα βίας
- υψηλότερη αυτοκτονικότητα
- περισσότερες νοσηλείες

ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Βιολογικά ευρήματα

(σύγκριση *ανθεκτικών* με μη ανθεκτικούς σχιζοφρενείς):

- αυξημένος βαθμός φλοιώδους ατροφίας
- διεύρυνση κοιλιών (ιδίως κροταφικών κεράτων)
- μείωση όγκου αριστερού ιπποκάμπτου
- αύξηση όγκου κοιλιών με την πορεία της νόσου
- χαμηλότερος ρυθμός μεταβολισμού της ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Κλοζαπίνη: το μόνο φάρμακο με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ΑΣ

- μείωση θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων σε 30-60% των ασθενών με ΑΣ σε διάστημα έως και 1 έτους
- βελτίωση γνωστικού ελλείμματος
- σταθεροποίηση διάθεσης- μείωση καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων
- μείωση βιαιότητας, επιθετικότητας και εχθρότητας
- μείωση αυτοκτονικότητας
- βελτίωση όψιμης δυσκινησίας και όψιμης δυστονίας
- βελτίωση συνολικής ποιότητας ζωής

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Νεότερα άτυπα αντιψυχωσικά

Λιγότερο αποτελεσματικά από την κλοζαπίνη.

Έχουν θέση σε μία δοκιμή προ κλοζαπίνης λόγω ανωτερότητάς τους έναντι των κλασσικών ΑΨ:

- στο προφίλ ανεπιθυμητών ενεργειών
- στα ποσοστά συμμόρφωσης
- πιθανώς στη μείωση της γενικής ψυχοπαθολογίας
- πιθανώς στα αρνητικά συμπτώματα
- πιθανώς στη γνωστική δυσλειτουργία
- πιθανώς στα αγχώδη/ καταθλιπτικά συμπτώματα

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Συνδυασμοί αντιψυχωσικών

Παρά την ευρεία χρήση τους, δεδομένα υπάρχουν μόνο από αναφορές και μικρές ανοικτές μελέτες.

■ άτυπο + κλασσικό ΑΨ

κλοζαπίνη + πιμοζίδη

κλοζαπίνη + λοξαπίνη

κλοζαπίνη + σουλπιρίδη

ολανζαπίνη + σουλπιρίδη

■ δύο άτυπα ΑΨ

κλοζαπίνη + ρισπεριδόνη

κλοζαπίνη + ολανζαπίνη

κλοζαπίνη + αμισουλπρίδη

ολανζαπίνη + ρισπεριδόνη

ρಿಸπεριδόνη + κουετιαπίνη

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

Ευρεία χρήση. Η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς σε ελεγχόμενες μελέτες.

■ Λίθιο

Ιδίως όταν συνυπάρχουν συμπτώματα διάθεσης καθώς και σε βίαιους και παρορμητικούς ασθενείς.

■ Καρβαμαζεπίνη

Πιθανώς χρήσιμη σε βίαιους ή διεγερμένους ασθενείς καθώς και σε ασθενείς με ανωμαλίες στο ΗΕΓ, με ή χωρίς συνοδό επιληπτική διαταραχή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ Βαλπροϊκό

Πιθανώς αποτελεσματικό σε ασθενείς με βίαια συμπεριφορά, παρορμητικότητα, μανιακού τύπου συμπτώματα ή συνοδό επιληπτική διαταραχή.

■ Νεότερα αντιεπιληπτικά

λαμοτριγίνη + κλοζαπίνη, τοπιραμάτη + ΑΨ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ Βενζοδιαζεπίνες

Δεν έχει τεκμηριωθεί ενίσχυση ΑΨ αγωγής.

Αντιμετώπιση άγχους, ανησυχίας, αϋπνίας, ψυχωσικής διέγερσης, ακαθισίας και κατατονικών συμπτωμάτων.

Προτιμώνται η λοραζεπάμη, η διαζεπάμη και η κλοναζεπάμη.

■ β-αναστολείς

Υπάρχουν περιορισμένες μόνο ενδείξεις για την μακροχρόνια χρήση τους.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ Αντικαταθλιπτικά

Δράση στα αρνητικά, καταθλιπτικά/ αγχώδη και ΙΨ συμπτώματα. Περισσότερες ενδείξεις για τους συνδυασμούς: SSRIs + κλασσικών ΑΨ, φλουβοξαμίνης + κλοζαπίνης.

■ Ρεζερπίνη

Υπάρχουν αρκετές αναφορές αλλά όχι ελεγχόμενες μελέτες. Έχει χρησιμοποιηθεί σε δόση 8-12 mg/d ως μονοθεραπεία και 1-5 mg/d ως ενίσχυση ΑΨ αγωγής.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ Γλυκίνη, D-σερίνη, D-κυκλοσερίνη

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι ο συνδυασμός κλασσικών ΑΨ (αλλά όχι κλοζαπίνης) και υψηλών δόσεων γλυκίνης (800 mg/kg/d) ή D-σερίνης (30 mg/kg/d) ή D-κυκλοσερίνης (50-250 mg/d) είναι αποτελεσματικός στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων μερικών χρόνιων ή/και ανθεκτικών σχιζοφρενών.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ Γαλανταμίνη

Δεδομένα από αρχικές αναφορές δείχνουν πιθανή αποτελεσματικότητα της κυρίως στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων σε δόση 8-12 mg/d.

■ Εκχύλισμα Ginkgo biloba (EGb)

Υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι αποτελεσματικό (σε δόση 360 mg/d) κυρίως στη μείωση των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και των εξωπυραμιδικών παρενεργειών των ΑΨ σε ασθενείς με ΑΣ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Τεχνικές ενίσχυσης ΑΨ θεραπείας

■ ω-3 λιπαρά οξέα

Το εικοσαπεντανοϊκό οξύ (ΕΠΟ) και το δοκοσαεξανοϊκό οξύ (ΔΕΟ) βρίσκονται σε αφθονία στα ιχθυέλαια.

Δεδομένα από αναφορές και κάποιες ελεγχόμενες μελέτες παρέχουν ενδείξεις για αποτελεσματικότητα τους (ιδίως του ΕΠΟ σε δόση 2-3g/ημέρα) σε ασθενείς ανθεκτικούς σε κλασσικά ή άτυπα ΑΨ (και ιδίως στην κλοζαπίνη).

(Emsley και συν. 2002, Peet & Horrobin 2002, Peet και συν. 2001)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Αρκετές αναφορές και μικρές ανοικτές μελέτες δείχνουν ότι ο συνδυασμός με ΑΨ είναι αποτελεσματικός και ασφαλής αλλά η βελτίωση συχνά είναι μικρής διάρκειας.

Πρόσφατη ανασκόπηση 36 περιπτώσεων συνδυασμού κλοζαπίνης + ECT διαπίστωσε (Kurchik και συν. 2000) :

- ποσοστό ανταπόκρισης 67%
- αριθμό συνεδριών ECT 12 ± 6
- ανεπιθύμητες ενέργειες μόνο στο 16,6%

Ο συνδυασμός ECT συντήρησης + ΑΨ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

■ Οικογενειακές παρεμβάσεις

Μείωση ποσοστών υποτροπής έως και 15 μήνες μετά.

- διάρκεια ≥ 6 μήνες
- ≥ 10 συνεδρίες
- συμμετοχή του ασθενούς στις συνεδρίες

■ Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

Βελτίωση επίμονων ψυχωσικών συμπτωμάτων, συμμόρφωσης στη φ.α., εναισθησίας, κοινωνικής λειτουργικότητας, μείωση υποτροπών.

- διάρκεια ≥ 6 μήνες
- ≥ 10 συνεδρίες

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

- Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.
- Διαχείριση περιστατικού
- Ομαδική θεραπεία
- Ομάδες υποστήριξης
- Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση