



Republika e Kosovës  
Republika Kosova - Republic of Kosovo  
*Qeveria - Vlada - Government*

*Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health*

## “TRAJTIMI I PACIENTËVE ME SKIZOFRENI”

### UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyesi Nr.22

Prishtinë, 2023

Verzioni 1.0

**Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:**

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| MSc. Niman Bardhi, PhDc. | Kryesues          |
| Dr. Teuta Qilerxhiu      | Anëtare           |
| Dr. Fakete Hoxha         | Anëtare           |
| Z. Mentor Sadiku         | Anëtar            |
| Znj. Fatbardha Murtezi   | Anëtare           |
| Prof.Dr. Lul Raka        | Anëtar            |
| Dr. Driton Vela          | Anëtar            |
| Dr. Albana Morina        | Anëtare           |
| Dr. Elton Bahtiri        | Anëtar            |
| Dr. Edmond Haliti        | Anëtar            |
| Z. Agron Bytyqi          | Anëtar            |
| Dr. Hajrullah Fejza      | Sekretari teknike |

**Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të Udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:**

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Prof.Dr. Merita Berisha | Kryesuese |
| Prof. Dr. Vlora Ibishi  | Anëtare   |
| Prof.Dr. Valbona Zhjeqi | Anëtare   |
| Dr. Merita Vuthaj       | Anëtare   |
| Dr. Drita Demiri        | Anëtare   |

**Sekretaria për procesin e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:**

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| MSc. Niman Bardhi, PhDc. | Kryesues |
| Dr. Rina Hoxha           | Anëtare  |
| Znj. Zana Shabani        | Anëtare  |

**Grupi punues:**

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Dr. Laura Shehu       | Kryesuese |
| Mr. Sci Ariana Qerimi | Anëtare   |
| Dr. Fitim Skeraj      | Anëtar    |
| Dr. Miftar Zenelaj    | Anëtar    |
| Dr. Naim Fanaj        | Anëtar    |
| Dr. Valbona Tafilaj   | Anëtare   |
| Mr.Ph. Sabit Kozmaqi  | Anëtar    |

# Përbajtja

|  |     |
|--|-----|
| I.Hyrje .....  | 4   |
| 1.1Qëllimi dhe fokusi .....                              | 5   |
| 1.2 Të dhënat për skizofrenin .....                      | 5   |
| 1.3 Popullata e synuar .....                             | 6   |
| 1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit.....                        | 6   |
| 1.5 Pyetjet .....  | 6   |
| II.Metodologjia .....                                    | 7   |
| III.Përkufizimet.....                                    | 8   |
| IV. Menaxhimi i Skizofrenisë .....                       | 13  |
| 4.1 Vlerësimet Fizike dhe Laboratorike .....             | 15  |
| 4.2 Vlerësimi dhe Përcaktimi i Planit të Trajtimit ..... | 17  |
| 4.3 Përdorimi i Matjeve Sasiore .....                    | 20  |
| 4.4 Elementet e Planit të Trajtimit.....                 | 20  |
| V.Trajtimi .....   | 22  |
| VI.Farmakoterapia - Medikamentet Antipsikotike.....      | 37  |
| VII. Standardet e Auditueshme .....                      | 63  |
| VIII.Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrithana tonë ..... | 63  |
| IX. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit .....           | 64  |
| X. Referenca .....                                       | 65  |
| XI. Shkurtësat.....                                      | 110 |
| XII.Shtojca.....   | 111 |

## I.Hyrje

Skizofrenia është një çrregullim mendor i karakterizuar me dëmtim në proceset e të menduarit, në reagim emocional, në përceptim dhe ndërveprim social.

Skizofrenia është një sëmundje serioze mendore që ndikon në mënyrën se si një person mendon, ndihet dhe sillet.

### Faktet kryesore<sup>1</sup>

- ❖ Sipas OBSh-së, Skizofrenia shkakton psikozë dhe shoqërohet me paaftësi të konsiderueshme dhe mund të prekë të gjitha fushat e jetës duke përfshirë funksionimin personal, familjar, social, arsimor dhe profesional.
- ❖ Stigma, diskriminimi dhe shkelja e të drejtave të njeriut te personat me skizofreni janë të zakonshme.
- ❖ Më shumë se dy nga tre persona me psikozë në botë nuk marrin kujdes të specializuar për shëndetin mendor.
- ❖ Ekziston një sërë mundësish efektive të kujdesit për personat me skizofreni dhe së paku njëri nga tre persona me skizofreni mund të shërohet plotësisht.

**Skizofrenia** karakterizohet me dëmtime të konsiderueshme në mënyrën se si përceptohet realiteti dhe ndryshimet në sjellje që lidhen me:

- ❖ Deluzione të vazhdueshme: personi ka besime të fiksuar se diçka është e vërtetë, pavarësisht nga provat për të kundërtën;
- ❖ Halucinacione të vazhdueshme;
- ❖ Personi mund të dëgjojë, nuhasë, shohë, prekë ose ndjejë gjëra që nuk janë aty;
- ❖ Përvoja e ndikimit, kontrollit ose pasivitetit;
- ❖ Ndjenja që impulset, veprimet ose mendimet e dikujt nuk gjenerohen nga vetja, vendosen në mendjen e dikujt ose tërhiqen nga mendja, nga të tjerët, ose që mendimet e dikujt po transmetohen te të tjerët;
- ❖ Të menduarit e çorganizuar, që shpesh vërehet si fjalim i ngatërruar ose i parëndësishëm;
- ❖ Sjellja shumë e çorganizuar p.sh. personi bën gjëra që duken të çuditshme ose pa qëllim, ose personi ka përgjigje emocionale të paparashikueshme ose të papërshtatshme që ndërhyjnë në aftësinë e tij për të organizuar sjelljen e tyre.

“Simptomet negative,” të folurit shumë i kufizuar dhe shprehja e kufizuar e emocioneve, pamundësia për të përjetuar kënaqësinë dhe tërheqjen sociale; dhe ose agjitation ekstrem ose ngadalësim i lëvizjeve si dhe mbajtja e qëndrimeve të pazakonshme.

Personat me skizofreni hasin në vazhdimësi vështirësi me aftësitë e tyre njohëse ose të të menduarit, si kujtesa, vëmendja dhe zgjidhja e problemeve.

<sup>1</sup>OBSh [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#text=Schizophrenia%20affects%20approximately%2024%20million,as%20many%20other%20mental%20disorders](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia)

Të paktën një e treta e personave me skizofreni përjetojnë lehtësim të plotë të simptomeve<sup>2</sup>. Disa persona me skizofreni përjetojnë përkeqësim dhe remision të simptomeve në mënyrë periodike gjatë gjithë jetës së tyre, të tjerë që karakterizohet me një përkeqësim gradual të simptomeve me kalimin e kohës.

## 1.1 Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyesi është të përmirësojë cilësinë e kujdesit dhe rezultatet e trajtimit te pacientët me skizofreni.

Ky udhërrëfyes synon të ndihmojë mjekët, klinicistët, dhe profesionistët e shëndetit mendor në trajtimin e pacientëve, duke ofruar të dhëna të bazuara në prova që synojnë të rrisin njohuritë dhe të rrisin përdorimin e duhur të trajtimeve për skizofreninë.

Ky udhërrëfyes fokusohet në trajtimet farmakologjike dhe jofarmakologjike të bazuara në prova për skizofreninë.

Për më tepër, ai përfshinë të dhënat në lidhje me vlerësimin dhe planifikimin e trajtimit, të cilat janë pjesë përbërëse e kujdesit të përqëndruar te pacienti.

Qëllimi i përgjithshëm i këtij udhërrëfyesi është të përmirësojë trajtimin e individëve të prekura nga skizofrenia, duke reduktuar kështu vdekshmérinë dhe sëmundshmérinë.

## 1.2 Të dhënat për skizofrenin

Sipas Statistikave globale skizofrenia prekë afërsisht 24 milionë persona ose 1 në 300 persona [0.32%] në mbarë botën.

Norma është 1 në 222 persona [0.45%] tek të rriturit<sup>3</sup>. Nuk është aq e zakonshme nëse krahasohet me çrregullime të tjera mendore.

Fillimi është më shpesh gjatë adoleshencës së vonë dhe te vitet e njëzeta, fillimi ka tendencë të ndodhë më herët tek meshkujt sesa tek femrat.

Rreth 4% deri në 10% e personave me skizofreni vdesin nga suicidi, ku përqindja më lartë është te meshkujt sidomos në fazën e hershme të çrregullimeve.

Personat me skizofreni kanë 2 deri në 3 herë më shumë gjasa të vdesin më herët se sa popullata e përgjithshme<sup>4</sup>. Kjo ndodhë për shkak të paraqitjeve të sëmundjeve kardiovaskulare, metabolike dhe infektive.

Ndërsa sa i përket vendit tonë, referuar të dhënavë të publikuara nga enti statistikor i Kosovës për numrin e përgjithshëm të populatës në Republikën e Kosovës si dhe referuar të dhënavë të dërguara nga Institucionet e Shëndetit Mendor<sup>5</sup> të zberthyera në %, norma është

<sup>2</sup> Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001;178:506-17.

<sup>3</sup> Institute of health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7> (Accessed 25 September 2021)

<sup>4</sup> Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 2014;10, 425-438

<sup>5</sup> <http://www.instat.gov.al> › media › vjetari-statistiko.2018& Institucionet e Shëndetit Mendor 2023

0,61 % në popullatën e përgjithshme. Kjo statistik për skizofreni është e përafërt me statistikat e publikuara nga OBSh-ja.

### **1.3 Popullata e synuar**

Ky udhërrëfyes synon të përmirësojë trajtimin e skizofrenisë për individët e prekur, duke reduktuar kështu vdekshmërinë, sëmundshmërinë dhe pasojat e rëndësishme psikosociale dhe shëndetësore të kësaj gjendjeje të rëndësishme psikiatrike  
Popullata e synuar: janë adoleshentët, të rriturit dhe të moshuarit.

### **1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit**

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit që ofrojnë shërbime shëndetësore për trajtimin e skizofrenisë.

### **1.5 Pyetjet**

- ❖ Çka është skizofrenia ?
- ❖ Cilat janë simptomet predominuese te skizofrenia ?
- ❖ Si bëhet menaxhimi i pacientëve me skizofreni në kujdesin parësor shëndetësor ?
- ❖ Cilat vlerësime sygjerohen për pacientët me skizofreni?
- ❖ Cili është plani i trajtimit?
- ❖ Cilat janë elementet e planit të trajtimit?
- ❖ Cilat janë intervenimet psikosociale?
- ❖ Si menaxhohen krizat e skizofrenisë ?
- ❖ Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit farmakologjik dhe jo farmakologjik?

## **II. Metodologjia**

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës:

Të gjithë anëtarët e grupeve punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesit për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupeve punues është bërë me konsensus [me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupeve punues].

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave, gjithashtu grupi punues është referuar në statistikat më të reja.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur. Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

- ❖ Practice Guideline for the Treatment of Patient with Schizophrenia Third Edition 2021, si dhe grupi punues është referuar në të dhënat më të reja të OBSh-së.
- ❖ WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

Metodologjia e përdorur në literaturën e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit referohet në provat që mbështesin referencat: prova klinike të rastësishme, studime në të cilat përcillen subjektet gjatë gjithë kohës grupet e kontrollit dhe grupet e trajtimit.

Shumë nga studimet e përfshira në rishikimin sistematik kanë përfshirë individët me një diagnozë të çrregullimit skizoafektiv në mënyrë që të mundësojë hartimi i rekomandimeve unike për këtë grup pacientësh.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet e organizatave kredibile ndërkombëtare.

### **III.Përkufizimet**

**Aleanca terapeutike:** një karakteristikë e marrëdhënies midis pacientit dhe klinikistit që përshkruan ndjenjën e bashkëpunimit në ndjekjen e qëllimeve terapeutike, si dhe ndjenjën e lidhjes së pacientit me klinicistonin dhe përceptimin nëse klinicisti është i dobishëm [Gabbard 2009].

**Doza Adekuate:** nënkupton dozën e një medikamenti për paraqitjen e efekteve terapeutike.  
**Përgjigjia adekuate:** një reduktim i simptomeve si rezultat i trajtimit që shoqërohet me përfitime të rëndësishme klinikisht në funksionimin dhe/ose cilësinë e jetës. Një reduktim i simptomeve prej 50% ose më shumë përdoret ndonjëherë si një prag për përshtatshmërinë e përgjigjes.

**Deluzioni:** një besim i rremë i bazuar në konkluzionet e pasakta për realitetin e jashtëm që mbahet fort pavarësisht nga ajo që pothuajse të gjithë të tjerët besojnë dhe pavarësisht nga ajo që përbën provë ose provë të pakundërshtueshme dhe të dukshme për të kundërtën

**Halucinacioni** përvoja të ngjashme me perceptimin që ndodhin pa një stimulim të jashtëm. Halucinacionet janë të forta dhe të qarta, me forcën dhe ndikimin e plotë të perceptimeve normale dhe jo nën kontroll vullnetar. Ato mund të ndodhin në çdo modalitet ndijor/shqisor [American Psychiatric Association 2013a].

**Kapaciteti për vendimmarje:** një vendim specifik klinik ose i lidhur me trajtimin, "për të komunikuar një zgjedhje, për të kuptuar informacionin përkatës, për të vlerësuar pasojat mjekësore të situatës dhe pér të arsyetuar rreth zgjedhjeve të trajtimit" [Appelbaum 2007, f. 1835].

**Kundërindikimi:** një situatë në të cilën një medikament ose procedurë nuk duhet të përdoret sepse mund të jetë e dëmshme pér pacientin.

**Ide suicidale:** nënkupton mendime pér t'i shkaktuar vdekje vetvetës.

**Idetë suicidale** mund të ndryshojë në thellësin e seriozitetit në varësi të specifikës së planeve suicidale dhe shkallës së qëllimit suical.

**Impulsiviteti** Veprimi sipas nxitjes së momentit në përgjigje të stimujve të menjëhershëm, duke vepruar në baza momentale pa një plan ose pa marrë parasysh rezultatet, vështirësi në vendosjen dhe ndjekjen e planeve, ose të kesh një ndjenjë urgjencë dhe të shfaq sjellje vetëdëmtuese nën shqetësimin emocional [amerikane Shoqata Psikiatrike 2013f].

**Medikamente antipsikotike:** janë nga një grup medikamentesh që përdoren në trajtimin e psikozës.

**Mendimi i çorganizuar:** [i referuar edhe si çrregullimi formal i mendimit]. Individ mund të kalojë nga një temë në tjetrën [shkatërrim ose shoqërimë të lirshme], t'u japë përgjigje pyetjeve në një mënyrë të lidhur ngushtë ose krejtësisht të palidhur [tangjencialiteti], ose të shfaqë të folur të rëndë të çorganizuar dhe pothuajse të pakuptueshëm që i ngjan afazisë receptive në

çorganizimin e saj gjuhësor [jokoherenca ose "përzierje fjalësh"] [përshtatur nga Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2013a].

**Pashpresë:** nënkuptojmë ndjenjën e dëshpërimit për të ardhmen nga besimi se nuk ka mundësi për zgjidhje të problemeve aktuale ose të arritjes të një rezultati pozitiv.

**Plan trajtimi gjithëpërfshirës dhe i përqendruar te personi:** nënkupton një plan të trajtimit që zhvillohet si rezultat i vlerësimit psikiatrik dhe modifikohet sipas indikacioneve klinike.

Një plan trajtimi gjithëpërfshirës mund të përfshijë trajtime jofarmakologjike, trajtime farmakologjike ose të dyja. Ai është i individualizuar për paraqitjen klinike të pacientit, nevojat e lidhura me sigurinë, kushtet shoqëruese mjekësore, sfondin personal marrëdhëniet, rrethanat e jetës dhe pikat e forta dhe dobësitë.

**Përpjekje për suicid:** një sjellje jofatale ndaj vetës potencialisht dëmtuese me qëllim për të shkaktuar vdekur. Një përpjekje për vetëvrasje mund ose nuk mund të rezultojë në lëndim [Crosby et al. 2011]. Mund të ndërpritet nga individi ose të ndërpritet nga një individ tjetër. Një tentativë suicidale mund ose nuk mund të rezultojë me lëndim.

**Përpjekja e ndërprerë suicidale:** përkufizohet si sjellje potencialisht vetë-dëmtuese me dëshmi/fakte (eksplikite ose të nënkuptuara) se personi kishte ndërmend të vdiste por e ndaloi përpjekjen para se të ndodhë dëmtimi fizik.

**Plani suicidal:** përcaktimi i metodës, mjeteve, kohës, vendit ose detajeve të tjera për përfshirjen në sjellje dëmtuese të vetëshkaktuar me çdo qëllim për të vdekur si rezultat i sjelljes.

**Qëllimi për suicid:** nënkupton pritjen dhe dëshirën subjektive për një veprim vetëshkatërrues që përfundon me vdekje.

**Suicidi:** është vdekje e shkaktuar nga sjellja dëmtuese, e vetë-drejtuar me qëllim për të shkaktuar vdekjen.

**Sjellje motorike jashtëzakonisht e çorganizuar ose jonormale:** mund të shfaqet në mënyra të ndryshme, duke filluar nga "marrëzi" fëmijërore deri tek agitacioni i paparashikueshëm.

**Sjellja katatonike:** është një tjetër manifestim i sjelljes motorike jonormale dhe mund të variojë nga rezistenca deri te instruksionet [negativizmi], për të mbajtur një qëndrim të ngurtë, të papërshtatshëm ose të çuditshëm në mungesë të plotë të përgjigjeve verbale dhe motorike [mutizëm dhe hutim].

Mund të përfshijë gjithashtu aktivitet motorik pa qëllim dhe të tepruar pa shkak të dukshëm [eksitim katatonik].

**Simptomet negative:** Simptomet negative mund të janë të dukshme në skizofreni dhe mund të përfshijnë zvogëlimin e shprehjes emocionale [kontaktin me sy, intonacionin e të folurit, lëvizjet e duarve, kokës dhe fytyrës], uljen e aktiviteteve të motivuara të qëllimshme të vetë-inicuara [shmangia], reduktim e fjalive, të folurit e varfëruar ndikon në procesin e të menduarit që çon në mungesë të folurit shkakton dhe probleme me rrjedhshmërinë verbale.

**Simptomet pozitive:** janë mendime, perceptime ose veprime të gabuara që tregojnë se personi nuk mund të dallojë atë që është e vërtetë nga ajo që nuk është e vertetë, këto simptome mund të përfshijnë:

- **Haluciononet:** personat me skizofreni mund të dëgjojnë, shohin, nuhasin ose ndjejnë gjëra që askush tjetër nuk i bën, dhe mund të përfshijë shumicën e sferave përceptive si ato vizuele, auditive, taktile, ollfaktore.
- **Deluzionet:** janë besime të gabuara që duken të çuditshme për shumicën e personave, mund të janë persekutuese, referente, somatike, eromane, fetare dhe të madhështisë.
- **Mendime të ngatërruara dhe të folur të organizuar:** personat me skizofreni mund ta kenë të vështirë të organizojnë mendimet dhe të shprehurit e tyre.
- **Çrregullime e sjelljes:** disa persona me skizofreni mund të manifestojnë çrregullime të sjelljes, ndonjëherë ata bëjnë lëvizje të njëjtë pa pushim por ndonjëherë ato mund të janë krejtësisht të qeta për orë të tëra, gjë që ekspertët e quajnë si sjellje katatonike.

**Vlerësimi:** procesi i marrjes së informacionit për një pacient nëpërmjet metodave në vijim: intervistë ballë për ballë, rishikimi i të dhënavë mjekësore, ekzaminimi fizik [nga psikiatri, një mjek tjetër ose një klinicist i trajnuar mjekësor], testimi diagnostik, ose marrja e historisë nga burime tjera.

**Vlerësimi fillestare psikiatrik:** një vlerësim gjithëpërfshirës i një pacienti që ka synim të identifikojë arsyen që pacienti është paraqitur për vlerësim, të krijojë raporte me pacientin, të kuptojë sfondin e patientit, marrëdhëniet, rrëthanat aktuale të jetës dhe pikat e forta dhe dobësitë e tij, të vërtetojë nëse pacienti ka një gjendje psikiatrike, të grumbullojë informacionin e nevojshëm për të zhvilluar një diagnozë diferenciale dhe formulim klinik, t'i identifikojë shqetësimet e menjëherëshme për sigurinë e patientit.

Zhvilloni një plan fillestare trajtimi ose rishikoni një plan ekzistues në bashkëpunim me pacientin.

**Trauma:** Trauma është një përgjigje emocionale ndaj një ngjarjeje të tmerrshme si një aksident, përdhunim ose fatkeqësi natyrore. Menjëherë pas ngjarjes tronditja dhe mohimi janë manifestimet tipike për traumat.

Reagimet më afatgjata përfshijnë emocione të paparashikueshme, rikthime të prapambetura, marrëdhënie të tensionuara madje edhe simptome fizike si dhimbje koke ose vjellje.

Trauma mund të përfshijë gjithashtu fatkeqësi të hershme, neglizhencë, keqtrajtim, abuzim emocional, abuzim fizik ose abuzim seksual që ndodh në fëmijëri dhe në moshën e rritur si shkak i ekspozimi ndaj fatkeqësive natyrore ose të shkaktuara nga njeriu, ekspozimi ndaj situatave luftarake, të qenit viktimë e një krimi të dhunshëm, përfshirja në një aksident të rëndë automobilistik, ose të paturit e përvojave të rënda ose të dhimbshme ose të zgjatura mjekësore [p.sh. qëndrimi në njësinë e kujdesit intensiv].

## Përbajtja e Udhërrëfyesit

### Vlerësimi dhe Përcaktimi i Planit të Trajtimit

- ❖ APA rekomandon (1C) që vlerësimi fillestar i një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik të përfshijë:
  - ❖ Arsyen që individi po paraqitet për vlerësim;
  - ❖ Qëllimet dhe preferencat e pacientit për trajtim;
  - ❖ Një rishikim të simptomeve psikiatrike dhe historisë së traumës;
  - ❖ Një vlerësim të përdorimit të duhanit dhe përdorimit të substancave të tjera;
  - ❖ Histori të trajtimit psikiatrik;
  - ❖ Një vlerësim të shëndetit fizik;
  - ❖ Një vlerësim të faktorëve psikosocial dhe kulturor;
  - ❖ Një ekzaminim të gjendjes mendore përfshirë vlerësimin kognitiv dhe një vlerësim të rrezikut për suicid dhe sjellje agresive, siç përshkruhet në Udhëzimet praktike të APA për Vlerësimin Psikiatrik të të Rriturve (botimi i 3-të).
- ❖ APA rekomandon (1C) që vlerësimi fillestar psikiatrik i një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik të përfshijë një matje sasiore për të identifikuar dhe përcaktuar ashpërsinë e simptomeve dhe dëmtimet e funksionimit që mund të jenë fokus i trajtimit.
- ❖ APA rekomandon (1C) që pacientët me skizofreni të kenë një plan trajtimi të dokumentuar, gjithëpërfshirës dhe të përqëndruar te personi, i cili përfshinë trajtime jofarmakologjike dhe farmakologjike të bazuara në prova.

### Farmakoterapia

- ❖ APA rekomandon (1A) që pacientët me skizofreni të trajtohen me një mjekim antipsikotik dhe të monitorohen për efektivitetin dhe efektet anësore.\*
- ❖ APA rekomandon (1A) që pacientët me skizofreni, simptomet e të cilëve janë përmirësuar me një mjekim antipsikotik, të vazhdojnë të trajtohen me një mjekim antipsikotik.\*
- ❖ APA sugjeron (2B) që pacientët me skizofreni, simptomet e të cilëve janë përmirësuar me një mjekim antipsikotik të vazhdojnë të trajtohen me të njëjtin mjekim antipsikotik.\*
- ❖ APA rekomandon (1B) që pacientët me skizofreni rezistente ndaj trajtimit të trajtohen me klozapinë.\*
- ❖ APA rekomandon (1B) që pacientët me skizofreni të trajtohen me klozapinë nëse rreziku për tentativa suicidale ose suicid mbetet i konsiderueshëm pavarësisht trajtimeve të tjera.\*
- ❖ APA sygjeron (2C) që pacientët me skizofreni të trajtohen me klozapinë nëse rreziku për sjellje agresive mbetet i konsiderueshëm pavarësisht trajtimeve të tjera.\*

- ❖ APA sygjeron (2B) që pacientët të marrin trajtim me një mjekim antipsikotik injektues me veprim të gjatë nëse preferojnë një trajtim të tillë ose nëse kanë një histori aderimi të dobët ose të pasigurt.\*
- ❖ APA rekomandon (1C) që pacientët që kanë distoni akute të shoqëruar me terapi antipsikotike të trajtohen me një mjekim antikolinergjik.
- ❖ APA sygjeron (2C) opsonet e mëposhtme për pacientët që kanë parkinsonizëm të lidhur me terapinë antipsikotike: uljen e dozës së medikamentit antipsikotik, kalimin në një medikament tjeter antipsikotik ose trajtimin me një medikament antikolinergjik.

### Ndërhyrjet Psikosociale

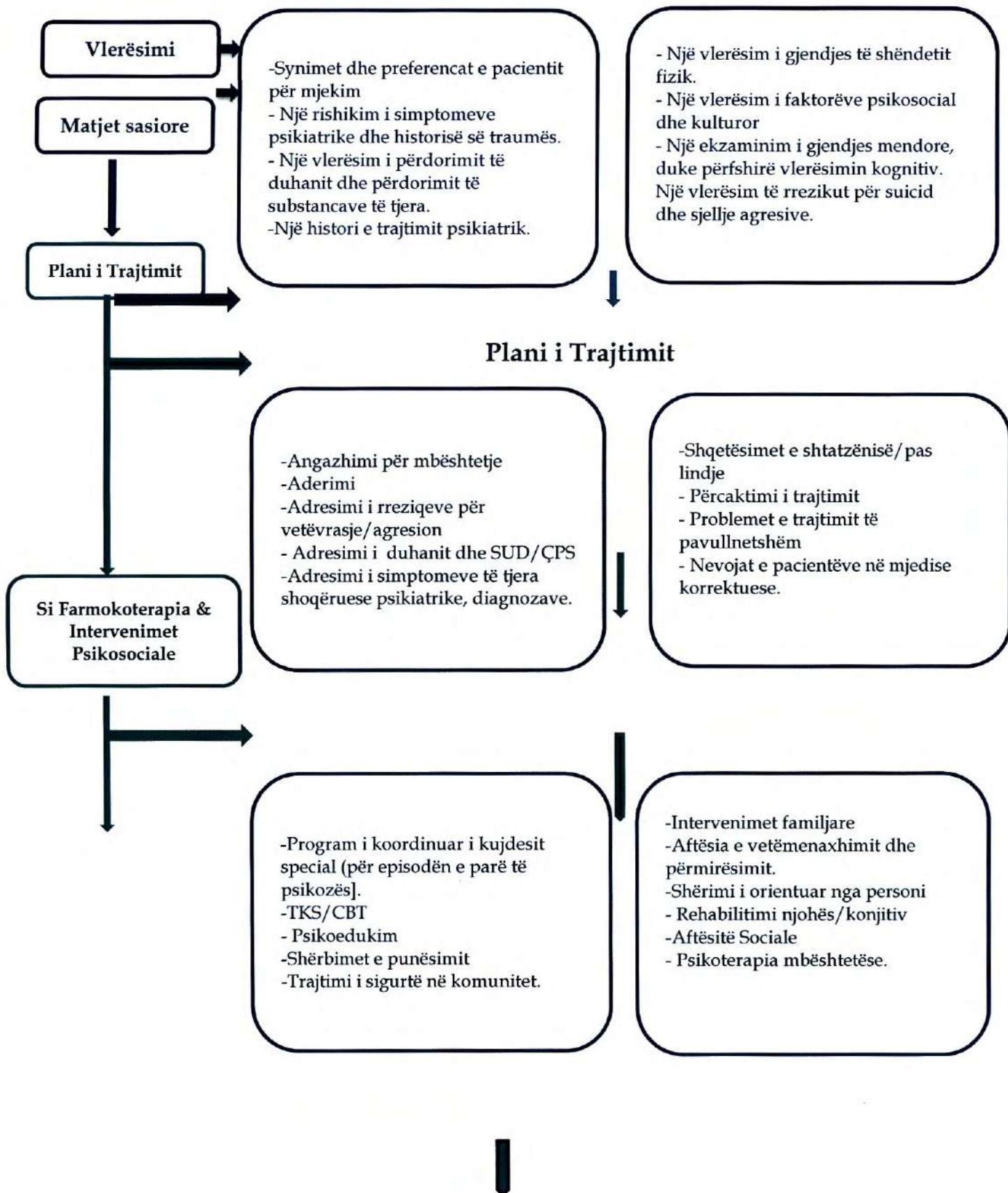
APA rekomandon [1B] që pacientët me skizofreni që janë duke përjetuar një episod të parë të psikozës të trajtohet në mënyrë të koordinuar me kujdes të specializuar.\*

- ❖ APA rekomandon [1B] që pacientët me skizofreni të trajtohen me terapi kognitive-sjellëse për psikozën [TKSp/CBTp].\*
- ❖ APA rekomandon [1B] që pacientët me skizofreni të marrin psikoedukim.\*
- ❖ APA rekomandon [1B] që pacientët me skizofreni të marrin shërbimet e mbështetura të punësimit.\*
- ❖ APA rekomandon (1B) që pacientët me skizofreni të marrin trajtim në komunitet nëse ka një histori të angazhimit të dobët me shërbimet që çojnë në rikthim të shpeshtë ose ndërprerje sociale (p.sh., të pastrehët; vështirësi ligjore, duke përfshirë burgimin).\*
- ❖ APA sygjeron [2B] që pacientët me skizofreni që janë në kontakt të vazhdueshëm me familjen të marrin/pranojnë intrervenime nga familja.\*
- ❖ APA sygjeron [2C] që pacientët me skizofreni të synojnë zhvillimin e aftësive të vetë-menaxhimit, duke rritë-përmirësuar orientimin e personave\*
- ❖ APA sygjeron [2C] që pacientët me skizofreni të marrin rehabilitim kognitiv/njohës.\*
- ❖ APA sygjeron [2C] që pacientët me skizofreni të cilët kanë një qëllim terapeutik për përmirësimin e funksionimit social të marrin trajnime për aftësim social.\*
- ❖ APA sygjeron [2C] që pacientët me skizofreni të trajtohen me psikoterapi mbështetëse.\*

\* Kjo deklaratë udhëzuese duhet të zbatohet në kontekstin e një trajtimi të përqëndruar te personi, plan që përfshinë trajtime jofarmakologjike dhe farmakologjike të bazuara në dëshmi për skizofreninë.

## IV. Menaximi i Skizofrenisë

### Vlerësimi



**Antipsikotik me monitorim**

-Zgjidhni bazuar në:

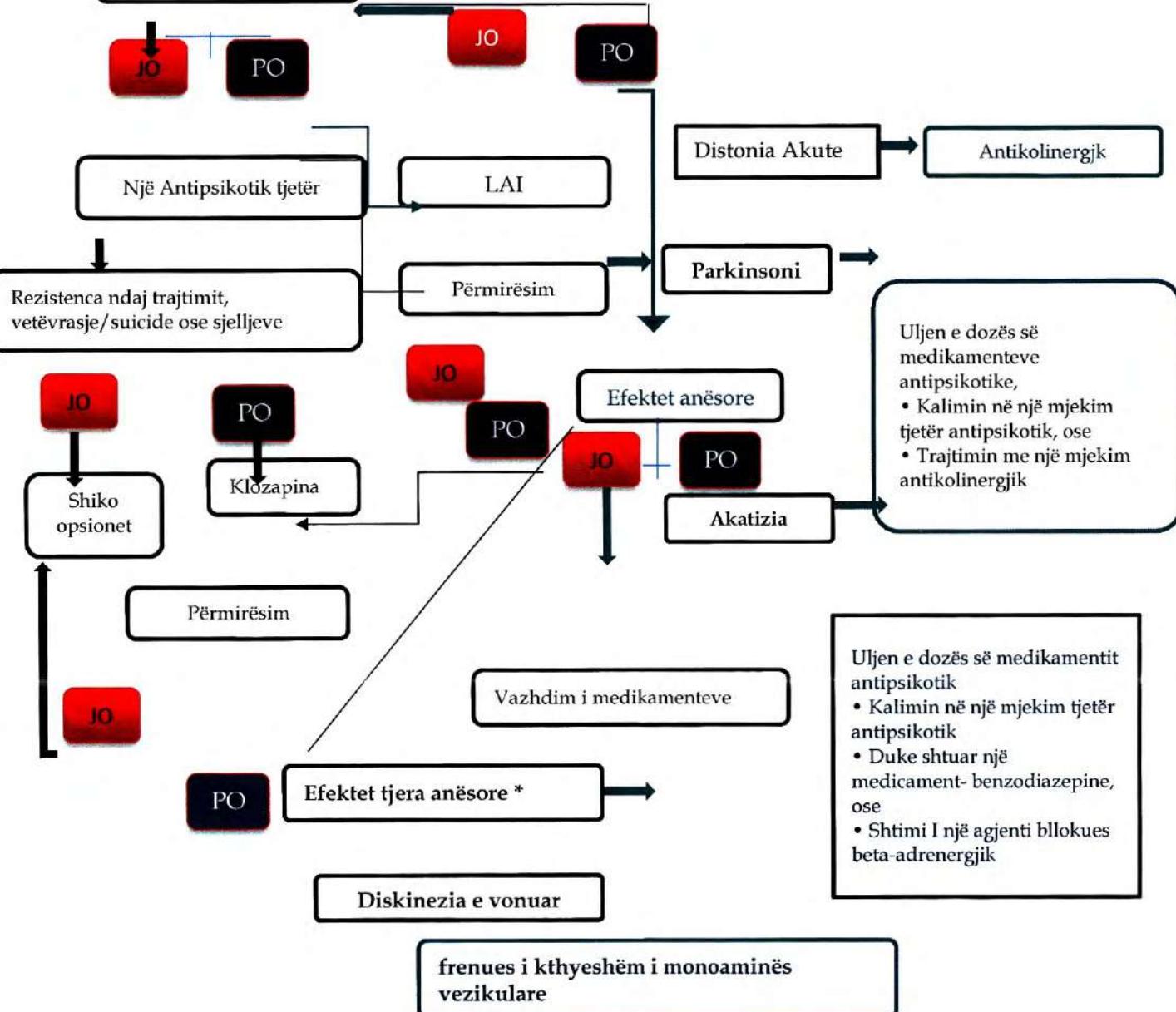
- formulimet në dispozicion
- ndërveprimet dhe metabolizmi
- vitetë farmakokinetike
- profili i efekteve anësore

Monitoroni për:

- efekte anësore
- reagimi i simptomeve duke përfshirë jo ose përgjigje e pjesshme
- aderimi

Përmirësimi?

Çështje aderimi?



## 4.1 Vlerësimet Fizike dhe Laboratoriike

| Vlerësimi fizike [organike] dhe laboratoriike të sygjeruara për pacientët me Skizofreni          |   |   |
|--|---|---|
| Vlerësimi  | Fillestar/Bazë  | Përcellja/Follow -up  |
| <b>Vlerësimet për monitorimin e gjendjes fizike dhe zbulimin e rrethanave shoqëruuese fizike</b> |   |   |
| Shenjat vitale   | Pulsi, presioni i gjakut  | Pulsi, presioni i gjakut, temperatura e indikuar klinikisht   |
| Pesha trupore dhe gjatësia   | Pesha e trupit, gjatësia<br>Indeksi i masës trupore IMT   | IMT/BMI çdo vizitë për 6 muaj<br>dhe të paktën çdo tremuj më pas  |
| Hematologji  | TKS/CBT përfshirë<br>NAN/ANC  | TKS/CBC, duke përfshirë<br>NAN/ANC nëse indikohet klinikisht [d.m.th., pacientët e trajtuar me klozapinë] |
| Kimia e Gjakut   | Elektrolitet, testet e funksionit të veshkave, mëlcisë, testet e funksionit, TSH                                      | Sipas indikacionit klinik   |
| Shtatzënia   | Testi i shtatzanisë për gratë në moshën riprodhuese   |   |
| Toksikologjia  | Ekzaminimi i toksikologjisë së medikamenteve, nëse indikohet klinikisht   | Ekzaminimi i toksikologjisë së medikamenteve, nëse indikohet klinikisht                                   |
| Studime elektrofiziologjike  | EEG, nëse indikohet në bazë të ekzaminimit neurologjik ose historisë  |   |
| Imazh  | Imazhi i trurit [CT or MRI, me preferencë MRI], nëse indikohet në bazë të ekzaminimit neurologjik ose historisë       |   |
| Testimi gjenetik   | Testimi kromozomik, nëse indikohet në bazë të ekzaminimit fizik dhe historisë, duke përfshirë historinë e zhvillimit. |   |

**Vlerësimi fizike dhe laboratorike të sygjeruara për pacientët me Skizofreni /d**  
**Vlerësimi fizike [organike] dhe laboratorike të sygjeruara për pacientët me Skizofreni /d**

Vlerësimi

Fillestar/Bazë

Përcjellja/Follow -up

Vlerësimet në lidhje me efektet e tjera anësore specifike të trajtimit

|  |  |   |
|--|--|---|
| Diabeti <sup>f</sup>                                     | Depistimi për diabetin, faktorët e rrezikut <sup>f</sup> , agjërimi, glukoza në gjak   | Glukoza në gjak agjërimi ose hemoglobina A1C 4 muaj pas fillimit të një trajtimit të ri dhe të paktën çdo vit më pas  |
| Hiperlipidemia   | Paneli i lipideve  | Paneli i lipideve 4 muaj pas fillimit të një mjekimi me antipsikotik të ri dhe të paktën çdo vit pas kësaj  |
| Sindromi Metabolik                                       | Përcaktoni nëse sindromet metabolike, kriteret janë plotësuar  | Përcaktoni nëse kriteret e sindromës metabolike plotësohen, 4muaj pas fillimit të një mjekimi të ri antipsikotik dhe të paktën çdo vit pas kësaj  |
| Zgjatja/Prolongimi i QTc                                 | EKG para trajtimit me klorpromazin, droperidol, iloperidone, pimozid, tioridazine, ose ziprasidone ose në prani të faktorëve të rrezikut të zemrës.  | EKG me ndryshim të rëndësishëm në dozën e klorpromazinës, droperidol, iloperidone, pimozide, tioridazine, ose ziprasidone, ose me shtimin e medikamenteve të tjera që mund të ndikojnë në QTcintervali në pacientët me faktorë rreziku kardiak ose intervale të ngritura në bazë të QTc   |
| Hiperprolaktinemia                                       | Ekzaminimi për simptomet e hiperprolaktinemisë. Niveli i prolaktinës, nëse tregohet në bazë të historisë klinike   | Ekzaminimi për simptome të hiperprolaktinemisë në çdo vizitë derisa të jetë stabile, pastaj çdo vit nëse trajtohet me një antipsikotik që dihet se rrit nivelin e prolaktinës nëse indikohet në bazë të historisë klinike   |
| Çrregullimet e lëvizjes të shkaktuara nga antipsikotikët | Vlerësimi klinik i akatizisë, distonisë, parkinsonizmit dhe lëvizje të tjera jonormale të pavullnetshme, duke përfshirë diskinezin tardive. Vlerësimi me një instrument të strukturuar [p.sh., AIMS, DISCUS] nëse lëvizje të tillë janë të pranishme | Vlerësimi klinik i akatizisë, distonisë, parkinsonizmit dhe lëvizjeve të tjera jonormale të pavullnetshme, duke përfshirë diskinezinë tardive, në çdo vizitë Vlerësimi me një instrument të strukturuar [p.sh., AIMS, DISCUS] të paktën çdo 6 muaj te pacientët me rrezik të lartë të diskinezisë tardive dhe të paktën çdo 12 muaj në pacientë të tjërë gjithashtu sikur të jetë një fillim ose përkeqësim i ri i lëvizjeve paraekzistuese |

## **4.2 Vlerësimi dhe Përcaktimi i Planit të Trajtitimit**

APA rekomandon [1C] që vlerësimi fillestar i një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik të përfshijë:

- ❖ Arsyen pse individi po paraqitet për vlerësim;
- ❖ Synimet dhe preferencat e pacientit për trajtimin;
- ❖ Një rishikim të simptomeve psikiatrike dhe historisë së traumës;
- ❖ Një vlerësim të përdorimit të duhanit dhe substancave të tjera;
- ❖ Një histori trajtimi psikiatrik;
- ❖ Një vlerësim të gjendjes të shëndetit fizik;
- ❖ Një vlerësim të faktorëve psikosocial dhe kulturor
- ❖ Një ekzaminim i gjendjes mendore, duke përfshirë vlerësimin konjittiv dhe
- ❖ Një vlerësim të rrezikut për sjellje suicidale dhe sjellje agresive.

APA rekomandon [1C] që vlerësimi fillestar psikiatrik i një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik të përfshijë një matje sasiore për të identifikuar dhe përcaktuar ashpërsinë e simptomeve dhe dëmtimeve të funksionimit që mund të jenë fokusi i trajtimit gjithashtu, rekomandon që pacientët me skizofreni të kenë një plan të trajtimit të dokumentuar, gjithëpërfshirës dhe të përqëndruar te personi që përfshinë trajtime jofarmakologjike dhe farmakologjike të bazuara në dëshmi.

### **Elementet që duhen marrë parasysh si pjesë e planit të trajtimit: Intervenimet farmakologjike**

- ❖ Psikoterapië dhe ndërhyrjet e tjera psikosociale;
- ❖ Mbështetje angazhuese;
- ❖ Aderim në trajtim;
- ❖ Adresim të rreziqeve për suicid/agresion;
- ❖ Adresimi të duhanit dhe SUD-ve’;
- ❖ Adresim të simptomeve, diagozave të tjera shoqëruese psikiatrike;
- ❖ Trajtimin e kushteve të tjera shoqëruese shëndetësore;
- ❖ Shqetësimet e shtatzënisi/pas lindjes;
- ❖ Vendosjen e trajtimit;
- ❖ Çështjet e trajtimit të pavullnetshëm;
- ❖ Nevojat e pacientëve në mjedise korrektuese.

## Aspektet e rekomanduara të vlerësimit fillestar psikiatrik

### **Historia e sëmundjes aktuale**

- ❖ Arsyja që pacienti po paraqitet për vlerësim, duke përfshirë simptomet aktuale, sjelljet dhe faktorët precipitues.
- ❖ Diagnozat aktuale psikiatrike dhe shqyrtimi psikiatrik i sistemeve.

### **Historia psikiatrike**

- ❖ Hospitalizimi dhe vizitat në urgjencia psikiatrike për çështje psikiatrike, duke përfshirë çrregullimet e përdorimit të substancave.
- ❖ Trajtimet psikiatrike [lloji, kohëzgjatja, sipas rastit, doza].
- ❖ Respektimi i trajtimeve psikiatrike, duke përfshirë trajtimet psikosociale, farmakoterapinë dhe ndërhyrje të tjera si terapia elektrokonvulsive.

### **Diagnoza dhe simptomet e mëparshme psikiatrike**

- ❖ Halucinacionet [përfshirë halucinacionet urdhëruar], deluzione dhe simptomet negative
- ❖ Idetë ose sjelljet agresive [p.sh., vrasje, dhunë në familje ose në vendin e punës, kërcenime ose akte të tjera agresive fizike ose seksuale].
- ❖ Ide suicidale, plane suicidale dhe përpjekje suicidale, duke përfshirë detajet e çdo përpjekjeje [p.sh., kontekstin, metodën, dëmtimin, suicidin e mundshme, qëllimin].
- ❖ Vetëlëndim i qëllimshëm në të cilin nuk ka pasur qëllim suicidal.
- ❖ Impulsiviteti.

### **Historia e përdorimit të substancave**

- ❖ Përdorimi i duhanit, alkoolit dhe substancave të tjera [p.sh., marihuana, kokaina, heroina, halucinogenët] dhe çdo keqpërdorim i medikamenteve ose suplementeve të përshkruara me ose pa recetë.
- ❖ Çrregullim aktual ose i fundit i përdorimit të substancave ose ndryshim në përdorimin e alkoolit ose substancave të tjera.

### **Historia mjekësore**

- ❖ Nëse pacienti ka apo jo një marrëdhënie të vazhdueshme me një profesionist shëndetësor të kujdesit parësor.
- ❖ Alergjitetë ose ndjeshmëria ndaj medikamenteve.
- ❖ Të gjitha medikamentet që pacienti po merr aktualisht ose ka marrë së fundmi dhe efektet anësore të këtyre medikamenteve [d.m.th., medikamentet me recetë dhe ato pa recetë, suplementet bimore, ushqimore dhe vitaminat].
- ❖ Sëmundjet në të kaluara ose aktuale dhe shtrimet e lidhura me to
- ❖ Trajtimet përkatëse të kaluara ose aktuale, duke përfshirë operacionet, procedurat e tjera ose trajtimet mjekësore plotësuese dhe alternative.
- ❖ Historia seksuale dhe riprodhuese.
- ❖ Statusi kardiopulmonar.
- ❖ Çrregullime ose simptomet neurologjike ose neurokognitive të kaluara ose aktuale.
- ❖ Traumat fizike në të kaluarën, duke përfshirë lëndimet në kokë.
- ❖ Sëmundja endokrinologjike e kaluar ose e tanishme.
- ❖ Sëmundjet infektive të kaluara ose aktuale, duke përfshirë sëmundjet seksualisht të transmetueshme, HIV, tuberkulozin, hepatitin C dhe sëmundjet infektive endemike, sëmundja Lyme.
- ❖ Anomalitë e mëparshme ose të tanishme të gjumit, duke përfshirë apnenë e gjumit

- ❖ Simptomet ose gjendjet e kaluara ose aktuale të shoqëruara me dhimbje dhe parehati të konsiderueshme
- ❖ Rishikim shtesë i sistemeve, siç indikohet.

#### **Historia familjare**

- ❖ Përfshirë historinë e sjelljeve suicidale ose sjelljeve agresive në të afërmit biologjik.
- ❖ Histori personale dhe sociale.
- ❖ Gjuha e preferuar dhe nevoja për një përkthyes.
- ❖ Besimet personale/kulturore, mjedisi sociokulturor dhe shpjegimet kulturore të sëmundjes psikiatrike.
- ❖ Prania e stresorëve psikosocial [p.sh., probleme financiare, strehimore, ligjore, shkollore/profesionale ose ndërpersonale/marrëdhënie; mungesa e mbështetjes sociale; sëmundje të rënda ose terminale].
- ❖ Ekspozimi ndaj traumave fizike, seksuale ose emocionale.
- ❖ Ekspozimi ndaj dhunës ose sjelljes agresive ose abuzimin në fëmijëri.
- ❖ Pasojat ligjore ose disiplinore të sjelljeve agresive në të kaluarën.

#### **Ekzaminimi, përfshirë ekzaminimin e gjendjes mendore**

- ❖ Pamja e përgjithshme dhe gjendja ushqyese.
- ❖ Gjatësi, pesha dhe indeksi i masës trupore.
- ❖ Shenjat vitale
- ❖ Lëkura, duke përfshirë çdo shenjë të traumës, vetëlëndimit ose përdorimit të medikamenteve.
- ❖ Koordinimi dhe ecja.
- ❖ Lëvizjet e pavullnetshme ose anomalitë motorike.
- ❖ Shikimi dhe dëgjimi.
- ❖ Të folurit, duke përfshirë rrjedhshmërinë dhe artikulimin.
- ❖ Disponimi, shkalla e mungesës së shpresës dhe niveli i ankthit.
- ❖ Përbajtja, procesi dhe perceptimet e mendimit, duke përfshirë halucinacionet aktuale, deluzionet, simptomet negative dhe njohuritë.
- ❖ Idetë aktuale për suicid, planet suicidale dhe qëllime suicidale, duke përfshirë mendimet aktive ose pasive për suicid ose vdekje.
- ❖ Nëse janë të pranishme idetë aktuale për suicid, vlerësoni rrjedhën e synuar të veprimit të pacientit nëse simptomet aktuale keqësohen, qasjen në metodat suicidale, duke përfshirë armët e zjarrit, motivimet e mundshme për suicid [p.sh., vëmendja ose reagimi nga të tjerët, hakmarrja, turpi, poshtërimi, faji deluzioni, halucinacionet urdhëruuese], arsyet për të jetuar [p.sh., ndjenja e përgjegjësisë ndaj fëmijëve ose të tjerëve, besimet fetare], cilësin dhe forcën e aleancës terapeutike.
- ❖ Idetë aktuale agresive, duke përfshirë mendimet e agresionit fizik ose seksual ose vrasjes.

Nëse janë të pranishme idetë aktuale agresive, vlerësoni individë ose grupe specifike ndaj të cilëve janë drejtuar idet ose sjelljet suicidale ose agresive në të kaluarën ose në të tashmen, aksesin në armë zjarri dhe impulsivitetin, duke përfshirë çështjet e menaxhimit të zemërimit.

## **4.3 Përdorimi i Matjeve Sasiore**

APA rekomandon [1C] që vlerësimi fillestar psikiatrik i një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik të përfshijë një matje sasiore për të identifikuar dhe përcaktuar ashpërsinë e simptomeve dhe dëmtimet e funksionimit që mund të jenë fokusi i trajtimit. Në vlerësimin e një pacienti me një çrregullim të mundshëm psikotik, matjet sasiore mund të përdoren gjithashtu për të ndihmuar në zbulimin dhe përcaktimin e ashpërsisë së psikozës dhe simptomeve shoqëruese.

Synimi i përdorimit të një matje sasiore nuk është për të vendosur një diagnozë, por për të plotësuar aspekte të tjera të procesit të shqyrtimit dhe vlerësimit.

Në varësi të matjeve, mund të ndihmohet në planifikimin e trajtimit duke ofruar një mënyrë të strukturuar të përsëritshme për të dokumentuar simptomet bazë të pacientit. Mund të ndihmojë gjithashtu për të përcaktuar se cilat simptome duhet të jenë objektivi i ndërhyrjes në bazë të faktorëve si frekuanca e shfaqjes, madhësia, potenciali për dëmtimin e lidhur me pacientin ose të tjerët, dhe shqetësimi i lidhur me pacientin.

Ndërsa trajtimi vazhdon, përdorimi i matjeve sasiore lejon gjurmimin më të saktë nëse trajtimet jofarmakologjike dhe farmakologjike kanë efektin e tyre të synuar ose nëse nevojitet një ndryshim në planin e trajtimit. Pjesa më e madhe e hulumtimeve të lidhura me trajtimin në psikiatri ka përdorur shkallë të vlerësuara nga klinicistët për të përcaktuar rezultatet e pacientit, megjithatë shkallët e vlerësuara nga pacientët zakonisht kërkojnë më pak kohë për t'u administruar sesa shkallët e vlerësuara nga klinicistët.

Përveç kësaj, ato ofrojnë njohuri të rëndësishme në përvojën e pacientit që mbështesin kujdesin e përqendruar te personi.

Përdorimi i shkallëve të vetë-vlerësuara me kritere për të vlerësuar ashpërsinë dhe shpeshtësinë e simptomeve mund të ndihmojë gjithashtu pacientët të bëhen vetë-vëzhgues më të informuar. Megjithatë, korrelacionet ndërmjet shkallëve të vlerësuara nga pacienti dhe nga klinicistët janë shpesh modeste [Harvey 2011; Spitz et al. 2017], duke sugjeruar që të dy llojet e matjeve sasiore ofrojnë informacion të dobishëm.

Nëse vërehet një mospërputhje në vetëvlerësimin e pacientëve në krahasim me vlerësimet e vëzhguesve të tjerë, kjo mund të sigurojë informacion të rëndësishëm për rezultatet. Saktësia e vetëvlerësimeve të aftësive, performancës ose vendimeve [e quajtur edhe saktësi introspektive] është një parashikues më i mirë i deficiteve funksionale të përditshme sesa matjet objektive të performancës neurokognitive ose sociale [Silberstein dhe Harvey 2019].

## **4.4 Elementet e Planit të Trajtimit**

Në varësi të rrethanave klinike dhe të dhëna nga pacienti dhe të tjerët, një plan trajtimi gjithëpërfshirës dhe i përqendruar te personi zakonisht do të përcaktojë trajtimet që synojnë përmirësimin e funksionimit, reduktimin e simptomeve pozitive, negative dhe adresimin e simptomeve ose çrregullimeve psikiatrike që ndodhin bashkë. Në secilin prej këtyre aspekteve, është thelbësore të merren parasysh qasjet e trajtimit jo-farmakologjik dhe

farmakologjik dhe të pranohet se një kombinim i trajtimeve jofarmakologjike dhe farmakologjike ka të ngjarë të jetë i nevojshëm për të optimizuar rezultatet. Elementë të tjera të planit të trajtimit mund të përfshijnë:

- ❖ Përcaktimin e trajtimit sa më cilësor dhe më të përshtatshëm.
- ❖ Përcaktimin e planeve për trajtimin e rreziqeve të dëmtimit të vetes ose të tjerëve [nëse janë të pranishëm].
- ❖ Adresimin e barrierave për aderim.
- ❖ Angazhimi i anëtarëve të familjes dhe të tjerëve të përfshirë në jetën e pacientit.
- ❖ Ofrimi i informacioneve për pacientët, anëtarët e familjes dhe të tjerëve të përfshirë në jetën e pacientit në lidhje me opzionet e trajtimit, simptomet e hershme të rikthimit, nevojën për monitorim të vazdueshëm, strategjitet e përballimit, shërbimet e menaxhimit të rasteve, komunitetit, duke përfshirë programet e mbështetjes nga kolegët, si dhe qëllimet e trajtimit që lidhen me rrjetet e mbështetjes sociale.
- ❖ Marrëdhëniet ndërpersonale, familjare ose intime.
- ❖ Statusi prindëror.
- ❖ Statusi jetësor.
- ❖ Trauma ose viktimidimi i kaluar.
- ❖ Shkollimi ose punësimi.
- ❖ Konsideratat financiare, duke përfshirë mbështetjen e të ardhurave për aftësi të kufizuar, kur tregohet statusi i sigurimit shendetësor.
- ❖ Përfshirja në sistemin ligjor.
- ❖ Identifikimin e nevojave shtesë historia ose ekzaminimi i gjendjes mendore.
- ❖ Ekzaminim fizik [qoftë nga klinicisti vlerësues ose nga një profesionist tjetër shendetësor], teste laboratorike, imazhe, elektrokardiografi [EKG] ose studime të tjera klinike[ nëse tregohet në bazë të historisë, ekzaminimit dhe trajtimeve të planifikuar], duke bashkëpunuar me mjekë të tjerë [përfshirë ofrimin e kujdesit të integruar] për të shëmangur fragmentimin e përpjekjeve të trajtimit dhe për të siguruar që çrrëgullimet e përdorimit të substancave dhe gjendjet e shëndetit fizik që ndodhin bashkë të menaxhohen.

## V.Trajtimi

### 5.1 Kujdesi Parësor Shëndetësor

Trajtimi optimal i pacientëve me skizofreni kërkon të jetë shumëplanësh. Një plan trajtimi që kombinon terapinë medikamentoze me shërbime dhe terapitë mbështetëse konsiderohet plan i zgjedhur dhe efektiv.

Qëllimet e trajtimit të suksesshëm janë reduktimi i simptomatikës më të fundit, parandalimi i një episodi psikotik në të ardhmen dhe rintegrimi i individit në jetën sociale.

#### Stadet e Trajtimit të Skizofrenisë

**Faza Akute** – qëllimi i trajtimit në këtë fazë është vënia nën kontroll të simptomeve psikotike, në mënyrë që pacienti të mos rrezikojë jetën e tij dhe të tjerëve. Shtrimi në spital, në këtë fazë mund të jetë i indikueshëm, ndërsa përdorimi i medikamenteve konsiderohet si trajtim primar. Dhënia e medikamentit dhe e dozës së duhur ndihmon në reduktimin e ndjeshëm të simptomeve psikotike brenda 6 javëve.

**Faza e Stabilizimit** – gjatë kësaj faze, jo vetëm që arrihet kontrolli i simptomeve psikotike, por disa pacient mund të mbeten me simptome reziduale [negative] apo me simptome minimale të sëmundjes. Qëllimi i trajtimit gjatë kësaj faze është të parandalojë recidivën, të pakësojë simptomet mbetëse dhe të ruajë sa më gjatë gjendjen e stabilizuar.

**Faza Mbajtëse** – faza e përmirësimit afat-gjatë të skizofrenisë njihet edhe si faza mbajtëse e trajtimit. Qëllimi i kësaj faze është të ruajë dhe mbajë nën kontroll simptomet e stabilizuara, të pakësojë rrezikun e recidivave dhe të shtrimeve.

Gjithashtu gjatë kësaj faze punohet përritjen e funksionimit në aktivitetet e jetës së përditshme. Kjo fazë përfshin përdorimin e medikamenteve, terapitë mbështetëse, edukimin dhe këshillimin e familjarëve, si edhe rehabilitimin vokacional dhe psikosocial.

#### Tabloja Klinike e Skizofrenisë

##### *Simptomet karakteristike*

- ❖ Simptomet pozitive: deluzionet, halucinacionet, të folurit e çorganizuar, sjelljet shumë të çorganizuara ose kaotike, përfshirë deviacione e mëdha nga funksionimi normal.
- ❖ Simptomet negative: sheshim emocional, mungesë e të folurit spontan, mungesa e iniciativës që shkakton pakësim të funksionit normal.

##### *Çrregullimi shfaqet në 3 faza:*

- ❖ aktive
- ❖ prodromale
- ❖ reziduale.

Simptomet pozitive janë më të dukshme në fazën aktive të skizofrenisë, ndërsa simptomet negative janë më të dukshme në fazën prodromale dhe atë reziduale.

Pacienti mund të ketë dy ose më shumë simptome, por rëndësi ka që pacienti paraqet shenja të qarta të çrregullimit të mendimit.

## **Etapat e diagnostikimit të skizofrenisë**

Hapat që duhen ndjekur kur një person paraqitet në Institucion/ Qendra që ofrojnë shërbime të Shëndetit Mendor.

### ***Hapi I Vlerësimi i shpejtë i simptomeve psikotike për të përjashtuar shkaqe të tjera të mundshme jo psikiatrike:***

- ❖ Përjashtohet prezenca e një sëmundjeje mjekësore të përgjithshme; dhe
- ❖ Përdorimi i substancave [alkoolit ose drogave].

***Hapi II Marrja e të dhënave anamnestike*** nëpërmjet intervistës së strukturuar klinike dhe observimit të sjelljes së pacientit gjatë intervistës. Mësohet rreth simptomatikës psikotike aktuale, historisë së kaluar psikiatrike, historisë familjare për probleme psikiatrike, historisë për përdorim të medikamenteve apo efekte anësore.

Të dhënat merren nga pacienti, familjarët ose miqtë e tij.

***Hapi III Historia Plotësuese dhe Ekzaminimi Mjekësor:*** mjeku kërkon të dhëna rreth shëndetit fizik, personal dhe sëmundje me karakter hereditar në të afërmën. Pacienti i nënshtronhet një ekzaminimi të hollësishëm fizik, zakonisht përfshin: lëvizjet e syve, ekuilibrin, reflekset, tonusin muskular, etj. Mjeku kërkon ekzaminimin e zemrës [tensioni arterial, pulsi], të mushkërive dhe vlerësimin e temperaturës.

***Hapi IV Testet Laboratorike:*** nuk ka një test specifik për gjetjen dhe konfirmimin e diagnozës së skizofrenisë, por, një analizë e thjeshtë gjaku dhe urine [testi për prezencë substancash] mund të ndihmonte në përjashtimin e ndonjë shkaku tjetër mjekësor. Kërkohen [sipas rastit dhe simptomatikës] ekzaminime të tjera plotësuese si; EEG, MRI dhe/ose CT për të përjashtuar probleme organike trunore si shkaqe të mundshme të simptomeve të ngjashme me skizofreninë.

## **Kriteret Diagnostike të Skizofrenisë sipas DSM-IV**

**A. Simptomet karakteristike:** janë të pranishme dy ose më shumë prej simptomeve të mëposhtme, për një pjesë të rëndësishme të kohës, prej një muajji/më pak nëse është trajtuar më sukses:

- ❖ Deluzione
- ❖ Halucinacione
- ❖ Të folur të çorganizuar [inkohherent]
- ❖ Sjellje e çorganizuar/katatonike
- ❖ Simptome negative [sheshim afekti, alogji, mungesë vullneti]

**B. Disfunkioni shoqëror për të punuar.** Për një periudhë të rëndësishme të kohës një ose më shumë fusha të funksionimit të tillë si: puna, kujdesi për veten, marrëdhëniet personale, janë mjaft të dëmtuara nën nivelin e arritur, para fillimit të sëmundjes.

**C. Kohëzgjatja,** shenjat e vazhdueshme të shqetësimit persistojnë të paktën për 6 muaj. Kjo periudhë duhet të përfshijë të paktën 1 muaj, që plotësojnë kriterin [A] psh., simptome të fazës aktive, dhe periudhat e simptomeve prodromale dhe reziduale.

Gjatë këtyre periudhave shenjat e shqetësimit mund të manifestohen vetëm me simptome negative ose dy ose më shumë simptome të renditura në kriterin [A] [psh., besime të çuditshme dhe përvoja të pazakonshme].

#### **D.Përjashtimi i çrregullimit skizoafektiv dhe çrregullimit të disponimit.**

**E. Përjashtimi i abuzimeve nga substancat ose i sëmundjeve mjekësore të përgjithshme.**

**F. Lidhje me çrregullimet pervasive të zhvillimit [autizmi].**

#### **Nëntipat e Skizofrenisë**

Nënkatgorit të cilat i ndajnë individët skizofrenë në përputhje me simptomet, dekursin klinik dhe përfundimin.

- ❖ *Tipi paranoid*
- ❖ *Tipi çorganizuar*
- ❖ *Tipi katatonik*
- ❖ *Tipi i padiferencuar*
- ❖ *Tipi rezidual*

**Çrregullimi skizofreniform:** i ngjan skizofrenisë sepse simptomet psikotike janë të pranishme, por për një periudhë kohore më pak se 6 muaj, megjithatë mund të mos jetë e dëmtuar veprimtaria shoqërore dhe okupacionale.

**Çrregullimi skizoafektiv me dy nëntipe; depresiv dhe bipolar:** karakterizohet nga prezenca e të paktën të një episodi disponim [episod manikal, depresiv, apo miks] dhe simptomatik të qartë skizofrenike [episode psikotike që plotësojnë kriteret e DSM-IVpër skizofreni]

#### **Trajtimi farmakologjik i skizofrenisë**

Medikamente që përdoren në trajtimin e skizofrenisë quhen antipsikotikë.

Parimet e përgjithshme të përdorimit të antipsikotikëve.

#### **Standartet e përdorimit të antipsikotikëve**

##### **Standardet e Përdorimit të Antipsikotikëve**

| I.   | Çdo pacient duhet të përdor vetëm një antipsikotik, parapëlqehet përdorimi i një doze të vetme [përjashtim bëhet kur kalojmë nga një medikament në medikamentin tjetër]  |
|------|--|
| II.  | Antipsikotikët tipik zakonisht nuk duhen përdorur si sedativ. [Mund të përdoren cikle të shkurtra të benzodiazepinave ose sedativ të përgjithshëm si psh., prometazina].   |
| III. | Dozat duhet të jenë sa më të ulta dhe efektive. Fillimisht aplikohen doza të ulta të mjaftueshme, përpara se të përdoren doza më të larta. Kjo metodë shërben për antipsikotikët tipik ashtu edhe për ata atipik |
| IV.  | Dozat mbi 15 mg në ditë të Haloperidolit ose ekivalente me të, duhet të jenë përjashtim më shumë se sa rregull i praktikës së zakonshme klinike  |
| V.   | Pacientët që marrin doza më të larta dhe për një kohë të mjaftueshme pa treguar ndonjë përmirësim të simptomeve, duhet parë mundësia e përdorimit të Klozapinës  |
| VI.  | Medikamentet antikolinergjike duhen përdorur kundër parkinsonizmit ose distonisë, por duhet tentuar heqja e tyre pas një periudhe 2-3 mujore.  |

Antipsikotikët janë medikamente që përdoren për mjekimin e simptomeve pozitive dhe negative të skizofrenisë.

Ndahen në dy grupe: antipsikotikët e vjetër i referohen përdorimit të disa termave si p.sh., antipsikotikë të gjeneratës së parë, konvencional, tipik, neuroleptik ose trankvilizuesit e mëdhenj.

Medikamentet antipsikotike veprojnë duke blokuar receptorët e transmetimit të dopaminës. Antipsikotikë tipikë gjenden edhe në formë depo me veprim të zgjatur [haloperidoli decanoas 50 dhe 100mg/ampula, flufenazina decanoas, 25 dhe 50mg/ampula].

Rekomandohet përdorimi i tyre çdo 2, 3 ose 4 javë në rrugë i/mm. Zakonisht, aplikimi i këtyre medikamenteve përdoret në ato raste kur pacienti ka kompliancë negative me terapinë orale.

**Kujdes!** bëhet për shfaqjen e efekteve anësore [diskinezitë tardive], ndaj kërkohet monitorim i vazhdueshëm nga mjeku psikiatër.

Rekomandimi dhe dozimi i antipsikotikëve me efekt të zgjatur bëhet vetëm nga mjeku specialist [psikiatër ose neuropsikiatër].

Këto medikamente janë në përdorim klinik që prej vitit 1950-të. Receptorët e dopaminës janë klasifikuar me nëntipe [D1, D2, D3, D4 dhe D5] dhe D2, D3, e D4 janë ato që kanë të bëjnë me sëmundjet mendore.

#### Dozat Ekuivalente të Antipsikotikëve

| Nr. | Medikamenti               | Doza Ekuivalente<br>[me konsensus]<br>[mg/ditë] | Diapazoni i vlerave<br>Në<br>literaturë<br>[mg/ditë] |
|-----|---------------------------|---|--|
| 1.  | Klorpromazin              | 100   | -  |
| 2.  | Thioridazin               | 100   | 75   |
| 3.  | Fluphenazin               | 2   | 2-5  |
| 4.  | Trifluoperazin            | 5   | 2,5 - 5  |
| 5.  | Flupenthixol              | 3   | 2-3  |
| 6.  | Zuclupenthixol / Clopixol | 25  | 25-60  |
| 7.  | Haloperidol               | 3   | 1,5 - 5  |
| 8.  | Droperidol                | 4   | 1-4  |
| 9.  | Sulpiride                 | 200   | 200-270  |
| 10. | Pimozide                  | 2   | 2  |
| 11. | Loxapin                   | 10  | 10-25  |
| 12. | Fluphenazin [depo]        | 5 / javë  | 1 - 12,5 / javë                                      |
| 13. | Flupenthixol [depo]       | 10 / javë                                       | 10 - 20 / javë                                       |
| 14. | Zuclopenthixol [depo]     | 100 / javë                                      | 40 - 100 / javë                                      |
| 15. | Haloperidol [depo]        | 15 / javë                                       | 5 - 25 / javë  |

Ndërsa për grupin e medikamenteve të reja të antipsikotikëve janë përdorur terma të tillë si; antipsikotikë të gjeneratës së dytë ose antipsikotikë atipikë.

Atipsikotikët tipikë janë antagonistë [blokues] të fuqishëm të receptorëve D2, D3 e D4.

Kjo i bën ata të efektshëm në trajtimin e simptomeve target por nga ana tjetër sjell mjaft prej efekteve anësore ekstrapiramidale [shih më poshtë] për shkak të blokimit të receptorëve D2.

Medikamentet e reja atipike antipsikotike, si klozapinë [Clozaril], janë blokues relativ të dobët të receptorëve D2, gjë që shpjegon incidentën e ulët të efekteve anësore ekstrapiramidale.

Për më tepër antipsikotikët atipik frenojnë rikapjen e serotoninës siç bëjnë disa antidepresiv, duke rritur efektshmërinë e tyre në trajtimin e simptomeve depresive të skizofrenisë.

Medikamentet antipsikotike atipike, dozat, nivelet terapeutike ditore.

| Nr, | Emri i Medikamentit | Dozat fillestare | Doza terapeutike | ditore |
|-----|---------------------|------------------|------------------|--------|
| 1.  | Klozapinë           | 25mg             | 400-600 mg       |        |
| 2.  | Risperidoni         | 1-2 mg           | 2-6 mg           |        |
| 3.  | Olanzapina          | 5-10mg           | 10-30mg          |        |
| 4.  | Quetiapina          | 100-200 mg       | 300-800mg        |        |
| 5.  | Ziprazidone         | 40-80mg          | 120-240mg        |        |
| 6.  | Aripiprazol         | 5-15mg           | 10-30mg          |        |
| 7.  | Paliperidone        | 3-6 mg           | 3-12mg           |        |

## 5.2 Trajtimi i Pacientëve me Skizofreni

Pacientët mund të kenë pikëpamje specifike ndaj qasjes së trajtimit, trajtimit të pavullnetshëm bazuar në përvojat e mëparshme të trajtimit ose mund të kenë kufizime.

Ata gjithashtu mund të jenë në gjendje të përvijojnë strategji që kanë qenë të dobishme për ta në përballimin ose menaxhimin e simptomeve të tyre në të kaluarën [Cohen et al. 2017].

Disa pacientë do të kenë plotësuar një direktivë paraprake psikiatrike [Murray dhe Wortzel 2019], e cila është e rëndësishme të rishikohet me pacientin nëse ekziston.

Përveç intervistës së drejtpërdrejtë, pacientëve mund t'u kërkohet të plotësojnë formular elektronik ose të bazuar në letër që pyesin për simptomet psikiatrike ose aspektet kryesore të historisë [American Psychiatric Association 2016a].

Kur janë të disponueshme, të dhënat paraprake mjekësore, bazat e të dhënave të recetave elektronike dhe të dhëna nga mjek të tjera mjekues mund të shtojnë detaje të mëtejshme në histori ose të vërtetojnë informacionin e marrë në intervistë [American Psychiatric Association 2016a].

Anëtarët e familjes, miqtë dhe individë të tjera të përfshirë në rrjetin mbështetës të pacientit mund të jenë një pjesë e rëndësishme e grupit që kujdeset për pacientit dhe njeherazi mund të jenë burime të vlefshme informacioni kolateral rreth arsyses së vlerësimit, historisë së kaluar të pacientit dhe simptomeve dhe sjelljes aktuale [Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2016a].

Kontakti me familjen, miqtë dhe me të tjerët në rrjetin mbështetës zakonisht duhet të ndodh me lejen e pacientit.

Në situatat në të cilat pacientit i jepet mundësia dhe nuk kundërshton, informacioni i nevojshëm mund të ndahet me anëtarët e familjes ose personat e tjera të përfshirë në kujdesin ndaj pacientit.

Për shembull, nëse një i afërm ose një person mbështetës është i pranishëm me pacientin në një takim, klinicisti mund të diskutojë informacionet rreth medikamenteve ose të këshilloj rreth shenjave paralajmëruese të një urgjencë në zhvillim.

Megjithatë, në disa raste, pacientët mund të kërkojnë që familja ose të tjerët të mos kontaktohen. Kur është ky rasti, pacientët zakonisht mund të identifikojnë dikend të cilit i besojnë për të dhënë informacion shtesë dhe shpesh janë të gatshëm të rishqyrtojnë kontaktin ndërsa trajtimi vazhdon.

Është gjithashtu e dobishme të diskutohen shqetësimet e pacientit, arsyet e shqetësimeve me anëtarët e familjes ose me persona të tjerë të rëndësishëm në jetën e pacientit.

Për shembull, një pacient mund të dëshirojë të shmangë shqetësim e një personi të dashur, mund të jetë ndjerë i pambështetur nga një anëtar i caktuar i familjes në të kaluarën ose mund të jetë duke përjetuar besime deluzive që përfshijnë një anëtar të familjes ose një mik.

Pacienti mund të dëshirojë gjithashtu të kufizojë informacionin që mjekët marrin për trajimin, simptomet ose sjelljet e kaluara ose të fundit.

Edhe kur një pacient nuk dëshiron që të kontaktohet një person specifik, klinicisti mund të dëgjojë informacionin e dhënë nga ai individ, për sa kohë që informacioni konfidencial nuk i jepet informatorit.

### **5.2.1 Angazhimi i anëtarëve të familjes dhe personave të tjerë mbështetës**

Diskutimet me pacientin, anëtarët e familjes dhe të tjerët zakonisht do të ndodhin si pjesë e vlerësimit fillestar [shih lart], dhe do të nevojiten të dhëna shtesë ndërsa trajtimi vazhdon dhe plani i trajtimit përditësohet.

Anëtarët e familjes dhe të tjerët të përfshirë në jetën e pacientit mund të shprehin gjithashtu shqetësime specifike për simptomet ose sjelljet e individit, të cilat, nëse janë të pranishme, duhet të dokumentohen dhe adresohen.

Shumica e individëve mirëpresin përfshirjen e anëtarëve të familjes dhe personave të tjerë mbështetës [Cohen et al. 2013; Drapalski et al. 2018; Mueser et al. 2015]dhe anëtarët e familjes mund të janë një pjesë e rëndësishme e ekspertit të kujdesit.

Anëtarët e familjes pajisen me materiale edukative ose ju rekomandohet të ju drejtohen organizatave që ofrojnë edukim për anëtarët e familjes dhe personat e tjerë mbështetës [Shëndeti Mendor Amerika 2019; Aleanca Kombëtare për Sëmundjet Mendore 2019a].

### **5.2.2 Planifikimi i Trajtimit i Bazuar në Dëshmi**

APA rekomandon [1C] që pacientët me skizofreni duhet të kenë një plan të dokumentuar, gjithëpërfshirës të trajtimit dhe një plan të trajtimit që përfshinë trajtime jofarmakologjike dhe farmakologjike të bazuara në dëshmi ku në qendër është personi.

## Aplikimi

Kur trajtohen individët me skizofreni, duhet të hartoher një plan trajtimit i përqëndruar te personi, të dokumentohet me kartelën mjekësore dhe të përditësohet me pacientin, në intervalë të përshtatshme ose plani i trajtimit me qendër në personin mund të regjistrohet si pjesë e një shënimisë, vlerësimi ose shënimit të progresi dhe nuk ka nevojë t'i përbahet një procesi të përcaktuar zhvillimi.

Ndërsa trajtimi vazhdon, plani i trajtimit do të kërkojë rivlerësim dhe rregullim të përsëritur nxitur nga faktorë të tillë si reagimi joadekuat ndaj trajtimit, vështirësitet me tolerueshmërinë ose respektimin, dëmtimet në njohje, ndryshimet në paraqitjen e problemeve ose simptomeve, ose rishikimet në diagnozë.

Në përshtatjen e trajtimit sipas nevojave të pacientit individual, përshtatja e planit të trajtimit nevojiten gjithashtu në bazë të faktorëve sociokulturor ose demografik, për të përmirësuar cilësinë e jetës ose aspektet e funksionimit [p.sh. social, akademik, profesional].

Faktorët që ndikojnë në metabolizmin e medikamenteve [p.sh. mosha, sekxi, pesha trupore, funksioni i veshkave ose mëlçisë, statusi i pirjes së duhanit, përdorimi i medikamente të shumta të njëkohshme], mund të kërkojnë gjithashtu rregullime në planin e trajtimit në drejtim të dozës tipike të mjekimit ose të frekuencës së monitorimit.

Për shumicën e individëve me skizofreni, është sfiduese për të krijuar një pamje koherente të kursit gjatësor të pacientit nga të dhënat mjekësore. Prandaj, është e rëndësishme të theksohet arsyja për çdo ndryshim në planin e trajtimit si p.sh ndryshimet specifike që po bëhen për shkak të një historie të saktë të së shkuarës dhe së tashmes, trajtimet dhe përgjigjet ndaj tyre janë një ndër pjesët kyçë të planifikimit të trajtimit të ardhshëm.

### 5.2.3 Qëllimet e Planifikimit të Trajtimit

Qëllimet kryesore të planifikimit të trajtimit janë 1] promovimi dhe ruajtja e rikuperimit, 2] maksimizimi i cilësisë së jetës dhe përshtatje e funksionimit dhe 3] zvogëlimi ose eliminimi i simptomeve.

Për të arritur këto qëllime, është thelbësore të identifikohen aspiratat e pacientit, qëllimet e trajtimit dhe preferencat e lidhura me trajtimin.

Diskutimet me pacientin, profesionistët e tjera shëndetësorë që trajtojnë, anëtarët e familjes dhe të tjerë të përfshirë në jetën e pacientit mund të jenë jetike në zhvillimin e një pasqyre të plotë të pacientit dhe në formulimin e një plani trajtimit të përqëndruar te personi, duke përdorur vendimmarrje të përbashkët kurdo që është e mundur.

Pacienti dhe të tjerët mund të shprehin mendime rreth qasjeve specifike të trajtimit ose të identifikojnë pengesa praktike për aftësinë e pacientit për të marrë pjesë në trajtim, të tilla si mungesa e njohurive, dëmtimi konjtitiv, çorganizimi ose burimet e pamjaftueshme sociale.

#### **5.2.4 Strategjité për të promovuar aderimin**

Strategjité për të promovuar aderimin janë gjithmonë të rëndësishme për t'u marrë parasysh kur zhvillohet një plan trajtimi ku në qendër është pacienti [Ferrando et al. 2014]. Mbajtja e respektimit të trajtimit është shpesh sfiduese.

Planifikimi i trajtimit për të adresuar aderimin do të varet nga faktorët specifikë kontribues dhe nëse respektimi i reduktuar lidhet me përdorimin e medikamenteve, takimet e humbura ose aspekte të tjera të trajtimit.

Çështjet që mund të ndikojnë në aderimin përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm me, mungesën e vetëdijes për sëmundjen, harrimin e marrjes së dozave, vështirësitë në menaxhimin e regjimeve komplekse [p.sh., për shkak të dëmtimit njohës, shpeshtësisë së dozave ose numrit të medikamenteve], efektet anësore që janë me rëndësi të veçantë për pacientin [p.sh., shtimi në peshë, Akatizia, mosfunkcionimi seksual, efektet në njohje], barrierat financiare [p.sh., kostoja, mbulimi i sigurimit], rreziqet dhe përfitimet e perceptuara të trajtimit, kuptimi i pamjaftueshëm i përfitimeve nga mjekimi për simptomet që janë të rëndësishme tek pacienti, ambivalenca ose dyshimi ndaj medikamenteve ose trajtimit në përgjithësi, mungesa e një nevoje të perceptuar për trajtim [p.sh., për shkak të ndjenjës së mirë ose mos-dukjes së vetes si të sëmurë për shkak të bindjeve personale, fetare ose kulturore], gjendjeve të njëkohshme [p.sh., depresioni, alkool, kanabis ose çrregullime të tjera të përdorimit të substancave], nivele të larta kundërshtuese, deluzione persekucessive, vështirësi të mëparshme me aderimin, përvoja të mëparshme me trajtim [p.sh., efektiviteti, efektet anësore], disponueshmëria e kufizuar gjeografike ose aksesi i shërbimeve, kufizimet financiare ose sigurimi në mjekime ose vizita, vështirësi në marrëdhëniet terapeutike, mungesë mbështetjeje nga të tjerët të rëndësishëm për trajtim, bindje kulturore ose familjare për sëmundjen ose trajtimi dhe perceptimet e stigmës për të pasur një sëmundje dhe për marrien e medikamenteve

Respektimi i takimeve mund të ndikohet gjithashtu nga barrierat financiare, vështirësitë në planifikimin e vizitave rreth orarit të punës ose të shkollës, ose çështjet me transportin ose me kujdesin ndaj fëmijëve.

#### **5.2.5 Adresimi i rreziqeve për sjellje suicidale dhe agresive**

Identifikimi i faktorëve të rrezikut dhe vlerësimi i rreziqeve për sjelljet suicidale dhe agresive janë pjesë thelbësore e vlerësimit psikiatrik [American Psychiatric Association 2016a].

Pavarësisht identifikimit të këtyre faktorëve të rrezikut, nuk është e mundur të parashikohet nëse një pacient individual do të përfshihet në sjellje agresive ose do të tentojë ose do të vetvritet.

Megjithatë, kur ekziston një rrezik në rritje për sjellje të tillë, është e rëndësishme që plani i trajtimit të rivlerësojë vendosjen e kujdesit dhe të zbatojë qasje për të synuar dhe zgogëluar faktorët e modifikuar të rrezikut.

Megjithëse faktorët e rrezikut demografik dhe historik janë statik, faktorët e rrezikut potencialisht të modifikuar mund të përfshijnë aderimin e dobët, simptomet thelbësore të skizofrenisë [p.sh., halucinacione, deluzione], simtome të njëkohshme [p.sh., depresioni, pashpresa, armiqësia, impulsiviteti] dhe bashkë-ndodhja diagnoza [p.sh., depresioni, çrregullimi i përdorimit të alkoolit, çrregullime të tjera të përdorimit të substancave].

Elementë shtesë të planit të trajtimit mund të adresojnë periudhat e rritjes së rrezikut [p.sh., menjëherë pas diagnozës, gjatë burgimit, pas daljes nga spitali].

## **5.2.6 Adresimi i çrregullimeve të përdorimit të duhanit dhe substancave të tjera**

Individët me skizofreni kanë shkallë të lartë të varësisë nga nikotina [Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve 2020], përdorimi i kanabisit dhe përdorimi i alkoolit dhe substancave të tjera.

Pirja e duhanit është një kontribues kryesor në rritjen e vdekshmërisë tek individët me sëmundje të rënda mendore [Reynolds et al. 2018; Tam et al. 2016] dhe pasojat e pafavorshme shëndetësore të pirjes së duhanit janë të dokumentuara mirë [Lariscy et al. 2018; Departamenti i Shëndetit i SHBA dhe Shërbimet Njerëzore 2014; Van Schayck et al. 2017].

Rekomandohet lënia e duhanit për çdo individ që pi duhan. Disa studime kanë vlerësuar qasjet e ndërprerjes së duhanit që synojnë individët me sëmundje mendore, por provat specifike në pacientët me skizofreni janë ende të kufizuara.

Kështu, është e rëndësishme që plani i trajtimit të adresojë çrregullimet e përdorimit të substancave kur ato janë të pranishme.

## **5.2.7 Adresimi i simptomeve dhe diagozave të tjera shoqëruese psikiatrike**

Simptomet depresive janë të zakonshme tek individët me skizofreni dhe duhet të trajtohen si pjesë e planifikimit të trajtimit.

Qasja për trajtimin e depresionit do të bazohet në një diagnozë diferenciale të kujdeshme që merr në konsideratë kontributet e mundshme të demoralizimit, simptomet negative të skizofrenisë, efekteve anësore të medikamenteve antipsikotike, intoksikimin ose tërheqjen e substancave, gjendjen e shëndetit fizik ose të një episodi të madh depresiv që ndodh.

Simptomet depresive që ndodhin gjatë një episodi akut të psikozës shpesh përmirësohen pasi simptomet psikotike i përgjigjen trajtimit.

Dëshmitë mbi përdorimin e medikamenteve kundër depresionit për trajtimin e depresionit tek individët me skizofreni vijnë nga prova të shumta. [Dondé et al. 2018; Gregory et al. 2017; Helfer et al. 2016].

Megjithatë, një meta-analizë sugjeron që shtimi i medikamenteve kundër depresionit rezulton në efekte të vogla të dobishme në simptomet e depresionit, cilësinë e jetës dhe shkallën e përgjigjes, si dhe në simptomet pozitive, simptomet negative dhe simptomet e përgjithshme [Helfer et al. 2016].

Këto efekte ishin më të theksuara te pacientët me simptome më të rënda depresive. Për më tepër, trajtimi antidepresiv nuk duket të jetë i lidhur me pérkeqësimin e psikozës ose dallime të rëndësishme në efektet e kundërtë [Helfer et al. 2016].

Kur simptomet e ankthit janë të pranishme te individët me skizofreni, kontributet e mundshme të simptomeve psikotike, efekteve anësore të medikamenteve, intoksikimit ose tërheqjes së substancave, ose që ndodhin bashkë.

Çrregullimet e ankthit mund të sugjerojnë një qasje ndaj trajtimit.

Duke pasur parasysh sigurinë relative të medikamenteve ndihmëse dhe antidepresive te individët me skizofreni dhe depresion, këto medikamente mund të merren parasysh nëse tregohet ndryshe për të trajtuar çrregullimin e stresit posttraumatik ose një çrregullim ankthi.

Nga ana tjetër, studimet mbi përdorimin e benzodiazepinave në skizofreni janë të kufizuara [Dold et al. 2012], dhe përdorimi afatgjatë i benzodiazepinave mund të shoqërohet me rritje të rrezikut të rezultateve më të dobëta, duke përfshirë efektet anësore [Dold et al. 2013; Fond et al. 2018; Fontanella et al. 2016; Tiihonen et al. 2016] ose keqpërdorim [Maust et al. 2019].

Trajtimet jofarmakologjike për çrregullimin e stresit posttraumatik te individët me skizofreni janë studiuar më pak, por mund të kenë përfitime modeste dhe nuk duket të kenë efekte negative të rëndësishme, krahasuar me kujdesin e zakonshëm [Brand et al. 2018; Sin et al. 2017b].

### **5.2.8 Adresimi i gjendjeve të tjera shoqëruese shëndetësore**

Gjendjet e tjera shoqëruese shëndetësore janë më të shpeshta te individët me sëmundje serioze mendore në përgjithësi [Firth et al. 2019; Janssen et al. 2015; McGinty et al. 2016] dhe skizofreni në veçanti [Henderson et al. 2015].

Çrregullime të tillë përfshijnë, por nuk kufizohen në shëndetin e dobët oral [Kisely et al. 2015], infekzionin e hepatitit C [Chasser et al. 2017; Hauser dhe Kern 2015; Hughes et al. 2016], infekzionin me HIV [Hobkirk et al. 2015; Hughes et al. 2016], kanceri [Olfson et al. 2015], apnea e gjumit [Myles et al. 2016; Stubbs et al. 2016b], obeziteti [Janssen et al. 2015], diabeti mellitus [Vancampfort et al. 2016], sindromi metabolik [Vancampfort et al. 2015] dhe sëmundjet kardiovaskulare [Correll et al. 2017c].

Këto çrregullime, nëse janë të pranishme, mund të kontribuojnë në vdekshmëri ose në uljen e cilësisë së jetës, dhe disa mund të shkaktohen ose përkeqësohen nga medikamentet psikiatrike. Dëmtimet në funksionin renal dhe hepatik, nëse janë të pranishme, mund të ndikojnë në rekomandimet e trajtimit.

Është e rëndësishme që pacientët të kenë akses me mjekët e kujdesit parësor shëndetësor të cilët mund të punojnë me psikiatërat për të diagnostikuar dhe trajtuar kushtet e njëkohshme të shëndetit fizik [American Psychiatric Association 2016a], por psikiatri mund të sigurojë gjithashtu monitorim dhe trajtim të vazhdueshëm të kushteve të zakonshme mjekësore në lidhje me mjekët e kujdesit parësor [Druss et al. 2018].

## **5.3 Shtatzënia dhe periudha pas lindjes**

Gratë me potencial riprodhimi dhe në rrezik për shtatzëni duhet të ndihmohen në marrjen e kontraceptivëve efektiv nëse shtatzënia nuk është e dëshiruar. Për gratë që planifikojnë të mbeten shtatzënë ose që janë shtatzënë ose që janë në periudhën pas lindjes, është thelbësore të bashkëpunohet me pacienten, mjekun e saj obstetër-gjinekolog ose mjekun tjetër obstetër dhe, nëse përfshihet, partneri i saj ose persona të tjerë mbështetës.

Për gratë që ushqehen me gjji, bashkëpunimi me pediatrin e foshnjës është po aq i rëndësishëm.

Qëllimi i përgjithshëm është të zhvillohet një plan kujdesi që synon optimizimin e rezultateve si për pacienten ashtu edhe për foshnjën e saj.

Përveç kësaj, gjatë shtatzënisë dhe pas lindjes, rivlerësimi i shpeshtë do të nevojiten për të përcaktuar nëse ka pasur ndonjë modifikim në planin e trajtimit.

Si çdo vendim që lidhet me përdorimin e medikamenteve psikiatrike para mbetjes shtatzane gjatë shtatzënie ose gjatë ushqyerjes me gji, është thelbësore të merren parasysh përfitimet e mundshme të trajtimit, si dhe dëmet e mundshme të sëmundjes së patrajtuar dhe potenciali për efekte negative fetale ose neonatale.

Sëmundja psikiatrike e nënës së patrajtuar ose e trajtuar në mënyrë joadekuate mund të rezultojë në respektim të dobët të kujdesit para lindjes, ushqim joadekuat, rritje të përdorimit të alkoolit ose duhanit dhe ndërprerje të shtatzanisë, mjedisit dhe lidhja nënë-fëmijë.

Për gratë me potencial riprodhimi, vendimet për mjekimet dhe këshillat për praktikat kontraceptive duhet të mirren parasysh si dhe efektet e mundshme nëse do të ndodhë shtatzënia.

Disa medikamente shmanget më së miri tek gratë me potencial për të lindur fëmijë; për shembull, acidi valproik, duhet të shmanget për shkak të efekteve të tij teratogjene [Briggs et al. 2017] dhe lidhjes me sindromën metabolike të nënës.

Të gjitha medikamentet psikotrope të studijuara deri më sot kalojnë placentën, janë të pranishme në lëngun amniotik dhe hyjnë në qumështin e gjirit të nënës [Akademia Amerikane e Pediatrisë dhe Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve 2017].

Për më tepër, periudha nga java e tretë deri në javën e tetë të shtatzënisë shoqërohet me rrezikun më të madh për teratogjenezë [Akademia Amerikane e Pediatrisë dhe Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve 2017].

Nëse një grua mbetet shtatzënë gjatë marrjes së një medikamenti antipsikotik, duhet t'i kushtohet vëmendje konsultimit me një mjek obstetër-gjinekolog, diskutimit me klinicistin referues përpara se të ndërpriten medikamentet psikotrope të indikuara për të përcaktuar nëse rreziqet e ndalimit të mjekimit tejkalojnë çdo rrezik të mundshëm të fetusit

Për shumë gra, java e tetë e shtatzënisë do të ketë kaluar përpara se të fillojë kujdesi obstetrik dhe ndërprerja e mjekimit nuk do të shmangë ose zvogëlojë rrezikun teratogenik. Pra, vazhdmi i trajtimit te një grua me skizofreni, përfitimet e trajtimit të vazhdueshëm me medikamente antipsikotike në minimizimin e rikthimit në përgjithësi do të tejkalojnë potencialin për rrezikun e fetusit [Briggs et al. 2017].

Njohuria për efektet e medikamenteve antipsikotike është e kufizuar në studime vëzhguese dhe të bazuara në regjistër.

Megjithëse informacionet janë të kufizuara në lidhje me medikamentet më të reja antipsikotike të gjeneratës së dytë [SGAs]. Medikamentet antipsikotike të gjeneratës së parë [FGA] kanë qenë në përdorim të gjerë për më shumë se 40 vjet, dhe SGA-të e vjetra janë të disponueshme për disa dekada.

Të dhënat e disponueshme sygjerojnë se këto medikamente kanë rrezik minimal për sa i përket efekteve teratogene ose toksike në fetus [ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics 2008; Briggs et al. 2017; Chisolm dhe Payne 2016].

Duket se ekziston rreziku i simptomeve të têrheqjes ose efekteve neurologjike të një medikamenti antipsikotik tek i porsalinduri nëse një mjekim antipsikotik përdoret në tremujorin e tretë [Briggs et al. 2017; Administrata e Ushqimit dhe Barnave të SHBA 2011a].

Simptomet mund të përfshijnë agitacion, rritje ose ulje anormale të tonit të muskujve, dridhje, përgjumje, vështirësi të rënda në fryshtëzim dhe vështirësi në të ushqyer [Briggs et al. 2017; Administrata e Ushqimit dhe Barnave të SHBA 2011a]. Megjithatë, zvogëlimi i medikamenteve antipsikotike në fund të shtatzënisë nuk është i këshillueshëm për shkak të relapsit.

Në disa të porsalindur, simptomet zhduken brenda orëve ose ditëve dhe nuk kërkojnë trajtim specifik, te të porsalindurit, e tjerë mund të kenë nevojë për qëndrime më të gjata në spital [U.S. Food and Drug Administration 2011a].

Mundësia e këtyre efekteve sinjalizon rëndësinë e monitorimit nga afër të të porsalindurit në bashkëpunim me pediatrin e foshnjës.

Megjithatë, siç u përmend më lart, përfitimet e trajtimit për nënën dhe përfitimet afatgjata të trajtimit për foshnjën [p.sh., respektimi më i mirë i kujdesit dhe ushqyerjes para lindjes, norma më të ulëta të përdorimit të alkoolit ose duhanit para lindjes] në përgjithësi do të favorizojë vazhdimin dhe mos zvogëlimin e trajtimit antipsikotik.

Në përgjithësi, simptomet duhet të menaxhohen me dozën më të ulët efektive, megjithëse preferohet të ruhet efikasiteti duke përdorur një medikament të vetëm me një dozë më të lartë në vend të përdorimit të medikamenteve të shumta në doza më të ulëta [American Academy of Pediatrics and American Kolegji i Obstetërve dhe Gjinekologëve 2017].

Nëse simptomet e një pacienti kontrollohen mirë me një mjekim specifik, zakonisht nuk këshillohet kalimi në një medikament tjeter antipsikotik, edhe nëse ka më shumë informacione mbi sigurinë për një medikament tjeter [Chisolm dhe Payne 2016].

Ndryshimi i medikamenteve e ekspozon fetusin ndaj dy medikamenteve të ndryshme dhe gjithashtu rrit mundësitë për rikthimin e simptomeve tek pacienti. Ashtu si me të gjitha gratë që janë shtatzëna, kujdesi i rregullt prenatal është thelbësor për të siguruar rezultate optimale nga nëna-fetusi [Akademia Amerikane e Pediatrisë dhe Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve 2017; Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve 2018].

Monitorimi i afërt për përsëritjen e simptomeve dhe përfitjet anësore është i rëndësishëm gjatë shtatzënisë dhe në periudhën pas lindjes, sepse ndryshimet fiziologjike të shtatzënisë mund të ndikojnë në përthihjen, shpërndarjen, metabolizmin dhe eliminimin e medikamenteve dhe mund të kërkojnë rregullime në dozat e medikamenteve [Komiteti ACOG për Buletinet Praktike - Obstetrikë 2008; Chisolm dhe Payne 2016].

Gratë që marrin medikamente antipsikotike janë gjithashtu në rrezik të shtuar të obezitetit dhe hiperglicemisë, dhe suplementet e folatit për të reduktuar rreziqet e defekteve të tubit nervor dhe vlerësimi për diabetin gjatë shtatzënisë janë elementë të rëndësishëm të kujdesit prenatal [Briggs et al. 2017].

Për sa i përket ushqyerjes me gji, informacionet janë të kufizuara, por foshnjat mund të ekspozohen ndaj niveleve klinikisht të rëndësishme të mjekimit në qumështin e gjirit dhe efektet afatgjata të një ekspozimi të tillë nuk dihen [Sachs et al. 2013].

Prandaj, nënat që dëshirojnë të ushqejnë me gjii foshnjat e tyre duhet të rishikojnë përfitimet e mundshme të ushqyerjes me gjii si dhe rreziqet e mundshme në kontekstin e vendimarrjes së përbashkët [Komisioni i Kolegjit Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve për Praktikën Obstetrike].

#### **5.4 Përcaktimi i një mjedisi të trajtimit**

Në përcaktimin e një mjedisi të trajtimit, konsideratat për individët me skizofreni janë të ngjashme me ato për individët me diagnoza të tjera.

Për këtë, në përgjithësi, pacientët duhet të kujdesen së paku për vodosjen kufizuese që ka të ngjarë të jetë e sigurt dhe të lejojë trajtim efektiv.

Nëse kujdesi spitalor konsiderohet i domosdoshëm, duhet të bëhen përpjekje për të shtruar pacientët vullnetarisht. Megjithatë, nëse shtrimi në spital konsiderohet thelbësor, por nuk pranohet vullnetarisht nga pacienti, duhet të ndiqen kërkesat ligjore për shtrimin të pavullnetshëm në spital.

Indikacionet për shtrimin në spital zakonisht përfshijnë pacientët që paraqesin një kërcënim serioz për dëmtim të vetvetes ose të tjerëve ose që janë të paaftë për t'u kujdesur për vete dhe si rezultat kanë nevojë për mbikëqyrje ose mbështetje të vazhdueshme.

Indikacione të tjera të mundshme për shtrimin në spital përfshijnë probleme psikiatrike ose të tjera mjekësore te pacientët ambulator, trajtimi i pasigurt ose joefektiv ose fillimi i ri i psikozës që garanton stabilizimin fillestare të spitalit për të nxitur reduktimin e simptomeve akute dhe për të lejuar përfshirjen në trajtim.

Për individët me skizofreni dhe probleme të tjera të rëndësishme shëndetësore, përcaktimi i një mjedisi trajtimi do të kërkojë peshimin e pluseve dhe minuseve të cilësimeve të mundshme për të identifikuar vendndodhjen optimale për kujdes.

Për shembull, individët që kërkojnë ndërhyrje ose monitorim të rëndësishëm mjekësor ose kirurgjik që zakonisht nuk ofrohen në një shërbim spitalor psikiatrik, ka të ngjarë të shërbohen më mirë në një njësi spitalore të përgjithshme ose në një mjedis të kujdesit intensiv ku ofrohen të dhëna nga psikiatëri konsultativ-ndërlidhës.

Mund të nevojiten përpjekje të konsiderueshme për të ndihmuar personelin që nuk është i njobur me çrrëgullimet psikotike që të angazhohen me pacientin [Freudenreich et al. 2019]. Në rrethana të tjera, menaxhimi i pacientit në një shërbim psikiatrik spitalor në bashkëpunim me konsulentë / specialist do të jetë optimal.

#### **5.5 Konsideratat e trajtimit të pavullnetshëm**

Në disa rrethana, individët mund të mos dëshirojnë të marrin pjesë në trajtim ose të marrin medikamente, edhe nëse kanë simptome të rënda.

Për një nëngrup të vogël pacientësh me rikthime të përsëritura, rihospitalizime, apo edhe riinkarcerim të shoqëruar me mospërputhje ose me dëmtime të njobura, angazhimi i pavullnetshëm ambulator mund të garantojë përfshirjen në planin e trajtimit për të përmirësuar aderimin, për të parandaluar përkeqësimin psikiatrik, për të përmirësuar

rezultatet dhe për të promovuar shërimin [American Psychia Shoqata 2015; Gaynes et al. 2015; Harris et al. 2019; Segal et al. 2017a, 2017b; Swartz et al. 2017].

Angazhimi i pavullnetshëm ambulator [i cili gjithashtu mund të referohet si trajtim i asistuar ambulator, komunitet i mandatuar trajtimi, trajtimi me urdhër të gjykatës ambulatore ose një urdhër trajtimi në komunitet] është gjithnjë e më i disponueshëm, por ndryshon midis vendeve [Burns et al. 2013; Harris et al. 2019] dhe juridiksioneve brenda Shteteteve te Bashkuara [Meldrum et al. 2016] në kriteret dhe zbatimin e saj.

## 5.6 Adresimi i nevojave të pacientëve me skizofreni në mjediset e Burgut

Vlerësimi i kujdeshëm dhe planifikimi i trajtimit është thelbësor për rastet kur individët me skizofreni janë në mjedisë korrektuese.

Edhe pse disa aspekte të trajtimit mund të kenë nevojë të rregullohen për t'u përshtatur me aspektet unike të mjedisive korrektuese [Tamburello et al. 2018], shumë individë përjetojnë boshllëqe në kujdes gjatë burgosjes [Fries et al. 2013; Reingle Gonzalez dhe Connell 2014; Wilper et al. 2009], dhe aksesi duhet të ruhet me elementët thelbësorë të trajtimit, duke përfshirë medikamentet antipsikotike [American Psychiatric Association 2009b] dhe trajtimin përrregullimet shoqëruese të përdorimit të substancave [American Psychiatric Association 2007].

Në sistemin korrektues, individët me skizofreni mund të tërhiqen ose të çorganizohen ose të sillen në një mënyrë disruptive. Këto sjellje mund të rezultojnë në shkelje disiplinore, të cilat mund të bëjnë që individi me skizofreni të vendoset në një mjedis të mbyllur.

Njësi të tillë shpesh quhen ndarje administrative, ndarje disiplinore ose njësi banimi të kufizuara [Krelstein 2002; Semenza dhe Grosholz 2019] dhe janë konceptuar se kanë tre karakteristika kryesore: izolimin social, privimin /shqisor dhe izolimin [Zubek et al. 1969].

Secili prej këtyre elementeve mund të ndryshojë ndjeshëm, por të burgosurit zakonisht shpenzojnë mesatarisht 23 orë në ditë në një qeli, kanë ndërveprim të kufizuar rjerëzor dhe qasje minimale ose aspak në programe dhe mbahen në një mjedis që është krijuar për të ushtruar kontroll maksimal mbi personin, i cili ka ngritur konsideratën më të gjerë etike në lidhje me përdorimin afatgjatë të mjedisive të tillë [Ahalt dhe Williams 2016; Ahalt et al. 2017;

Përveç kësaj, klinicistët e shëndetit mendor që punojnë në objekte të tillë shpesh raportojnë se te të burgosurit pa çrrregullime serioze mendore paraekzistuese shfaqet acarimi, ankthi dhe simptome të tjera disforike kur vendosen në këto njësi për periudha të gjata kohore.

Personat me skizofreni në përgjithësi nuk duhet të vendosen në një izolim 23-orësh/ditë për sjelljet që lidhen drejtpërdrejt me skizofreninë, sepse një ndërhyrje e tillë ka të ngjarë të përkeqësojë në vend se të reduktojë simptomet psikotike, si dhe të rrisë, në vend se të reduktojë sjelljet disruptive.

Individët me skizofreni, si dhe individë të tjera me sëmundje serioze mendore, janë në rrezik të shtuar për rikthimin e simptomeve dhe boshllëqeve në trajtim pas lirimit nga një mjedis korrektues.

Shërbimet shpesh nevojiten, për të reduktuar gjasat e recidivizmit dhe për të ruajtur vazhdimësinë e kujdesit për trajtimin e skizofrenisë dhe çrregullimeve shoqëruese [p.sh., çrregullimet e përdorimit të substancave, gjendjeve të tjera mjekësore].

Kështu, planifikimi i rehabilitimit është një aspekt thelbësor i kujdesit për të burgosurit me skizofreni, veçanërisht për ata që kanë qenë të burgosur për periudha të konsiderueshme kohore.

Shpesh, të burgosurit me skizofreni janë të tjetërsuar nga sisteme i kujdesit dhe mbështetjes psikosociale përparrë arrestimit, dhe ky tjetërsim është i ndërlikuar nga burgimi.

Si rezultat, të burgosurit ka të ngjarë të kenë nevojë për ndihmë gjatë kohës së rehabilitimit, e cila mund të përfshijë fusha të ndryshme, duke përfshirë strehimin, nevojat për trajtim, mbështetjen financiare dhe marrjen e të ardhurave shtesë të sigurisë/paaftësisë së sigurimit social.

## **VI.Farmakoterapia - Medikamentet Antipsikotike**

Ky kapitull ofron një përbledhje të menaxhimit farmakoterapeutikë të skizofrenisë për profesionistet e shëndetit mendor. Medikamentet antipsikotike, të referuara si neuroleptik përshkruhen për të trajtuar skizofreninë dhe për të reduktuar simptomet që lidhen me gjendjet psikotike të pacientit.

Personat që përjetojnë psikozë janë ndonjëherë, por jo gjithmonë, në një rrezik për veten dhe të tjerët. Medikamentet antipsikotike kanë një efekt sedativ afatshkurtër dhe efekt afatgjatë të reduktimit të simptomatologjisë psikotike.

Shumica e antipsikotikëve në dispozicion janë në forma dozimi orale [tableta, kapsula, solucione orale], ndërsa disa mund të jepen në formë parenteral [injeksione intramuskulare dhe intravenoze].

Kjo kategori e medikamenteve ndahet në dy grupe:

- 1. Antipsikotikët tipik, ose medikamente antipsikotike të gjeneratës së parë dhe**
- 2. Antipsikotik atipik, ose antipsikotik të gjeneratës së dytë.**

Trajtimi me antipsikotik i skizofrenisë është përgjegjësi e psikiatrit. Pacientët me skizofreni duhet të trajtohen me mjekim antipsikotik dhe të monitorohen për efektivitetin dhe efektet anësore. Medikamentet antipsikotike janë shtylla kryesore e menaxhimit të skizofrenisë për arrijen e një gjendje të qëndrueshme psikoemocionale të pacientit.

### **Parimet e Përgjithshme**

Në trajtimin e skizofrenisë, mjekimi me antipsikotik është një komponent e rëndësishme.

Përzgjedhja e një antipsikotiku varet nga shumë faktorë që janë specifik për një pacient individual kështu që para fillimit të trajtimit me medikamente antipsikotike, rekomandohet që klinicisti të ketë informacione lidhur me sëmundjen dhe trajimin paraprak të pacientit. Preferohet qe të diskutohet edhe me anëtarët e familjes ose persona të tjerë mbështetës të përfshihen në këtë diskutim.

Thellësia e këtij diskutimi, natyrisht, do të përcaktohet nga gjendja e pacientit, megjithatë aleanca terapeutike do të arrihet nëse pacienti dhe psikiatri mund të identifikojë simptomet e përjetuara nga ana e tij. [p.sh., ankthi, pagjumësi, halucinacionet dhe deluzionet].

Për më tepër, nuk ka një strategji të besueshme për të parashikuar reagimin ose rrezikun e efekteve anësore të një antipsikotiku në krahasim me një tjetër.

Rrjedhimisht, zgjedhja e një antipsikotiku zakonisht ndodh në kontekstin e diskutimit me pacientin në lidhje me përfitimet e mundshme dhe efektet anësore të mundshme [përfshirë përgjigjen ndaj simptomeve dhe tolerueshmërin].

## **6.1 Faktorët që ndikojnë në zgjedhjen e një medikamenti antipsikotik**

### **Formulimet e disponueshme të medikamenteve**

Zgjedhja e medikamenteve mund të ndikohet nga disponueshmëria specifike e medikamenteve si: koncentrate orale ose tableta që shpërndahen me shpejtësi, për pacientët që kanë vështirësi në gëlltitjen e tabletave ose që janë ambivalent në lidhje me medikamentet dhe jokonsistente në gëlltitjen e tyre.

Përdorimi i sensorëve të gëlltitur me teknologji shoqëruese monitorimi mund të ndihmojë në vlerësimin e gëlltitjes, megjithëse FDA vëren se përmirësimet në aderimin nuk janë treguar ende [Administrata e Ushqimit dhe Barnave e SHBA 2017].

Formulimet parenteral me veprim të shkurtër të agjentëve antipsikotik janë të disponueshëm për përdorim afatshkurtër te individët që nuk janë në gjendje të marrin medikamente nga goja ose për administrim urgjent në pacientët me agjitacion akut.

### **Ndërveprimet e medikamenteve dhe metabolizmi**

Vëmendje e kujdeshme duhet t'i kushtohet potencialit për ndërveprime të agjentëve antipsikotikë me medikamente të tjera të përshkruara te raste psh. kur përshkruhen medikamente të shumta, efektet anësore [p.sh., sedacion, efektet antikolinergjike] mund të jenë shtesë.

Përveç kësaj, ndërveprimet e medikamenteve mund të ndikojnë në sasinë e medikamentit të lirë në gjak që është në dispozicion për të vepruar në receptorët.

Për shkak se shumica e medikamenteve antipsikotike janë shumë të lidhura me proteinat e plazmës, shtimi i medikamenteve të tjera të lidhura me proteinat do të zhvendosë molekulat e medikamentit nga proteinat, duke rezultuar në një përqindje më të madhe të medikamentit të palidhur në gjak.

Një tjetër shkak i zakonshëm i ndërveprimeve medikamentoze lidhet me ndërveprimet në enzimet metabolike si enzimet e citokrom P450 [CYP], UDP-glukuronoziltransferazat dhe monooksigjenazat që përbajnë flavin [Ouzzine et al. 2014; Phillips dhe Shephard al. 2014; Zanger dhe Schwab 2013].

Në veçanti, metabolizmi hepatic i medikamenteve antipsikotike nëpërmjet enzimave CYP është studiuar gjërësisht [shih Lexicomp 2019; Micromedex 2019].

Medikamentet mund të konkurrojnë me njëri-tjetrin për të njëjtën enzimë CYP, ose mund të nxisin ose pengojnë aktivitetin e enzimeve CYP, duke ndryshuar nivelet e medikamenteve që metabolizohen përmes asaj rruge. Për medikamentet antipsikotike që kanë metabolitë aktiv, ndryshimet në aktivitetin e enzimës CYP mund të ndikojnë në sasinë relative të metabolitit aktiv.

Rrjedhimisht, kur një pacient është duke marrë medikamente të shumta, është e dobishme të kontrolloni për ndërveprime të mundshme medikamentesh [p.sh., softuer i bazuar në Web

kontrolli i ndërveprimit të medikamenteve i përfshirë në softuerin elektronik të të dhënave shëndetësore].

Përveç ndërveprimeve medikamentoze, një sërë faktorësh të tjerë mund të ndikojnë në enzimet CYP dhe në këtë mënyrë të ndikojnë në nivelet e medikamenteve antipsikotike në gjak. Për shembull, pirja e duhanit ose marijuanës nxit CYP1A2, duke rezultuar në një reduktim përkatës të niveleve të medikamenteve që metabolizohen përmes asaj enzime, duke përfshirë klozapinë dhe olanzapine [Anderson dhe Chan 2016; Kroon 2007; Scherf-Clavel et al. 2019].

## 6.2 Vëtitë farmakokinetike

Përthithja e disa medikamenteve antipsikotike ndikohet nga prania e ushqimit në stomak. Disa individë mund të kenë vështirësi në respektimin e madhësisë ose përbajtjes së duhur të vaktit, gjë që mund të ndikojë në zgjedhjen e këtyre medikamenteve.

Gjysëm zberthimi i një medikamenti antipsikotik është një tjetër veti farmakokinetike që mund të jetë e dobishme të merret parasysh në zgjedhjen e agjentëve antipsikotikë. Një mjekim antipsikotik oral me një kohe të gjysëm zberthimit më të gjatë ose një LAI mund të jetë i preferueshëm për pacientët që janë të prirur të harrojnë dozat ose që nuk i përbahen trajtimit].

Megjithatë koha e gjysëm zberthimit të gjatë ose e injektimit me veprim të gjatë IVGJ/LAI mund të jetë e preferueshëm për pacientët që janë me një medikamenti antipsikotik [ose metabolit aktiv] është dukshëm më e gjatë se 24 orë, është e rëndësishme të kihet parasysh se gjendja e qëndrueshme mund të mos arrihet për ca kohë.

Kjo mund të komplikojë interpretimin e përgjigjes së pacientit ndaj rregullimeve në doza për sa i përket përsitimeve terapeutike dhe efekteve anësore.

Kujdes shtesë mund të nevojitet kur një mjekim antipsikotik me gjysmë zberthim të gjatë zgjidhet për individët e moshuar, për një individ që merr medikamente të tjera që mund të ndikojnë në metabolizmin e medikamenteve ose për individët me dëmtim të veshkave ose mëlcisë.

Individët e moshuar shpesh shfaqin ndryshime fiziologjike shtesë në krahasim me personat e rinj, duke përfshirë një reduktim të funksionit kardiak dalës [dhe reduktimi shoqëruar në rrjedhën e gjakut në veshka dhe mëlcë, ulje të shkallës së filtrimit glomerular, ulje të mundshme të metabolizmit hepatik dhe rritje të përbajtjes së yndyrës].

Këto ndryshime mund të ndryshojnë përthithjen, shpërndarjen, metabolizmin dhe sekretimin e medikamenteve dhe gjithashtu mund të rezultojnë në efekte të zgjatura të medikamenteve dhe ndjeshmëri më të madhe ndaj medikamenteve, si në aspektin e përgjigjes terapeutike ashtu edhe të efekteve anësore [Kaiser 2015].

## 6.3 Efektet anësore

Profili i efekteve anësore të një agjenti antipsikotik është një faktor i rëndësishëm në zgjedhjen e një medikamenti specifik. Shpesh, një pacient do të shprehë shqetësimë për një efekt anësor

të veçantë të mjekimit [p.sh. shtim në peshë]. Një efekt anësor specifik [p.sh., Akatizia, shtimi në peshë, sedimi, hipotensioni ortostatik, mosfunkcionimi seksual] mund të kufizojë gjithashtu respektimin e trajtimit.

Nëse një pacient ka një gjendje fizike shoqëruese [p.sh., diabet, anomali të përqueshmërisë kardiake, çrregullime konvulsive], gjatë zgjedhjes së mjekimit duhet të mirret parasysh mundësia e përkeqësimit të një gjendjeje ekzistuese shëndetësore.

Individët e moshuar mund të janë më të ndjeshëm ndaj disa efekteve anësore të medikamentevetë si: diskinezia e vonuar, hipotensioni ortostatik ose efektet antikolinergjike të medikamenteve.

Kështu, një medikament që ka një probabilitet më të ulët të këtyre efekteve anësore mund të preferohet. Në të kundërt, mund të ketë rrëthana në të cilat një efekt anësor i medikamenteve mund të jetë i dobishëm.

Për shembull, në një pacient që nuk fle mirë, një antipsikotik më qetësues mund të zgjidhet dhe të administrohet para gjumit. Pavarësisht nga konsideratat e lidhura me efektet anësore fillestare në zgjedhjen e një medikamenti antipsikotik, është e rëndësishme të vazhdoni të monitoroni përfundimet e efekteve anësore ndërsa trajtimi vazhdon dhe të keni diskutime shtesë me pacientin rrëth efekteve anësore pasi ato lidhen me preferencat e trajtimit.

#### **6.4 Qëllimi i trajtimit me mjekim antipsikotik**

Qëllimi fillestare i trajtimit akut me mjekim antipsikotik është zvogëlimi i simptomeve akute, me qëllim kthimi të individit në nivelin e tij bazë të funksionimit. Më vonë, trajtimi do të synojë të parandalojë përsëritjen e simptomeve dhe të rritë funksionimin dhe të rregulloj cilësinë e jetës.

Doza fillestare e mjekimit do të varet nga faktorët si: zgjedhja e medikamentit, karakteristikat e pacientit dhe nëse ka ndodhur një provë paraprake e mjekimit antipsikotik. Me përjashtim të klozapinës, doza e shumicës së medikamenteve antipsikotike mund të rritet relativisht shpejtë në një dozë tipike terapeutike pasi të jetë toleruar një dozë fillestare.

Për pacientët që janë trajtuar më parë me një medikament antipsikotik oral ose LAI [Injektim me veprim të gjatë], shpesh është i përshtatshëm rifillimi më i shpejtë i një doze medikamenti efektiv. Edhe pse administrimi sipas nevojës ose urgjent i medikamenteve antipsikotike, ndonjëherë, mund të jetë i dobishëm te individët me agitacion akut, ai gjithashtu mund të zvogëlojë tolerancën dhe të kontribuojë në një perceptim pasi që nevojitet rritje e parakohshme të dozës.

Personat më të rinj që përfjetojnë një episod të parë të psikozës mund të kenë më shumë gjasa të shtojnë peshë ose të zhvillojnë efekte të padëshiruara metabolike të medikamenteve antipsikotike [Correll et al. 2014; Jensen et al. 2019]. Kjo mund të ndikojë në zgjedhjen e një medikamenti fillestare.

Në individ të tillë, një dozë fillestare më e ulët e mjekimit mund të ndihmojë në zvoglimin e efekteve anësore akute të mjekimit antipsikotik dhe mund të përmirësojë gatishmërinë e pacientit përfundimtar trajtimin [Czobor et al. 2015; Gaebel et al. 2010].

Për shkak se një episod i parë i psikozës mund të reagojë më shpejtë dhe mund të kërkojë një dozë më të ulët mjekimi sesa episodet e mëvonshme, përdorimi i një doze fillestare më të ulët të mjekimit është gjithashtu i arsyeshëm [Takeuchi et al. 2019].

Në individët e moshuar, veçanërisht ata me probleme shoqëruese të shëndetit fizik që marrin medikamente të shumta, dozat fillestare të rekomanuara të mjekimit janë një e katërtë deri në gjysmën e dozës fillestare të zakonshme për të rriturit në bazë të konsideratave farmakokinetike [Howard et al. 2000].

Përcaktimi i dozës optimale të mjekimit antipsikotik gjatë trajtimit akut është i ndërlikuar nga fakti se zakonisht ka një vonesë midis fillimit të trajtimit dhe përgjigjes së plotë terapeutike.

Pacientëve mund të ju duhen 2 deri në 4 javë për të treguar një përgjigje fillestare dhe periudha më të gjata kohore për të treguar përgjigjen e plotë ose optimale.

Pasi të arrihet një dozë terapeutike e medikamentit antipsikotik, rritja tepër e shpejtë ose e parakohshme e dozave të medikamentit mund të ndikojë në tolerancën.

Rritjet e parakohshme të dozës mund të krijojnë gjithashtu përshtypjen e rreme të efikasitetit të shtuar për shkak të një doze më të lartë kur përgjigja e vëzhguar lidhet në të vërtetë me kohën e kaluar në një nivel të qëndrueshëm të mjekimit.

Provati disponueshme sugjerojnë se pacientët që nuk kanë shfaqur të paktën 20% të reduktimit të simptomeve [ose përmirësim minimal] me rreth 2 javë me një dozë terapeutike, nuk kanë gjasa të përmirësohen shumë në 4-6 javë, siç reflektohet nga një reduktim prej të paktën 50%. në simptome [Samara et al. 2015]. Rrjedhimisht, monitorimi i statusit klinik të pacientit për 2-4 javë është i garantuar në një dozë terapeutike, përvèç nëse pacienti ka efekte anësore të pakëndshme.

Fillimi i trajtimit me klozapinë është një përfjashtim i dukshëm nga kjo qasje e përgjithshme sepse kërkon një titrim të ngadaltë të dozës për të minimizuar rreziqet e konvulsioneve, hipotensionit ortostatik dhe sedim të tepërt [Clozaril 2019].

Rritjet e mëdha dhe të shpejta të dozës së klozapinës kanë çuar në kolaps kardiovaskular dhe vdekje, veçanërisht në pacientët që marrin medikamente depresive si benzodiazepinat.

Nga një dozë fillestare prej 12,5 mg një herë ose dy herë në ditë, doza ditore e klozapinës mund të rritet me, më së shumti, 25-50 mg/ditë në një dozë të synuar prej 300-450 mg/ditë [Clozaril 2019].

Rritjet e mëvonshme të dozës, nëse është e nevojshme, duhet të jenë 100 mg ose më pak, një ose dy herë në javë.

Mund të nevojitet një shkallë më e ngadaltë e titrimit për pacientët me një episod fillestar të skizofrenisë dhe për ata që janë më të moshuar, të molisur ose të ndjeshëm ndaj efekteve anësore.

Si dhe për ata me një gjendje paraekzistuese të sistemit nervor qendror, duke përfshirë individët me sindromën e delecionit 22q11.2, gjithashtu garantonët një normë më e ngadaltë e titrimit, pasi që mund të ketë një rrezik të shtuar për konvulsione në doza të zakonshme

Përdorimi i dozave të ndara mund të jetë i dobishëm në reduktimin e efekteve anësore gjatë titimit fillestar të dozës, megjithëse shumë pacientë trajtohen përfundimisht me një dozë të vetme para gjumit për të minimizuar sedacionin gjatë ditës dhe për të lehtësuar aderimin [Takeuchi et al. 2016].

Megjithëse efikasiteti vërehet shpesh në një dozë prej 300-450 mg / ditë, disa individë mund të kenë nevojë për doza më të larta të klozapinës, në një dozë maksimale ditore prej 900 mg, për përgjigje të plotë. Nivelet e gjakut të klozapinës mund të janë të dobishme për t'u marrë nëse bëhen rregullime të dozave të klozapinës.

Me klozapinë, monitorimi i sigurisë gjatë trajtimit është i rëndësishëm për të minimizuar rrezikun e efekteve anësore.

Për shkak se rreziku më i lartë i neutropenisë së rëndë [ANC<500/ $\mu$ L] ndodh brenda 6 muajve fillestarë të trajtimit me klozapinë [Alvir et al. 1993; Klozapinë REMS Program 2019c; Myles et al. 2018], frekuencia e monitorimit të ANC është gjithashtu reduktuar me kohëzgjatje më të gjatë të trajtimit.

Në pacientët që kanë ndërprerë ose kanë ndërprerë trajtimin me klozapinë për 30 ditë ose më shumë, duhet të ndiqet titrimi fillestar i dozës për klozapinë dhe frekuencia e monitorimit për fillimin e trajtimit.

Me klozapinë si dhe me medikamente të tjera antipsikotike, disa efekte anësore të zakonshme të hershme, si seditimi, hipotensioni postural ose nauzeja mund të përmirësohen ose të zgjidhen pas disa ditëve ose javëve të para të trajtimit, dhe pacientët mund të inkurajohen të tolerojnë ose menaxhojnë përkohësisht këto efekte të shkurtra-efektet afatgjata.

Efektet e tjera anësore, veçanërisht parkinsonizmi dhe Akatizia, ka të ngjarë të vazhdojnë me trajtimin afatgjatë dhe mund të nevojiten qasje shtesë ndaj menaxhimit.

Nëse planifikohet trajtimi me një medikament antipsikotik LAI [injektim me veprim të gjatë], zakonisht jepet një provë e formulimit oral të të njëjtët medikament për të siguruar tolerueshmërinë. Shndërrimi nga një dozë orale e medikamentit në një dozë korresponduese të një antipsikotik LAI[injektim me veprim të gjatë], varet nga mjekini specifik [Meyer 2017] dhe etiketimi i produktit për secilin medikament përshkruan raportet e përafërtë të konvertimit dhe nëse nevojitet një periudhë e njëkohshme mjekimi oral dhe LAI[injektim me veprim të gjatë].

### **Strategjitetë për të adresuar mos reagimin fillestare ose reagimin e pjesshme ndaj trajtimit antipsikotik**

Nëse një pacient reagon brenda disa javësh nga fillimi i trajtimit, është e përshtatshme të vazhdohet me të njëtin mjekim dhe të monitorohet për përmirësim të vazhdueshëm. Megjithatë, nëse nuk ka përmirësim të konsiderueshëm pas disa javësh trajtim [p.sh., <20% përmirësim në simptome] ose nëse përpara se të arrihet një përmirësim thelbësor [p.sh., >50% përmirësim në simptome, dëmtim minimal në funksionim], është e rëndësishme të merret parasysh nëse janë të pranishëm faktorë që ndikojnë dhe reagojnë në trajtim.

Faktorë të tillë mund të përfshijnë përdorimin e njëkohshëm të substancave, metabolizmin e shpejtë të medikamenteve përthithjen e dobët të medikamenteve, ndërveprimet me medikamente të tjera dhe efekte të tjera në metabolizmin e medikamenteve [p.sh., pirja e duhanit] që mund të ndikojnë në nivelet e medikamenteve në gjak.

Përcaktimi i përqëndrimit të medikamentit në gjak mund të jetë gjithashtu i dobishëm nëse pacienti trajtohet me një mjekim [p.sh., klozapinë] për të cilin niveli i gjakut ka një lidhje me reagimin klinike. Për medikamente të tjera antipsikotike, niveli i gjakut mund të ndihmojë për

të përcaktuar nëse aderimi i dobët ose nivelet nën terapeutike mund të kontribuojnë në reagim të dobët [Bishara et al. 2013; de Oliveira et al. 1996; Hiemke et al. 2004; Lopez dhe Kane 2013; McCutche et al. 2018; Melkote et al. 2018; Sparshatt et al. 2010; Uchida et al. 2011b; Van Putten et al. 1991].

Varësisht nga simptomet e pacientit, duhet të merret parasysh mundësia e një çrregullimi tjetër shoqërues.

Për shembull, në një pacient me simtome negative, një çrregullim i madh depresiv i patrajtuar mund të jetë gjithashtu i pranishëm.

Nëse nuk janë identifikuar faktorë që do të ndikonin në përgjigjen e trajtimit, mund të provohet rritja e dozës për një periudhë të kufizuar, si p.sh. 2-4 javë. Megjithëse efikasiteti në nga rritja e dozave më të larta nuk është vërtetuar [Samara et al. 2018], disa pacientë mund të tregojnë përfitim nëse janë në gjendje të tolerojnë një dozë më të lartë të mjekimit antipsikotik pa efekte anësore të rëndësishme.

Nëse rregullimi i dozës nuk rezulton në një përgjigje adekuate, duhet të merret parasysh një medikament tjetër antipsikotik. Tabelat 5 dhe 6 mund të konsultohen për të identifikuar medikamentet antipsikotike me profile të tjera të lidhjes së receptorit ose efekte të ndryshme anësore.

Për shkak se çdo pacient i përgjigjet ndryshe medikamenteve antipsikotike për sa i përket efekteve terapeutike dhe efekteve anësore, mund të nevojiten prova adekuate të medikamenteve të shumta antipsikotike përpëra se të optimizohet trajtimi antipsikotik dhe mund të jetë e dobishme të këshillohen pacientët për këtë mundësi.

Për individët me skizofreni rezistente ndaj trajtimit, të cilët nuk janë në gjendje të tolerojnë klozapinë ose nuk janë të interesuar të ndjekin një provë të klozapinës, provat e kufizuara të disponueshme sugjerojnë se nuk ka përfitim nga doza të larta të medikamenteve antipsikotike dhe efektet anësore të lidhura me trajtimin ka të ngjarë të rriten [ Dold et al. 2015].

Megjithatë, një provë e një medikamenti të ndryshëm antipsikotik mund të jetë i dobishëm, veçanërisht nëse nuk ka përgjigje ose vetëm një përgjigje të pjesshme ndaj medikamentit të përdorur së fundmi.

Mund të merret në konsideratë edhe trajtimi i shtimit, megjithëse një provë e klozapinës nuk duhet të vonohet nga përpjekjet e shumta për terapi shtuese.

Veçanërisht për pacientët me simtome negative ose depresion, shtimi i terapisë antipsikotike me një mjekim antidepresiv mund të jetë gjithashtu i dobishëm [Helper et al. 2016; Stroup et al. 2019]. Përdorimi i një benzodiazepine, si lorazepam, sugjerohet gjithashtu në pacientët që shfaqin katatoni [Bush et al. 1996b; Fink 2013; Pelzer et al. 2018; Unal et al. 2017].

Megjithatë, nëse përdoren medikamente të shumta, monitorimi i përfitimeve dhe efekteve anësore është i rëndësishëm dhe preferohet të kufizohen ndryshimet në dozë në një medikament në të njëjtën kohë. Përveç kësaj, nëse një pacient përjeton një përkeqësim të simptomeve ndërsa merr një dozë të qëndrueshme mjekimi, garantohet një rishqyrtim i planit të trajtimit në vend që thjesht të shtohen medikamente në regjimin ekzistues.

## **Monitorimi gjatë trajtimit me një mjekim antipsikotik**

Gjatë trajtimit me një medikament antipsikotik, është e rëndësishme të monitorohet aderimi i medikamenteve, përfitimet terapeutike të trajtimit dhe efektet anësore të lidhura me trajtimin. Statusi klinik i pacientit mund të ndikohet gjithashtu nga ndryshimet në shëndetin fizik, rregullimet ndaj medikamenteve të tjera psikotrope dhe jo-psikotrope dhe faktorë të tjera, si ndërprerja ose rifillimi i pirjes së duhanit.

Respektimi i trajtimit antipsikotik është një problem i zakonshëm që ndikon në rezultatet e trajtimit. Ka shumë pengesa për aderimin e trajtimit, si dhe lehtësues dhe motivues të aderimit, të cilat janë individual dhe ndryshojnë sipas pacientëve [Hatch et al. 2017; Kane et al. 2013; Pyne et al. 2014].

Kështu, që është e rëndësishme të merret një qasje e përqëndruar te pacienti në kërkimin e një mënyre jogjkues nëse individi ka përjetuar vështirësi me marrjen e medikamenteve që nga vizita e fundit.

Monitorimi i përgjigjes së trajtimit është gjithashtu thelbësor për identifikimin nëse ka reduktime në ashpërsinë e dëmtimeve funksionale ose simptomeve të synuara, duke përfshirë simptome pozitive, simptome negative dhe simptome të tjera që janë fokusi i trajtimit.

Përdorimi i një matje sasiore mund të ndihmojë në përcaktimin nëse mjekimi antipsikotik po sjellë përfitime terapeutike, duke përfshirë reduktimin e ashpërsisë së simptomeve dhe përmirësimë në funksionim.

Nëse vërehet mungesë në përgjigje ose një përgjigje e pjesshme, do të nevojitet një vlerësim shtesë për të identifikuar dhe adresuar shkaktarët e mundshëm siç përshkruhet në nënseksionin "Strategjët për të adresuar mospërgjigjen fillestare ose përgjigje të pjesshme ndaj trajtimit antipsikotik". Nëse një dozë e medikamentit antipsikotik është duke u ulur, monitorimi mund të ndihmojë në zbulimin e një rikthimi të simptomeve përpara një rikthimi më serioz.

Monitorimi për praninë e efekteve anësore është gjithashtu i rëndësishëm gjatë gjithë kursit të trajtimit antipsikotik. Disa efekte anësore [p.sh. sedatimi, vjellja] janë të dukshme me fillimin e trajtimit, por zhduken, të paktën në një farë mase, me vazhdimin e trajtimit.

Efektet e tjera anësore [p.sh., hipotensioni, Akatizia] mund të janë të pranishme fillimisht dhe të rriten në ashpërsi me titrimin e dozës së medikamentit. Efekte të tjera anësore shfaqen vetëm pas periudhave më të gjata të trajtimit [p.sh., diskinezia e vonuar] ose bëhen më të dukshme për pacientët pasi simptomet e tyre akute kontrollohen më mirë [p.sh., mosfunksionimi seksual].

## **6.5 Mjekimi-Efektet anësore urgjente të medikamenteve antipsikotike**

Si shumica e medikamenteve, edhe medikamentet antipsikotike shoqërohen me një sërë efektesh anësore që mund të zhvillohen derisa trajtimi vazhdon. Tabela 6 paraqet tendencat relative të medikamenteve antipsikotike të shoqërohen me efekte anësore specifike.

Në fillim të rrjedhës së trajtimit, efektet anësore të zakonshme përfshijnë sedatimin; ndryshimet ortostatike në presionin e gjakut; dhe efektet anësore antikolinergjike si tharja e gojës, kapsllëku dhe vështirësi në urinim.

Nga efektet anësore që lidhen me efektet antagoniste të receptorit të dopaminës D2 të antipsikotikëve, dystonia akute shfaqet gjithashtu në fillim të trajtimit. Është veçanërisht e zakonshme me medikamente antipsikotike me fuqi të lartë [p.sh., haloperidol, flufenazinë] dhe mund të jetë kërcënuese për jetën nëse shoqërohet me laringospazmë.

**Sindroma Neuroleptike Malinj [NMS]** mund të jetë kërcënuese për jetën për shkak të hipertermisë shoqëruese dhe jo stabilitetit autonom. Zakonisht ndodh brenda muajit të parë të trajtimit antipsikotik, me rifillimin e trajtimit ose me një rritje të dozës së mjekimit antipsikotik.

Akatizia dhe parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi mund të ndodh në javët fillestare të trajtimit ose pas rritjes së dozave të medikamenteve.

Hiperprolaktinemia, e lidhur me antagonizmin e receptorit D2 në boshtin hipotalamo-hipofizë, mund të çojë në zmadhimin e gjirit, galaktorre, mosfunkcionim seksual dhe tek gratë, çrregullime menstruale.

Këto rritje të prolaktinës ndodhin gjithashtu në javët fillestare deri në muajt e trajtimit. Nga ana tjetër, sindromat tardive, duke përfshirë diskinezinë tardive, zhvillohen më vonë, shpesh muaj apo edhe vite pas fillimit të trajtimit.

Efektet anësore që lidhen me sindromën metabolike janë të zakonshme, në përgjithësi, ato vërehen në muajt e parë të trajtimit, por mund të shfaqen edhe më vonë gjatë trajtimit. Këto efekte anësore përfshijnë shtimin në peshë; hiperlipidemin; dhe çrregullimin e glukozës duke përfshirë zhvillimin e diabetit mellitus.

Trajtimi me klozapinë shoqërohet me një sërë efektesh anësore që më rrallë shihen me medikamente të tjera antipsikotike.

Neutropenia e rëndë shihet më shpesh herët në trajtim dhe është potencialisht kërcënuese për jetën; megjithatë, me kërkesat aktuale rregullatore përmirësojnë nivelet eANC gjatë trajtimit, është e rrallë.

Kur konvulsionet ndodhin me klozapinë, zakonisht ndodhin me doza shumë të larta ose nivele të larta të klozapinë në gjak, me rritje të shpejtë të dozës së klozapinës ose ndryshime në nivelet e medikamenteve [në lidhje me ndërveprimet medikamentoze ose efektet e pirjes së duhanit në metabolizmin e drogës]. Miokarditi është i rrallë dhe zakonisht shfaqet në fillim të trajtimit.

Kardiomiopatia është e rrallë dhe zakonisht shfaqet më vonë gjatë kursit të trajtimit.

Efektet gastrointestinale të klozapinës mund të janë gjithashtu të rëndësishme, dhe në disa pacientë shoqërohet me paksim fekal ose ileus paralitik.

Salivacioni dhe takikardia zakonisht vërehen gjatë trajtimit me klozapinë, por në përgjithësi mund të menaxhohen në mënyrë konservative.

## 6.6 Efektet anësore alergjike dhe dermatologjike

Reaksionet alergjike kutane ndodhin rrallë me medikamente antipsikotike, por mbindjeshmëria mund të shfaqet si: skuqje eritematoze makulopapulare, tipike të trungut, fytyrës, qafës dhe ekstremiteteve.

Ndërprerja e mjekimit ose administrimi i një antihistaminikut është zakonisht efektiv në kthimin e këtyre simptomeve.

Përsa i përket efekteve të tjera anësore dermatologjike, në raste të rralla, trajtimi me tioridazin vërehet se shoqërohet me hiperpigmentim të lëkurës.

Reaksione dermatologjike, duke përfshirë hiperpigmentimin dhe reaksionet e lëkurës, janë raportuar gjithashtu me risperidone, klozapinë, olanzapine, quetiapine dhe haloperidol [Bliss dhe Warnock 2013]. Reaksionet e fotosensibilitetit, që rezultojnë në djegie të rënda nga dielli, vërehen më së shpeshti me medikamente fenotiazine me fuqi të ulët.

Një njollë blu-gri e lëkurës në zonat e trupit të ekspozuara ndaj dritës së diellit është raportuar në pacientët që marrin trajtim afatgjatë me klorpromazinë. Rrjedhimisht, pacientët që marrin këto medikamente duhet të udhëzohen të shmangin rrezet e tepërtë të diellit dhe të përdorin krem kundër diellit.

### 6.6.1 Efektet kardiovaskulare

#### Hiperlipidemja

Ka disa prova që disa medikamente antipsikotike, veçanërisht klozapina dhe olanzapina, mund të rrisin rrezikun për hiperlipidemi [Buhagiar dhe Jabbar 2019; Bushe dhe Paton 2005; Meyer dhe Koro 2004; Mitchell et al. 2013a].

Megjithatë, ekziston gjithashtu një sygjerim që disa pacientë mund të kenë një dislipidemi përpëra se të fillojnë trajtimin antipsikotik [Misiak et al. 2017; Pillinger et al. 2017b; Yan et al. 2013]. Disa pacientë zhvillojnë një rritje të niveleve të triglicerideve në lidhje me trajtimi antipsikotik që rrallëherë është mjaft i lartë sa të shoqërohet me zhvillimin e pankreatitit [Alastal et al. 2016].

Është e paqartë nëse triglyceridemia me trajtim antipsikotik është rezultat i drejtpërdrejtë i mjekimit apo rezultat indirekt i rritjes së triglycerideve në gjak me diabet shoqërues [Yan et al. 2013].

#### Miomarditi dhe Kardiomiopatia

Miomarditi dhe kardiomiopatia janë raportuar te disa pacientë të trajtuar me klozapinë dhe ka rezultuar në vdekje te disa individ. Etiologjia e këtyre efekteve kardiake është e paqartë, megjithëse është sygjeruar një mekanizëm i ndërmjetësuar nga imuniteti [Røge et al. 2012].

Megjithëse kardiomiopatia është raportuar gjatë gjithë rrjedhës së trajtimit me klozapinë, fillimi i miomarditit zakonisht ndodh gjatë muajit të parë të trajtimit dhe lajmërohet nga frysëzjenje, takikardia dhe ethet [Bellissima et al. 2018; Ronaldson et al. 2015].

Karakteristika të tjera mund të përfshijnë lodhje, dhembje gjoksi, palpitacione dhe edemë periferike. Diagnoza mund të jetë sfiduese për shkak të natyrës jospecifike të këtyre simptomeve.

Për shembull, takikardia primare është e zakonshme me trajtimin me klozapinë pa treguar ndonjë shenjë për sëmundje të zemrës. Ethet mund të ndodhin edhe me fillimin e klozapinës,

por shpesh zgjidhet shpejtë dhe pa dëshmi të miokarditit [Bruno et al. 2015; Lowe et al. 2007; Pui-yin Chung et al. 2008].

Rekomandimet për monitorim kanë qenë të ndryshme, por nuk ka asnjë provë apo konsensus që kontrolli parandalues është i nevojshëm ose i dobishëm.

Megjithatë, nëse dyshohet për miokardit ose kardiomiopati, një rishikim sistematik i kohëve të fundit sugjeron kërkimin e konsultës kardiologjike, si dhe monitorimin e proteinës C-reaktive dhe troponinës [nëntipet I dhe T] dhe marrjen e një elektrokardiogramës siç tregohet [Knoph et al. 2018].

Imazhet e rezonancës magnetike të zemrës mund të tregohen gjithashtu në disa individë.

## Hipotensioni Ortostatik

Hipotensioni ortostatik, paraqet rënien e presionit të gjakut nga pozita e shtrirë ose ulur në pozitën e ngitjes në këmbë, është e lidhur me dozën, ku shkak mund të janë efektet bllokuese të receptorëve o të medikamenteve antipsikotike. Kur hipotensioni i rëndë, ortostatik mund të shkaktojë sinkop, marramendje ose rënje paraqet rrezik për pacientin.

Pacientët e moshuar ose të molisur rëndë, pacientët në fazën e titrimit të dozës së terapisë me klozapinë dhe pacientët me sëmundje vaskulare periferike ose me një status kardiovaskular të komprometuar mund të janë në rrezik të veçant.

Pacientët që përjetojnë hipotension ortostatik duhet të paralajmërohen që të ulen në kënd të shtratit për një minutë përpëra se të ngrihen në këmbë, të lëvizin ngadalë nga pozita e shtrirë ose ulur në këmbë dhe të kërkojnë ndihmë kur është e nevojshme.

Strategjitë e menaxhimit për hipotensionin ortostatik përfshijnë përdorimin e masave mbështetëse [p.sh., përdorimin e çorapeve mbështetëse, rritjen e marrjes së kripës dhe lëngjeve në dietë]; duke ulur shpejtësinë titrimi i dozës antipsikotike, zvogëlimi ose ndarja e dozave të medikamenteve antipsikotike, kalimi në një medikament antipsikotik pa efekte antiadrenergjike dhe, si mjet i fundit, administrimi i fludrokortizonit kortikosteroid që mban kripë/lëng për të rritur volumin intravaskular [Mar dhe Raj 2018; Shen et al. 2017]. Për pacientët që marrin trajtim të njëkohshëm antihipertensiv, mund të nevojiten rregullime të dozës së këtyre medikamenteve

## Zgjatja e Intervalit QTc

Intervali QT në elektrokardiogram pasqyron kohëzgjatjen e nevojshme për ripolarizimin e ventrikulit dhe ndryshon me ritmin e zemrës [Funk et al. 2018]. Ekzistojnë disa qasje për llogaritjen e një intervali QT të korriguar për rrahjet e zemrës [QTc].

Megjithëse formula Bazett mbetet ajo më e përdorura për monitorimin dhe kërkimin e medikamenteve, formulat alternative të korrigjimit, si formulat Fridericia dhe Framingham, janë treguar se korrigojnë më saktë për normën dhe përmirësojnë parashikimin e vdekshmërisë. Për të parashikuar me saktësi rrezikun, klinicistët duhet të njihen me një formulë korrigjimi alternative [Aytemir et al. 1999; Rautaharju et al. 2009; Vandenberk et al. 2016].

Zgjatja e konsiderueshme e intervalit QTc shoqërohet me rritje të rrezikut për një takikardi ventrikulare, [torsades de pointes TdP], e cila mund të rezultojë me pasoja kërcënuese për

jetën [p.sh. fibrilacion ventrikular, vdekje e papritur]. Kur intervali QTc zgjatet, një vendim për zgjedhjen ose ndryshimet e medikamenteve antipsikotike kërkohet një vlerësim gjithëpërfshtirës rrezik-përfitum. Një interval QTc >500 msec nganjëherë shihet si një prag për shqetësim; megjithatë, "nuk ka asnjë interval absolut QTc në të cilin nuk duhet të përdoret një psikotrop" [Funk et al. 2018, f. 2].

Faktorët që duhen marrë parasysh kur vendosni për zgjedhjen ose ndryshimin e medikamenteve antipsikotike përfshijnë nëse pacienti po merr medikamente të tjera që dihet se zgjasin intervalet QTc; nëse pacienti ka faktorë që do të ndikonin në metabolizmin e medikamenteve, duke çuar në nivele më të larta të një medikamenti në gjak [p.sh., statusi i dobët i metabolizuesit, ndërveprimet farmakokinetike medikament-medikamente, sëmundje hepatike ose renale, toksiciteti i medikamentit], nëse pacienti dihet se ka një faktor të rëndësishëm rreziku kardiak [p.sh., sindromi kongjenital QT i gjatë, sëmundje strukturore ose funksionale kardiake, bradikardi, histori familjare e vdekjes së papritur kardiake] dhe faktorë të tjerë që lidhen me një rrezik të shtuar të TdP [p.sh., seksi femër; mosha e shtyrë, historia personale e zgjatjes së QTc të induktuar nga medikamentet, sëmundje të rënda akute, uria, rreziku ose prania e hipokalemisë, hipomagnesemisë ose hipokalcemisë] [Funk et al. 2018].

Për individët me këta faktorë të rrezikut, medikamentet antipsikotike me një paralajmërim rregulator ose ata me një rrezik të njohur të zgjatjes së QTc nuk rekomandohen për përdorim nëse ekzistojnë alternativa më të sigurta medikamentesh. Inputet nga kardiologët duhet të merren parasysh kur janë të pranishme sëmundje të rëndësishme kardiake ose faktorë të tjerë rreziku për zgjatjen e QTc, megjithëse konsultimi kardiologjik rutinë nuk është i indikuar për pacientët pa faktorë rreziku kardiak [Funk et al. 2018].

## Takikardia

Takikardia mund të jetë primare [p.sh., me Klozapinë], një përgjigje refleksive ndaj hipotensionit ortostatik ose rezultat i efekteve antikolinergjike. Duket të jetë veçanërisht e zakonshme tek individët që trajtohen me Klozapinë [Lally et al. 2016a], por mund të shihet edhe tek individët e trajtuar me medikamente të tjera antipsikotike, veçanërisht fenotiazin me fuqi të ulët.

Megjithëse pacientët e shëndetshëm mund të janë në gjendje të tolerojnë një rritje të pulsit në pushim, ky mund të mos jetë rasti për pacientët me sëmundje paraekzistuese të zemrës.

Në pacientët me takikardi të konsiderueshme [rrahjet e zemrës mbi 110-120 bpm], EKG është e garantuar, është një vlerësim për shkaqe të tjera të mundshme të takikardisë [p.sh., ethe, anemi, duhanpirje, hipertiroidizëm, sëmundje të frymëmarrjes, çrregullime kardiovaskulare, kafeinë dhe stimulues të tjerë. , efektet anësore të medikamenteve tjera].

Në fillim të trajtimit me Klozapinë, duhet të merret parasysh mundësia e miokarditit. Strategjitet e menaxhimit të takikardisë me medikamente antipsikotike përfshijnë reduktimin e dozës së mjekimit, ndërprerjen e medikamenteve me veti antikolinergjike ose stimuluese dhe përdorimin e strategjive të pëershkuara më sipër për të reduktuar çdo hipotension ortostatik që kontribon.

Raportet e rasteve kanë vë në diskutim përdorimin e medikamenteve të tillë si agjentët  $\beta$ -blokues për takikardi të vazhdueshme dhe të rëndësishme me Klozapinë.

Megjithatë, trajtimi nuk indikohet nëse pacienti është simptomatik ose rrahjet e zemrës së pacientit janë dukshëm më të mëdha se 120 rrahje/min sepse të dhënat nga studimet më

rigoroze nuk janë të disponueshme dhe këto medikamente mund të kontribuojnë në efekte të tjera anësore, si hipotensioni ortostatik [Lally et al. 2016a]. Nëse takikardia shoqërohet me dhimbje, fryshtim, ethe ose shenja të një infarkti të miokardit ose problem të ritmit të zemrës, vlerësimi urgjent është thelbësor.

### **Efektet anësore endokrine**

#### **Çrregullimi i glukozës dhe diabeti mellitus**

Dëshmitë nga meta-analizat e RCT-ve, studimet e bazuara në popullatë dhe studimet e rasteve të kontrollit sygjerojnë se disa medikamente antipsikotike, në veçanti klozapina dhe olanzapina, janë të lidhura me një rrezik përritje të hiperglicemisë dhe diabetit [Hirsch et al. 2017; Ward dhe Druss 2015; Whater et al. 2018; Zhang et al. 2017]. Ndërlidhimi i vlerësimit të rrezikut të diabetit të lidhur me antipsikotikët është se disa pacient me episodë të parë psikotike duket se kanë rregullim jonormal të glukozës që i paraprinë trajtimin me antipsikotik [Greenhalgh et al. 2017; Perry et al. 2016; Pillinger et al. 2017a]. Përveç kësaj, obeziteti dhe shtimi në peshë i lidhur me trajtimin mund të kontribuojnë në rrezikun e diabetit.

### **Hiperprolaktinemia**

Ngritja e prolaktinës është e shpeshtë në pacientët e trajtuar me antipsikotikë [Ajmal et al. 2014; Cookson et al. 2012; Kinon et al. 2003; Lally et al. 2017a; Leucht et al. 2013; Rubio-Abad.], të cilat 2. Rritë sekretimin e prolaktinës duke bllokuar veprimet frenuese të dopaminës në qelizat laktotrofike në hipofizën e përparme. Rrjetimi i hiperprolaktinemisë vërehet më shpesh me përdorimin e antipsikotikëve që janë më të fuqishëm në blokimin e receptorëve të dopaminës [Tsuboi et al. 2013].

Si te meshkujt ashtu edhe te femrat, ndërprenja e boshtit hipotalamo-hipofizë-gonadal lidhur me prolaktinën mund të shkaktoj impotencë dhe në funksion të dëmtuar seksual [Kirino 2017; Rubio-Abadal et al. 2016]. Efekte të tjera të hiperprolaktinemisë mund të përfshijnë ndjeshmërinë e gjirit, zmadhimin e gjirit dhe laktacionin [Ajmal et al. 2014; Cookson et al. 2012].

Për shkak se prolaktina gjithashtu rregullon funksionin gonadale, hiperprolaktinemia mund të çojë në uljen e prodhimit të hormoneve gonadale, duke përfshirë estrogjenin dhe testosteronin, duke rezultuar në ndërprenjen e ciklit menstruale tek gratë. Për më tepër, në nënët në laktacion, rritja e prolaktinës mund të jetë e dëmshme dhe duhet të merret parasysh potenciali për këtë efekt.

Nëse një pacient përfjeton simptome klinike të rritjes së prolaktinës, doza e mjekimit antipsikotik mund të zvogëlohet ose regjimi i mjekimit mund të kalohet në një antipsikotik me më pak efekt në prolaktinë, siç është ai me aktivitet të pjesshëm agonist në receptorët e dopaminës [Ajmal et al. 2014; Grigg et al. 2017; Yoon et al. 2016]. Mund të merret parasysh edhe administrimi i një agonisti dopamine si bromokriptina.

### **Çrregullime të Funksionit Seksual**

Shumica e pacientëve me skizofreni raportojnë disa vështirësi në funksionimin seksual. Megjithëse faktorë të shumtë ka të ngjarë të kontribuojnë dhe normalt ndryshojnë shumë në

varësi të studimit, është e qartë se trajtimi me antipsikotik kontribuon në mosfunkcionimin seksual [de Boer et al. 2015; La Torre et al. 2013; Marques et al. 2012; Serretti dhe Chiesa 2011; van Dijk et al. 2018].

Efektet e agjentëve antipsikotikë në funksionin seksual mund të ndërmjetësohen drejtpërdrejtë nëpërmjet veprimit të medikamenteve në receptorët adrenergjikë dhe serotonergjikë ose indirekt përmes efekteve në prolaktinën dhe hormonet gonadale [Kirino 2017; Knegtering et al. 2008; Rubio-Abadal et al. 2016].

Humbja e libidos dhe anorgazmia mund të ndodhë tek meshkujt dhe tek femrat; Disfunkioni erektil dhe çrregullimet ejakulative ndodhin gjithashtu tek meshkujt [La Torre et al. 2013; Marques et al. 2012; Serretti dhe Chiesa 2011; van Dijk et al. 2018]. Ejakulimi retrograd është raportuar gjithashtu me medikamente specifike antipsikotike [p.sh., tioridazine, risperidone] [Chouinard et al. 1993; de Boer et al. 2015; Kotin et al. 1976].

Përveç kësaj, është e rëndësishme të theksohet se priapizmi mund të ndodhë gjithashtu në lidhje me trajtimin antipsikotik, veçanërisht në individë me faktorë të tjerë të rrezikut themelor, si anemia drapërocitare [Burnett dhe Bivalacqua 2011; Sood et al. 2008]. Prandaj, është e rëndësishme të pyesni pacientët në mënyrë specifike për këto efekte anësore.

Edukimi në lidhje me efektet anësore të medikamenteve mund t'i ofrohet pacientit për t'i njoftuar se këto simptome mund të shfaqen, por mund të adresohen [de Boer et al. 2015].

Kur paraqiten efektet anësore seksuale gjatë marrjes të terapisë antipsikotike dhe paraqesin shqetësim domethënës për pacientin, mund të merret parasysh një reduktim i dozës së medikamenteve ose ndryshimi i mjekimit përveç një vlerësimi të faktorëve të tjerë të mundshëm kontribues [p.sh., hiperprolaktinemia, medikamente të tjera, faktorë psikologjik] [de Boer et al. 2015; La Torre et al. 2013]. Priapizmi, nëse shfaqet, kërkon konsultë urgjente urologjike.

## **Efektet Anësore Gastrointestinale**

Efektet anësore më të zakonshme gastrointestinale të medikamenteve antipsikotike lidhen me efektet anësore antikolinergjike dhe përfshijnë tharjen e gojës dhe kapsillëkun. Pacientët dhe familjet duhet të edukohen për monitorimin e kapsillëkut dhe, nëse është i pranishëm, kapsillëku duhet t'u raportohet menjëherë mjekëve].

Me klozapinë në veçanti, hipomotiliteti gastrointestinal mund të jetë i rëndë dhe mund të rezultojë në paksim fekal ose ileus paralitik [Every-Palmer dhe Ellis 2017; Leung et al. 2017; Palmer et al. 2008].

Kështu, nëse kapsillëku është i rëndë ose nuk zgjidhet, pacienti duhet të marrë kujdes urgjent mjekësor.

Për të parandaluar zhvillimin e kapsillëkut në pacientët me rrezik të shtuar [p.sh., pacientët e moshuar, pacientët e trajtuar me klozapinë], është e dobishme të minimizohen dozat dhe numri i medikamenteve që kontribuojnë, siç janë medikamentet e tjera antikolinergjike dhe opioidet. Një zbutës i jashtëqitjes [p.sh., docusate [Colace]] mund të fillohet. Aktiviteti dhe ushtrimet duhet të inkurajohen për të stimuluar lëvizshmërinë.

Nëse konstipacioni zhvillohet, trajtimi fillestar mund të përfshijë zbutës të jashtëqitjes [p.sh., docusate [Colace]] ose laksativë osmotikë [p.sh., laktulozë [Enulose], polietilen glikol [Miralax], bisakodil [Dulcolax]]. Trajtimet e linjës së dytë përfshijnë laksativë stimulues [p.sh., senna [Senokot], çaj senna, kaskara, picosulfate natriumi]. Nëse kapsllëku vazhdon, duhet të merret parasysh një klizmë [p.sh., Fleet].

Mund të nevojitet një kombinim i trajtimeve për të trajtuar kapsllëkun dhe më pas për të parandaluar rikthimin e tij.

Efektet hepatike janë raportuar gjithashtu me medikamente antipsikotike, duke përfshirë ngritjen e niveleve të enzimës së mëlcisë dhe verdhëzën kolestatike.

Verdhëza kolestatike është e rrallë dhe është raportuar kryesisht me klorpromazinë.

Zakonisht shfaqet brenda muajit të parë pas fillimit të trajtimit dhe në përgjithësi kërkon ndërprerjen e trajtimit. Megjithatë, duke pasur parasysh që është shume e rralla tek verdhëza që është e shkaktuar nga antipsikotikët, etiologjitet e tjera të verdhëzës duhet të vlerësohen përpala se gjykohet për shkakun se është mjekimi antipsikotik.

## **Efektet Hematologjike**

Shqetësimi më i madh i paraqitjes së efekteve hematologjike është me klozapinën, megjithëse janë raportuar edhe me agjent të tjerë antipsikotikë dhe mund të përfshijnë frenimin e leukopoiezës, purpurës, anemisë hemolitike dhe pancitopenisë [Balon dhe Berchou 1986; Myles et al. 2019; Pisciotta 1969]. Për shembull, me klorpromazinë, leukopenia beninje kalimtare [numri i qelizave të bardha të gjakut  $<3,500/\text{mm}^3$ ] është e zakonshme dhe neutropenia e rëndë është raportuar në 0.08% të pacientëve, zakonisht brenda disa muajve të parë të trajtimit [Pisciotta 1969].

Nuk ka etiologji të qartë të neutropenisë së rëndë ose agranulocitozës me medikamente antipsikotike.

Me klozapinë një tipar kompleks poligjenik duket i mundshëm, ndoshta duke përfshirë vendndodhjen e antigenit të leukociteve humane ose një grup gjenesh transportuese hepatike [de With et al. 2017; Legge et al. 2017].

Vlerësimet fillestare sygjeruan që neutropenia e rëndë do të zhvillohej në 1%-2% të pacientëve të trajtuar me klozapinë, me agranulocitozë fatale në afërsisht 15% të atyre individëve [Alvir et al. 1993; Honigfeld et al. 1998]. Megjithatë, të dhënat nga 5 vitet fillestare të monitorimit nëpërmjet regjistrave të klozapinës treguan një shkallë të neutropenisë së rëndë prej 0.38%, me vdekje që ndodhi vetëm në 3.1% të atyre rasteve [Honigfeld et al. 1998].

Një meta-analizë e kohëve të fundit sugjeroi një incidencë të neutropenisë së rëndë në 0.9% të pacientëve të trajtuar me klozapinë, me një shkallë fataliteti për individët me neutropeni të rëndë prej 2.1% [Myles et al. 2018]. Për pacientët e trajtuar me klozapinë si grup, incidenca e vdekjes për shkak të neutropenisë së rëndë ishte 0.013% [Myles et al. 2018], duke sugjruar që clozapina është mjaft e sigurt me monitorimin e duhur.

Sidoqoftë, pacientët që marrin klozapinë duhet të këshillohen të raportojnë menjëherë çdo shenjë infeksioni [p.sh. dhimbje të fytit, ethe, dobësi, letargji] në mënyrë që të merret një vendim për marjen e një vlerësimi shtesë.

## **Efektet anësore neurologjike**

### **Distonia akute**

Distonia akute e shkaktuar nga mjekimi përkufizohet në DSM-5 si[a] tkurrje jonormale dhe e zgjatur e muskujve të syve [kriza okuologjike], kokës, qafës [torticollis ose retrocollis], gjymtyrëve ose trungut që zhvillohet brenda pak ditësh nga fillimi ose rritja e dozës së një medikamenti [siç është një neuroleptik] ose pas reduktimit të dozës së një medikamenti të përdorur për trajtimin e simptomeve ekstrapiramidale. [Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2013a, f. 711]

Një spazmë distonike e muskujve boshtor përgjatë palcës kurrizore mund të rezultojë në opisthotonus, në të cilën koka, qafa dhe shtylla kurrizore janë të zgjatura në një pozicion të harkuar. Rrallëherë, dystonia akute mund të shfaqet edhe si laringospazmë kërcënuese për jetën, e cila rezulton në pamundësi për të marrë frymë [Ganesh et al. 2015; Koek dhe Pi 1989]. Distonia akute është e papritur në fillim dhe e dhimbshme dhe mund t'i shkaktojë pacientëve shqetësimë të mëdha.

Për shkak të shfacjes dramatike të distonisë akute, profesionistët shëndetësorë që nuk janë të njojur me gjendjen mund t'i atribuojnë gabimisht këto reagime të shenjave katatonike ose të sjelljes së pazakont nga ana e pacientëve, dhe kriza oftalmologjike ndonjëherë mund të keqinterpretohen.

## **Akatizia**

### **Akatizia akute e shkaktuar nga mjekimi - DSM-5**

Ankesat subjektive të shqetësimit, shpesh të shoqëruara me lëvizje të tepruara të vërejtura [p.sh., lëvizje të këmbëve, lëkundje nga këmbë, ritëm, pamundësi për t'u ulur ose për të qëndruar në këmbë], që zhvillohen brenda disa javësh nga fillimi ose rritja e dozës të një medikamenti [siç është një neuroleptik] ose pas uljes së dozës së një medikamenti të përdorur për trajtimin e simptomeve ekstrapiramidale. [Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2013a, f. 711]

Akatizia ndonjëherë është e vështirë të dallohet nga agitacioni psikomotor i shoqëruar me psikozë, duke çuar në një cikël të rritjes së dozave të medikamenteve antipsikotike që çojnë në rritje të mëtejshme të akatizisë. Edhe në format e lehta në të cilat pacienti është në gjendje të kontrollojë shumicën e lëvizjeve, Akatizia shpesh është jashtëzakonisht shqetësuese për pacientët dhe është një shkak i shpeshtë i mospërputhjes me trajtimin antipsikotik. Nëse lejohet të vazhdojë, akatizia mund të kontribuojë në ndjenjat e disforisë dhe, në disa raste, në sjellje suicidale.

## **Parkinsonizmi**

Parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi, i cili quhet parkinsonizëm i induktuar nga neuroleptik dhe parkinsonizëm tjetër i induktuar nga mjekimi në DSM-5, përkufizohet si dridhje e parkinsonit, ngurtësia muskulare, akatazia [d.m.th., humbja e lëvizjes ose vështirësia në fillimin e lëvizjes], ose bradikinezia [d.m.th., ngadalësimi i lëvizjes] që zhvillohet brenda disa javësh nga fillimi ose rritja e dozës së një medikamenti [p.sh., një neuroleptik] ose pas

uljes së dozës së një medikamenti që përdoret për trajtimin e simptomeve ekstrapiramidale. [Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2013a, f. 709]

Këto simptome të parkinsonizmit të induktuar nga mjekimi varen nga doza dhe përgjithësish zhduken me ndërprerjen e mjekimit antipsikotik. Është e rëndësishme të vlerësohet se parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi mund të ndikojë në funksionin emocional dhe konjтив, ndonjëherë në mungesë të simptomeve motorike të dallueshme.

Si rezultat, mund të jetë e vështirë të dallohen simptomet negative të skizofrenisë ose depresionit shoqëruar nga parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi. Përveç kësaj, tiparet emocionale dhe njohëse të parkinsonizmit të shkaktuar nga mjekimi mund të janë subjektivisht të pakëndshme dhe mund të kontribuojnë në aderimin e dobët të medikamenteve [Acosta et al. 2012; Ascher-Svanum et al. 2006].

**Sindroma Malinje Neuroleptike [SMN]**, karakterizohet nga një treshe klasike e shtangimit hipertermisë [ $>100,4^{\circ}\text{F}/38,0^{\circ}\text{C}$  në të paktën dy raste, e matur në mënyrë orale] dhe qëndrueshmëria e sistemit nervor simpatik, duke përfshirë hipertensionin dhe takikardin, në kontekstin e ekspozimit ndaj një antagonistit dopamine [ose tërheqja e një agonisti të dopaminës], zakonisht brenda 72 orëve nga zhvillimi i simptomeve [American Psychiatric Association 2013a; Gurrera et al. 2011, 2017].

Përveç kësaj, SMN shoqërohet me një nivel të ngritur të kreatinë kinazës në serum [zakonisht, të paktën katër herë më shumë se kufiri i sipërm i normales], takipnea, ndryshim në statusin mendor [p.sh., delirium, stupor] dhe mungesë të një etiologji tjetër të identifikuar për simptomet.

Veçanërisht, megjithatë, fillimi dhe tiparet klinike të SMN mund të ndryshojnë dhe mund ta bëjnë njohjen më të vështirë. Nëse diagnostikohet dhe keqtrajtohet, SMN mund të jetë fatale [Berman 2011; Rosebush dhe Stewart 1989; Strawn et al. 2007].

Konsiderata të tjera diagnostikuese në pacientët që paraqesin SMN të mundshme përfshijnë katatonin malinje, hipertermin malinje [në lidhje me administrimin e anestezisë], goditjen nga nxehësia [për të cilën pacientët e trajtuar me antipsikotikë kanë një ndjeshmëri të shtuar], sindromën e serotoninës [në pacientët që marrin gjithashtu medikamente serotonergjike si frenuesit e rimarrjes së serotoninës], rritje beninje të nivelit të kreatin kinazës në serum, ethe në lidhje me trajtimin me klozapinë, tërheqje nga alkooli ose sedativ, sindrom antikolinergjike, hipertermia e lidhur me përdorimin e stimuluesve dhe halucinogjenëve, infeksionet e sistemit nervor qendror, encefaliti limbik ose inflamator, dhe kushtet autoimune [American Psychiatric Association 2013a; Berman 2011; Rosebush dhe Stewart 1989; Strawn et al. 2007]. SMN është raportuar me pothuajse të gjitha medikamentet që bllokojnë receptorët e dopaminës, por një rrezik më i madh i shfaqjes duket të jetë i lidhur me FGA-të me dozë të lartë [Schneider et al. 2018; Stübner et al. 2004].

Rreziku gjithashtu mund të rritet nga përdorimi i formulimeve intramuskulare me veprim të shkurtër të medikamenteve antipsikotike, përdorimi i dozave më të larta totale të medikamenteve ose rritjes së shpejtë të dozës së medikamentit antipsikotik [Keck et al. 1989; Sachdev et al. 1997; Viejo et al 2003].

Faktorët shtesë të rrezikut për SMN përfshijnë agjitationin akut, dehidratimin, rraskapitjen, mungesën e hekurit, sëmundjen fizike, paaftësinë neurologjike paraekzistuese dhe një episod

të mëparshëm të SNM [American Psychiatric Association 2013a; Keck et al. 1989; Sachdev et al. 1997; 2007].

Për shkak se SMN është e rrallë, me një incidencë të vlerësuar prej 0,01%-0,02% në mesin e individëve të trajtuar me antipsikotikë [Schneider et al. 2018; Stübner et al. 2004], shumica e provave në lidhje me trajtimin me SMN vijnë nga raporte të një rasti ose seri rastesh.

Medikamentet antipsikotike duhet të ndërpriten gjithmonë, dhe trajtimi mbështetës për të ruajtur hidratimin dhe për të trajtuar ethet dhe kardiovaskulare, renale.

SMN zakonisht vetë-kufizohet, me zgjidhje brenda një javë pas ndërprerjes së mjekimit në shumicën e pacientëve; megjithatë, simptomet e zgjatura të SMN ndodhin dhe mund të shoqërohen me përdorimin e medikamenteve antipsikotike LAI [Caroff dhe Mann 1988; Caroff et al. 2000].

#### *Simptomet klinike të sindromës neuroleptike*

- ❖ Rigiditeti
- ❖ Ethe
- ❖ Temperaturë e lartë
- ❖ Paqëndrueshmëri autonome si: presion i gjakut i pastabilizuar
- ❖ Diaforezë
- ❖ Zbehje
- ❖ Delirium
- ❖ Konfuzion
- ❖ Axhitim
- ❖ Nivele të rritura të enzimave, kreatinfosfokinazës (CPK-së), etj.

**Vrejtje:** Duhet bërë një diskutim i hollësishëm (pas zgjidhjes së SMN) midis pacientit, familjarëve dhe mjekut për të peshuar rreziqet relative kundrejt përfitimit potencial të terapisë së re.

Rekomandim: Trajtimi i psikozës pas zgjidhjes së SMN bëhet duke zgjedhur një antipsikotik me risk të ulët për SMN (Quetiapinë ose Klozapinë).

#### **Konvulsionet**

Ndër medikamentet antipsikotike, Klozapina shoqërohet me gjasat më të mëdha të shkaktimit të një konvulsioni dhe pacientët që kanë një histori të një krizash idiopatike ose të shkaktuar nga medikamentet mund të kenë një rrezik më të lartë (Alldredge 1999; Devinsky dhe Pacia 1994; Wong dhe Delva 2007).

Edhe pse konvulsionet toniklonike të gjeneralizuara janë më të shpeshta, mund të ndodhin lloje të tjera krizash. Konvulsionet mund të paraprihen edhe nga mioklonusi ose sulmi (Edhe pse konvulsionet klonike të gjeneralizuara janë më të shpeshta, mund të ndodhin lloje të tjera krizash. Konvulsionet mund të paraprihen edhe nga mioklonusi ose sulmi shpejta – drop attacks.

Rreziku i konvulsioneve me klozapinë rritet nga rritja e shpejtë e dozës, si dhe nga nivelet e larta të gjakut ose dozat e medikamentit.

Shkalla e përgjithshme e konvulsioneve është 2.8%; me trajtim me dozë të ulët [ $<300$  mg/ditë] rreziku është 1%, me doza mesatare [300-599 mg/ditë] rreziku është 2.7%, dhe me doza të larta [ $>599$  mg/ditë] rreziku është 4.4 % [Devinsky et al. 1991].

Prandaj, një titrim fillestar i ngadalshëm i dozës së klozapinës është thelbësor dhe pacientët duhet të paralajmërohen që të mos drejtojnë makinën ose të mos përfshihen në aktivitete të tjera potencialisht të rrezikshme gjatë titrimit të klozapinës.

Te individët me rrezik të lartë të konvulsioneve, mund të merret parasysh trajtimi profilaktik me një medikament antikonvulsant. FGA-të gjithashtu mund të ulin pragu e konvulsioneve në një mënyrë të lidhur me dozën dhe të rezultojnë në zhvillimin e krizave të përgjithësuara katatonike [Alldredge 1999]. Megjithatë, në intervalet e zakonshme të dozave, shkalla e konvulsioneve është nën 1% për të gjitha FGA-të.

Në pacientët që përjetojnë një konvulsion gjatë marrjes së klozapinës ose një medikamenti tjeter antipsikotik, konsultimi neurologjik do të jetë i rëndësishëm për të përcaktuar rreziqet e një konvulsioni të mëtejshëm, për të përcaktuar nëse terapia antikonvulsante [p.sh., valproat] është e indikuar dhe në bashkëpunim me klinicistin përcaktohet nëse duhet të ndryshohet për regjimin antipsikotik të indikuar te pacienti [Alldredge 1999; Wong dhe Delva 2007].

### Sindromat Tardive përfshirë Diskinezinë Tardive

Sindromat Tardive janë çregullime të vazhdueshme anormale të lëvizjes së pavullnetshme të shkaktuara nga ekspozimi i vazhdueshëm ndaj medikamenteve antipsikotike, më të zakonshmet prej të cilave janë diskinezia tardive, dystonia tardive dhe akatizia tardive [Frei et al. 2018]. Ato fillojnë në trajtim më vonë se distonia akute, akatizia ose parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi, ato vazhdojnë dhe madje mund të rriten, pavarësisht nga reduktimi i dozës ose ndërprerja e mjekimit antipsikotik.

Në mënyrë tipike, diskinezia tardive shfaqet si lëvizje e pavullnetshme katatonike [që zgjasin të paktën disa javë] në përgjithësi prek pjesën e poshtme të fytyrës, gjuhën, nofullën dhe ekstremitetet [por ndonjëherë përfshinë faringun, muskujt difragmatik, ose trungun]” [American Psychiatric Association 2013a, f. 712], ndërsa dystonia tardive dhe akatizia tardive ngjajnë me homologët e tyre akute në fenomenologji.

Diskinezia tardive është raportuar pas ekspozimit nga ndonjëren nga medikamentet antipsikotike të disponueshme [Carbon et al. 2017, 2018]. Ndodh në një normë prej afërsisht 4%-8% në vit në pacientët e rritur të trajtuar me FGA [Carbon et al. 2018; Woods et al. 2010], një rrezik që duket të jetë të paktën tre herë më shumë se i vërejtur me SGA [Carbon et al. 2018; O'Brien 2016; Woods et al. 2010].

Faktorë të ndryshëm shoqërohen me vulnerabilitet më të madh ndaj diskinezisë së vonuar, duke përfshirë moshën mbi 55 vjeç; seksi femër raca/etnia e bardhë ose afrikane; prania e një çregullimi të disponimit, paaftësia intelektuale ose dëmtimi i sistemit nervor qendror; dhe akatizia e kaluar ose e tanishme, parkinsonizmi klinikisht i rëndësishëm ose reaksionet akute distonike [Patterson-Lomba et al. 2019; Solmi et al. 2018a].

Megjithëse shumica e pacientëve që zhvillojnë diskinezia tardive kanë simptome të lehta, një pjesë e vogël do të zhvillojë simptome të shkallës së moderuar ose të rëndë. Diskinezia e

vonuar mund të ketë efekte të rëndësishme në cilësinë e jetës dhe mund të shoqërohet me tërheqje sociale [McEvoy et al. 2019]. Megjithëse duket se ndikohet nga ashpërsia e diskinezisë tardive, individët me simptome të lehta mund të përjetojnë gjithashtu efekte negative në cilësinë e jetës.

Vlerësimi i rrezikut të diskinezisë së vonuar është i ndërlikuar nga fakti se lëvizjet diskinetike mund të vërehen me një reduktim të dozës së mjekimit antipsikotik, i cili quhet diskinezia emergjente e tërheqjes [American Psychiatric Association 2013a]. Luhatjet e simptomeve janë gjithashtu të zakonshme dhe mund të ndikohen nga faktorë të tillë si stresorët psikosocial.

## **Efektet Oftalmologjike**

Efektet më të zakonshme oftalmologjike të medikamenteve antipsikotike lidhen me efektet antikolinergjike të këtyre agjentëve dhe përfshijnë turbullimin e shikimit dhe përkeqësimin e glaukomës me kënd të hapur.

Retinopatitë pigmentare dhe opaciteti i kornesë mund të ndodhin me administrimin kronik të medikamenteve me fuqi të ulët tioridazine dhe klorpromazinë, veçanërisht në doza të larta [p.sh., më shumë se 800 mg/ditë tioridazine] [Matsuo et al. 2016]. Me SGA-të, duke përfshirë quetiapinën, provat nuk sygjerojnë ndonjë rritje në gjasat e zhvillimit të kataraktit [Laties et al. 2015; Pakzad-Vaezi et al. 2013].

Nëse pacientët i nënshtrohen operacionit të kataraktit, megjithatë, ka pasur raporte të rasteve të sindromës së floppy-iris intraoperative në individë të trajtuar me medikamente antipsikotike, një ndërlikim që është shoqëruar me përdorimin e medikamenteve që bllokojnë receptorët α1-adrenergjikë [Chatziralli dhe Sergentanis 2011].

Megjithëse efektet e pafavorshme oftalmologjike të medikamenteve antipsikotike janë të rralla, inkurajimi i kujdesit të rregullt të syve është i rëndësishëm për ruajtjen e shikimit të mirë për individët me skizofreni [Viertiö et al. 2007], veçanërisht për shkak të shkallës së lartë të diabetit dhe kushteve të tjera shëndetësore që mund të ndikojnë në shikim.

### **Efekte të tjera anësore**

#### **Efektet antikolinergjike**

Efektet antikolinergjike të disa medikamenteve antipsikotike [së bashku me efektet antikolinergjike të medikamenteve antiparkinsonike, nëse administrohen njëkohësisht] mund të prodhojnë një sërë efektesh anësore periferike, duke përfshirë tharjen e gojës, shikimin e paqartë, kapsllëkun, takikardinë, çregullimi urinimit dhe efektet në rregullimin e termorregullimit, hipertermia] [Nasrallah dhe Tandon 2017; Ozbil et al. 2009]. Efektet qendrore antikolinergjike mund të përfshijnë të mësuarit dhe kujtesën e dëmtuar dhe njohjen e ngadalësuar [Ang et al. 2017; Vinogradov et al. 2009].

## **Ethet**

Ethet [>38°C] duhet të bëhet vlerësimi i menjëhershëm për etiologjitet e mundshme, duke përfshirë SMN ose infeksionin.

Në mot të nxeh të me temperatura të larta duhet të merret parasysh mundësia e goditjes nga nxehësia, te pacientët që nuk kanë akses në mjedise me ajër të kondicionuar për shkak të rritjes së rezikut të ngjarjeve të lidhura me nxehësinë tek individët me sëmundje psikiatrike (Bouchama et al. 2007) dhe te efektet e disa antipsikotikë dhe agjentë antikolinergjikë mbi termorregullimin (Martin-Latry et al. 2007).

Në pacientët që trajtohen me klozapinë, një ethe e shkurtër vetëkufizuese mund të ndodh gjatë javëve të para të trajtimit dhe i përgjigjet masave mbështetëse [Bruno et al. 2015; Lowe et al. 2007; Pui-yin Chung et al. 2008]. Megjithatë, është gjithashtu thelbësore të vlerësohet prania e komplikimeve potencialisht kërcënuese për jetën, duke përfshirë SMN, neutropeninë e rëndë dhe miokarditin.

## **Sedimi**

Sedimi është një efekt anësor shumë i zakonshëm i medikamenteve antipsikotike [Citrome 2017a; Leucht et al. 2013]. Ky efekt mund të lidhet me efektet antagoniste të këtyre medikamenteve në receptorët histaminik adrenergjik dhe dopamin [Michl et al. 2014]. Sedimi është më i theksuar në fazat fillestare të trajtimit dhe shumë pacient zhvillojnë njëfarë tolerance ndaj efekteve qetësuese me administrimin e vazhdueshëm. Për pacientët e shqetësuar, efektet qetësuese të këtyre medikamenteve në fazën fillestare të trajtimit të tyre mund të kenë përfitime terapeutike.

Sedimi para gjumit mund të jetë gjithashtu i dëshirueshëm për pacientët që kanë vështirësi për të fjetur. Megjithatë, sedimi i vazhdueshëm, duke përfshirë përgjumjen gjatë ditës, rritjen e kohës së gjumit dhe zvogëlimin e mprehtësisë njohëse, mund të ndërhyjë në funksionin social, rekreativ dhe profesional.

Ulja e dozës ditore, konsolidimi i dozave të ndara në një dozë në mbrëmje, ose ndryshimi në një medikament antipsikotik më pak qetësues mund të jetë efektiv në reduktimin e ashpërsisë së qetësimit.

Kafja ose kafeina tjera mund të janë të dobishme në mëngjes, por gjithashtu mund të ndërveprojnë me medikamente [p.sh., kontribuojnë në takikardin; rrisin nivelet e medikamenteve në gjak duke përfshirë klozapinën].

Shtimi i një medikamenti stimulues zakonisht nuk është i dobishëm dhe mund të çojë në efekte anësore shtesë.

Gjatë titrimit fillestar të klozapinës, pacientët duhet të paralajmërohen të mos drejtojnë makinën ose të mos përfshihen në aktivitete potencialisht të rezikshme.

## **Salivacioni**

Salivacioni [ose hipersalivimi], është një efekt anësor i shpeshtë i klozapinës [Maher et al. 2016], por mund të vërehet edhe me medikamente të tjera antipsikotike [Essali et al. 2013]. Etiologja e salivacionit është e paqartë, por mund të lidhet me zvogëlimin e pastrimit të pshtymës, megjithëse veprimet në receptorët muskarinikë ose  $\alpha$ -adrenergjikë janë postuluar gjithashtu [Ekström et al. 2010].

Salivacioni mund të kontribuojë në uljen e cilësisë së jetës dhe gjithashtu mund të shoqërohet me komplikime të tilla si pneumoni nga aspirimi [Dzahini et al. 2018; Kaplan et al. 2018; Stoecker et al. 2017]. Sialorrhea

Salivacioni [ose hipersalivimi], është një efekt anësor i shpeshtë i Klozapinës [Maher et al. 2016], por mund të vërehet edhe me medikamente të tjera antipsikotike [Essali et al. 2013]. 2018; Stoecker et al. 2017].

## **Shtimi në peshë**

Shtimi i peshës ndodh me shumicën e agjentëve antipsikotikë dhe duket se lidhet me veprimet e këtyre medikamenteve si antagonistë të receptorit të histaminës H1, megjithëse veprimet në receptorët e serotoninës dhe muskarinikë mund të luajnë gjithashtu një rol. [He et al. 2013; Kroese et al. 2003; Michl et al. 2014; Olten dhe Bloch 2018].

Megjithatë, ka ndryshueshmëri të konsiderueshme në sasinë e shtimit të peshës që do të ndodhë në një pacient individual që trajtohet me një mjekim specifik antipsikotik.

Në mënyrë tipike, shtimi në peshë është progresiv gjatë 6 muajve të parë të trajtimit, megjithëse disa pacient vazhdojnë të shtojnë peshë për një kohë të pacaktuar [Alvarez-Jimenez et al. 2008]. Për më tepër, individët më të rinj që po përfjetojnë një episod të parë të psikozës mund të kenë më shumë gjasa sesa individët e moshuar të shtojnë peshë me medikamente antipsikotike [Correll et al. 2014; Jensen et al. 2019].

Obeziteti, në përgjithësi, mund të kontribuojë në një rritje të rrezikut për vdekshmérinë dhe sëmundshmérinë, duke përfshirë rritjen e shkallës së sëmundjeve kardiovaskulare, hipertensionit, kancerit, diabetit, osteoartritit dhe apnesë së gjumit

## **Medikamente Antikolinergjike për Distoni Akute**

APA rekomandon [1C] që pacientët që kanë distoni akute të shoqëruar me terapi antipsikotike të trajtohen me një mjekim antikolinergjik.

## **Zbatimi**

Distonia akute e shkaktuar nga mjekimi përkufizohet në DSM-5 si [a] tkurrje jonormale dhe e zgjatur e muskujve të syve [kriza okulare], kokës, qafës [torticollis ose retrocollis], gjymtyrëve

ose trungut që zhvillohet brenda pak ditësh nga fillimi ose rritja e dozës së një medikamenti [siç është një neuroleptik] ose pas reduktimit të dozës së një medikamenti të përdorur për trajtimin e simptomeve ekstrapiramidale. [Shoqata Amerikane e Psikiatrisë 2013a, f. 711] APA.

### Përfitimet

Te individët që kanë distoni akute të shoqëruar me terapi antipsikotike, përdorimi i medikamenteve me veti antikolinergjike [përfshirë difenhidraminë, benztropinë dhe triheksifenidil] mund të shoqërohet me lehtësim të shpejtë të simptomeve. Përveç kësaj, vazhdimi i trajtimit me një medikament antikolinergjik mund të parandalojë rikthimin e distonisë.

### Dëmtimet

Dëmet nga përdorimi i një medikamenti me veti antikolinergjike për trajtimin e distonisë akute shfaqen me efekte anësore si tharja e gojës, shikimi i paqartë, precipitimi i glaukomës akute të mbylljes së këndit, kapsllëku [dhe në disa raste paksim fekal], takikardi paksimi i urinës, efekte në termorregullim. [p.sh., hipertermia në mot të nxehtë], te kongnicionit kongicioni i reduktuar dhe toksiciteti antikolinergjik [me delirium, përgjumje dhe halucinacione]. Këto dëmtime ka të ngjarë të jenë më të mëdha tek individët e moshuar dhe mund të shtohen tek individët që marrin medikamente të tjera me veti antikolinergjike.

### Preferencat e pacientit

Sipas APA -Përvoja klinike sugjeron se dystonia akute e shoqëruar me terapinë antipsikotike është shumë e pakëndshme për pacientët dhe shumica e tyre janë të frikësuar prej saj.

Si rezultat, pacientët zakonisht bashkëpunojnë dhe pranojnë trajtimin akut me një agjent antikolinergjik. Ata gjithashtu mund të jenë të gatshëm të marrin një nga këto medikamente për të parandaluar rikthimin e distonisë.

Megjithatë, disa pacientë mund të shqetësohen nga efektet anësore të tilla si shikimi i paqartë, tharja e gojës dhe kapsllëku dhe mund të dëshirojnë të shmangin efektet anësore më të rëndësishme që lidhen me medikamentet antikolinergjike.

### Trajtimet për Parkinsonizmin

APA sugjeron [2C] opzionet e mëposhtme për pacientët që kanë parkinsonizëm të lidhur me terapinë antipsikotike: uljen e dozës së medikamentit antipsikotik, kalimin në një medikament tjeter antipsikotik ose trajtimin me një medikament antikolinergjik.

### Trajtimi i Sindromës Parkinsonike Neuroleptike

- ❖ Reduktohet doza e antipsikotikut (nëse klinikisht është e mundur).
- ❖ Zëvendësohet me një antipsikotik me potencë të ulët, ose me një antipsikotik atipik.
- ❖ Shtohet një antikolinergjik në doza të tolerueshme.
- ❖ Shtohet amantadina vetëm ose në kombinim me një antikolinergjik.
- ❖ Shtohet një benzodiazepinë ose një betabllokues.

- ❖ Në raste të rënda të EPS, ndërpritet përkohësisht antipsikotiku dhe shtohet një antikolinergjik.
- ❖ Zëvëndësohet antipsikotiku me një atipik ose me klozapinë.

Është e rëndësishme të vlerësohet se parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi mund të ndikojë në funksionin emocional dhe konjtitiv, ndonjëherë në mungesë të simptomeve motorike të dallueshme. Si rezultat, mund të jetë e vështirë të dallohen simptomet negative të skizofrenisë ose depresionit shoqërues nga parkinsonizmi i shkaktuar nga mjekimi.

Përveç kësaj, tiparet emocionale dhe njohëse të parkinsonizmit të shkaktuar nga mjekimi mund të janë subjektivisht të pakëndshme dhe mund të kontribuojnë në aderimin e dobët të medikamenteve [Acosta et al. 2012; Ascher-Svanum et al. 2006].

Për individët që janë shumë të ndjeshëm ndaj parkinsonizmit të shkaktuar nga mjekimi mund të merret parasysh klozapinë.

Megjithatë, përpara se të zvogëlohet doza e mjekimit ose të kalohet në një medikament tjeter antipsikotik, përfitimet e reduktimit të parkinsonizmit duhet të peshohen kundrejt potencialit për një rritje të simptomeve psikotike.

Monitorimi i kujdeshëm për përsëritjen e simptomeve është gjithmonë i rëndësishëm kur bëhen ndryshime ose zvogëlohen dozat e medikamenteve antipsikotike dhe përdorimi i matjeve sasiore mund të jetë i dobishëm në këtë drejtim.

Përdorimi i një medikamenti antikolinergjik është një alternativë tjeter, qoftë në një bazë afatshkurtër, derisa të ndodhë një ndryshim në dozë ose një ndryshim në mjekim, ose në një bazë afatgjatë, nëse një ndryshim në dozë ose ndryshim në mjekim nuk është i realizueshëm. Në shumicën e rasteve, një mjekim antikolinergjik do të fillohet vetëm pasi simptomet e parkinsonit janë të dukshme.

Megjithatë, disa individë mund të janë në rrezik të shtuar të zhvillimit të parkinsonizmit [p.sh., ata me parkinsonizëm të konsiderueshëm me trajtim paraprak] dhe përdorimi profilaktik i një medikamenti antikolinergjik mund të garantohet herë pas here.

Parkinsonizmi duhet të dallohet gjithashtu nga diskinezia tardive, e cila mund të përkeqësohet nga përdorimi i medikamenteve antikolinergjike [Bergman dhe Soares-Weiser 2018; Cogentin 2013].

Nëse përdoret një medikament antikolinergjik, është e rëndësishme të rregulloni dozën e medikamentin në dozën më të ulët që është në gjendje të trajtojë simptomet e parkinsonit. Përveç kësaj, është gjithashtu e rëndësishme që të përdorni medikamentin për kohën më të shkurtër të nevojshme.

Pas disa javësh ose muajsh, medikamentet antikolinergjike ndonjëherë mund të reduktohen ose të tërhoqen pa përsëritjen e parkinsonizmit ose përkeqësimin e simptomeve të tjera neurologjike të shkaktuara nga antipsikotikët [Desmarais et al. 2012].

Medikamentet me efekte antikolinergjike mund të rezultojnë në vështirësi të shumta për pacientët, duke përfshirë dëmtin e cilësisë së jetës njohjes dhe komplikime të rëndësishme shëndetësore [Salahudeen et al. 2015].

Tharja e gojës për shkak të efekteve antikolinergjike shoqërohet me një rrezik të shtuar për komplikime të shumta dentare [Singh dhe Papas 2014], dhe pirja e lëngjeve me kalori të lartë në përgjigje të gojës së thatë mund të kontribuojë në shtimin e peshës.

Medikamentet me efekte antikolinergjike gjithashtu mund të precipitojnë glaukomën akute të mbylljes së këndit [Lachkar dhe Bouassida 2007], megjithëse pacientët me glaukomë të trajtuar duket se janë në gjendje t'i tolerojnë këto medikamente me monitorim të kujdeshëm [Bower et al. 2018].

Përveç kësaj, është e rëndësishme të merren parasysh efektet anësore antikolinergjike që lidhen me medikamente të tjera që një pacienti merr: si medikamente antipsikotike, disa medikamente kundër depresionit, medikamente urologjike [p.sh., oksibutinina] dhe antihistamine jo selektive [p.sh., hidroksizina, difenhidramina].

Amantadina është një alternativë për përdorimin e një medikamenti antikolinergjik për trajtimin e parkinsonizmit të shkaktuar nga mjekimi.

## Trajtimet për Akatizia

APA sugjeron [2C] opzionet e mëposhtme për pacientët që kanë akatizia të lidhur me terapinë antipsikotike: uljen e dozës së medikamentit antipsikotik, kalimin në një medikament tjeter antipsikotik, shtimin e një medikamenti benzodiazepine ose shtimin e një agjenti blokues beta-adrenergjik.

## Klozapina në trajtim

APA rekomandon (1B) që pacientët me skizofreni rezistente ndaj trajtimit të trajtohen me klozapinë.

APA rekomandon (1B) që pacientët me skizofreni të trajtohen me klozapinë nëse rreziku për tentativa suicidale ose suicid mbetet i konsiderueshëm pavarësisht trajtimeve të tjera.\*

APA sugjeron (2C) që pacientët me skizofreni të trajtohen me klozapinë nëse rreziku për sjellje agresive mbetet i konsiderueshëm pavarësisht trajtimeve të tjera.\*

## Ndërhyrjet Psikosociale

Rekomandohet [1B] që pacientët me skizofreni që përjetojnë një episod të parë të psikozës të trajtohen me kujdes të veçant të ekipës multidisplinare të profesionistëve të shëndetit mendore.\*

Dëshmitë për klozapinës vijnë nga shumë studime vëzhguese përfshirë provat klinike dhe studime dhe meta-analiza.

### Përfitimet

Kujdesi për individët me një episod të parë të psikozës mund të shoqërohet me vdekshmëri më të ulët, shkallë më të ulët të rikthimit, cilësi më të mirë të jetës, funksion më të mirë dhe me gjasa më të mëdha për të punuar ose për të vazhduar shkollimin, punësimin pas trajtimit deri në 2 vjet.[forca e ulët deri në mesatare e provave kërkimore].

## Terapia Konjitive-Sjellëse

APA rekomandon [1B] që pacientët me skizofreni të trajtohen me terapi konjitive sjellëse për psikozën [TKSp/CBTp].\*

### Zbatimi

Përdorimi i terapisë Konjitive Sjelljes [TKS/CBT] për individët me skizofreni ka një sërë përfitimesh të mundshme, duke përfshirë përmirësimë në cilësinë e jetës dhe funksionin social dhe profesional dhe reduktimin e simptomeve thelbësore të sëmundjes, siç janë simptomet pozitive.

Megjithatë, është e rëndësishme të vlerësohet se këto përfitime janë gjetur në studimet e TKs/CBT që është përshtatur për t'u përdorur për individët me psikozë [TKSp/CBTp], e cila ka disa dallime nga CBT/TKS që fokusohet në indikacione të tjera.

### Përfitimet

Përdorimi i TKSp/CBTp në trajtimin e skizofrenisë mund të shoqërohet me reduktimë të përgjithshme të simptomeve të sëmundjes kryesore, siç janë simptomet pozitive [forca e moderuar e provave kërkimore], TKSp/CBTp gjithashtu mund të shoqërohet me përmirësimë afatshkurtra [p.sh., deri në 6 muaj] në cilësinë e jetës [forca e ulët e provave kërkimore] dhe funksionin social dhe profesional [forca e moderuar e provave kërkimore].

### Preferencat e pacientit

Përvaja klinike sugeron që shumë pacientë janë bashkëpunues dhe pranojnë TKSp/ CBTp si pjesë e një plani trajtimit; megjithatë, ka pacientë që mund të mos dëshirojnë të marrin pjesë në TKSp/CBTp, mund të ngurrojnë t'u përbahen detyrave ndërmjet seancave ose mund të përjetojnë pengesa logjistike [p.sh., koha, aksesi në transport, kujdesi për fëmijët, kostoja] për të ndjekur seancat TKSp/CBTp.

## **VII. Standardet e Auditueshme**

- Përqindja e personave me skizofreni gjatë një viti kalendarik?
- Përqindja e personave me skizofreni që lajmërohen për herë të parë në KPSH gjatë një viti kalendarik?
- Përqindja e personave psikiatrik që trajtohen gjatë një viti kalendarik në QIRSKP?
- Përqindja e personave psikiatrik që trajtohen gjatë një viti kalendarik në QSHM dhe SHIB?
- Përqindja e personave psikiatrik që trajtohen gjatë një viti kalendarik në Repartet Psikiatrike të Spitaleve Regionale?
- Përqindja e personave psikiatrik që trajtohen gjatë një viti kalendarik në Kl. Psikiatrike/QKUK?
- Përqindja e personave psikiatrik që trajtohen në IPFK?

## **VIII. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona**

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të Udhërrëfyesve klinik, grupei punues është referuar në të dhënavë më të reja të OBSh-së, si dhe për procesin e adaptimit është referuar në Udhërrëfyesin klinik "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia" dhe në Modulin e tetë të KPSH për ÇSPT 2020.

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta. Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Udhërrëfyesi i është nënshtuar vlerësimit nga komisioni recenzent në përbërje të:

1. Dr. Shukrije Statovci, Psikiatër
2. Dr. Mustafë Kurmehaj, Psikiatër

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtuftjeshëm.

Gjatë hartimit të udhërrëfyesit janë marrë për bazë, intervistat e zhvilluara me pacientët që trajtohen në QIRSKP, Shtime nga profesionistët shëndetësor.

## **IX. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit**

Udhërrëfyesi do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për, trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyes.

Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSH] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e klientëve.

Medikamentet si: Chlorpromazine, Clozapine, Fluphenazine, Haloperidol, Aripiprazole [në formën tabelare], Quetiapine Risperidone, Olanzapine, Cariprazine janë përfshirë në listën esenciale të barnave.

Ndërsa me fusnot janë medikamentet të cilat nuk janë përfshirë në listën esenciale të barnave si<sup>6</sup>: Loxapine\*, Molindone,\* Perphenazine,\* Pimozide\*, Thioridazine\*, Thiothixene\* Trifluoperazine,\* Asenapine,\* Brexpiprazole,\* Iloperidone,\* Lurasidon,\* Paliperidone,\* Ziprasidone,\* Benztropine Mesylate Amantadine,\* Benztropine Mesylate Cogentine,\* Dihenhydramine Benadryl,\* Trihexyphenidyl hydrochloride\* Austedo\* Xenazine\* Ingrezza,\* Flupenthixol,\* Zuclupenthixol,\* Droperidol,\* Sulpiride.\*

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësore dhe që shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Zbatimi i UK është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore relevante janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të tyre.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm duke zbatuar auditin klinik si mjet për monitorimin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe sigurisë së pacientit.

---

<sup>6</sup> Rekomandojmë që medikamentet me fusnot të mos reflektohen në protokole klinike derisa nuk do të janë pjesë e listës esenciale të barnave

## X. Referencia

- ❖ Abilify [aripiprazole] [product monograph]. Saint-Laurent, QC, Canada, Otsuka Canada Pharmaceutical, November 2017 Abilify [aripiprazole] [prescribing information]. Rockville, MD, Otsuka America Pharmaceutical, August 2019 .
- ❖ Abilify Maintena [aripiprazole] [prescribing information]. Rockville, MD, Otsuka America Pharmaceutical, March 2018. Available at: [www.otsuka-us.com/media/static/Abilify-M-PI.pdf](http://www.otsuka-us.com/media/static/Abilify-M-PI.pdf). Accessed January 20, 2019.
- ❖ Abilify Mycite [aripiprazole] [prescribing information]. Rockville, MD, Otsuka America Pharmaceutical, November 2017 .
- ❖ Acevedo A, Garnick DW, Dunigan R, et al: Performance measures and racial/ethnic disparities in the treatment of substance use disorders. *J Stud Alcohol Drugs* 76[1]:57-67, 2015 25486394.
- ❖ Achtyes E, Simmons A, Skabeev A, et al: Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 18(1):292, 2018 30223804.
- ❖ ACOG Committee on Practice Bulletins—Obstetrics: ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 111(4):1001-1020, 2008 18378767.
- ❖ Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, et al: Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* 2(5):74- 82, 2012 24175171
- ❖ Addington D, McKenzie E, Smith H, et al: Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. *Can J Psychiatry* 57(5):317-323, 2012 22546064.
- ❖ Addington DE, Norman R, Bond GR, et al: Development and testing of the First- Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *Psychiatr Serv* 67(9):1023-1025, 2016 27032665.
- ❖ Ajmal A, Joffe H, Nachtigall LB: Psychotropic-induced hyperprolactinemia: a clinical review. *Psychosomatics* 55(1):29-36, 2014 24140188.
- ❖ Alabed S, Latifeh Y, Mohammad HA, Bergman H: Gamma-aminobutyric acid agonists for neuroleptic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev* Apr 17 4(4):CD000203, 2018 29663328.
- ❖ Alastal Y, Hasan S, Chowdhury MA, et al: Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis in psychiatric patients: a case report and review of literature. *Am J Ther* 23(3):e947-949, 2016 24987947.
- ❖ Alban RF, Nuño M, Ko A, et al: Weaker gun state laws are associated with higher rates of suicide secondary to firearms. *J Surg Res* 221:135-142, 2018 29229119.
- ❖ Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al: Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 120(16):1640-1645, 2009 19805654.
- ❖ Aleman A, Enriquez-Geppert S, Knegtering H, Dlabac-de Lange JJ: Moderate effects of noninvasive brain stimulation of the frontal cortex for improving negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev* 89:111-118, 2018 29471017 Ali SA, Mathur N, Malhotra

- ❖ AK, Braga RJ: Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review. *Mol Neuropsychiatry* 5(2):75–83, 2019 31192220.
- ❖ Alldredge BK: Seizure risk associated with psychotropic drugs: clinical and pharmacokinetic considerations. *Neurology* 53(5 suppl 2):S68–S75, 1999 104962360.
- ❖ Allen JG, Frueh BC, Ellis TE, et al: Integrating outcomes assessment and research into clinical care in inpatient adult psychiatric treatment. *Bull Menninger Clin* 73(4):259–295, 2009 20025425.
- ❖ Almerie MQ, Al Marhi MO, Jawaresh M, et al: Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* Jun 9(6):CD009006, 2015 26059249.
- ❖ Al-Rousan T, Rubenstein L, Sieleni B, et al: Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health* 17(1):342, 2017 28427371.
- Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro B, et al: Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs* 22(7):547–562, 2008 18547125.
- ❖ Alvir JM, Lieberman JA, Safferman AZ, et al: Clozapine-induced agranulocytosis: incidence and risk factors in the United States. *N Engl J Med* 329(3):162–167, 1993 8515788 Amantadine hydrochloride capsules [prescribing information]. High Point, NC, Banner Life Sciences, December 2015.
- ❖ Amantadine hydrochloride oral solution [prescribing information]. Farmville, NC, CMP Pharma, January 2015 Amantadine hydrochloride tablets [prescribing information]. Yardley, PA, Vensun Pharmaceuticals, January 2019.
- ❖ Amantadine hydrochloride tablets [prescribing information]. Yardley, PA, Vensun Pharmaceuticals, January 2019 American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 8th Edition. Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics; Washington, DC, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017.
- ❖ American College of Correctional Physicians: Restricted housing of mentally ill inmates. Marion, MA, American College of Correctional Physicians, 2013. Available at: [http://accpmed.org/restricted\\_housing\\_of\\_mentally.php](http://accpmed.org/restricted_housing_of_mentally.php). Accessed September 22, 2019.
- ❖ American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol* 131(5):e140–e150, 2018 29683911 American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Breastfeeding Expert Work Group: Committee Opinion No. 658: Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. *Obstet Gynecol* 127(2):e86–92, 2016 26942393.
- ❖ American Diabetes Association: 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes— 2018. *Diabetes Care* 41 (suppl 1):S13–S27, 2018 29222373.
- ❖ American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care: Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc* 64(1):15–18, 2016 26626262.
- ❖ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- ❖ American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, 2nd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2004.
- ❖ American Psychiatric Association: Position statement on treatment of substance use disorders in the criminal justice system. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007. Available at: [www.psychiatry.org/ File%20Library/About-](http://www.psychiatry.org/ File%20Library/About-)

APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-2007-Substance-AbuseCriminal-Justice.pdf. Accessed September 22, 2019.

- ❖ Bachmann CJ, Aagaard L, Bernardo M, et al: International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta Psychiatr Scand* 136(1):37–51, 2017 28502099.
- ❖ Bai YM, Ting Chen T, Chen JY, et al: Equivalent switching dose from oral risperidone to risperidone long-acting injection: a 48-week randomized, prospective, single-blind pharmacokinetic study. *J Clin Psychiatry* 68(8):1218–1225, 2007 17854246.
- ❖ Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, et al: Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 166(1):103–109, 2009a 19047321.
- ❖ Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, et al: Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law* 37(2):188–193, 2009b 19535556.
- ❖ Baillargeon J, Hoge SK, Penn JV: Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. *Am J Community Psychol* 46(3–4):361–375, 2010 20865315.
- ❖ Bak M, Fransen A, Janssen J, et al: Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. *PLoS One* 9(4):e94112, 2014 24763306 Balon R, Berchou R: Hematologic side effects of psychotropic drugs. *Psychosomatics* 27(2):119–120, 125–127, 1986 2869545.
- ❖ Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al: GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 64(4):401–406, 2011 21208779.
- ❖ Barber S, Olotu U, Corsi M, Cipriani A: Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatmentresistant schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD006324, 2017 28333365.
- ❖ Barnes TR; Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology: Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 25(5):567–620, 2011 21292923.
- ❖ Barnhill JW: The psychiatric interview and mental status examination, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 6th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2014, pp 3–30.
- ❖ Bartels SJ, Pratt SI, Aschbrenner KA, et al: Pragmatic replication trial of health promotion coaching for obesity in serious mental illness and maintenance of outcomes. *Am J Psychiatry* 172(4):344–352, 2015. 25827032.
- ❖ Bassett AS, Chow EW: 22q11 deletion syndrome: a genetic subtype of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 46(7):882–891, 1999 10509171.
- ❖ Bassett AS, Lowther C, Merico D, et al: International 22q11.2DS Brain and Behavior Consortium: rare genomewide copy number variation and expression of schizophrenia in 22q11.2 deletion syndrome. *Am J Psychiatry* 174(11):1054–1063, 2017 28750581.
- ❖ Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, et al: Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 32 (suppl 1):S1–S9, 2006 16920788.
- ❖ Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, et al: Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners, 1: prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52(2):221–229, 2017 27878322.
- ❖ Bech P, Austin SF, Timmerby N, et al: A clinimetric analysis of a BPRS-6 scale for schizophrenia severity. *Acta Neuropsychiatr* 30(4):187–191, 2018 29409548.

- ❖ Beck AT, Rector NA: Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 1:577–606, 2005 17716100 Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P: *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York, Guilford, 2009, p 418 Beck Institute: CBT for schizophrenia.
- ❖ Bala Cynwyd, PA, Beck Institute, 2019. Available at: <https://beckinstitute.org/workshop/cbt-for-schizophrenia>. Accessed May 6, 2020.
- ❖ Becker DR, Drake RE: *A Working Life for People With Severe Mental Illness*. New York, Oxford University Press, 2003 Bellack AS, Goldberg RW: *VA Psychosocial Rehabilitation Training Program: social skills training for serious mental illness*. Baltimore, MD, MIRECCVISN5, 2019. Available at: [www.mirecc.va.gov/visn5/training/sst/sst\\_clinicians\\_handbook.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visn5/training/sst/sst_clinicians_handbook.pdf). Accessed April 11, 2019.
- ❖ Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J: *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide*, 2nd Edition. New York, Guilford, 2004 Bellissima BL, Tingle MD, Cicović A, et al: A systematic review of clozapine-induced myocarditis. *Int J Cardiol* 259:122–129, 2018 29579587.
- ❖ Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E: Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One* 13(3):e0194127, 2018 29558518.
- ❖ Benadryl (diphenhydramine) [prescribing information]. Fort Washington, PA, McNeil Consumer Healthcare, June 2018 Benztrapine injection [prescribing information]. Lake Forest, IL, Akorn, November 2017 Benztrapine tablets [prescribing information]. Livonia, MI, Major Pharmaceuticals, October 2017 Bergamo C, Sigel K, Mhango G, et al: Inequalities in lung cancer care of elderly patients with schizophrenia: an observational cohort study. *Psychosom Med* 76(3):215–220, 2014 24677164
- ❖ Bergman H, Soares-Weiser K: Anticholinergic medication for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev* Jan 17 1(1):CD000204, 2018 29341071.
- ❖ Bergman H, Walker DM, Nikolakopoulou A, et al: Systematic review of interventions for treating or preventing antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Health Technol Assess* 21(43):1–218, 2017 28812541 Bergman H, Bhoopathi PS, Soares-Weiser K:
- ❖ Benzodiazepines for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev* Jan 20 1(1):CD000205, 2018a 29352477.
- ❖ Bergman H, Rathbone J, Agarwal V, Soares-Weiser K: Antipsychotic reduction and/or cessation and antipsychotics as specific treatments for tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev* Feb 6 2(2):CD000459, 2018b 2940916.
- ❖ Berman BD: Neuroleptic malignant syndrome: a review for neurohospitalists. *Neurohospitalist* 1(1):41–47, 2011 23983836 Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al: Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl* 51:s140–s146, 2007 18055932.
- ❖ Bertilsson L: Metabolism of antidepressant and neuroleptic drugs by cytochrome P450s: clinical and interethnic aspects. *Clin Pharmacol Ther* 82(5):606–609, 2007 17898711
- ❖ Bhidayasiri R, Fahn S, Weiner WJ, et al; American Academy of Neurology: Evidence-based guideline: treatment of tardive syndromes: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 81(5):463–469, 2013 23897874.
- ❖ Castelein S, Bruggeman R, Davidson L, van der Gaag M: Creating a supportive environment: peer support groups for psychotic disorders. *Schizophr Bull* 41(6):1211–1213, 2015 26297694.

- ❖ Catley D, Goggin K, Harris KJ, et al: A randomized trial of motivational interviewing: cessation induction among smokers with low desire to quit. *Am J Prev Med* 50(5):573–583, 2016 26711164.
- ❖ Cella M, Preti A, Edwards C, et al: Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: a network meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 52:43–51, 2017 27930934.
- ❖ Cella M, Wykes T: The nuts and bolts of cognitive remediation: exploring how different training components relate to cognitive and functional gains. *Schizophr Res* 203:12–16, 2019 28919130.
- ❖ Center for Evidence-Based Practices: Assertive community treatment. Cleveland, OH, CaseWesternReserveUniversity,2019.[www.centerforebp.case.edu/practices/act](http://www.centerforebp.case.edu/practices/act). Accessed March 31, 2019.
- ❖ Center for Health Policy/Center for Primary Care and Outcomes Research and Battelle Memorial Institute: Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement. Contract No 290-04-0020. Rockville, MD, Agency for Healthcare. Available[www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI\\_Measure\\_Development\\_Implementation\\_Maintenance\\_Retirement\\_Full\\_5-3-11.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf). Accessed April 2, 2017.
- ❖ Center for Substance Abuse Treatment: Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No 57. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201). Accessed May 10, 2019.
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention: Infection Control Basics: Standard Precautions for All Patient Care. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention,[www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html](http://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html). Accessed October 4, 2019.
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention: FAQs Regarding Safe Practices for Medical Injections. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, June 20, 2019a. Available at: [www.cdc.gov/injection\\_safety/providers/provider\\_faqs.html](http://www.cdc.gov/injection_safety/providers/provider_faqs.html). Accessed July 22, 2020.
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention: Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP: Vaccine Administration. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention,[www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recoms/administration.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recoms/administration.html). Accessed October 4, 2019. Centers for Disease Control and Prevention: Tobacco Use and Quitting Among Individuals With Behavioral Health Conditions. Atlanta, GA,
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Available at: [www.cdc.gov/tobacco/disparities/mental-illness-substance-use/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/disparities/mental-illness-substance-use/index.htm). Accessed July 8, 2020. Cerovecki A, Musil R, Klimke A, et al: Withdrawal symptoms and rebound syndromes associated with switching and discontinuing atypical antipsychotics: theoretical background and practical recommendations.
- ❖ CNS Drugs 27(7):545–572, 2013 23821039 Challis S, Nielssen O, Harris A, Large M: Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 127(6):442–454, 2013 23298325.
- ❖ Chapel JM, Ritchey MD, Zhang D, Wang G: Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult Medicaid beneficiaries. *Am J Prev Med* 53(6S2):S143–S154, 2017 29153115.
- ❖ Charzyńska K, Kucharska K, Mortimer A: Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J Occup Med Environ Health* 28(3):407–418, 2015 26190722.

- ❖ Chasser Y, Kim AY, Freudenreich O: Hepatitis C treatment: clinical issues for psychiatrists in the post-interferon era. *Psychosomatics* 58(1):1-10, 2017 27871760
- Chatziralli IP, Sergentanis TN: Risk factors for intraoperative floppy iris syndrome: a meta-analysis. *Ophthalmology* 118(4):730-735, 2011 21168223.
- ❖ Chen SY, Ravindran G, Zhang Q, et al: Treatment strategies for clozapine-induced sialorrhea: a systematic review and meta-analysis.
- ❖ CNS Drugs 33(3):225-238, 2019 30758782 Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S: Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev April 4* 4(4):CD010880, 2019 30946482 Chisolm MS, Payne JL: Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ* 532:h5918, 2016 26791406
- ❖ Chlorpromazine hydrochloride injection [prescribing information]. Deerfield, IL, Baxter, September 2010 Chlorpromazine hydrochloride injection [prescribing information]. Eatontown, NJ, West-Ward Pharmaceuticals, November 2016.
- ❖ Chlorpromazine hydrochloride tablets [prescribing information]. Bridgewater, NJ, Amneal Pharmaceuticals, January 2018 Cho J, Hayes RD, Jewell A, et al: Clozapine and all-cause mortality in treatment-resistant schizophrenia: a historical cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 139(3):237-247, 2019 30478891
- ❖ Chouinard G, Jones B, Remington G, et al: A Canadian multicenter placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 13(1):25-40, 1993 7683702.
- ❖ Clozapine [prescribing information]. Greenville, NC, Mayne Pharma, June 2017 Clozapine REMS Program: Recommended monitoring frequency and clinical decisions by ANC level. Phoenix,AZ, Clozapine REMS Program, December 23, 2014. Available at:[www.clozapinerems.com/CpmgClozapineUI/rems/pdf/resources/ANC\\_Table.pdf](http://www.clozapinerems.com/CpmgClozapineUI/rems/pdf/resources/ANC_Table.pdf). Accessed February 12, 2019.
- ❖ Clozapine REMS Program: Prescriber certification. Phoenix, AZ, Clozapine REMS Program,2019a. Available at:[www.clozapinerems.com/CpmgClozapineUI/hcpHome](http://www.clozapinerems.com/CpmgClozapineUI/hcpHome). u. Accessed February 12, 2019.
- ❖ Clozapine REMS Program: Program materials: prescriber. Phoenix, AZ, Clozapine REMS .
- ❖ Cohen AN, Hamilton AB, Saks ER, et al: How occupationally high-achieving individuals with a diagnosis of schizophrenia manage their symptoms. *Psychiatr Serv* 68(4):324-329, 2017 27842472
- ❖ Coid JW, Ullrich S, Kallis C, et al: The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry* 70(5):465-471, 2013 23467760
- ❖ Conley RR, Kelly DL, Richardson CM, et al: The efficacy of high-dose olanzapine versus clozapine in treatmentresistant schizophrenia: a double-blind crossover study. *J Clin Psychopharmacol* 23(6):668-671, 2003 14624201.
- ❖ Davis JM, Chen N: Dose response and dose equivalence of antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 24(2):192- 208, 2004 15206667 de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, et al: A systematic review of instruments to measure sexual functioning in patients using antipsychotics. *J Sex Res* 51(4):383-389, 2014 24754359
- ❖ De Boer MK, Castelein S, Wiersma D, et al: The facts about sexual (dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull* 41(3):674-686, 2015 25721311
- ❖ De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al: Physical illness in patients with severe mental disorders, I: prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10(1):52-77, 2011 21379357.

- ❖ De Hert M, Peuskens J, Sabbe T, et al: Relationship between prolactin, breast cancer risk, and antipsychotics in patients with schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 133(1):5-22, 2016 26114737.
- ❖ Delahunty A, Morice R: Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 30(6):760-767, 1996 9034464 de Leon J, Diaz FJ: A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 76(2-3):135-157, 2005 15949648.
- ❖ Depression and Bipolar Support Alliance: Restoring intimacy. Chicago, IL, Depression Available at: [www.dbsalliance.org/education/related-concerns/sexual-health-and-mooddisorders/restoring-intimacy](http://www.dbsalliance.org/education/related-concerns/sexual-health-and-mooddisorders/restoring-intimacy). Accessed May 6, 2019.
- ❖ De Oliveira IR, de Sena EP, Pereira EL, et al: Haloperidol blood levels and clinical outcome: a meta-analysis of studies relevant to testing the therapeutic window hypothesis. *J Clin Pharm Ther* 21(4):229-236, 1996 8933296 de Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, et al: Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 16(1):341, 2016 27716110.
- ❖ Desmarais JE, Beauclair L, Margolese HC: Anticholinergics in the era of atypical antipsychotics: short-term or long-term treatment? *J Psychopharmacol* 26(9):1167-1174, 2012 22651987 Deste G, Barlati S, Cacciani P, et al: Persistence of effectiveness of cognitive remediation interventions in schizophrenia: a 1-year follow-up study. *Schizophr Res* 161(2-3):403-406, 2015 25533593.
- ❖ DeTore NR, Hintz K, Khare C, Mueser KT: Disclosure of mental illness to prospective employers: Clinical, psychosocial, and work correlates in persons receiving supported employment. *Psychiatry Res* 273:312-317, 2019 30677720 Devinsky O, Pacia SV: Seizures during clozapine therapy. *J Clin Psychiatry* 55 (suppl B):153-156, 1994 7961562.
- ❖ Devinsky O, Honigfeld G, Patin J: Clozapine-related seizures. *Neurology* 41(3):369-371, 1991 2006003 de Vries B, van Busschbach JT, van der Stouwe ECD, et al: Prevalence rate and risk factors of victimization in adult patients with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 45(1):114-126, 2019 29547958 Dews CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S: The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *J Ment Health* 27(2):174-183, 2018 28488948.
- ❖ Factor SA, Remington G, Comella CL, et al: The effects of valbenazine in participants with tardive dyskinesia: results of the 1-year KINECT 3 extension study. *J Clin Psychiatry* 78(9):1344-1350, 2017 29141124.
- ❖ Fagiolini A, Rocca P, De Giorgi S, et al: Clinical trial methodology to assess the efficacy/effectiveness of longacting antipsychotics: randomized controlled trials vs naturalistic studies. *Psychiatry Res* 247:257-264, 2017 27936437 Falkenberg I, Benetti S, Raffin M, et al: Clinical utility of magnetic resonance imaging in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 211(4):231-237, 2017 28473319.
- ❖ Fanapt (iloperidone) [prescribing information]. Washington, DC, Vanda Pharmaceuticals, February 2017 Fann WE, Lake CR: Amantadine versus trihexyphenidyl in the treatment of neuroleptic-induced parkinsonism. *Am J Psychiatry* 133(8):940-943, 1976 782262.
- ❖ Farooq S, Choudry A, Cohen D, et al: Barriers to using clozapine in treatment-resistant schizophrenia: systematic review. *BJPsych Bull* 43(1):8-16, 2019 30261942.
- ❖ Farreny A, Aguado J, Ochoa S, et al: REPYFLEC cognitive remediation group training in schizophrenia: looking for an integrative approach. *Schizophr Res* 142(1-3):137-144, 2012 23017827.

- ❖ FazaClo (clozapine) [prescribing information]. Palo Alto, CA, Jazz Pharmaceuticals, February 2017 Fazel S, Gulati G, Linsell L, et al: Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 6(8):e1000120, 2009a 19668362.
- ❖ Fazel S, Långström N, Hjern A, et al: Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 301(19):2016– 2023, 2009b 19454640 Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P: Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry* 1(1):44–54, 2014 25110636.
- ❖ Fenton WS: Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 26(1):47–72, 2000 10755669.
- ❖ Fenton WS, Blyler CR, Wyatt RJ, McGlashan TH: Prevalence of spontaneous dyskinesia in schizophrenic and non-schizophrenic psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 171:265–268, 1997 9337982.
- ❖ Fernandes-Taylor S, Harris AH: Comparing alternative specifications of quality measures: access to pharmacotherapy for alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat* 42(1):102–107, 2012 21839604.
- ❖ Fernandez HH, Factor SA, Hauser RA, et al: Randomized controlled trial of deutetrabenazine for tardive dyskinesia: the ARM-TD study. *Neurology* 88(21):2003–2010, 2017 28446646.
- ❖ Ferrando SJ, Owen JA, Levenson JL: Psychopharmacology, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 6th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 929–100.
- ❖ Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, et al: Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: a meta-analytical stratification. *JAMA Psychiatry* 73(2):113–120, 2016 26719911.
- ❖ Gabbard GO: Techniques of psychodynamic psychotherapy, in *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009, pp 43–67 Gaebel W, Riesbeck M, von Wilmsdorff M, et al; EUFEST Study Group: Drug attitude as predictor for effectiveness in first-episode schizophrenia: results of an open randomized trial (EUFEST). *Eur Neuropsychopharmacol* 20(5):310–316, 2010 20202800.
- ❖ Gaedigk A, Sangkuhl K, Whirl-Carrillo M, et al: Prediction of CYP2D6 phenotype from genotype across world populations. *Genet Med* 19(1):69–76, 2017 27388693.
- ❖ Gaedigk A, Ingelman-Sundberg M, Miller NA, et al; PharmVar Steering Committee: The Pharmacogene Variation (PharmVar) Consortium: incorporation of the Human Cytochrome P450 (CYP) Allele Nomenclature Database. *Clin Pharmacol Ther* 103(3):399–401, 2018 29134625.
- ❖ Galletly C, Castle D, Dark F, et al: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 50(5):410– 472, 2016 27106681.
- ❖ Galling B, Roldán A, Hagi K, et al: Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry* 16(1):77–89, 2017 28127934 Ganesh M, Jabbar U, Iskander FH: Acute laryngeal dystonia with novel antipsychotics: a case report and review of literature. *J Clin Psychopharmacol* 35(5):613–615, 2015 26252439.
- ❖ Gao K, Fang F, Wang Z, Calabrese JR: Subjective versus objective weight gain during acute treatment with second-generation antipsychotics in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 36(6):637–642, 2016 27753728.

- ❖ García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, et al: Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol* 36(4):355–371, 2016 27307187.
- ❖ Garety PA, Fowler DG, Freeman D, et al: Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 192(6):412– 423, 2008 18515890.
- ❖ Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, et al: Management Strategies to Reduce Psychiatric Readmissions (Technical Brief No 21, AHRQ Publ No 15-EHC018-EF). Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2015. Available at: [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm). Accessed October 3, 2019.
- ❖ GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 392(10159):1789–1858, 2018 30496104.
- ❖ Gee SH, Shergill SS, Taylor DM: Patient attitudes to clozapine initiation. *Int Clin Psychopharmacol* 32(6):337– 342, 2017 28704228.
- ❖ Haloperidol tablets [prescribing information]. Princeton, NJ, Sandoz, July 2015 Hamann GL, Egan TM, Wells BG, Grimmig JE: Injection site reactions after intramuscular administration of haloperidol decanoate 100 mg/mL. *J Clin Psychiatry* 51(12):502–504, 1990 1979555.
- ❖ Hamann J, Heres S: Why and how family caregivers should participate in shared decision making in mental health. *Psychiatr Serv* 70(5):418–421, 2019 30784381.
- ❖ Hamann J, Mendel R, Heres S, et al: How much more effective do depot antipsychotics have to be compared to oral antipsychotics before they are prescribed? *Eur Neuropsychopharmacol* 20(4):276–279, 2010 20133108.
- ❖ Hamann J, Kissling W, Heres S: Checking the plausibility of psychiatrists? Arguments for not prescribing depot medication. *Eur Neuropsychopharmacol* 24(9):1506–1510, 2014 25037772 Harding KJ, Rush AJ, Arbuckle M, et al: Measurement-based care in psychiatric practice: a policy framework for implementation. *J Clin Psychiatry* 72(8):1136–1143, 2011 21295000.
- ❖ Hardy K: Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp). Alexandria, VA, National Association of State Mental Health Program Directors, 2019. Available at: [www.nasmhp.org/sites/default/files/DH-CBTp\\_Fact\\_Sheet.pdf](http://www.nasmhp.org/sites/default/files/DH-CBTp_Fact_Sheet.pdf). Accessed April 12, 2019. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, et al: Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 64(8):871–874, 2003 12927000.
- ❖ Harris A, Chen W, Jones S, et al: Community treatment orders increase community care and delay readmission while in force: results from a large population-based study. *Aust N Z J Psychiatry* 53(3):228–235, 2019 29485289 Hartung D, Low A, Jindai K, et al: Interventions to improve pharmacological adherence among adults with psychotic spectrum disorders and bipolar disorder: a systematic review. *Psychosomatics* 58(2):101–112, 2017 28139249.
- ❖ Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, et al; Genomic Psychiatry Cohort Consortium: Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry* 71(3):248–254, 2014 24382686 Harvey PD: Assessment of everyday functioning in schizophrenia. *Innov Clin Neurosci* 8(5):21–24, 2011 21686144 Harvey PD, McGurk SR, Mahncke H, Wykes T: Controversies in computerized cognitive training. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 3(11):907–915, 2018 30197048.
- ❖ Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia: World

Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13(5):318–378, 2012 2283445.

- ❖ <https://psychcentral.com/quizzes/schizophrenia-test>.
- ❖ Invega Sustenna (paliperidone) [product monograph]. Toronto, ON, Canada, Janssen, September 2018b Invega Trinza (paliperidone) [prescribing information]. Titusville, NJ, Janssen Pharmaceuticals, July 2018a.
- ❖ Invega Trinza (paliperidone) [product monograph]. Toronto, ON, Canada, Janssen, September 2018b Iorfino F, Scott EM, Carpenter JS, et al: Clinical stage transitions in persons aged 12 to 25 years presenting to early intervention mental health services with anxiety, mood, and psychotic disorders. *JAMA Psychiatry* Aug 28, 2019 31461129.
- ❖ Epub ahead of print Ismail Z, Wessels AM, Uchida H, et al: Age and sex impact clozapine plasma concentrations in inpatients and outpatients with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 20(1):53–60, 2012 21422906.yer S, Banks N, Roy MA, et al: A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics, part I: patient perspectives. *Can J Psychiatry* 58(5 suppl 1):14S–22S, 2013 23945063.Iyer SP, Spaeth-Rublee B, Pincus HA: Challenges in the operationalization of mental health quality measures: an assessment of alternatives. *Psychiatr Serv* 67(10):1057–1059, 2016 27301768.
- ❖ Jahshan C, Vinogradov S, Wynn JK, et al: A randomized controlled trial comparing a “bottom-up” and “topdown” approach to cognitive training in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 109:118–125, 2019 30529836.
- ❖ Jann MW, Ereshefsky L, Saklad SR: Clinical pharmacokinetics of the depot antipsychotics. *Clin Pharmacokinet* 10(4):315–333, 1985 2864156 Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST, et al: Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 37(3):199–222, 2015 25881768.
- ❖ Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, et al: Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 204(1):20–29, 2014 24385461 Jehan S, Myers AK, Zizi F, et al: Obesity, obstructive sleep apnea and type 2 diabetes mellitus: epidemiology and pathophysiologic insights. *Sleep Med Disord* 2(3):52–58, 2018 30167574/.
- ❖ Jensen KG, Correll CU, Rudå D, et al: Cardiometabolic adverse effects and its predictors in children and adolescents with first-episode psychosis during treatment with quetiapine-extended release versus aripiprazole: 12-week results from the Tolerance and Effect of Antipsychotics in Children and Adolescents With Psychosis (TEA) trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 58(11):1062–1078, 2019 30858012 Jin H, Mosweu I: The societal cost of schizophrenia: a systematic review. *Pharmacoeconomics* 35(1):25–42, 2017 27557994.
- ❖ Jinnah HA, Factor SA: Diagnosis and treatment of dystonia. *Neurol Clin* 33(1):77–100, 2015 25432724 Jordan G, Lutgens D, Joober R, et al: The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. *J Clin Psychiatry* 75(6):e566–e572, 2014 25004197.
- ❖ Josiassen RC, Kane JM, Liang GS, et al: Long-term safety and tolerability of valbenazine (NBI-98854) in subjects with tardive dyskinesia and a diagnosis of schizophrenia or mood disorder. *Psychopharmacol Bull* 47(3):61– 68, 2017 28839341 Juncal-Ruiz M, Ramirez-Bonilla M, Gomez-Arnau J, et al: Incidence and risk factors of acute akathisia in 493 individuals with first episode non-affective psychosis: a 6-week randomised study of antipsychotic treatment. *Psychopharmacology (Berl)* 234(17):2563–2570, 2017 28567698 Kaba F, Lewis A, Glowka-Kollisch S, et al: Solitary

confinement and risk of self-harm among jail inmates. *Am J Public Health* 104(3):442–447, 2014 24521238.

- ❖ Kahn RS, Winter van Rossum I, Leucht S, et al; OPTiMiSE study group: Amisulpride and olanzapine followed by open-label treatment with clozapine in first-episode schizophrenia and schizopreniform disorder (OPTiMiSE): a three-phase switching study. *Lancet Psychiatry* 5(10):797–807, 2018 30115598.
- ❖ Kaiser RM: Physiological and clinical considerations of geriatric patient care, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry*, 5th Edition. Edited by Steffens DC, Blazer DG, Thakur ME. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2015, pp 33–59.
- ❖ Kalachnik JE, Sprague RL: The Dyskinesia Identification System Condensed User Scale (DISCUS): reliability, validity, and a total score cut-off for mentally ill and mentally retarded populations. *J Clin Psychol* 49(2):177–189, 1993 8098048 Kane JM, Marder SR, Schooler NR, et al: Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia: a 6-month randomized and double-blind comparison. *Arch Gen Psychiatry* 58(10):965–972, 2001 11576036 .
- ❖ Lachkar Y, Bouassida W: Drug-induced acute angle closure glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol* 18(2):129–133, 2007 17301614 Lagishetty CV, Deng J, Lesko LJ, et al: How informative are drug-drug interactions of gene-drug interactions? *J Clin Pharmacol* 56(10):1221–1231, 2016 2704060.
- ❖ 2 La Grenade L, Graham D, Trontell A: Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine use in the United States. *N Engl J Med* 345(3):224–225, 2001 11463031 Lally J, Docherty MJ, MacCabe JH: Pharmacological interventions for clozapine-induced sinus tachycardia. *Cochrane Database Syst Rev* Jun 9(6):CD011566, 2016a 27277334.
- ❖ Lally J, Tully J, Robertson D, et al: Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 171(1–3):215–224, 2016b 26827129 Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, et al: Hyperprolactinaemia in first episode psychosis: a longitudinal assessment. *Schizophr Res* 189:117–125, 2017a 28755878.
- ❖ Lally J, Malik S, Krivoy A, et al: The use of granulocyte colony-stimulating factor in clozapine rechallenge: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol* 37(5):600–604, 2017b 28817489 Lally J, Malik S, Whiskey E, et al: Clozapine-associated agranulocytosis treatment with granulocyte colonystimulating factor/granulocyte-macrophage colony-stimulating factor: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol* 37(4):441–446, 2017c 28437295.
- ❖ Land R, Siskind D, McArdle P, et al: The impact of clozapine on hospital use: a systematic review and metaanalysis. *Acta Psychiatr Scand* 135(4):296–309, 2017 28155220 Landa Y: Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp): an introductory manual for clinicians. New York, MIRECC VISN 2, 2019. Available at: [www.mirecc.va.gov/visin2/docs/CBTp\\_Manual\\_VA\\_Yulia\\_Landa\\_2017.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visin2/docs/CBTp_Manual_VA_Yulia_Landa_2017.pdf). Accessed April 1, 2019. Large MM, Nielssen O: Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 125(2–3):209–220, 2011 21208783 Large M, Sharma S, Compton MT, et al: Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 68(6):555–561, 2011 21300939.
- ❖ Large M, Mullin K, Gupta P, et al: Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry* 48(5):418–432, 2014 24589980.
- ❖ Maher S, Cunningham A, O'Callaghan N, et al: Clozapine-induced hypersalivation: an estimate of prevalence, severity and impact on quality of life. *Ther Adv Psychopharmacol* 6(3):178–184, 2016 27354906.

- ❖ Mahmood S, Booker I, Huang J, Coleman CI: Effect of topiramate on weight gain in patients receiving atypical antipsychotic agents. *J Clin Psychopharmacol* 33(1):90–94, 2013 23277264.
- ❖ Malla A, McGorry P: Early intervention in psychosis in young people: a population and public health perspective. *Am J Public Health* 109(S3):S181–S184, 2019 31242015
- Man WH, Colen-de Koning JC, Schulte PF, et al: The effect of glycopyrrolate on nocturnal sialorrhea in patients using clozapine: a randomized, crossover, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 37(2):155–161, 2017 28129312.
- ❖ Mangurian C, Newcomer JW, Modlin C, Schillinger D: Diabetes and cardiovascular care among people with severe mental illness: a literature review. *J Gen Intern Med* 31(9):1083–1091, 2016 27149967
- Manu P, Dima L, Shulman M, et al: Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *Acta Psychiatr Scand* 132(2):97–108, 2015 26016380.
- ❖ Manu P, Lapitskaya Y, Shaikh A, Nielsen J: Clozapine rechallenge after major adverse effects: clinical guidelines based on 259 cases. *Am J Ther* 25(2):e218–e223, 2018 29505490.
- ❖ Mar PL, Raj SR: Orthostatic hypotension for the cardiologist. *Curr Opin Cardiol* 33(1):66–72, 2018 28984649
- Marcus SM, Medoff D, Fang LJ, et al: Generalizability in the Family-to-Family education program randomized waitlist-control trial. *Psychiatr Serv* 64(8):754–763, 2013 23633161.
- ❖ Marino LA, Dixon LB: An update on supported employment for people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 27(3):210–215, 2014 24613982
- Marques TR, Smith S, Bonaccorso S, et al: Sexual dysfunction in people with prodromal or first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 201:131–136, 2012 22700081
- Marshall M, Lockwood A: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD001089, 2000 107.
- ❖ Modulin e tetë të programit specialistik postdiplomik në mjekësi familjare 2020 për KPSh.
- ❖ Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, et al: OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry Suppl* 43:s98–s106, 2002 12271808
- Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB: Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 68(10):1058–1064, 2011 21969462
- Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E: Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry* 62(9):617–623, 2017 2870301.
- ❖ Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R: Clinical Manual of Supportive Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, p 384
- Nuplazid (10 and 34 mg pimavanserin) [prescribing information]. San Diego, CA, Acadia Pharmaceuticals, June 2018
- Nuplazid (17 mg pimavanserin) [prescribing information]. San Diego, CA, Acadia Pharmaceuticals, June 2018
- Oakley P, Kisely S, Baxter A, et al: Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 102:245–253, 2018 29723811.
- ❖ O'Brien A: Comparing the risk of tardive dyskinesia in older adults with first-generation and second-generation antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 31(7):683–693, 2016 26679687
- O'Brien CF, Jimenez R, Hauser RA, et al: NBI-98854, a selective monoamine transport inhibitor for the treatment of tardive dyskinesia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Mov Disord* 30(12):1681–1687, 2015 26346941
- PDSP: PDSP Ki database: Chapel Hill, NC, PDSP, 2019. Available at: <https://pdsp.unc.edu/databases/kidb.php>.

Accessed January 16, 2019. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J: Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 14:117, 2014 24751159 Pekkala E, Merinder L: Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD002831, 2002 12076455 Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E: Systematic review of catatonia treatment.

- ❖ Neuropsychiatr Dis Treat 14:317–326, 2018 29398916 Pendopharm: Prpdp-benztropine prescribing information. Montreal, QC, Canada, Pendopharm, February 2, 2015. Available at: [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00029138.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00029138.PDF). Accessed April 22, 2019.
- ❖ Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, et al: Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 205(2):88–94, 2014 25252316.
- ❖ Perphenazine [prescribing information]. Atlanta, GA, Wilshire Pharmaceuticals, November 2016 Perphenazine [prescribing information]. Morgantown, WV, Mylan Pharmaceuticals, March 2017 Perry BI, McIntosh G, Weich S, et al: The association between first-episode psychosis and abnormal glycaemic control: systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 3(11):1049–1058, 2016 27720402
- ❖ Perry LA, Ramson D, Stricklin S: Mirtazapine adjunct for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* May 26 5(5):CD011943, 2018 29802811
- ❖ Perseris (risperidone) [prescribing information]. North Chesterfield, VA, Indivior, July 2018 Petrides G, Malur C, Braga RJ, et al: Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study. *Am J Psychiatry* 172(1):52–58, 2015 25157964 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W: Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* Dec 8(12):CD000088, 2010 21154340.
- ❖ Phillips IR, Shephard EA: Drug metabolism by flavin-containing monooxygenases of human and mouse. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 13(2):167–181, 2017 27678284 Pileggi DJ, Cook AM: Neuroleptic malignant syndrome. *Ann Pharmacother* 50(11):973–981, 2016 27423483.
- ❖ Pillinger T, Beck K, Gobjila C, et al: Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(3):261–269, 2017a 28097367.
- ❖ Pillinger T, Beck K, Stubbs B, Howes OD: Cholesterol and triglyceride levels in first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 211(6):339–349, 2017b 28982658.
- ❖ Pincus HA, Scholle SH, Spaeth-Rublee B, et al: Quality measures for mental health and substance use: gaps, opportunities, and challenges. *Health Aff (Millwood)* 35(6):1000–1008, 2016 27269015.
- ❖ Pinninti NR, Faden J, Adityanjee A: Are second-generation antipsychotics useful in tardive dystonia? *Clin Neuropharmacol* 38(5):183–197, 2015 26366970 Pisani F, Oteri G, Costa C, et al: Effects of psychotropic drugs on seizure threshold. *Drug Saf* 25(2):91–110, 2002 11888352 Pisciotta AV: Agranulocytosis induced by certain phenothiazine derivatives. *JAMA* 208(10):1862–1868, 1969 4890332.
- ❖ Reagu S, Jones R, Kumari V, Taylor PJ: Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophr Res* 146(1–3):46–52, 2013 23452505 Rebok GW, Ball K, Guey LT, et al; ACTIVE Study Group: Ten-year effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 62(1):16–24, 2014 24417410

- ❖ Reeder C, Pile V, Crawford P, et al: The feasibility and acceptability to service users of CIRCuiTS, a computerized cognitive remediation therapy programme for schizophrenia. *Behav Cogn Psychother* 44(3):288–305, 2016 26004421 Reeder C, Huddy V, Cella M, et al: A new generation computerised metacognitive cognitive remediation programme for schizophrenia (CIRCuiTS): a randomised controlled trial. *Psychol Med* 1–11, 2017 28866988 Register-Brown K, Hong LE:
- ❖ Reliability and validity of methods for measuring the duration of untreated psychosis: a quantitative review and meta-analysis. *Schizophr Res* 160(1–3):20–26, 2014 25464915 Reingle Gonzalez JM, Connell NM: Mental health of prisoners: identifying barriers to mental health treatment and medication continuity. *Am J Public Health* 104(12):2328–2333, 2014 25322306.
- ❖ Relling MV, Klein TE: CPIC: Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium of the Pharmacogenomics Research Network. *Clin Pharmacol Ther* 89(3):464–467, 2011 21270786 Remington G, Agid O, Foussias G, et al: Clozapine and therapeutic drug monitoring: is there sufficient evidence for an upper threshold? *Psychopharmacology (Berl)* 225(3):505–518, 2013 23179967.
- ❖ Remington G, Addington D, Honer W, et al: Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry* 62(9):604–616, 2017 28703015 Reser MP, Slikboer R, Rossell SL: A systematic review of factors that influence the efficacy of cognitive remediation therapy in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 53(7):624–641, 2019 31177813
- ❖ Seroquel XR (quetiapine) [prescribing information]. Wilmington, DE, AstraZeneca Pharmaceuticals, August 2019 Serretti A, Chiesa A: A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol* 26(3):130–140, 2011 21191308
- ❖ Shafrin J, Schwartz TT, Lakdawalla DN, Forma FM: Estimating the value of new technologies that provide more accurate drug adherence information to providers for their patients with schizophrenia. *J Manag Care Spec Pharm* 22(11):1285–1291, 2016 2778354
- ❖ 5 Sharma R, Alla K, Pfeffer D, et al: An appraisal of practice guidelines for smoking cessation in people with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 51(11):1106–1120, 2017 28859486
- ❖ Shen V, Clarence-Smith K, Hunter C, Jankovic J: Safety and efficacy of tetrabenazine and use of concomitant medications during long-term, open-label treatment of chorea associated with Huntington's and other diseases. *Tremor Other Hyperkinet Mov (NY)* 3:tre-03-191-4337-1, 2013 24255799.
- ❖ Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al: 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 70(5):e39–e110, 2017 28286221
- ❖ Sherman LJ, Lynch SE, Teich J, Hudock WJ: Availability of supported employment in specialty mental health treatment facilities and facility characteristics: 2014. The CBHSQ Report. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017 28749638 Shields LS, Pathare S, van der Ham AJ, Bunders J: A review of barriers to using psychiatric advance directives in clinical practice. *Adm Policy Ment Health* 41(6):753–766, 2014 24248818.
- ❖ Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff JR: Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatr Scand* 128(4):306–313, 2013 23379839.

- ❖ Siegel M, Rothman EF: Firearm ownership and suicide rates among US men and women, 1981–2013. *Am J Public Health* 106(7):1316–1322, 2016 27196643.
- ❖ Silberstein J, Harvey PD: Impaired introspective accuracy in schizophrenia: an independent predictor of functional outcomes. *Cogn Neuropsychiatry* 24(1):28–39, 2019 30477401
- ❖ Silver H, Geraisy N, Schwartz M: No difference in the effect of biperiden and amantadine on parkinsonian and tardive dyskinesia-type involuntary movements: a double-blind crossover, placebo-controlled study in medicated chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 56(4):167–170, 1995 7713856.
- ❖ Sin J, Gillard S, Spain D, et al: Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 56:13–24, 2017a 28578249.
- ❖ Sin J, Spain D, Furuta M, et al: Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* Jan 24 1(1):CD011464, 2017b 28116752
- ❖ Sinclair D, Adams CE: Treatment resistant schizophrenia: a comprehensive survey of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 14:253, 2014 25227719.
- ❖ Sinclair DJ, Zhao S, Qi F, et al: Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* Mar 19 3(3):CD011847, 2019 30888709.
- ❖ Singh JP, Grann M, Lichtenstein P, et al: A novel approach to determining violence risk in schizophrenia: developing a stepped strategy in 13,806 discharged patients. *PLoS One* 7(2):e31727, 2012 2235962
- ❖ Singh ML, Papas A: Oral implications of polypharmacy in the elderly. *Dent Clin North Am* 58(4):783–796, 2014 252015
- ❖ Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, et al: Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 197:274–280, 2018b 29274734 Takeuchi H, Powell V, Geisler S, et al: Clozapine administration in clinical practice: once-daily versus divided dosing. *Acta Psychiatr Scand* 134(3):234–240, 2016 27182769.
- ❖ Takeuchi H, Kantor N, Uchida H, et al: Immediate vs gradual discontinuation in antipsychotic switching: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 43(4):862–871, 2017a 28044008.
- ❖ Takeuchi H, Thiyanavadivel S, Agid O, Remington G: Gradual vs. wait-and-gradual discontinuation in antipsychotic switching: a meta-analysis. *Schizophr Res* 189:4–8, 2017b 28242107.
- ❖ Takeuchi H, Siu C, Remington G, et al: Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 44(6):1036–1042, 2019 30514883.
- ❖ Tam J, Warner KE, Meza R: Smoking and the reduced life expectancy of individuals with serious mental illness. *Am J Prev Med* 51(6):958–966, 2016 27522471.
- ❖ Tamburello A, Metzner J, Fergusen E, et al: The American Academy of Psychiatry and the Law practice resource for prescribing in corrections. *J Am Acad Psychiatry Law* 46(2):242–243, 2018 30026404 Tammenmaa-Aho I, Asher R, Soares-Weiser K, Bergman H: Cholinergic medication for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev* Mar 19 3(3):CD000207, 2018 29553158.
- ❖ Tang Y, Horvitz-Lennon M, Gellad WF, et al: Prescribing of clozapine and antipsychotic polypharmacy for schizophrenia in a large Medicaid program. *Psychiatr Serv* 68(6):579–586, 2017 28196460 Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H: Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 138(6):492–499, 2018 29900527.

- ❖ Tarsy D, Baldessarini RJ: Epidemiology of tardive dyskinesia: is risk declining with modern antipsychotics? *Mov Disord* 21(5):589–598, 2006 16532448 190
- ❖ Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, et al: National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Prim Care Respir Med* 27(1):2, 2017 28108747.
- ❖ Verdoux H, Quiles C, Bachmann CJ, Siskind D: Prescriber and institutional barriers and facilitators of clozapine use: a systematic review. *Schizophr Res* 201:10–19, 2018 29880453.
- ❖ Verhaeghe N, Clays E, Vereecken C, et al: Health promotion in individuals with mental disorders: a cluster preference randomized controlled trial. *BMC Public Health* 13:657, 2013 23855449.
- ❖ Vermeir M, Naessens I, Remmerie B, et al: Absorption, metabolism, and excretion of paliperidone, a new monoaminergic antagonist, in humans. *Drug Metab Dispos* 36(4):769–779, 2008 18227146
- ❖ Vermeulen J, van Rooijen G, Doedens P, et al: Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 47(13):2217–2228, 2017 28397632.
- ❖ Vermeulen JM, van Rooijen G, van de Kerkhof MPJ, et al: Clozapine and long-term mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of studies lasting 1.1–12.5 years. *Schizophr Bull* 45(2):315–329, 2019 29697804.
- ❖ Victoroff J, Coburn K, Reeve A, et al: Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 26(4):283–312, 2014 26037853.
- ❖ Viejo LF, Morales V, Puñal P, et al: Risk factors in neuroleptic malignant syndrome: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 107(1):45–49, 2003 12558541.
- ❖ Viertiö S, Laitinen A, Perälä J, et al: Visual impairment in persons with psychotic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(11):902–908, 2007 17846698.
- ❖ Waddell L, Taylor M: Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: systematic review. *Br J Psychiatry Suppl* 52:S43–S50, 2009 19880916.
- ❖ Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G: A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clin Psychol Rev* 51:75–95, 2017 27838461 Wagner E, Löhrs L, Siskind D, et al: Clozapine augmentation strategies: a systematic meta-review of available evidence: treatment options for clozapine resistance. *J Psychopharmacol* 33(4):423–435, 2019a 30696332.
- ❖ Wagner E, Wobrock T, Kunze B, et al: Efficacy of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia patients with treatment-resistant negative symptoms treated with clozapine. *Schizophr Res* 208:370–376, 2019b 30704862.
- ❖ Walburn J, Gray R, Gournay K, et al: Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 179:300–307, 2001 11581109.
- ❖ Walker ER, McGee RE, Druss BG: Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72(4):334–341, 2015 25671328 Waln O, Jankovic J: Paroxysmal movement disorders. *Neurol Clin* 33(1):137–152, 2015 25432727.
- ❖ Wampold BE: How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14(3):270–277, 2015 26407772.
- ❖ Xenazine (tetrabenazine) tablets [prescribing information]. Deerfield, IL, Lundbeck, September 2018 Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR: Psychoeducation for schizophrenia (update). *Cochrane Database Syst Rev* (6):CD002831, 2011 12076455.

- ❖ Yan H, Chen JD, Zheng XY: Potential mechanisms of atypical antipsychotic-induced hypertriglyceridemia. *Psychopharmacology (Berl)* 229(1):1-7, 2013 23832387.
- ❖ Yates K, Lång U, Cederlöf M, et al: Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies. *JAMA Psychiatry* 76(2):180-189, 2019 30484818 .
- ❖ Yeo V, Dowsey M, Alguera-Lara V, et al: Antipsychotic choice: understanding shared decision-making among doctors and patients. *J Ment Health* Jun 26:1-8, 2019 31240989 Epub ahead of print Yoon HW, Lee JS, Park SJ, et al: Comparing the effectiveness and safety of the addition of and switching to aripiprazole for resolving antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a multicenter, open-label, prospective study. *Clin Neuropharmacol* 39(6):288-294, 2016 27438182.
- ❖ Zanger UM, Schwab M: Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. *Pharmacol Ther* 138(1):103-141, 2013 2333332
- ❖ Zhang JP, Gallego JA, Robinson DG, et al: Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 16(6):1205-1218, 2013 23199972.
- ❖ Zhang Y, Liu Y, Su Y, et al: The metabolic side effects of 12 antipsychotic drugs used for the treatment of schizophrenia on glucose: a network meta-analysis. *BMC Psychiatry* 17(1):373, 2017 29162032.
- ❖ Zheng W, Li XB, Tang YL, et al: Metformin for weight gain and metabolic abnormalities associated with antipsychotic treatment: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol* 35(5):499-509, 2015 26280837.
- ❖ Zheng W, Cao XL, Ungvari GS, et al: Electroconvulsive therapy added to non-clozapine antipsychotic medication for treatment resistant schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 11(6):e0156510, 2016 27285996
- ❖ Zhou SF: Polymorphism of human cytochrome P450 2D6 and its clinical significance, part I. *Clin Pharmacokinet* 48(11):689-723, 2009 19817501.
- ❖ Zhu Y, Krause M, Huhn M, et al: Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia: a systematic review with pairwise and network meta-analyses. *Lancet Psychiatry* 4(9):694-705, 2017 28736102.
- ❖ Zhuo C, Xu Y, Liu S, et al: Topiramate and metformin are effective add-on treatments in controlling antipsychoticinduced weight gain: a systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol* 9:1393, 2018 30546312.
- ❖ Zimmer M, Duncan AV, Laitano D, et al: A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral integrated psychological therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Braz J Psychiatry* 29(2):140-147, 2007 17650536.
- ❖ Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K: Using outcome measures to promote better outcomes. *Clinical Neuropsychiatry* 8:28-36, 2011.
- ❖ Zou H, Li Z, Nolan MT, et al: Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 22(3):256-271, 2013 22882803.
- ❖ Zubek JP, Bayer L, Shephard JM: Relative effects of prolonged social isolation and confinement: behavioral and EEG changes. *J Abnorm Psychol* 74(5):625-631, 1969 5349408 Zyprexa (olanzapine) [prescribing information]. Indianapolis, IN, Lilly USA, March 2018a Zyprexa (olanzapine) [product monograph]. Toronto, ON, Canada, Eli Lilly Canada, April 2018b Zyprexa Relprevv (olanzapine) [prescribing information]. Indianapolis, IN, Eli Lilly, March 2018.

# **SHTOJCA**

## Antipsikotikët e gjeneratës së parë-tipik

| Emri gjenerikë | Emri farmaceutikë | Formulimi në mg.   | Doza fillestare [mg/në ditë] | Doza mbajtëse [mg/në ditë] | Doza maksimale [mg/në ditë] | Komentet   |
|----------------|-------------------|--|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| Chlorpromazine | Thorazine         | Tbl: 10, 25, 50, 100, 200 Amp: 25/mL [1 mL, 2 mL]  | 25-100                       | 200-800                    | Oral: 1,000-2,000           | Dozimi IM është zakonisht 2550 mg me maksimum 200 mg/ditë.                   |
| Fluphenazine   | Prolixin          | Tbl: 1, 2.5, 5, 10 Koncentrat oral: 5/mL [120 mL], Amp depo: 2.5/5 mL [60 mL] Amp depo: 2.5/mL [10 mL] | 2.5-10                       | 6-20                       | Oral: 40<br>IM: 10          | Doza IM me veprim të shkurtër është 33%-50% e dozës orale.                   |
| Haloperidol    | Haldol            | Tbl: 0.5, 1, 2, 5, 10, 20 Koncentrat oral: 2/mL [5 mL, 15 mL, 120 mL]<br>Amp: 5/mL [1 mL, 10 mL]       | 1-15                         | 5-20                       | Oral: 100<br>IM: 20         | 2-5 mg IM mund të jepet çdo 4-8 orë  |
| Loxapine       | Loxitane          | Kapsula: 5, 10, 25, 50<br>Pluhur aerosol: 10   | 20                           | 60-100h                    | Oral: 250<br>Aerosol: 10    | Inhalimit oral kërkon programin REMS për shkak të potencial për bronkospazmë |
| Molindone      | Moban             | Tbl: 5, 10, 25   | 50-75                        | 30-100h                    | 225                         |  |

[tipikë], sipas emertimit gjenerik-farmaceuti

## Antipsikotikët e gjeneratës së parë-tipik

| Emri gjenerikë  | Emri farmaceutik | Formulimi në mg.        | Doza fillestare [mg/në ditë] | Doza mbajtëse [mg/në ditë] | Doza maksimale [mg/në ditë] | Komentet  |
|-----------------|------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---|
| Perphenazine    | Trilafon         | Tablet: 2, 4, 8, 16     | 8-16                         | 8-32                       | 64                          | Metabolizuesit e dobët  |
| Pimozide        | Orap             | Tablet: 1, 2            | 0.5-2                        | 2-4                        | 10                          | Pimozidi nuk ka një indikacion për skizofrenia por nganjëherë përdoret jashtë protokollit ose për të trajtuar çregullimet deluzionale si deluzionet parazitoza. |
| Thioridazine    | Mellaril         | Tablet: 10, 25, 50, 100 | 150-300                      | 300-800h                   | 800                         | Rekomandohet EKG dhe matja e kaliumit në serum.   |
| Thiothixene     | Navane           | Kapsula: 1, 2, 5, 10    | 6-10                         | 15-30                      | 60                          | Pirja e duhanit mund të ulë efektin, induksioni.  |
| Trifluoperazine | Stelazine        | Tablet: 1, 2, 5, 10     | 4-10                         | 15-20                      | 50                          | Pirja e duhanit mund të ulë efektin, induksioni.  |

Tab. 1.2 Janë paraqitur antipsikotikët e gjeneratës së parë[tipikë], sipas emërtimit gjenerik-farmaceutik, formulimit dhe dozimit si dhe komentet që duhet të merren parasysh nga ordinuesit.

## Antipsikotikët e gjeneratës së dytë-atipik

| Emri gjenerikë | Emri faramaceutik | Formulimi në mg.  | Doza fillestare [mg/në ditë] |  | Doza mbajtëse [mg/në ditë] | Doza maksimale [mg/në ditë] | Komentet  |
|----------------|-------------------|---|------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|---|
| Aripiprazole   | Abilify           | Tablet: 2, 5, 10, 15, 20,30<br>Tabletë tretëse: 10, 15<br>Tableta me paketim me senzor Mycite: 2, 5, 10, 15, 20,30<br>Solucion: 1/mL [150 mL] | 10-15                        |  | 10-15                      | 30                          | Tableta për oral janë me tbl.<br>Tretëse mg-për-mgbazë, deri në 25 mg. Tableta Mycite nuk mund të ndahet ose grimcuar.    |
| Asenapine      | Saphris           | Tablet, sublingual: 2.5, 5, 10  | 10                           |  | 20                         | 20                          | Vendoseni nën gjuhë dhe lëreni të tretet plotësisht. Nuk guxon të hahet as të pihet për 10 minuta pas qe të tretet.       |
| Brexpiprazole  | Rexulti           | Tabletë: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4  | 1                            |  | 2-4                        | 4                           | Metabolizohet dobët në rast të përtorimit të njokohëshë edhe të inhibitorve të CYP2D6[ antidepresivët, B-bllokatoret etj] |
| Cariprazine    | Vraylar           | Kapsula: 1.5, 3, 4.5, 6   | 1.5                          |  | 1.5-6                      | 6i                          | Metabolizohet dobët në rast të përdorimit të njokohëshëm edhe të inhibitorve të CYP3A4.                                   |

Tab. 2.1 Janë paraqitur antipsikotikët e gjeneratës së dytë[atipikë], sipas emërtimit gjenerikë-farmaceutik, formulimit dhe dozimit si dhe komentet që duhet të merren parasysh nga ordinuesit.

## Antipsikotiket e gjeneratës së dytë-atipik

| Emri gjenerikë | Emri farmaceutik | Formulimi në mg   | Doza fillestare [mg/në ditë] | Doza mbajtëse [mg/në ditë] | Doza maksimale [mg/në ditë] | Komentet  |
|----------------|------------------|---|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---|
| Klozapinë      | Clozaril         | Tabletë: 25, 50, 100, 200<br>Tabletë sublinguale: 12,5, 25, 100, 150, 200<br>Suspension oral: 50/ml [100 ml]                            | 12,5-25                      | 300-450e                   | 900                         | Kur filloni me klozapinë, doza fillestare 25-50 mg/ditë për 2 javë, pastaj rritje të mëtejshme që nuk kalonë 100 mg/ditë për 30 ditë.   |
| Iloperidone    | Fanapt           | Tableta: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12  | 2                            | 12-24                      | 24                          | Metabolizohet dobët deri në 50 % në rast të përdorimit të njokohëshë edhe të inhibitorëve të CYP2D6 [antidepresivët, B-blokatorët etj]  |
| Lurasidon      | Latuda           | Tableta: 20, 40, 60, 80, 120  | 40                           | 40-120                     | 160                         | Administrohet me ushqim. Metabolizohet dobët në rast të përdorimit të njokohëshëm edhe të inhibitorëve të CYP3A4.   |
| Olanzapine     | Zyprexa          | Tableta: 2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20<br>Tabletasublinguale: 5, 10, 15, 20<br>Ampull [Pluhur IM] me veprim të shkurtër përtretësirë: 10/2 mL | 5-10                         | 10-20                      | 20                          | A IM me veprim të shkurtër përdoret kryesisht për agjitation, me dozë të zakonshme 2,5-10 mg IM dhe doza maksimale prej 30 mg/ditë. Përdorimi i njëkohshëm IM i olanzapina me benzodiazepina parenteral nuk rekomandohet për shkakë të potencialit deprimues në qendrat kardiorespiratore |

Tab. 2.2 Janë paraqitur antipsikotikët e gjeneratës së dytë[atipikë], sipas emërtimit gjenerik-farmaceutik, formulimit dhe dozimit si dhe komentet që duhet të merren parasysh nga ordinuesit.

## Antipsikotikët e gjeneratës së dytë-atipik

|              |           |  |  |         |     |   |
|--------------|-----------|--|--|---------|-----|---|
| Paliperidone | Invega    | Tableta: 1.5, 3, 6, 9  | 6  | 3-12    | 12  | Nëse doza kalon mbi 6 mg në ditë, atëherë rritet me 3 mg/ditë rekomandohet në intervalle prej më shumë se 5 ditësh, deri në maksimum 12 mg/ditë.      |
| Quetiapine   | Seroquel  | Tableta me veprimtëmënje hershmë: 25, 50, 100, 200, 300, 400<br>Tableta me veprimtëzgjatur: 50, 150, 200, 300, 400 | Me veprimtëshkurter: 50<br>Me veprimtëzgjatur: 300 | 400-800 | 800 | Dozimi është një herë në ditë për veprimtë zgjatur. Mos e ndani ose shtypni tabletat me veprim të zgjatur.  |
| Risperidone  | Risperdal | Tablet: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4<br>Tabletasublinguale: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4<br>Tretësirëorale: 1/mL [30 mL]         | 2  | 2-8     | 8   | Përdorni doza më të ulëta fillestare Demtimeve të qelizave hepatike, doza fillestare është 0.5 mg dy herë në ditë, e cila mund të rritet prej 0.5 mg. |
| Ziprasidone  | Geodon    | Kapsula: 20, 40, 60, 80<br>Amp.[Tretësira IM]: 20  | 40   | 80-160  | 320 | Përdoret IM me veprim të shkurtër kryesisht për agitacion, me dozën e zakonshme prej 20mg/ditë dhe doza maksimale 40 mg/ditë.                         |

Tab. 2.3 Janë paraqitur antipsikotikët e gjeneratës së dytë[atipikë], sipas emërtimit gjenerik-farmaceutik, formulimit dhe dozimit si dhe komentet qe duhet të merren parasysh nga ordinuesit.

TABELA 4. Medikamentet antipsikotike: farmakokinetika/farmakodinamika e formulimeve intramuskulare orale dhe me veprim të shkurtër

| Emri tregtarë                             | Bio disponueshmëri a orale | Koha përnivelin maksimal | Të lidhuri me proteinat        | Enzimat/trans portuesit metabolikë | Metabolitet  | Koha e gjysëmele minimit në të rriturit  | Ekskretimi                                  | Dëmtimi hepatik <sup>3</sup>                    | Dëmtimi renal                          |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|--|---|---|--|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |                            |                          |                                |                                    |  |  |   |   |  |
| Klorpromazina                             | Torazina                   | 32%                      | 2.8 orë                        | 90% - 99%                          | CYP2D6 [i madh], CYP1A2 [i vogël], CYP3A4 [i vogël] substrati                              | NOR2CPZ, NOR2CPZ SULF, dhe 3-OH CPZ  | Bifazike: fillestare 2 orë, terminal 30 orë | Kryesht renale [<1% si bari i pandryshuar]      | Përdori me kujdes; jo të dializues hme |
| Fluphenazine                              | Prolixin                   | 2.7%                     | Oral: 2 orë<br>IM: 1.5-2 orë   | 99%                                | CYP2D6 [i madh] substrati  | fluphenazine, fluphenazine sulfoxide   | 4.4-16.4 orë                                | Renal dhe fekal, proporcionali saktë i paqartë  | I kundër indikuar nga prodhuesi        |
| Haloperidol                               | Haldol                     | 60%-70%                  | Oral: 2-6 orë<br>IM: 20 minuta | 89%-93%                            | CYP2D6 [madhor], CYP3A4 [madhor], CYP1A2 [madhor] substrati; 50%-60% glucuronidation       | Hydroxymetabolite-redukuar haloperidol   | 14-37 orë                                   | 15% fekal, 30% renal [1% si bari i pandryshuar] | Nuk janë cekur përshtatjet e dozave    |
| Pimozide                                  | Orap                       | 50%                      | 6-8 orë                        | 99%                                | CYP1A2 [madhor], CYP2D6 [madhor], CYP3A4 [i madh] substrati                                | Aktiviteti i panjohur: 4-bis-[4-fluorofenil] butirik acid, 1-[4-piperidil]-2-benzimidazolinone | 55 orë                                      | Kryesht renale                                  | Përdorni me kujdes                     |
| Tioridazine                               | Mellaril                   | 25%-33%                  | 1-4 orë                        | 96% -99%                           | CYP2D6 [i madh] substrati dhe i moderuar frenues, CYP2C19[i vogël] substrati sulforidazine | Mesoridazina [dy herë më i fuqishëm se tioridazina],   | 21-24 orë                                   | minimale renale                                 | Përdorni me kujdes                     |

| Gjenerata e dytë e antipsikotikëve |          |         |  |      |  |   |   |                        |  |   |
|------------------------------------|----------|---------|--|------|--|---|---|------------------------|--|---|
| Aripiprazole                       | Abilify  | 87%     | 3-5 orë  | >99% | CYP2D6 [madhor], CYP3A4 [madhor] substrati   | Dehidro-aripiprazol   | 75 orë, 94 orë dehydroaripiprazole, 146 orë në metabolizues të varfër në CYP2D6 | 55% fekale, 25% renale | Nuk janë cekur përshtatjet e dozave  | Nuk janë cekur përshtatjet e dozave                                 |
| Klozapinë                          | Clozaril | 27%-60% | 2.2-2.5 orë[rangu : 1-6 orë]                                 | 97%  | CYP1A2 [madhor], CYP2A6 [minor], CYP2C19 [minor], CYP2C9 [minor], CYP2D6 [minor], CYP3A4 | N - desmetil-klozapinë [aktiv], hidrosiluar dhe N - oksid derivatet | 4-66 orë [në gjendje të qëndrueshme 12 orë]                                     | 30% fekale, 50% renale | Dëmtim i rëndësishëm, Zvogëlimi i dozës mund të jetë i domosdoshëm   | Dëmtim i rëndësishëm, Zvogëli mi i dozës mund të jetë i domosdoshëm |
| Olanzapine                         | Zyprexa  | > 57%   | Orale: 6 orë IM 15-45 minuta                                 | 93%  | CYP1A2 CYP2D6 [minor] substrati; metabolizuar nëpërmjet të drejtëpërdrejtë glukuronidimi | 10 - N - glukuronid, 4- N - desmetil olanzapine [joaktivë]          | 30 orë  | 30% fekale, 57% renale | Përdornime kujdes  | Nuk e largon dializa  |
| Kuetiapina                         | Seroquel | 100%    | Me lirim të menjëhershëm: 1.5 orë Me lirim të zgjatur: 6 orë | 83%  | CYP3A4 [madhor], CYP2D6 [minor] substrati  | Aktiv: norquetiapine, 7-hidrosikuetiapine Joaktiv: kuetiapine-      | Kuetiapina: 6-7 orë Norquetiapine: 12 orë                                       | 20% fekale, 73% renale | Lëshimi i menjëhershëm: doza fillestare 25 mg/ditë,  | Nuk janë cekur përshtatjet e dozave                                 |
|                                    |          |         |  |      |  | sulfoksid [i madh], metabolit acidik prindëror                      |   |                        | rritja me 25-50 mg/ditë deri në dozën efektive Lëshimi i zgjatur: fillestar 50 mg/ditë, rritja me 50 mg/ditë |   |

|             |           |  |                                   |      |  |                                       |   | deri në<br>dozën<br>efektive |   |  |
|-------------|-----------|--|-----------------------------------|------|--|---------------------------------------|---|------------------------------|---|--|
| Risperidone | Risperdal | Absolute:<br>70%<br>Tabletë<br>në raport<br>me<br>solucionin<br>oral:<br>94% | 1 orë                             | 90%  | CYP2D6 [i madh],<br>CYP3A4 [i vogël],<br>substrati P-glikoproteinë/ABCB1<br>N-dealkilimi [i vogël],<br>frenues i dobët i<br>CYP2D6 | Aktiv: 9-hidroksi-risperidone         | Risperidone: 3-20 orë 9-hidroksi-risperidone: 21-30 orë | 14% fekale,<br>70% renale    | Dëmtime<br>të lehta ose<br>të moderuara<br>[Klasa<br>Child-Pugh A ose<br>B]:<br>zvogëloni<br>dozën<br>Dëmtime<br>të rënda<br>[klasa C<br>Child-Pugh]:<br>fillestare<br>0.5 mg dy<br>herë në<br>ditë, rritje<br>me jo më<br>shumë se<br>0.5 mg dy<br>herë në<br>ditë; mund<br>të rritet në<br>dozën<br>totale >1.5<br>mg dy herë<br>në ditë në 1<br>javë ose më<br>shumë | Dëmtim<br>e të<br>lehta ose<br>të<br>moderuara<br>[CrCl ≥<br>30<br>mL/min<br>utë]:<br>zvogëlo<br>ni dozën<br>Dëmtim<br>e të<br>rënda<br>[CrCl<br><30<br>mL/min<br>-ut]:<br>fillestare<br>0.5 mg<br>dy herë<br>në ditë,<br>rritje me<br>jo më<br>shumë<br>se 0.5<br>mg dy<br>herë në<br>ditë;<br>mund të<br>rritet në<br>doza ><br>1.5 mg<br>dy herë<br>në ditë<br>në 1 javë<br>ose më<br>shumë |
| Ziprasidone | Geodon    | Oral me<br>ushqim:   | Oral: 6-8<br>orë IM: 60<br>minuta | >99% | CYP1A2 [i vogël],<br>substrat CYP3A4 [i  | Aktiv:<br>sulfoksid<br>benzizo-tiazol | Oral: 7 orë IM:<br>2-5 orë                              | 66% fekale,<br>20% renale    | Përdornime kujdes<br>Asnjë<br>rregullim oral i  |  |

|  |  |                 |  |  |  |  |  |   |
|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|---|
|  |  | 60% IM:<br>100% |  | vogël], glutation,<br>aldehid oksidazë | [i madh],<br>benzizotiazol<br>sulfon [major],<br>ziprasidone<br>sulfoksid, S-<br>metil-dihidro-<br>ziprasidone |  |  | dozës<br>nuk<br>është<br>shënuar.<br>Përdorni<br>me<br>kujdes |
|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|---|

a Siç pëershkruehet nga Pugh et al. [1973], klasa A Child-Pugh korrespondon me një rezultat Child-Pugh prej 5–6, klasa B korrespondon me një rezultat Child-Pugh prej 7–9 dhe klasa C korrespondon me një rezultat Child-Pugh prej 10–15. Shkurtësat. CrCl=pastrimi i kreatininës; CYP=citokrome P450; MDD=çrrregullim i madh depresiv; UGT= uridinë 5'-difosfo-glukuronoziltransferazë. Burimi. Hiemke et al. 2018; Koytçev etj. 1996; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Mountjoy et al. 1999; Procyshyn et al. 2019; Vermeir et al. 20

**TABELA 5. Vetitë lidhëse në receptorët antipsikotik**

| Emri tregtarë                             |                                 | D <sub>1</sub> | D <sub>2</sub> | D <sub>3</sub> | D <sub>4</sub> | D <sub>5</sub> | 5-HT <sub>1A</sub> | 5-HT <sub>2A</sub> | 5-HT <sub>2C</sub> | 5-HT <sub>7</sub> | H <sub>1</sub> | Musc M <sub>1</sub> | 1   | 2   | Komentet   |   |
|---|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----|-----|--|---|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |                                 |                |                |                |                |                |                    |                    |                    |                   |                |                     |     |     |  |   |
| Chlorpromazine                            | Thorazine                       | +              | +++            | +++            | ++             | +              | 0                  | +++                | ++                 | ++                | +++            | ++                  | +++ | ++  | +++  | + |
| Fluphenazine                              | Prolixin                        | ++             | ++++           | ++++           | ++             | ++             | +                  | ++                 | +                  | +++               | ++             | 0                   | +++ | 0   |  |   |
| Haloperidol                               | Haldol                          | +              | +++            | +++            | +++            | +              | 0                  | ++                 | 0                  | +                 | 0              | 0                   | ++  | 0   |  |   |
| Loxapine                                  | Loxitane                        | ++             | ++             | ++             | +++            | ++             | 0                  | +++                | ++                 | ++                | +++            | +                   | ++  | 0   |  |   |
| Molindone                                 | Moban                           | 0              | ++             | ++             | 0              |                | 0                  | 0                  | 0                  | 0                 | 0              | 0                   | 0   | 0   | +  |   |
| Perphenazine                              | Trilafon                        | ++             | ++++           | ++++           | ++             |                | 0                  | +++                | +                  | ++                | +++            | 0                   | ++  | +   |  |   |
| Pimozide                                  | Orap                            | 0              | ++++           | +++            | ++             |                | +                  | ++                 | 0                  | ++++              | +              | +                   | +   | +   | Aktivitet i moderuar në transportuesin e dopaminës |   |
| Thioridazine                              | Mellaril                        | ++             | ++             | +++            | ++             | +              | +                  | ++                 | ++                 | ++                | ++             | +++                 | +++ | +++ | +  |   |
| Thiothixene                               | Navane                          | +              | ++++           | ++++           | +              | +              | +                  | ++                 | 0                  | ++                | +++            | 0                   | ++  | 0   |  |   |
| Trifluoperazine                           | Stelazine                       | +              | +++            | ++++           | ++             |                | +                  | ++                 | +                  | +                 | ++             | +                   | ++  | 0   |  |   |
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</b> |                                 |                |                |                |                |                |                    |                    |                    |                   |                |                     |     |     |  |   |
| Aripiprazole                              | Abilify                         | +              | / /            | +++            | +              | 0              | / / /              | +++                | ++                 | ++                | ++             | 0                   | ++  | +   |  |   |
| Asenapine                                 | Saphris, Secuado                | +++            | +++            | ++++           | +++            |                | +++                | ++++               | ++++               | ++++              | +++            | 0                   | +++ | +++ |  |   |
| Brexpiprazole                             | Rexulti                         | +              | / /            | +++            | ++++           |                | / / /              | ++++               | ++                 | +++               | ++             | 0                   | +++ | +++ | +  |   |
| Cariprazine                               | Vraylar                         |                | / /            | ++++           |                |                | / / /              | ++                 | +                  | +                 | ++             | 0                   | +   |     |  |   |
| Klozapinë                                 | Clozaril, FazaClo,<br>Versacloz | +              | +              | +              | ++             | +              | /                  | +++                | ++                 | ++                | +++            | / /                 | +++ | +   |  |   |
| Iloperidone                               | Fanapt                          | +              | ++             | ++             | ++             | +              | / /                | ++++               | ++                 | ++                | +              | 0                   | +++ | +++ |  |   |
| Lurasidone                                | Latuda                          | +              | +++            | ++             | ++             |                | /                  | ++++               | +                  | ++++              | 0              | 0                   | ++  | ++  |  |   |
| Olanzapine                                | Zyprexa                         | ++             | ++             | ++             | ++             | ++             | 0                  | +++                | ++                 | +                 | +++            | +++                 | ++  | +   |  |   |
| Paliperidone                              | Invega                          | +              | +++            | +++            | ++             | ++             | +                  | ++++               | ++                 | +++               | +++            | 0                   | +++ | ++  |  |   |

*Shënim. ++++=lidhje shumë të fortë [ $K_i < 1 \text{ nM}$ ]; +++=lidhje e fortë [ $1 \text{ nM} \leq K_i < 10 \text{ nM}$ ]; +=lidhje e moderuar [ $10 \text{ nM} \leq K_i < 100 \text{ nM}$ ]; =lidhje e dobët [ $100 \text{ nM} \leq K_i < 1000 \text{ nM}$ ]; 0=lidhje shumë e dobët ose e papërfillshëm [ $K_i \geq 1000 \text{ nM}$ ]. Për agonistët e pjesshëm / është të përdorura në vend të kësaj e + për të treguar vlerat lidhëse relative..*

*Burimi.* Latuda 2018; Lexicomp 2019; Maeda et al. 2014; Micromedex 2019; Olten dhe Bloch 2018; PDSP 2019; Procyshyn et al. 2019; Rexulti 2019; Roth et al. 2000; Saphris 2017; Vraylar 2019.

TABELA 6. Medikamentet antipsikotike: efekte anësore relative të formulimeve orale

| Emri tregtar                              |                                    | Akathisi<br>a | Parkinsonizmi | Distonia | Diskinezia<br>tardive | Hiperprolaktinemia <sup>a</sup> | Antikolinergjik | Qetësim |
|---|------------------------------------|---------------|---------------|----------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|---------|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |                                    |               |               |          |                       |                                 |                 |         |
| Klorpromazina                             | Torazina                           | ++            | ++            | ++       | +++                   | +                               | +++             | +++     |
| Flufenazinë                               | Proliksinë                         | +++           | +++           | +++      | +++                   | +++                             | +               | +       |
| Haloperidol                               | Haldol                             | +++           | +++           | +++      | +++                   | +++                             | +               | +       |
| Loksapina                                 | Loksitan                           | ++            | ++            | ++       | ++                    | ++                              | ++              | ++      |
| Molindone                                 | Moban                              | ++            | ++            | ++       | ++                    | ++                              | +               | ++      |
| Perfenazinë                               | Trilafon                           | ++            | ++            | ++       | ++                    | ++                              | ++              | ++      |
| Pimozidi                                  | Orap                               | +++           | +++           | ++       | +++                   | +++                             | +               | +       |
| Tioridazine                               | Mellarili                          | +             | +             | +        | +                     | ++                              | +++             | +++     |
| Tiotikseni                                | Navane                             | +++           | +++           | +++      | +++                   | +++                             | +               | +       |
| Trifluoperazinë                           | Stelazine                          | ++            | ++            | ++       | ++                    | ++                              | ++              | +       |
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</b> |                                    |               |               |          |                       |                                 |                 |         |
| Aripiprazole                              | Aftësimi                           | ++            | +             | +        | +                     | +                               | +               | +       |
| Asenapina                                 | Saphris                            | ++            | +             | ++       | ++                    | ++                              | +               | ++      |
| Brexipiprazoli                            | Rexulti                            | ++            | +             | +        | +                     | +                               | +               | ++      |
| Kariprazina                               | Vraylar                            | ++            | +             | +        | +                     | +                               | ++              | ++      |
| Klozapinëë                                | Clozaril,<br>FazaClo,<br>Versacloz | +             | +             | +        | +                     | +                               | +++             | +++     |
| Iloperidon                                | Fanapt                             | +             | +             | +        | +                     | ++                              | +               | ++      |
| Lurasidone                                | Latuda                             | ++            | ++            | ++       | ++                    | +                               | +               | ++      |
| Olanzapina                                | Zyprexa                            | ++            | ++            | +        | +                     | ++                              | ++              | +++     |
| Paliperidoni                              | Invega                             | ++            | ++            | ++       | ++                    | +++                             | +               | +       |
| Kuetiapina                                | Seroquel                           | +             | +             | +        | +                     | +                               | ++              | +++     |
| Risperidoni                               | Risperdal                          | ++            | ++            | ++       | ++                    | +++                             | +               | ++      |
| Ziprasidone                               | Geodon                             | ++            | +             | +        | +                     | ++                              | +               | ++      |

TABELA 6. Medikamentet antipsikotike; efekte anësore relative të formulimeve orale [oazhdim]

| Emri tregtar                              | Konvulzion et | Ortostaza | QT zgjatja | Fitimi i peshës | Hiperlipidemia | Abnormalitet e glukozës | Komentet   |
|---|---------------|-----------|------------|-----------------|----------------|-------------------------|--|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |               |           |            |                 |                |                         |  |
| Klorpromazina                             | Torazina      | ++        | +++        | +++             | ++             | +                       | ++   |
| Flufenazinë                               | Prolksinë     | +         | +          | ++              | ++             | +                       | +  |
| Haloperidol                               | Haldol        | +         | +          | ++              | ++             | +                       | +  |
| Loksapina                                 | Loksitan      | +         | ++         | ++              | +              | +                       | +  |
| Molindone                                 | Moban         | +         | +          | ++              | +              | +                       | +  |
| Perfenazinë                               | Trilafon      | +         | ++         | ++              | ++             | +                       | +  |
| Pimozidi                                  | Orap          | +++       | +          | +++             | +              | +                       | +  |
| Tioridazine                               | Mellarili     | ++        | +++        | +++             | ++             | +                       | Retinopati pigmentare; shkalla e lartë e mosfunkcionimit seksual; shmangni përdorimin nëse intervali QTc është >450 msec ose me përdorimin e njëkohshëm të medikamenteve që zgjasin intervalin QTc ose frenojnë CYP2D6 |
| Tiotikseni                                | Navane        | +++       | +          | ++              | +              | +                       | +  |
| Trifluoperazinë                           | Stelazine     | +         | +          | ++              | ++             | +                       | +  |
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</b> |               |           |            |                 |                |                         |  |
| Aripiprazole                              | Abilify       | +         | +          | +               | +              | +                       | FDA alarmi i sigurisë për çregullimet e kontrollit të impulseve [p.sh. lojërat e fatit, binge të ngrënët]; mund të zgjedhojnë hiperprolaktineminëme antipsikotikët e tjera   |
| Asenapina                                 | Saphris       | +         | ++         | +               | ++             | ++                      | Orale hipoestezia  |
| Brexpiprazoli                             | Rexulti       | +         | +          | +               | +              | +                       |  |
| Kariprazina                               | Vraylar       | +         | +          | +               | ++             | +                       |  |

**TABELA 6. Medikamentet antipsikotike: efekte anësore relative të formulimeve orale [vazhdim]**

| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve [vazhdim]</b> |                                    |           |            |                 |                |                           |     |  |
|---|------------------------------------|-----------|------------|-----------------|----------------|---------------------------|-----|--|
| Emri tregtar  | Konvulzionet                       | Ortostaza | QT zgjatja | Fitimi i peshës | Hiperlipidemia | Abnormalitetet e glukozës |     |  |
| Klozapinë   | Clozaril,<br>FazaClo,<br>Versacloz | +++       | +++        | ++              | +++            | +++                       | +++ | Rritja e pështymës e zakonshme; shkalla e lartë e mosfunkcionimit seksual; kapsllëk të rëndë dhe ileus paralitik i mundur; ethe mund ndodhin në fillim; miokarditi është i rrallë; kardiomiopatia dhe neutropenia e rënda janë të rralla |
| Iloperidon  | Fanapt                             | +         | +++        | +++             | ++             | +                         | ++  |  |
| Lurasidone  | Latuda                             | +         | +          | +               | +              | ++                        | ++  | Kreatinina e lidhur me dozën rritet në disa pacientë   |
| Olanzapina  | Zyprexa                            | ++        | ++         | ++              | +++            | +++                       | +++ |  |
| Paliperidoni  | Invega                             | +         | ++         | ++              | ++             | ++                        | +   |  |
| Quetiapina  | Seroquel                           | ++        | ++         | ++              | ++             | +++                       | ++  |  |
| Risperidoni   | Risperdal                          | +         | ++         | ++              | ++             | +                         | ++  |  |
| Ziprasidone   | Geodon                             | +         | ++         | +++             | +              | +                         | +   | Sindroma e irisit të flashkët intraoperativ është raportuar  |

\*Në përgjithësi, shkalla e mosfunkcionimit seksual shkalla paralele e hiperprolaktinemisë përvëç rasteve kur shënohet në komente.

Shënim: + = rrallë; ++ = ndonjëherë; +++ = shpesh. CYP = citokrom P450.

Burimi: Credible Meds 2019; Hirsch etj al. 2017; La Torre etj al. 2013; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Pisani etj al. 2002; Procyshyn etj al. 2019; furgon Dijk etj al. 2018.

TABELA 7. Medikamente antipsikotike injektuese me veprim të gjatë: disponueshmëria dhe konsideratat e lidhura me injekzionin<sup>a</sup>

| Emri tregtar                              | Fuqitë e disponueshme <sup>b</sup><br>[mg, përveç nëse shënohetndryshe] | Lloji i furnizimit                                | Vendi dhe teknika e injekzionit <sup>c</sup>                    | Reaksionet në vendin e injekzionit <sup>d</sup>  | Komentet   |  |
|---|---|---|---|--|--|--|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |   |   |   |  |  |  |
| Flufenazinë                               | Prolksinë Dekanoate   | 25/mL [5 mL]                                      | Flakon, vajë susami automjeti me 1.2% benzil alkoolit           | IM injekzion gluteal i thellë ose deltoid; përdorni i Z-vijë teknikës i rekomanduar <sup>e</sup>     | Reagimet në lëkurë të raportuara                                       | Monitoro për hipotensionin. Në susam vaj, të jetë vigilent për alergji. Për udhëzimet të detajuara për madhësinë e gjilpërës dhe trajtimin e produktit, referojuni te etiketimi.   |
| Haloperidol                               | Haldol Dekanoate  | Haloperidol                                       | Haloperidol Dekanoate   | Haloperidol  | Haloperidol  |  |
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</b> |   |   |   |  |  |  |
| Aripiprazole monohidrat                   | Abilify Maintena  | 300, 400  | Kompleti me shiringë i parambushur ose flakoni për një perdorim | IM në muskujtë gluteal ose deltoid i ngadalshëm  | Skuqje të herëpashersh me,ënjtje, qëndrueshmëri [i butë te i moderuar] | Ndërroni vendet e injektimit. Mos bëni masazh muskujve pas injektimit. Për udhëzimet të detajuara për madhësinë e gjilpërës dhe trajtimin e produktit, referojuni te etiketimi.  |
| Aripiprazole lauroxil                     | Aristada Initio   | 675/2.4 mL  | Kompleti me shiringë i parambushur                              | IM në muskujtë gluteal ose deltoid   | E zakonshme: dhimbje Të rralla: ngurtësim, skuqje                      | Për tu përdorur vetëm si një dozë e vetme për të filluar trajimin me Aristada ose për të rilluar trajimin pas një doze të humbur të Aristada. Jo për doza të përsëritura. Jo e këmbyeshme me Aristadën. Shmangni injektimin e njëkohshëm të Aristada Initio dhe Aristada në të njëjtin muskul deltoid ose gluteal. Për udhëzimet të detajuara për madhësinë e gjilpërës dhe trajtimin e produktit, dhe udhëzimet për të siguruar një pezullim uniform referojuni te etiketimi. |
| Aripiprazole lauroxil                     | Aristada  | 441/1.6 mL, 662/2.4 mL, 882 /3.2 mL, 1,064/3.9 mL | Kompleti me shiringë i parambushur                              | IM në muskujt deltoid ose gluteal për 441 mg, IM në muskulin gluteal për 662 mg, 882 mg, ose 1064 mg | E zakonshme: dhimbje Të rralla: ngurtësim, ënjtje, skuqje              | Jo e këmbyeshme me Aristadën. Shmangni injektimin e njëkohshëm të Aristada Initio dhe Aristada në të njëjtin muskul deltoid ose gluteal. Për udhëzimet të detajuara për madhësinë e gjilpërës dhe trajtimin e produktit, dhe udhëzimet për të siguruar një pezullim uniform referojuni te etiketimi.   |

|             |                  |                       |  |   |   |  |
|-------------|------------------|-----------------------|--|---|---|--|
| Olanzapina  | Zyprexa Relprevv | 210, 300, 405         | Kit me flakonë që përmban hollues dhe flakon me pluhur për për rikonstituimin e pezullimit | vetëm injekzion IM i thellë gluteal; mos e jep në mënyrë nënëlkuore         | Ngurtësim i rrallë ose masë në vendin e injekzionit             | Për arsyet të rreziku e pasinjektit të delirium/ sindromi i qetësimit, duhet dhënë në a regjistruar shëndetin kujdes objekti me gati akses në shërbimet e reagimit emergjent, dhe pacientit duhet të jetë vëzhguar për në më së paku 3 orë pas injektit dhe i shoqëruar në dalje. Kërkon përdorimin e FDA Programi REMS [www.zyprexarelprevv.com/public/Default.aspx]. Mos i masazhoni muskujt pas injektit. Efektet e kombinuara të moshës, pirjes së duhanit, dhe biologjike sekzi mund plumbit te domethënës dallimet farmakokinetike. Për de- me bisht udhëzimet në produkt trajtimin dhe rikonstituimin, referojuni te etiketimi. |
| Risperidone | Risperdal Consta | 12.5, 25, 37.5, 50    | Kit me flakonë që përmban hollues dhe flakon me pluhur për për rikonstituimin e pezullimit | Injekzion i thellë IM në deltoid ose gluteal [kuadranti i sipërm i jashtëm] | Skuqje të herëpasqershme,ënjtje, ngurtësim                      | Vendet e injektit të ndërrohen. Ruani në frigoriger në temperaturë 2°C-8°C dhe mbroni nga drita. Flakoni duhet të vijë në temperaturën e dhomës për të paktën 30 minuta përpëra se të rikonstituohet. Mund të ruhet në 25°C deri në 7 ditë para administrimit. Për udhëzime të hollësishme mbi trajtimin dhe riperbëjen e produktit, referojuni etiketimit.  |
| Risperidone | Perseris         | 90/0.6 mL, 120/0.8 mL | Kompleti me shiringa të parambushura që përbajnjë pluhur dhe hollues                       | Vetëm injeksione nënëlkuore abdominale                                      | Grumbullimi në vendin e injektit mund të vazhdojë për disa javë | Vendet e injektit të ndërrohen. Injektoni vetëm në një zonë pa probleme të lëkurës, acarim, skuqje, mavjosje, infeksion ose vrragë; mos i fërkoni ose masazhoni vendet e injektit. Ruajeni në 2°C-8°C dhe mbroni nga drita. Lëreni paketimin të vijë në temperaturën e dhomës për të paktën 15 minuta përpëra injektit. Për udhëzime të hollësishme mbi trajtimin dhe riperbëjen e produktit, referojuni etiketimit.   |

\* Kjo tabelë dhe tabela pasuese për medikamentet antipsikotike të injektueshme me veprim të gjatë përfshijnë informacione të përpiluara nga burime të shumta. Rekomandohet që lexuesit të konsultohen me informacionin e etiketimit të produktit për informacion autoritar mbi këto medikamente. Informacion i detajuar për çështje të tillë si regjimi i dozës, rregullimet e dozës, procedurat e administrimit të medikamenteve, madhësia e përshtatshme e gjilpërës bazuar në vendin e injektit dhe peshën e pacientit, riperbëja e produktit, masat paraprake të trajtimit dhe ruajtja mund të gjenden gjithashtu në etiketimin e produktit.

<sup>b</sup> Fuqitë e disponueshme bazohen në produktet e SHBA-së; pikat e forta dhe produktet e disponueshme në vende të tjera mund të ndryshojnë.

<sup>c</sup> Çdo injeksion duhet të administrohet vetëm nga një profesionist i kujdesit shëndetësor. Medikamentet antipsikotike injektuese me veprim të gjatë nuk duhet të administrohen kurrë në mënyrë intravenoze.

<sup>d</sup> Dhimbe në vendin e injektimit është vërejtur për të gjitha produktet.

<sup>e</sup> burim elektronik. Shëndeti i Qeverisë së Australisë Jugore: Vendet e injektimit. Në dispozicion në:

[www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+sources/clinical+programs+and+practice+guidelines/medicines+and+droga/injection](http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+sources/clinical+programs+and+practice+guidelines/medicines+and+droga/injection)

+teknika#Z%20pista. Qasur më 21 korrik 2020. Trusti i Fondacionit të NHS-së Northumberland, Tyne and Wear: Standard për vlerësimin dhe menaxhimin e shëndetit fizik. Shtoja 2: Vendet e injektimit. Në dispozicion në: [www.ntw.nhs.uk/content/uploads/2015/06/AMPH-PGN-10-IMI-App2-Injection-Sites-V01-iss-Sep7.pdf](http://www.ntw.nhs.uk/content/uploads/2015/06/AMPH-PGN-10-IMI-App2-Injection-Sites-V01-iss-Sep7.pdf). Qasur më 20 janar 2019.

*Slikurtesat. REMS=vlerësimi i rrezikut dhe strategjia e zbutjes.*

*Burimi. Abilify Maintena 2018; Andorn et al. 2019; Aristada 2019; Aristada Initio 2019; Invega Sustenna 2018a, 2018b; Invega Trinza 2018a, 2018b; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Perseris 2018; Procyshyn et al. 2019; Risperdal Consta 2019; Zyprexa Relprevv 2018.*

TABELA 8. Medikamentet antipsikotike injektuese me veprim të gjatë: dozimi

| Emri tregtarë | Konvertimet e dozës | Doza fillestare[mg] | Doza tipike[mg] | Maksimumi dozës [mg] | Shpeshtia e dozimit | Nevoja për shtimin fillestast oral | Komentet |
|---------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|----------|
|---------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|----------|

| <u>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</u> |                            |   |  |   |                 |                 |   |
|---|----------------------------|---|--|---|-----------------|-----------------|---|
| <u>Flufenazinë</u>                        | <u>Prolixinë Dekanoate</u> | <u>Për çdo 10 mg/ditë oral, jepni 12.5 mg dekaonat çdo 3 javë</u> | <u>6.25-25 çdo 2 javë</u>  | <u>6.25-25 çdo 2-4 javë</u>                       | <u>100</u>      | <u>2-4 javë</u> | <u>Ule dozën orale përgjysmën pas injekzionit të parë ndërpereje pas injekzionit të dytë</u><br><u>Rrit në 12.5 mg shtesë nëse dozat &gt;50 mg janë të nevojshme.</u>   |
| <u>Haloperidol</u>                        | <u>Haldol Dekanoat e</u>   | <u>Për çdo 5 mg/ditë oral, jep 50-75 mgdekanonate çdo 4 javë</u>  | <u>Percaktuar nga doza orale dhe/ose rreziku i lartë i rikthimit te maksimumi deri në 100 mg</u> | <u>50-200 [10-15 herë doza e mëparshme orale]</u> | <u>450/muaj</u> | <u>4 javë</u>   | <u>Ulet dhe ndërpitet pas dy deri në tre injeksioneve</u><br><u>Nëse doza fillestare është &gt; 100 mg, ndaje në dy injeksione të ndara nga 3-7 ditë.</u>   |
| <u>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</u> |                            |   |  |   |                 |                 |   |
| <u>Aripiprazole monohydrate</u>           | <u>Abilify Maintena</u>    | <u>Jo të zbatueshme</u>   | <u>400</u>   | <u>400</u>  | <u>400/muaj</u> | <u>Mujore</u>   | <u>Vazhdoni oral përgjithësisht pas injekzionit fillestare</u><br><u>Ndiqni etiketën nëse injekzionet e planifikuar nuk janë marrë. Rregullimi i dozës për CYP2D6 metabolizuesit e varfér, për ata duke marrë CYP2D6 dhe/ose frenuesit e CYP3A4, ose nga efektet anësore. Shmangni përdorimin me CYP3A4 nxitësit.</u> |

|                                 |                         |                         |            |            |                 |   |   |  |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------|-----------------|---|---|--|
|                                 |                         |                         |            |            |                 |   |   |  |
| <u>Aripiprazole monohydrate</u> | <u>Abilify Maintena</u> | <u>Jo të zbatueshme</u> | <u>400</u> | <u>400</u> | <u>400/muaj</u> | <u>Mujore</u>   | <u>Vazhdoni oral përl4 ditë pas injekzionit fillestare</u>      | Ndiqni etiketën nëse injeksionet e planifikuara nuk janë marrë. Regullimi i dozës për CYP2D6 metabolizuesit e varfër, për ata duke marrë CYP2D6 dhe/ose frenuesit e CYP3A4, ose nga efektet anësore. Shmangni përdorimin me CYP3A4 nxitësit. |
| <u>Aripiprazole lauroxil</u>    | <u>Aristada Initio</u>  | <u>Jo të zbatueshme</u> | <u>675</u> | <u>675</u> | <u>675</u>      | <u>Doza e vetme për nisjen e trajtimit me Aristada ose rinisjen e trajtimit pas nuk është marrë doza e Aristada. Jo përtë përsëritur dozimin.</u> | <u>Duhet të jepet bashkë me një dozë 30 mg oral aripiprazol</u> | Për pacientët që nuk kanë kurrë marrë aripiprazol, krijo tolerancë me aripiprazol nga goja para përdorimit. Aristada Initio dhe Aristada janë jo të këmbyeshme. Shiko etiketimin përshtatjen e dozës.  |

TABELA 8. Medikamentet antipsikotike injektuese me veprim të gjatë: dozimi [vazhdim]

| Emri tregtarë                                       | Konvertimet e dozës   | Doza fillestare [mg]  | Doza tipike [mg]   | Maksimumi i dozës [mg]             | Shpeshtia e dozimit  | Nevoja për shtimin fillestari oral  | Komentet  |
|---|---|---|--|------------------------------------|--|---|---|
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve [vazhdim]</b> |   |   |  |                                    |  |   |   |
| Aripiprazole<br>Lauroxil<br>Aristada                | 10 mg/ditë oral, jep 441 mg IM/muaj 15 mg/ditë oral, jep 662 mg/muaj IM, 882 IM çdo 6 javë, ose 1064 mg IM çdo 2 muaj 20 mg/ditë ose më shumë me gojë, jep 882 mg/muaj IM | Mujore: 441, 662, 882<br>Çdo 6 javë: 882<br>Çdo 2 muaj: 1064                          | Mujore: 441, 662, 882<br>Çdo 6 javë: 882<br>Çdo 2 muaj: 1064         | 882/muaj                           | Muaj: 441, 662, 882<br>Çdo 6 javë: 882<br>Çdo 2 muaj: 1064 | Janë dy mënyrat te niset trajtimi: 1. Jepni një IM ibjekzion Aristada Initio 675 mg dhe një dozë orale aripiprazol 30 mg ose 2. Jepni 21 ditë aripiprazol nga goja në lidhje me injekzionin e parë Aristada | Aristada Initio dhe Aristada nuk janë të këmbyeshme. Injekzioni i parë Aristada mund të jepet në të njëjtën ditë me Aristadën Initio ose 10 ditë më pas.  |
| Olanzapine<br>Zyprexa<br>Relprev                    | 10 mg/ditë oral, 210 mg çdo 2 javë për katër dozat ose 405 mg çdo 4 javë 15 mg/ditë me oral, 300 mg çdo 2 javë  | I përcaktuar nga doza orale 2 javë për katër dozat 20 mg/ditë oral, 300 mg çdo 2 javë | 150mg, 210mg, ose 300 mg çdo 2 javë ose 300 mg ose 405 mg çdo 4 javë | 300 mg çdo 2 javë ose 405 mg çdo 4 | 2–4 javë   | Nuk kërkohet  | Jepni 150 mg çdo 4 javë në pacientët që mund të kenë ndjeshmëri ndaj efekteve anësore ose metabolizmit më të ngadalta. Duhanpirësit mund të kërkojnë një dozë më të madhe ditore se jo duhanpirësit dhe gratë mund të ketë nevojë |

Gjenerata e dytë e antipsikotikëve [vazhdim]

TABELA 8. Medikamentet antipsikotike injektuese me veprim të gjatë: dozimi [vazhdim]

| Emri tregtarë                                       | Konvertimet e dozës | Doza fillestare [mg]   | Doza tipike [mg]          | Maksimumi i dozës [mg] | Shpeshtia e dozimit | Nevoja për shtimin fillestari oral | Komentet   |
|---|---------------------|--|---------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------------|--|
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve [vazhdim]</b> |                     |  |                           |                        |                     |                                    |  |
| Risperidone   | Risperdal           | Risperidoni oral te Risperdal Consta   | 25 çdo 2javë              | 25-50 çdo 2 javë       | 50 çdo 2 javë       | 2 javë                             | Vazhdoni oral për 3 javë [21 ditë]<br>Përshtaja me rritje të dozës nuk duhet bërë më shpesh se sa çdo 4 javë.  |
|   | Konsta              | IM: £ 3 mg/ditë, jepni 25 mg/2javë >3 deri në £ 5 mg/ditë, jep 37.5 mg/ 2javë > 5 mg/ditë, jepni 50 mg/2javë                 |                           |                        |                     |                                    |  |
| Risperidoni   | Perseris            | Risperidoni oral te risperidoni nënlekurore me çlirim të zgjatur:<br>3 mg/ditë, jep 90 mg/muaj<br>4 mg/ditë, jep 120 mg/muaj | Percaktuar nga doza orale | 90-120 mujore          | 120 / muaj          | Mujore                             | As ngarkim dozës as mbivendosja orae nuk është e nevojshme<br>Mund të mos jetë e përshtatshme për pacientët që marrin më pak se sa 3 mg ose më shumë se sa 4 mg oral risperidonin çdo ditë. Përshtateni dozën shoqëruese meCYP2D6 frenuesit ose CYP3A4 nxitësit. |

*Shkurtësat . CYP=citokrom P450; LAI=me veprim të gjatë të injektueshme.*

*Burimi . Abilify Maintena 2018; Aristada 2019; Aristada Initio 2019; Bai et al. 2007; Hamann et al. 1990; Invega Sustenna 2018a, 2018b; Invega Trinza 2018a, 2018b; Kreyenbuhl et al. 2010; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Nasser etj al. 2016; Perseris 2018; Procyshyn et al. 2019; Risperdal Consta 2019; Zyprexa Relprevv 2018.*

TABELA 9. Medikamentet antipsikotike injektuese me veprim të gjatë: karakteristikat farmakologjike

|   | Emri tregtarë       | Koha deri tek kulmi i nivelit në plazmë | Koha deri te gjendja e qëndruesh me | Gjysëm jeta e eleminimit  | Komentet <sup>a</sup>   |
|---|---------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| <b>Gjenerata e parë e antipsikotikëve</b> |                     |   |                                     |   |   |
| Flufenazinë                               | Prolixinë Dekanoate | 8-10 orë                                | 2 muaj                              | 6-9 ditë për injekzionin e vetëm dhe 14-26 ditë për dozat e shumëfishta | Madhor CYP2D6 substrati   |
| Haloperidol                               | Haldol              | 6 ditë                                  | 3-4 muaj                            | 21 ditë   | Madhor CYP2D6 dhe CYP3A4 substrati  |
| <b>Dekanoate</b>                          |                     |   |                                     |   |   |
| <b>Gjenerata e dytë e antipsikotikëve</b> |                     |   |                                     |   |   |
| Aripiprazole monohidrat                   | Abilify Maintena    | 4 ditë [deltoid]; 5-7 ditë [gluteal]    | Nga doza e katërt                   | 300 mg: 29.9 ditë<br>400 mg: 46.5 ditë [400 mg] me injekzion gluteal    | Jepni jo më shpejt se sa 26 ditë ndërmjet injeksioneve.<br>Madhor CYP2D6 dhe Substrati CYP3A4   |
| Aripiprazole lauroxil                     | Aristada Initio     | 16-35 ditë [mesatare 27 ditë]           | Jo të zbatueshme                    | 15-18 ditë  | Jo të këmbyeshme me Aristada sepse janë të profileve të ndryshme farmakokinetike CYP2D6 dhe CYP3A4 substrati  |
| Aripiprazole lauroxil                     | Aristada            | Jo në dispozicion                       | 4 muaj                              | 53,9-57,2 ditë  | Jo i këmbyeshëm me Aristada Initio sepse janë të ndryshme profilet farmakokinetike  |
| Olanzapina                                | Zyprexa Relprevv    | 7 ditë                                  | ~ 3 muaj                            | 30 ditë<br><br>Major CYP1A2 substrati                                   | CYP2D6 dhe CYP3A4 substrati   |
| Risperidone                               | Risperdal Konsta    | 29-31 ditë                              | 2 muaj                              | 3-6 ditë; rritur në sëmundje renale ose hepatike                        | Për dëmtimin e veshkave/mëlcisë: filloni me dozimin oral [0.5 mg dy herë në ditë për 1 javë, pastaj 1 mg dy herë në ditë ose 2 mg çdo ditë për 1 javë]; nëse tolerohet, fillo 25 mg IM çdo 2 javë dhe vazhdo dozimin oral për 21 ditë.<br><br>Një dozë fillestare IM 12.5 mg mund gjithashtu të merren parasysh.<br><br>Substrati kryesor i CYP2D6 dhe substrati minor i CYP3A4 [i vogël]; frenues i dobët CYP2D6 |

<sup>a</sup>Nëse një dozë e barërave antipsikotike me veprim të gjatë të injektueshme është humbur, referojuni te etiketa e produktit për informacion në përshtatjet e dozës së mjekimit ose të shpeshtisë së dhënies. Shkurtesar . CrCl=kreatininë pastrimi; CYP=citokrom P450.

Burimi. Abilify Maintena2018; Aristada 2019; Aristada Initio 2019; Invega Sustenna 2018a, 2018b; Invega Trinza 2018a, 2018b; Jann etj al. 1985; Lexicomp 2019; Lindenmayer 2010; Micromedex 2019; Perseris 2018; Procyshyn et al. 2019; Risperdal Consta 2019; Saklad 2018; Zyprexa Relprev 2018.

Tabela 10. Medikamenti për trajtim të parkinsonizmit të indukuar

| Emri i tregut <sup>b</sup>                                   | Benztropine mesylate<br>Amantadine  | Benztropine mesylate<br>Cogentin                      | Diphenhydramine Benadryl  | Trihexyphenidyl hydrochloride Artane      |
|--|---|---|---|---|
| Përdorimi tipik  | Symmetrel Parkinsonism  | Dystonia Acute, parkinsonism                          | Dystonia Acute, parkinsonism  | Dystonia Acute, parkinsonism              |
| Mekanizmi i veprimit   | Jo konkkorues NMDA receptor antagonist [dobët]  | Muscarinic antagonist                                 | Histamine H <sub>1</sub> antagonist   | Muscarinic antagonist                     |
| Formulimet e disponueshme [mg, përveç nëse shënohet ndryshe] | Tableta: 100 me lëshim të zgjatur: 129, 193, 258<br>Kapsula: 100<br>Kapsulë, e mbushur me lëng: 100 Kapsulë, me lëshim të zgjatur: 68,5, 137 Shurup oral: 50/5 mL | Tablet: 0.5, 1, 2<br>Solution, injection: 1/mL [2 mL] | Kapsula: 25, 50<br>Eliksir oral: 12,5/5 mL Tretësirë orale: 12,5/ 5 mL, 6,25/1 mL Tabletë: 25, 50<br>Tretësirë, injeksjon: 50/1 mL<br>Formulime të tjera të markës janë të disponueshme për lehtësimin e alergjive. | Oral elixir: 0.4/mL [473 mL] Tablet: 2, 5 |
| Gama e dozës tipike [mg/ditë]                                | Tableta ose kapsula me çlirim të menjëherëshëm: 100–300 Tableta me çlirim të zgjatur: 129–322   | Tableta: 0.5–6.0<br>Solution, injection: 1–2          | Oral: 75–200<br>Solution, injection: 10–50  | Oral: 5–15                                |
| Biodisponuesh mëria  | 86%–94%   | 29%   | 40%–70%   | 100%                                      |
| Koha deri në nivelin maksimal [orë]                          | Lëshimi i menjëherëshëm: 2–4 Lëshimi i zgjatur: 7.5–12  | Oral: 7 IM: minutes                                   | 1–4   | 1,3                                       |
| Lidhja e proteinave  | 67%   | 95%   | 76%–85%   | I panjohur                                |
| Metabolizmi  | Primarily renal   | Hepatic   | Hepatic   | I panjohur                                |

|                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| Enzimat/trans portuesit metabolikë | Nënshtresa e transportuesit të kationeve organike 2   | Substrati i CYP2D6 [i vogël]                          | N-demetilimi ekstensiv hepatik nëpërmjet CYP2D6; demetilim i vogël nëpërmjet CYP1A2, CYP2C9 dhe CYP2C19; frenon CYP2D6-in e tij [i dobët] | Nuk dihet asnjë                                       |
| Metabolitet                        | Shumëfishtë; veprimitari e panjohur                   | I panjohur  | Jo-aktiv  | I panjohur  |
| Gjysma e jetës së eliminimit [orë] | 16–17   | 7   | 4–8   | 4   |
| Ekskretimi                         | Urina 85% e pandryshuar; 0.6% fekale                  | Urina   | Urina [si metabolite dhe medikament i pandryshuar]  | Urina dhe biliare                                     |
| Dëmtimi i mëlcisë                  | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë   | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë |

TABELA 10. Medikamente për trajtimin e parkinsonizmit të shkaktuar nga njekimi [vazhdim]

|                    | Amantadine                                       | Benztropine mesylate                                      | Diphenhydramine  | Trihexyphenidy hydrochloride                          |
|--------------------|--|---|--|---|
| Dëmtimi i veshkave | Gjysma jeta e eliminimit rritet me dëmtim renale | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë     | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë megjithatë, dozimi intervali mund të jetë i nevojshëm të rritet ose doza e reduktuar në Individët e moshuar dhe te ato me dëmtime renale | Asnjë rregullim i dozës nuk është vërejtur në etiketë |
| Komente            | Largim i papërfillshëm me dializë; mos shtypni   | Fillimi i veprimit me IV. Doza është e krahasueshme me IM | Doza totale ditore zakonisht ndahet në 3-4 doza në ditë Doza maksimale ditore 300 mg për oral dhe  |   |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  | ose ndani produktet me lëshim të zgjatur |  | 400 mg për IM/IV, me 100 mg doza maksimale për IV/IM<br>Doza IV me një normë prej 25 mg/minutë; IM doza me IM të thellë injekzion sepse injekzion nënëkurore ose intradermal mund të shkaktojë nekroza lokale |  |
|--|--|--|---|--|

a Kjo tabelë përfshin informacione të përpiluara nga burime të shumta. Informacione të hollësishme për çështje të tilla si regjimi i dozës, rregullimet e dozës, procedurat e administrimit të medikamenteve, masat paraprake të trajtimit dhe ruajtja mund të gjenden në etiketimin e produktit. Rekomandohet që lexuesit të konsultohen me informacionin e etiketimit të produktit për informacion autoritar mbi këto medikamente.

b Emrat tregtarë më të zakonshëm të SHBA-së janë përfshirë vetëm për referencë. Në kohën e publikimit, disa nga këto produkte mund të prodhohen vetëm si produkte gjenerike. Medikamente të tjera ose formulime të tjera të medikamenteve të listuara mund të janë të disponueshme në Kanada.

Shkurtësat. CYP=citokrom P450; NMDA=N-metil-D-aspartat.

Burimi. Kapsula hidroklorur amantadine 2015; Tretësirë orale hidroklorur amantadine 2015; Tableta hidroklorur amantadine 2019; Benadryl 2018; Injekzion benztrapine 2017; Tableta Benztrapine 2017; Cogentin 2013; Injekzion hidroklorur i difenhidraminës 2019; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Pendopharm 2015; Procyshyn et al. 2019; Tretësirë orale hidroklorur triheksifenidil 2010; Tableta triheksifenidil hidroklorur 2015.

TABLE 11 Frenuesit e kthyeshëm të Tetrabenazine Valbenazine

transportuesit vezikular të

monoaminës njerëzore tip 2a

Deutetabenazine

| Emri i tregut                       | Austedo   | Xenazine  | Ingrezza   |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Formulimet e disponueshme [mg]      | Tabletë: 6, 9, 12   | Tablet: 12.5, 25  | Kapsula: 40, 80  |
| Gama e dozës tipike [mg/ditë]       | 12–48   | 25–75   | 40–80  |
| Biodisponueshmëria                  | 80%   | 75%   | 49%  |
| Koha deri në nivelin maksimal [orë] | 3–4   | 1–2   | 0,5–1  |
| Lidhja e proteinave                 | 60%–68% [ $\alpha$ -HTBZ] 59%–63% [ $\beta$ -HTBZ]                | 82%–85% 60%–68% [ $\alpha$ -HTBZ] 59%–63% [ $\beta$ -HTBZ]  | >99% 64% $\alpha$ -HTBZ                                |
| Metabolizmi                         | Hepatike  | Hepatike  | Hepatike   |
| Enzimat/transportuesit metabolikë   | Substrati kryesor i CYP2D6, substrati i vogël i CYP1A2 dhe CYP3A4 | Substrati kryesor i CYP2D6                                  | Substrati kryesor i CYP3A4, substrati i vogël i CYP2D6 |
| Metabolitet                         | $\alpha$ -HTBZ dhe $\beta$ -HTBZ i deuteruar: aktiv               | $\alpha$ -HTBZ, $\beta$ -HTBZ dhe HTBZ O-dealkiluar: aktive | $\alpha$ -HTBZ: aktive                                 |
| Gjysma e jetës së eliminimit [orë]  | $\alpha$ -HTBZ dhe $\beta$ -HTBZ i deuteruar: 9–10                | $\alpha$ -HTBZ: 4–8 $\beta$ -HTBZ: 2–4                      | 15–22  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Ekskretimi                               | Urina: ~ 75%-85% Feces i ndryshkur: ~8%-11%  | Urina: ~75% Feces i ndryshuar: ~7%-16%   | Urina: 60% Feces: 30%   |
| Dëmtimi i mëlcisë                        | Kundërindikuar   | Kundërindikuar   | Doza maksimale prej 40 mg në ditë me dëmtim të moderuar deri në të rëndë [Child-Pugh rezultati 7-15]  |
| Dëmtimi i veshkave                       | Nuk ka informacion në dispozicion  | Nuk ka informacion në dispozicion  | Nuk rekomandohet përdorimi në dëmtim të rëndë të veshkave [ $\text{CrCl} < 30 \text{ mL/minutë}$ ]  |
| Efektet anësore të zakonshme             | Qetësim  | Qetësim, depresion, efekte ekstrapiramidale, pagjumësi, akatizi, ankth, vjellje, rënje | Qetësim   |
| Efekti i ushqimit në biodisponueshmërinë | Ushqimi ndikon në përqendrimin maksimal. Administrohet me ushqim. Gëlltitni tabletat të tëra dhe mos i përtypni, shtypni ose thyeni. | Të pandikuar nga ushqimi   | Mund të merret me ose pa ushqim. Vaktet me yndyrë të lartë ulin Cmax dhe AUC për valbenazinën, por vlerat për metabolitin aktiv [ $\alpha$ -HTBZ] janë të pandryshuara. |

**TABELA 11. Frenuesit e kthyeshëm të transportuesit vezikular të monoaminës njerëzore tip 2a [vazhdim] Deutetrabenazine Tetrabenazine Valbenazine aKëto komentet**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Frenuesit e kthyeshëm të transportuesit vezikular të monoaminës njerëzore tip 2a [vazhdim]<br>Deutetrabenazine<br>Tetrabenazine<br>Valbenazine | Jepni në doza të ndara; rritje nga doza fillestare prej 12 mg/ditë me 6 mg/javë në dozën maksimale prej 48 mg/ditë. Rritroni dozën për ndërpërjet e trajtimit më shumë se 1 javë. Ndiqni etiketimin e produktit nëse kaloni nga tetrabenazina në deutetrabenazine. Mos e tejkaloni dozën totale ditore prej 36 mg/ditë [18 mg/dozë] në metabolizues të dobët të CYP2D6 ose pacientë që marrin një frenues të fortë të CYP2D6. Vlerësoni EKG-në para dhe pas rritjes së dozës ditore mbi 24 mg në pacientët në rrezik për zgjatjen e QTc. Shmangni përdorimin në pacientët me sindromë | Jepni në doza të ndara; rritje nga doza fillestare prej 25-50 mg/ditë me 12,5 mg/javë në maksimum 150-200 mg/ditë. Rritroni dozën për ndërpërjet e trajtimit më shumë se 5 ditë. Testoni për statusin e metabolizuesit të CYP2D6 përpëra se të jepni doza >50 mg/ditë. Mos i kaloni 50 mg/ditë të metabolizuesit e dobët ose të pacientët që trajtohen me një frenues të fortë të CYP2D6. Shmangni përdorimin në pacientët me sindromë kongjenitale të QT të gjatë, me aritmë të shoqëruara me një interval të zgjatur QT, ose me rreziqe të tjera për zgjatjen e QTc [p.sh., medikamente të njoitura se zgjasin intervalet QTc, metabolizëm të reduktuar nëpërmjet CYP2D6 ose CYP3A4]. |
|--|---|---|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | kongjenitale të QT të gjatë, me aritmë të shoqëruara me një interval të zgjatur të QT, ose me rreziqe të tjera për zgjatjen e QTc [p.sh., medikamente të njoitura se zgjasin intervalet QTc, metabolizëm të reduktuar nëpërmjet CYP2D6]. | intervalet QTc, metabolizëm të reduktuar nëpërmjet CYP2D6]. |  |
|--|--|---|--|

a Kjo tabelë përfshin informacione të përpiluara nga burime të shumta. Informacione të hollësishme për çështje të tillë si regjimi i dozës, rregullimet e dozës, procedurat e administrimit të medikamenteve, masat paraprake të trajimit dhe ruajtja mund të gjenden në etiketimin e produktit. Rekomandohet që lexuesit të konsultohen me informacionin e etiketimit të produktit për informacion autoritar mbi këto medikamente.

b Emrat tregtarë më të zakonshëm të SHBA-së janë përfshirë vetëm për referencë. Në kohën e publikimit, disa nga këto produkte mund të prodhohen vetëm si produkte gjenerike.

cTë gjithë frenuesit VMAT2 janë kundërindikuar brenda 2 javësh nga një frenues i monoamine oksidazës, brenda 20 ditëve nga reserpina, ose në pacientët me ide aktive vëtëvrasëse ose depresion të patraktuar. Tetrabenazina dhe deutetabenazina mbartin një paralajmërim të lidhur me depresionin dhe idetë vëtëvrasëse të pacientët me sëmundjen e Huntingtonit. Shkurtësat. AUC=zona nën kurbë; C<sub>max</sub>=përqendrimi maksimal i plazmës; CrCl=pastrimi i kreatininës; CYP=citokrom P450; EKG=elektrokardiograma; HTBZ=dihidrotetrabenazinë. Burimi. Austedo 2019; Inglezza 2019; Lexicomp 2019; Micromedex 2019; Xenazine 2018.

## **Antipsikotikët e gjeneratës së parë(tipik) të paraparë për listën esenciale në UK për trajtimin e Skizofrenisë**

| Emri gjenerikë   | Formulimi në mg.  | Komentet   |
|------------------|---|--|
| Chlorpromazine   | Tbl: 10, 25, 50, 100, 200<br>Amp: 25/mL [1 mL, 2 mL]                        | Dozimi IM është zakonisht 25 mg, me maksimum 200 mg/ditë.  |
| Fluphenazine     | Tbl: 1, 2.5, 5, 10<br>Amp depo: 2.5/ mL [60 mL]<br>Amp depo: 2.5/mL [10 mL] | Doza IM me veprim të shkurtër është 33%-50% e dozës orale. |
| Haloperidol      | Tbl: 2, 5, 10,<br>Amp: 5/mL [1 mL, 10 mL]                                   | 2-5 mg IM mund të jepet çdo 4-8 orë                        |
| Molindone *      | Tbl: 5, 10, 25  |  |
| Trifluoperazine* | Tablet: 1, 2, 5, 10   | Pirja e duhanit mund të ulë efektin, induksioni.           |

## **Antipsikotikët e gjeneratës së dytë(atipik) të paraparë për listën esenciale në UK për trajtimin e Skizofrenisë**

| Emri gjenerikë | Formulimi në mg.  | Komentet  |
|----------------|---|---|
| Aripiprazole   | Tabletë: 2, 5, 10, 15, 20, 30   | Tableta për oral  |
| Asenapine*     | Tabletë, sublingual: 2.5, 5, 10   | Vendoseni nën gjuhë dhe lëreni të tretet plotësisht.  |
| Klozapinë      | Tabletë: 25, 50, 100, 200   | Doza fillestare 25-50 mg/ditë për 2 javë, pastaj rritje të mëtejshme që nuk kalonë 100 mg/ditë për 30 ditë.   |
| Olanzapine     | Tableta: 2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20<br>Ampull me veprim të shkurtër përtretësirë: 10/2 mL                                | A IM me veprim të shkurtër përdoret kryesisht për agitacion, me dozë të zakonshme 2.5-10 mg IM  |
| Quetiapine     | Tableta me veprim të mënjejershëm: 25, 50, 100, 200, 300, 400<br>Tableta me veprimitë zgjatur: 50, 150, 200, 300, 400 | Dozimi është një herë në ditë për veprimitë zgjatur.  |
| Risperidone    | Tablet: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4<br>Tretësirorale: 1/mL [30 mL]  | Përdorni doza më të ulëta fillestare<br>Demëtimeve të qelizave hepatike, doza fillestare është 0.5 mg dy herë në ditë, e cila mund të rritet prej 0.5 mg. |
| Ziprasidone*   | Kapsula: 20, 40, 60, 80<br>Amp.[Tretësira IM]: 20   | Përdoret IM me veprim të shkurtër kryesisht për agitacion, me dozën e zakonshme prej 20mg/ ditë dhe doza maksimale 40 mg/ ditë.                           |

## XI. Shkurtesat

|           |  |
|-----------|--|
| APA       | Asociacioni i Psikiatrave Amerikan                       |
| CYP       | Cytochrome P450  |
| EKG       | Elektrokardiografia                                      |
| EPS       | Efektet anësore ekstrapiramidale                         |
| FDA       | Administrata Amerikane për Ushqim dhe Barna              |
| KP        | Klinika Psikiatrike                                      |
| KPSh      | Kujdesi Parësor Shëndetësor                              |
| LAI       | Injeksion me Veprim të Gjatë                             |
| M&V       | Monitorim dhe Vlerësim                                   |
| IMT       | Indeksi i Masës Trupore                                  |
| IPFK      | Instituti i Psikiatrisë Forenzike të Kosovës             |
| MNS       | Çrregullime Mendore                                      |
| MSH       | Ministria e Shëndetësisë                                 |
| NAN/ANC   | Numërimi Absolut i Neutrofileve                          |
| OBSh      | Organizata Botërore e Shëndetësisë                       |
| QSHM      | Qendrat e Shëndetit Mendor                               |
| QIRSKP    | Qendra Integruese për Rehabilitim të Sëmuarve Psikiatrik |
| SMN       | Sindroma Malinje Neuroleptike                            |
| SP        | Spitalet e Përgjithshme                                  |
| SUD/ÇUD   | Çrregullim i Përdorimit të Substancave                   |
| SOE/FE    | Forca e Evidencës  |
| SHIB      | Shtëpitë për Integrim në Bashkësi                        |
| ShSKUK    | Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës         |
| TA        | Trajtim Ambulantor                                       |
| TKS/CBT   | Terapia Konjitive e Sjelljes                             |
| TKSp/CBTp | Terapia Konjitive e Sjelljes për Psikozë                 |
| TS        | Trajtim 1 Spitalor                                       |

## XII.Shtojca



**Përgjigjuni pyetjeve më poshtë me sinqeritet bazuar në atë se si ndiheni aktualisht ose si jeni ndjerë në muajin e kaluar**

Ky test nuk mund të zëvendësojë diagnozën nga një ofrues i kujdesit shëndetësor. Pjesëmarrësit në këtë test do të kuptojnë dhe do të deklarohen (pacient psikiatrik) sipas mënyrës së intervistimit direkt nga profesionisti i shëndetit mendor. Studiuësi nuk do të ndikojë në përgjigjet e pjesëmarrësve.  
Ju lutem referojuni pyetjeve në vijim:

**I.A besoni se të tjerët kontrollojnë atë që mendoni dhe ndjeni ?**

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

**II. A ndëgjoni ose shihni gjëra që të tjerët nuk i dëgjojnë apo shohin ?**

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

**III. A e ndjeni shumë të vështirë të shpreheni me fjalë që të tjerët t'ju kuptojnë ?**

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës



**IV. A e ndjeni se nuk keni absolutisht asgjë të përbashkët me të tjerët, përfshirë miqtë dhe familjen tuaj ?**

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Aspak       | Vetëm Pak          |
| Disi/Ndopak | Mesatarisht        |
| Mjaft shumë | Gjatë gjithë kohës |

**V. A besoni në më shumë se në një gjë në lidhje me realitetin dhe botën përreth jush , në të cilat askush tjetër nuk e beson ?**

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Aspak       | Vetëm Pak          |
| Disi/Ndopak | Mesatarisht        |
| Mjaft shumë | Gjatë gjithë kohës |

**VI. A ju besojnë të tjerët kur ju tregoni gjërat që shifni ose dëgjon ?**

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Aspak       | Vetëm Pak          |
| Disi/Ndopak | Mesatarisht        |
| Mjaft shumë | Gjatë gjithë kohës |

**VII. A dyshoni në atë që mendoni nëse është e vërtetë apo jo ?**

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Aspak       | Vetëm Pak          |
| Disi/Ndopak | Mesatarisht        |
| Mjaft shumë | Gjatë gjithë kohës |



VIII. A keni fuqi magjike që askush tjetër nuk i ka dhe nuk mund t'i shpjegojë ?

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

IX. A po ju kurdisin komplate të tjerët për të tju marrë ?

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

X. A e keni vështirë t'i mbani mendimet e juaja ?

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

XI. A ju trajtojnë padrejtësisht, sepse të tjerët janë xhelozë për aftësitë e juaja të veçanta?

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës



XII. A flisni me një person tjetër ose me persona të tjera brenda kokës tuaj që askush tjetër nuk mund t'i dëgjojë ?

Aspak

Vetëm Pak

Disi/Ndopak

Mesatarisht

Mjaft shumë

Gjatë gjithë kohës

### Rezultati

Vlerësimi 0-9 Nuk ka Skizofreni

Vlerësimi 10-13 Mundësia e Skizofrenisë së hershme

Vlerësimi 14+Skizofrenia e hershme