**دليل وصف الادوية النفسية**

**الفصام**

**مضادات الفصام : مبادئ عامة في وصف الدواء**

1. **يجب استعمال الجرعة الاقل ما يمكن**
2. **يجب تقليل الدواء الى حد الجرعة الفاعلة**
3. **اية زيادة في الجرعات لاتتم الابعد اسبوعين من التقييم والتي يظهر فيها المريض ضعف او عدم الاستجابة للدواء**
4. **في حالة استعمال الحقن طويلة المفعول ,ترتفع مستويات الدواء في البلازما بعد 6-12 اسبوع بالرغم من عدم زيادة الجرعة**
5. **لذلك فان زيادة الجرعات في هذه الفترة قرار غير مناسب**
6. **يفضل استعمال دواء واحد فقط لمعظم المرضى (مع او بدون اضافة المهدئات او مثبتات المزاج )**
7. **لايحبذ اعطاء اكثر من دواء واحد بسبب خطورة حصول اثار جانبية او توقف القلب المفاجئ**
8. **اعطاء اكثر من دواء واحد يجب ان لأيتم ألا في حالة عدم فاعلية الدواء الواحد بصورة واضحة وهنا يجب تقيم المفعول والاثار الجانبية وتثبيتها وفي حالة عدم فائدتها يجب العودة الى الدواء المنفرد**
9. **بصورة عامة : لايجوز استعمال مضادات الذهان لمعالجة القلق**
10. **استجابات المريض لمضادات الذهان يجب ان يخضع لتقيم ومراقبة صحتهم العامة (ضغط الدم , النبض, تخطيط القلب , مستوى السكري الدم , الدهون ).**

**Antipsychotic drugs: minimum effective doses**

**Minimum effective daily dose of antipsychotics**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antipsychotic** | **First episode**  **Dose (mg)** | **Relapse/exacerbation**  **Dose (mg)** |
| **First-generation antipsychotics** | | |
| **Chlorpromazine** | **200** | **300** |
| **Haloperidol** | **2** | ***>*4** |
| **Trifluoperazine** | **10** | **15** |
| **Second-generation antipsychotics** | | |
| **Olanzapine** | **5** | **10** |
| **Quetiapine** | **150** | **300** |
| **Risperidone** | **2** | **3** |
| **Ziprasidone** | **80** | **80** |
| **Aripiprazole** | **10** | **10** |
| **Asenapine** | **10** | **10** |

**Antipsychotic drugs: licensed maximum doses**

Maximum licensed doses of antipsychotic drugs

|  |  |
| --- | --- |
| **Antipsychotic** | **Maximum dose (mg)** |
| **First-generation antipsychotics – oral** | **Daily** |
| **Chlorpromazine** | **1000** |
| **Flupentixol** | **18** |
| **Haloperidol** | **30** |
| **Pimozide** | **20** |
| **Trifluoperazine** | **None (suggest 30)** |
| **Zuclopenthixol** | **150** |
| **Second-generation antipsychotics- oral** | **Daily** |
| **Olanzapine** | **20** |
| **Paliperidone** | **12** |
| **Quetiapine** | **750/800** |
| **Risperidone** | **16** |
| **Clozapine** | **900** |
| **Aripiprazole** | **30** |
| **Depot Injections** | **Monthly** |
| **Flupenthixol** | **400** |
| **Fluphenazine** | **50** |
| **Haloperidol** | **300 mg every 4 weeks** |
| **Paliperidone** | **150 mg per month** |
| **Risperidone** | **25** |
| **Zuclopenthixol** | **600** |

**النقاط الواجب معرفتها من قبل مريض الفصام**

1. **مضادات الذهان لاتشفي الفصام**
2. **مضادات الذهان تعالج الاعراض**
3. **العلاج طويل الامد لغرض منع الانتكاسات**
4. **العلاج المعرفي السلوكي ودور العائلة يساعد في تحسن حالة المريض**
5. **تختلف الادوية في مفعولها من مريض الى الاخر**
6. **يجب ذكر كافة الاثار الجانبية للطبيب لمساعدته في اختيار الدواء المناسب**
7. **لايجوز ايقاف مضادات الذهان بصورة مفاجئة .**

**القلق والكآبة**

***المبادئ المتبعة في حالة الكأبة***

1. **مناقشة المريض في اختيار العلاج وتوفر الامكانية استخدام العلاج بدون عقاقير**
2. **مناقشة النتائج مع المريض مثلا التعافي التدريجي من اعراض الكابة على مدى اسابيع**
3. **وصف الجرعات من الادوية المضادة للكآبة بحيث تكون فعالة**
4. **في النوبة الاولى يجب الاستمرار على العلاج لمدة 6-9 اسابيع بعد تحسن المريض (وتحتاج مدة اطول اذا كانت هناك انتكاسات متعددة )**
5. **قطع العلاج بصورة تدريجية وإعلام المريض عن مخاطر وطبيعة الاعراض الناتجة عن قطع العلاج بصورة مفاجئة.**
6. **-العلاج المضاد للكابة لايفضل استخدامه في الحالات الخفيفة من الكابة ويفضل استخدام المراقبة او مساعدة النفس, CBT**
7. **-الادوية المضادة للكابة توصف للحالات المتوسطة والشديدة من الكابة**
8. **- يجب اعلام المريض عن اعراض قطع العلاج المفاجيء**
9. **لعلاج الكابة المعندة للعلاج اتباع نظام استخدام علاج اخر مثل الليثيوم او الادوية المضادة للذهان او اضافة علاج ثاني مضاد للكابة**
10. **يجب ان يستمر العلاج لمدة سنة**

**تستخدم الجلسات الكهربائية (ECT) كعلاج مساند للحلات الشديدة او الكابة المقاومة للعلاجات ب SSRI ,ECT , CBT**

**مواصفات الادوية المضادة للكابة:**

* **فعالة**
* **لاتسبب الادمان**
* **لاتفقد فعاليتها بمرور الوقت**
* **ولاتسبب اعراض جانبية الاستخدام الطويل الها**
* **الدواء يستمر بنفس الجرع**
* **اذا كانت الاثار الجانبية غير محتملة يجب اختيار بديل منا سب**
* **اذاقدر المريض قطع العلاج يجب ان لايكون بصورة مفاجئة لان ذلك يؤدي الى اعراض غير محبذة ويكون معرض لخطورة الانتكاسة**
* **الادوية يجب ان تقلل تحت اشراف الطبيب**

**Choice of antidepressant and relative side-effects**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Characteristics of antidepressant drugs: selective serotonin reuptake inhibitors** | | |
| **SSRI, forms available** | **Licensed indication** | **Licensed doses**  **(elderly doses not included)** |
| **Fluoxetine**  **capsules,**  **liquid** | Depression  OCD  Bulimia nervosa  All indications higher doses possible – see SPC | 20–60 mg/day 8–18 yr:  10–20 mg/day  20–60 mg/day (long-term  efficacy *>*24 months has  not been demonstrated  in OCD)  60 mg/day (long-term efficacy *>*3  months has not been demonstrated  in OCD)  Up to 80 mg/day |
| **Citalopram**  **tablets,**  **liquid** | Depression – treatment of the initial phase and as maintenance therapy against potential relapse or recurrence.  Panic disorder ±agoraphobia | 20–40 mg/day  Use lowest dose  – evidence for  higher doses poor  10 mg for  1 week, increasing up  to 40 mg/day |
| **Escitalopram**  **tablets,**  **liquid** | Depression  Panic disorder ±agoraphobia  Social anxiety  Generalised anxiety disorder  OCD | 10–20 mg/day  5 mg/day for 1 week,  increasing up to 20 mg/day  10–20 mg/day  10–20 mg/day  10–20 mg/day |
| **Fluvoxamine**  **tablets** | Depression  OCD | 100–300 mg/ day (given bd if *>*150 mg)  100–300 mg/ day (start at 50  mg/day) (given bd if *>*150 mg)  8–18 yr:  100–200 mg/day (given  bd if *>*150 mg) |
| **Paroxetine**  **tablets,**  **liquid** | Depression  OCD  Panic disorder ±agoraphobia  Social phobia/social  Anxiety disorders  PTSD  Generalized anxiety disorder | 20–50 mg/day Use lowest dose  – evidence for higher doses poor.  20–60 mg/day  10–60 mg/day  20–50 mg/day  20–50 mg/day  20–50 mg/day |
| **Sertraline**  **tablets** | Depression  ±anxiety andprevention of relapse or recurrence of depression ± anxiety  Panic disorder ±agoraphobia  Social anxiety disorder  OCD (under specialist supervision in children)  PTSD | 50–200 mg/day  Use 50–100 mg  – evidence for  higher doses  poor  25–200 mg/day  25–200 mg/day  50–200 mg/day (adults)  6–12 yr: 25–50 mg/day  13–17 yr: 50–200 mg/day  may be increased in steps of 50mg  at intervals of 1 week  25–200 mg/day |
| **Tricyclic, forms available** | | |
| **Amitriptyline**  **tablets, liquid** | Depression  Nocturnal enuresis in children | 50–200 mg/day  7–10 yr:10–20 mg  11–16 yr:25–50 mg at  night for maximum of 3 months  The dose should be given 30 min before bedtime |
| **Clomipramine**  **tablets/**  **capsules,**  **liquid** | Depression  Phobic and obsessional states  Adjunctive treatment of cataplexy associated  With narcolepsy | 30–250 mg/day  100–150 mg/Day  10–75 mg/day |
| **Imipramine**  **tablets, liquid** | Depression  Nocturnal  enuresis in  children | 50–200 mg/day (up to 100 mg as  a single dose; up to 300 mg in  hospital patients)  6–7 yr (20–25 kg):25 mg  8–11 yr (25–35kg):25–50 mg  *>*11 yr (*>*35 kg):50–75 mg at night  for maximum of 3 months  The dose should be given 30 min  before bedtime |
| Other antidepressant drugs | | |
| **Duloxetine**  **capsules** | Depressionand other non-psychiatric indications  Generalised anxiety disorder | 60–120 mg/day  Limited data to support advantage of doses above 60 mg/day  60–120 mg/day |
| **Mirtazapine**  **tablets,**  **soluble**  **tablets, liquid** | Major  depression | 15–45 mg/day |
| **Venlafaxine**  **tablets,capsules** | Depression ±anxiety and  \  prevention of relapse or recurrence of depression (tablets, XL preps)  Social anxiety (XL)  Generalised anxiety disorder (XL)  Panic disorder (XL) | 75–375 mg/day  (bd) with food  75–375 mg XL/day (od) with food  75–225 XL mg/day  75–225 XLmg/day  75–225 XLmg/day |

**Recognized minimum effective doses of antidepressants**

|  |  |
| --- | --- |
| Tricyclics | Unclear; at least 75–100 mg/day,possibly 125 mg/day |
| Citalopram | 20 mg/day |
| Escitalopram | 10 mg/day |
| Fluoxetine | 20 mg/day |
| Fluvoxamine | 50 mg/day |
| Paroxetine | 20 mg/day |
| Sertraline | 50 mg/day |
| Duloxetine | 60 mg/day |
| Mirtazapine | 30 mg/day |
| Trazodone | 150 mg/day |
| Venlafaxine | 75 mg/day |

**علاج القلق العام والذعر والوسواس القهري :**

**مباديءعامة**

1. **(العناية المتصاعدة) ضرورية للمساعدة في اختيار العلاج للافضل**
2. **التقيم الشامل ضروري وتقييم الشدةالمحتملة والتاثير على وظائف العمل والحياة والاستجابة السابقة للعلاج او وجود امراض عقلية اخرى او سوء استخدام الادوية او امراض اخرى لها تاثير .**
3. **العلاج النفسي فعال اكثر من العلاج بالادوية لذلك يفضل استخدامه اولا**
4. **تزويد المريض بالمعلومات بصورة شفوية او كتابية عن فائدة واخطار العلاجات**

**الوسواس القهري:**

**(الذي يكون ذا تاثير متوسط وشديد على العمل الوظيفي والحياة ):**

* **استخدام SSRI , CBT**
* **دمج SSRI معCBT اذا كانت الاستجابه للعلاج الواحد دون المستوى الامثل**
* **استخدام كلو مبرامين اذا فشل SSRI**
* **اذا كانت الاستجابة دون المستوى الامثل اضف الادوية المضادة للذهان**

**القلق العام :**

* **البنزوديازيبام لايستخدم لمدة اكثر من 2-4 اسابيع**
* **SSRI يستخدم كخط اول للعلاج**
* **SNRI تستخدم كبدائل**
* **العلاج المعرفي السلوكي (CBT)**

**الاطفال والمراهقين:**

**التعليمات الواجب اتباعها مع الاطفال والمراهقين:**

* **استهداف الاعراض وليس التشخيص:**

**التشخيص قد يكون صعب في الاطفال ومع وجود امراض مشتركة اخرى**

**العلاج يجب ان يستهدف الاعراض بينما التشخيص مهم لتوقعات عن المرض والتواصل مع المريض والأهل مع الوضع بعين الاعتبار ان المرض يحتاج لوقت ليتطور**

* **ان يكون الطبيب والاهل واعين الى الجوانب العملية في معالجة الاطفال**
* **عند وصف العلاج يجب التأكد من كافة المعلومات حول جودة وفعالية وسلامة العلاج المستعمل قبل وصفه**
* **يجب الابتداء بجرعة قليلة وزيادتها ببطئ حتى تنتهي باعلى جرعة وان العلاج خارج المستشفى يجب ان يكون بجرعة قليلة اقل من المستخدمة عند الكبار تزداد تدريجيا**
* **العلاجات المتعددة مطلوبة في الحالات الشديدة :العلاج الواحد مثالي ولكن قد يكون المرض شديد في البداية فيحتاج الى علاجات متعددة**
* **اعطاء الوقت للأدوية والعلاج في الاطفال عموما ويحتاجون ولوقت اطول قبل البدء للاستجابة للعلاج**
* **مراقبة نتائج العلاج في اكثر من موضوع مثلا لعلاج الاعراض (المنشطات التي تعطى في مرض فرط الحركة ) مع الوضع في عين الاعتبار ان الاعراض قد تختلف مع اختلاف الاوضاع (البيت,المدرسة )قد يكون معيار الجرعة مرتبة حسب وصف الاهل للحالة حيث يكون العلاج اكثر من المطلوب خلال النهار في المدرسة**
* **ان تثقيف المرضى وعوائلهم حول العلاج مهم جدا لان بعض العلاجات للاطفال والمراهقين قد تستمر مدى الحياة وان تجربتهم الاولى للعلاج قد تكون حاسمة للنتائج على مدى طويل والالتزام بالعلاج**
* **ان مسالة العمر مهمة وهي مسالة قانونية في وصف الادوية للاطفال تحت سن 12 سنة ولكن قد تكون مفضله في جميع الاعمار .**

**سوء استخدام الادوية :**

* **الاعتياد على الكحول**
* **الاعراض الانسحابية للكحول تشكل خطورة على الحياة اذا لم تعالج بصوره صحيحة**
* **البنزوديازيبام (كلورديازبوكسايد) يعتبر الاختيار المفضل لعلاج الاعراض الانسحابية للكحول**

**لما لها من تاثير معاكس للكحول وتعمل كمضادات للاختلاج**

* **اعطاء الفيتامينات مهم للتعويض ويعطى مع العلاج للوقاية وعلاج من (wernick-korsakaff synd) او الامراض الاخرى المتعلقة بنقص الفيتامينات**

**الحمل**

**المبادئ العامة للوصفات خلال الحمل ولكل النساء خلال سن الانجاب *:***

* **قبل البدء بالعلاج يجب الاستفسار عن وجود حمل ام لا لان اكثر الحمل غير مخطط له**
* **تجنب استخدام الادوية التي لاتعطى خلال الحمل للنساء في سن الانجاب )(خاصة فالبرويت والكاربامازبين ) واذا وصفت هذة الادوية يجب ان تكون المراءةعلى وعي تام للتشوهات الخلقية المحتملة حتى اذا كانت لاتخطط للحمل ومع اعطاء فوليت (folate)**
* **تجنب كل الادويه خلال الاشهر الثلاثة الاولى للحمل (الفترة التي تتكون فيها الاعضاء المهمة ) إلا اذا كانت الفائدة اكثر من الضرر**
* **استخدام اقل جرعة ممكنه من الادوية**
* **استخدام الادوية التي لها اثار جانبية قليلة على الام والطفل**
* **وصف اقل مايمكن من الدواء معا بتسلسل**
* **مع التحضير لتغير الجرعة مع تقدم الحمل**
* **زيادة الجرعة خلال الفترة الاخيرة (ثلاث اشهر الاخيرة من الحمل )مطلوبة وذلك لزيادة حجم الدم حوالي 30%مع مراقبة كمية البلازما حيث تكون مفيدة اذا كان متوفرة**
* **ملاحظة / ان انزيمات الكبد تتغير بشكل ملحوظ خلال فترة الحمل cyp2d6 يزداد بحوالي 50% عند نهاية الحمل بينما cyp1a2 يقل الى اكثر من 70%**
* **تحويل الحامل الى مختصين خلال وقبل فترة الحمل**
* **الفحص الجيد للطفل خلال الحمل**
* **اعلام اطباء النسائية حول استخدام العلاج النفسي والمشاكل المحتملة**
* **مراقبة الطفل بعد الولادة من الاعراض الانسحابية**
* **توثيق كل القرارات**

**الرضاعة**

**التعليمات العامة لاستخدام الادوية النفسية خلال فترة الرضاعة:-**

* **لكل حالة يجب قياس الفائدة من الرضاعة للام والطفل مع المخاطر التي يتعرض لها للطفل من التعرض للعلاج وأيهما اهم**
* **يجب مراقبة الطفل لأي اثار جانبية يتعرض لها نتيجة لاستخدام الادوية خلال فترة الرضاعة مع مراقبة الرضاعة والنمو والتطور**
* **الخدج الذين يعانون من امراض الكلى والكبد والقلب والأعصاب يكون عرضه اكثر لتاثير الدواء**
* **لا يمكن ايقاف العلاج للسماح للرضاعة الطبيعية للمريض وذلك لاحتمالية الانتكاسة القوية**
* **علاج امراض الام لها الاولوية**
* **اذا كانت الام تأخذ الادوية خلال فترة الحمل والوضع يمكن لها التكملة خلال فترة الرضاعة للتقليل من اخطار الاعراض الانسحابية للأطفال.**