

GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DEL REAL COLEGIO DE PSIQUIATRAS AUSTRALIANO Y NEOZELANDÉS

RESUMEN DE LA GUIA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA E AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA

Patrick McGorry, Eoin Killackey, Kathryn Elkins, Martin Lambert y Tim Lambert
Equipo de Consenso de la Guía de la Práctica
para el Tratamiento de la Esquizofrenia
I Colegio Real Australiano y el Colegio de Nueva Zelanda de Psiquiatras

Patrick D. McGorry

Professor/Director, Department of Psychiatry, University of Melbourne and ORYGEN Youth Health, Parkville, Vic., Australia.
Correspondencia: Professor Patrick McGorry, ORYGEN Youth Health, 35 Poplar Road, Parkville, Vic. 3052, Australia.

mccorry@ariel.unimelb.edu.au

Eoin Killackey

Clinical Psychologist and Research Fellow, Department of Psychology,
University of Melbourne and ORYGEN Research Centre, Parkville, Vic., Australia.

Kathryn Elkins

Research Fellow, ORYGEN Research Centre, Parkville, Vic., Australia.

Martin Lambert University of Hamburg.

Tim Lambert

Associate Professor, Director, Office for Psychiatric Evaluation and Educational Newmedia,
University of Melbourne, Melbourne, Vic., Australia.

TRADUCIDO AL ESPAÑOL:

David Bussé i Olivé (MD, PhD, MsocPsych)

27236dbo@comb.es

Centro español de Psiquiatría Basada en la Evidencia:

www.PsyBECA.Freeservers.com

Reproducida con autorización, para ACAPI-PSICONDEC,

<http://psicondec.rediris.es>

de los Autores, del Real Colegio de Psiquiatras
de Australia y Nueva Zelanda, y del traductor

RESUMEN:

Objetivos: *Aportar el resumen de la Guía de la Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia del Colegio Real Australiano y el Colegio de Nueva Zelanda de Psiquiatras (RANZCP)*

Conclusiones: *La esquizofrenia es una compleja y mal entendida enfermedad entendida con una imagen pública pobre, pero actualmente es más tratable de cómo lo fue en el pasado. Una nueva generación de tratamientos médicos y terapias psicosociales, combinado con una nueva reforma de los servicios psiquiátricos, ha creado un clima de optimismo realista y basado en la evidencia práctica. Sin embargo, el potencial de obtener mejores resultados y una mejor calidad de la vida para las personas afectas de esquizofrenia no se ha traducido aún a la realidad.*

El espacio entre la eficacia y la efectividad es más ancho para la esquizofrenia que para cualquier otro desorden médico grave. Estas pautas y consejos en el manejo práctico de la enfermedad reflejan las recomendaciones actuales de la evidencia y se basan en el mejor conocimiento disponible.

Estos consejos son basados en meta-análisis sistemáticos y en revisiones completas de la evidencia, su validez es sostenida por su congruencia con varias declaraciones recientes, rigurosas e independientes de las guías existentes en el Reino Unido y en Norte-América.

Palabras clave: *Guías de la Práctica Clínica, Medicina Basada en la Evidencia, Esquizofrenia*

ABSTRACT:

Objective: *To provide a summary of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) Clinical Practice Guideline for the Management of Schizophrenia.*

Conclusions: *Schizophrenia is a complex and misunderstood illness with a poor public image, but it is more treatable than ever before. A new generation of medication and psychosocial therapies, combined with a first generation of service reform, have created an evidence-based climate of realistic optimism. However, the potential for better outcomes and quality of life for people with schizophrenia has not been translated into reality. The gap between efficacy and effectiveness is wider for schizophrenia than for any other serious medical disorder. These guidelines distil the current evidence and make recommendations based on the best available knowledge. They are based on systematic meta-analyses and comprehensive reviews of the evidence, and their validity is supported by their congruence with several recent rigorous and independent guideline statements from the UK and North America.*

Key words:

clinical guidelines, evidence-based medicine, schizophrenia.

Fuente: Australasian Psychiatry Vol 11 N° 2 June 2003 136-147

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un compleja y malentendida enfermedad con una imagen pública pobre. Surge generalmente durante el período crítico de transición a la edad adulta. Su reconocimiento y su tratamiento son aún a menudo sub-óptimos, pese a ello la esquizofrenia ha pasado en la última década ha llegado a ser más tratable que nunca. Una generación nueva de tratamientos farmacológicos, un renacimiento de las intervenciones psicológicas y psicosociales y una reforma psiquiátrica en Australia y Nueva Zelanda

especializando los sistemas de salud mental se han combinado para crear un clima optimista basado en la evidencia práctica. Los avances exponenciales de las neurociencias tienen conllevan con los futuros tratamientos biológicos un avance más definitivo en el futuro próximo.

Este potencial para unos mejores resultados y una calidad de calidad contrasta absolutamente con la realidad diaria para muchas personas que padecen esquizofrenia. Hay un largo espacio entre la eficacia probada de los tratamientos para la esquizofrenia y la eficacia que se consigue en el “mundo real”,¹ resultando de factores tales como la escasez de recursos en los servicios, la ineficacia en el uso de los recursos, un fracaso para continuar la reforma esencial de los servicios psiquiátricos, la baja moral y las diferencias existentes dentro de los profesionales de la salud mental, y una falta continua de recursos profesionales y comunitarios y de soporte para las personas afectas de esquizofrenia. Estas carencias podrían ser salvadas aplicando el tratamiento óptimo basado en la evidencia.

Esta publicación proporciona un resumen del nueva guía de la práctica clínica basada en la evidencia australiana y neo-zelandesa aconsejando unas pautas para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes y adultos, incluyendo los primeros episodios psicóticos.

El resumen acentúa principios generales y recomendaciones más importantes pero, inevitablemente, mucho detalle se ha omitido en esta versión.

Las recomendaciones dominantes se resumen en la tabla 1.

MÉTODO

Las pautas fueron desarrolladas bajo auspicios del Colegio y la Universidad de Psiquiatras Australiano y de Nueva Zelanda (RANZCP) para el uso por todas las disciplinas de la especialidad que prestan cuidados de salud mental. El colegio recibió financiación para las guías de la práctica clínica dentro del Plan Nacional de Salud Mental de Australia y del Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda.

Los clínicos deben considerar, pero no limitarse a, las recomendaciones. Las pautas no son absolutas y no debe ser interpretado necesariamente como estándares de la práctica. El cuidado de los profesionales de salud mental para los pacientes con esquizofrenia precisa de importantes mejoras y ajustes, algunos de las cuales se aíslan y presentan importantes desafíos, donde no puede ser factible aplicar todo el conjunto de las recomendaciones

El desarrollo del equipo se incluyó clínicos e investigadores expertos en psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería psiquiátrica y epidemiología de Australia y Nueva Zelanda. Los consumidores y sus cuidadores repasaron los esbozos y sus aportaciones fueron incorporadas. El proceso para calificar las recomendaciones en base de la mejor evidencia posible y disponible se ha descrito en Boyce et al.²

UN BREVE REPASO A LA ESQUIZOFRENIA

¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un desorden psiquiátrico que se define en términos de una confluencia de diversas variables de síntomas positivos y negativos sin la presencia sostenida de alteraciones importantes del humor. El deterioro y la pérdida de habilidades para la vida diaria son factores concomitantes adicionales comunes.

Los límites y la validez del concepto, especialmente en las fases del inicio, siguen siendo problemáticos. La esquizofrenia se solapa con otros desórdenes psiquiátricos fenotípicamente y en términos de los factores de riesgo subyacentes comunes.

Tabla 1: Principales Recomendaciones

General

Los fundamentos para el cuidado eficaz incluyen

Optimismo y asociacionismo

Un ambiente social estable y seguro, incluyendo un ambiente familiar agradable, ayuda de la familia y a los afectados, seguridad financiera y un rol social significativo

Contrato y continuidad de cuidados terapéuticos

Específico

La detección temprana y el tratamiento completo de los primeros episodios de la esquizofrenia es una prioridad porque puede reducir al mínimo el impacto psicosocial - y posiblemente biológico - de la enfermedad y puede mejorar sus resultados a largo plazo.

La intervención global y mantenida se debe proporcionar durante los años iniciales tras el diagnóstico porque el curso de la enfermedad es influenciado fuertemente por lo que ocurre durante este “período crítico”¹. Los pacientes no deben tener que “probar su cronicidad” antes de tener un acceso continuado en los servicios de salud mental especializados.

La medicación antipsicótica es la piedra angular del tratamiento pero hay gran alcance para la mejora adicional en el uso experto de estas medicaciones. El tratamiento de la opción para la mayoría de los pacientes es las medicaciones antipsicóticas anormales debido a su tolerabilidad superior, mayor eficacia probable en la prevención de la recaída y, en detalle, riesgo reducido de la discinesia tardía.

En psicosis de primer episodio los agentes atípicos deben utilizarse como terapia de primera línea.

Las medicaciones antipsicóticas convencionales a dosis baja pueden tener un papel a jugar en una proporción pequeña de pacientes, donde allí ha sido la remisión completa y la buena tolerabilidad, donde los atípicos se toleraron mal, o cuando es inevitable el uso de medicación DEPOT. Sin embargo, las indicaciones de los convencionales deben verse progresivamente reducidas.

La Clozapina se debe prescribir temprano, si hay remisión incompleta de síntomas positivos después del tratamiento con por lo menos dos otras medicaciones antipsicóticas. La Clozapina puede también ser considerada donde hay síntomas negativos penetrantes o si hay un riesgo significativo y persistente de suicidio.

Las intervenciones psicosociales deben estar disponibles rutinariamente para todos los pacientes dentro de un servicio integrado del hospital y de comunidad, y proporcionado por los profesionales de salud mental apropiadamente entrenados. Las intervenciones apropiadas incluyen intervención familiar, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), rehabilitación vocacional y terapia para las condiciones comórbidas, particularmente los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Las intervenciones se deben adaptar a la fase y a la etapa de la enfermedad, y al género y al fondo cultural de la persona.

Los consumidores y los parientes deben estar implicados de cerca en el desarrollo y la disponibilidad de servicios.

El mantenimiento de la buena salud física así como la prevención y el tratamiento precoz de las enfermedades médicas en las personas con esquizofrenia han sido descuidados y escasos.

La asistencia médica general para la gente con esquizofrenia debe convertirse en un foco activo.

Los internistas deben estar implicados de cerca en el cuidado de los esquizofrénicos en modelo de un “cuidado compartido”¹. El cuidado único por el médico general con ninguna o una mínima implicación del especialista es un estándar aceptable de la práctica, a pesar de los desafíos geográficos regionales de Australia

El sistema de salud mental especializada necesita urgentemente ser consolidado y el papel complementario de la práctica en atención primaria debe de ser ampliado.

Los Servicios de Atención Psicosocial y de Rehabilitación deben de tener una actualización importante acorde con las necesidades particulares, extensión y una integración mejor con el especialista y los Servicios de atención primaria.

Un esfuerzo creciente de la investigación se requiere urgente de desarrollar tratamientos farmacológicos mejor tolerados, más eficaces y de una mejor efectividad en las intervenciones para reducir la comorbilidad, particularmente el uso dañino de las sustancias, y una integral y mejor ayuda ofrecida en la comunidad para la gente con esquizofrenia.

Bases etiológicas de la esquizofrenia

La esquizofrenia se presenta con una combinación de factores de riesgo, principalmente en gente con una vulnerabilidad genética. Esta vulnerabilidad genética es compleja y hoy por hoy se basa en la implicación de una combinación de variables de genes múltiples de pequeño efecto. Los factores de riesgo ambientales son también necesarios y algunos funcionan en épocas tempranas de la vida, creando una vulnerabilidad y alteraciones en las etapas del neurodesarrollo. Otros factores de riesgo que contribuirían. Incluirían el género, desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, cómo nacimiento en zonas urbanas, así cómo afecciones peri natales. Recientemente está cada vez más claro que cuáles son los factores de riesgo pero aún hace falta una mayor investigación en el estudio del funcionamiento pato fisiológico de los procesos más cercanos al inicio del síndrome.

Este segundo sistema de factores supuesto implica cualquiera procesos endógenos del sistema nervioso central (SNC) por ejemplo la disfunción neuronal creciente con una reducida conectividad, o candidatos extrínsecos tales como abuso de sustancias, infecciones virales y estresores en el desarrollo.

La especificidad de estos factores de riesgo supuestos para la esquizofrenia aún no está clara. Recientes avances en neurología, han puesto en evidencia un extenso descubrimiento de anomalías estructurales y la presencia de anomalías funcionales leves en el CNS de la gente con esquizofrenia, aunque ningunos de éstos son específicos. Mientras se va confirmando que la esquizofrenia está asociada a unas disfunciones del cerebro y la esquizofrenia de hecho puede ser mirada firmemente una enfermedad del cerebro, todavía no hay pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnóstico de esquizofrenia.

Impacto de la esquizofrenia

El predominio del curso de la vida es el aproximadamente 1% y ocurre en todas las culturas conocidas. El curso de la enfermedad es extremadamente variable³, aunque hay mayores tasas de recuperación de las que generalmente se han apreciado, ocurre una significativa invalidez en un amplio subgrupo de pacientes y la esperanza de vida está substancialmente reducida por el suicidio y por las enfermedades médicas crónicas.⁴⁻⁶ En Australia, pese al optimismo inicial de la reforma psiquiátrica, el impacto e la esquizofrenia continua siendo una severa área de la salud pública con problemas de negligencia.¹ Aunque el coste del tratamiento de la esquizofrenia parece muy alto,⁷ este enorme gasto sigue siendo insuficiente para encontrar las más básicas necesidades de los pacientes y de sus familiares. El impacto de la esquizofrenia podría ser substancialmente reducido a través de la combinación de un aumento de los recursos y las prácticas basada en la evidencia.⁸

EVIDENCIA ACTUAL DEL TRATAMIENTO

El manejo de la esquizofrenia se considera que debe de aplicarse el mejor tratamiento posible en función de sus etapas o fases: en el estado “pre-psicótico” o fase prodrómica, en los primeros episodios psicóticos, en la esquizofrenia recurrente o persistente (incluyendo el tratamiento y la prevención de las recaídas), terapias del mantenimiento, y el tratamiento de los casos resistentes al tratamiento de la esquizofrenia.

Fase prodrómica o “pre-psicótica”

Antecedentes

En la mayoría de los pacientes al período prolongado de síntomas y pérdida de habilidades, se le llamó comúnmente con el término “pródromos”, ocurre antes del inicio agudo de la enfermedad con síntomas psicóticos positivos, cuya severidad clínica sea suficiente para permitir el diagnóstico de esquizofrenia o de primer episodio de psicosis. Éste daño psicosocial es siempre difícil de comprender de forma retrospectiva. También se ha demostrado recientemente que el conjunto de cambios neurobiológicos activos de la enfermedad puede ocurrir (o no) durante este período.⁹ La fase pre-psicótica es un foco activo de investigación¹⁰ y más evidencia se requiere para establecer pautas definitivas en el tratamiento, no obstante se ofrecen las recomendaciones siguientes.

Recomendaciones

- La posibilidad de trastorno psicótico debe ser considerada en cualquier persona joven que esté desarrollando un aislamiento social, el que empiece a ejecutar más mal por un período del tiempo sostenido en la escuela o en el trabajo, comportándose de una forma inusual con relación al entorno y con ellos mismos, o en situaciones en las que empiece a apenarse o agitarse sin ser capaz de explicar él por qué [V-1].

- Las características psicóticas subliminales combinadas con el inicio de la inhabilidad, especialmente si hay antecedentes familiares, indicarían la existencia de un elevado riesgo.¹¹ La persona joven y la familia deben de ser pro-activamente canalizados hacia una supervisión regular del estado mental y supervisarse su seguridad. Esto es conveniente que se lleve a cabo en el ámbito domiciliario y ambulatorio si es posible, para reducir el estigma [V-1].
- Síndromes concurrentes tales como depresión y abuso de la sustancia, y áreas problemáticas tales como estrés interpersonal, vocacional y familiar deben de ser abordados apropiadamente [III-3].
- La información sobre el nivel del riesgo debe ser proporcionada cuidadosamente, intentando trasladar un sentido terapéutico optimista. Debe acentuarse esa corriente los problemas se pueden aliviar, esa progresión a la psicosis no es inevitable, y si la psicosis ocurren entonces los tratamientos eficaces y bien-tolerados fácilmente disponible. Una apropiada alianza terapéutica en este estadio temprano ayudará a reducir cualquier subsecuente retraso en el tratamiento que debe realizarse en el primer episodio de psicosis [III-3].
- El uso de la medicación antipsicótica durante los pródromos es un interesante tema de investigación.¹²⁻¹⁴ Actualmente debe ser reservado para los pacientes que están claramente en un episodio psicótico[V-1].

Primer Episodio Psicótico

Antecedentes

Dos cuestiones claves en la psicosis de primer episodio (PEP) son la sincronización de la intervención (y así la duración de la psicosis no tratada (DPNT)¹⁵ y su calidad (provisión sostenida de tratamiento integral para la fase específica).¹⁶⁻²¹

A menudo se prolonga la decisión de iniciar un tratamiento eficaz para el primer episodio psicótico. Este retraso prolongado se asocia a una respuesta y a un resultado más pobre.^{15 22-23} La identificación con anticipación de la gente que sufre un inicio más precoz de trastorno psicótico combinado con el tratamiento óptimo es muy probable reducir la carga de la enfermedad mientras que es activa.²⁴ Cual quier mejoras en el resultado a largo plazo se debe considerar como primordial, algo que como requisito previo para mejorar estándares clínicos durante las fases más tempranas de la enfermedad.²⁵ Los primeros episodios tienden a responder mejor al tratamiento que los episodios subsecuentes y fases más tardías de la enfermedad pero de ella puede ser más exigente debido a la gama de las ediciones clínicas que se tratarán. Los síndromes, y por lo tanto sus diagnósticos, tienden a ser inestables y pueden desarrollarse en un cierto plazo. El “abanico” del término “psicosis” permite este flujo y comorbilidad sindrómica a acomodarse, y el tratamiento comenzó para todos síndromes prominentes, antes de un diagnóstico estable tal como la esquizofrenia necesita ser aplicado. Si el “núcleo central” del diagnóstico de “esquizofrenia” puede ser diagnosticado (o no) no es crucial para el tratamiento eficaz de los PEP. El tratamiento relevante de los síndromes psicóticos positivos o productivos ya sea de características maníaco-depresivas, relacionado con tóxicos y el síndrome negativo. El uso de cannabibis es muy común en la aparición de un PEP y puede causar la confusión, retrasando así el tratamiento ante la duda de la presencia de un episodio psicótico. El uso significativo de cannabibis aparece como un factor de riesgo para el inicio de la esquizofrenia²⁶ así como un factor agravante para el curso subsecuente.²⁷

Recomendaciones

- Las estrategias para mejorar el tratamiento de los PEP incluyen una mejor formación en salud mental en atención primaria, con una mayor y más relevante información y sensibilidad del público. Con una mayor respuesta (precoz) de la atención primaria y de la psiquiatría privada de

los casos posibles. Los sistemas educativos basados en la comunidad se deben desarrollar para l mejor comprensión de cómo los trastornos psicóticos emergen en una persona hasta ahora sana y cómo consigue y encuentra consejo eficaz, tratamiento y ayuda [III-1].²⁸⁻²⁹

- Un alto índice de sospecha diagnóstica y un bajo umbral para el asesoramiento experto se debe fijar para los PEP [V-1]
- EL acceso y la acogida en los Servicios especializados de salud mental se basan a menudo en una orientación demasiado orientada en la crisis en el que los individuos deben de alcanzar el límite de presentar alteraciones conductuales suficientemente significativas cómo para llegar a ser atendidos en estos “settings”. Este modelo es un pobre recurso que crea un trauma innecesario, desmoralización y nihilismo terapéutico en pacientes, familias y clínicos. En lugar, los servicios deben apuntar para un soporte proactivo en los primeros 3-5 años de la enfermedad que combine e integre las propias fases del desarrollo personal y que oriente de forma específica según la fase o etapa de la enfermedad [III-3].¹⁹⁻²⁰
- El tratamiento inicial se debe proporcionar en el paciente no internado con asesoramiento domiciliario si es posible.³⁰ Tal aproximación comunitaria puede ayudar a reducir al mínimo el trauma, la interrupción del funcionamiento psicosocial y la ansiedad para el paciente y la familia, quiénes están generalmente mal informados sobre la enfermedad mental y tienen miedos y prejuicios sobre el cuidado psiquiátrico en el medio hospitalario. Se debe de asesorar bien (e informar a los implicados) si se requiere cuidado en medio hospitalario bien por qué existe un riesgo significativo de hacerse daño a uno mismo o de agresión, si el nivel de la ayuda en la comunidad es escaso, o si la crisis es demasiado severa para que la familia pueda manejarla pese a la intervención ambulatoria y/o domiciliaria ofrecida [V-1].
- El cuidado el hospitalizado debe proporcionarse en el un ambiente lo menos restrictivo posible. Las Unidades de agudos deben de ser optimizadas y adecuadas a la fase de la enfermedad y su etapa de desarrollo. Se aconseja que sean Unidades con un número de pacientes reducido, y que estén provistas de personal adecuadamente formado: Se aconseja una ratio de personal-paciente de 1:1, que ayudará a minimizar la contención mecánica, reclusión y podrá dar soporte a la presencia de ideación suicida o problemas conductuales como la agitación. El uso de medidas manicomiales y de cuidado intensivo tradicional en los primeros episodios con intervenciones pragmáticas carece de una base sólida de evidencia, y son especialmente traumáticas para estos pacientes.³¹⁻³³ Donde no está posible el fluir, una sección especial se puede crear en una unidad general de agudos unidad para los pacientes jóvenes con primeros episodios[III-3)
- Los tratamientos farmacológicos deben de ser introducidos con gran cuidado en pacientes “vírgenes” o naïve de medicación previa, para hacer el menor daño posible mientras se apunta para el máximo beneficio. Las estrategias apropiadas incluyen una evaluada introducción, con la explicación cuidadosa, y a la menor dosis posible de medicación antipsicótica,³⁴⁻³⁶ antimaníaca o medicación antidepresiva cuando esté indicado. Evidentemente esto deberá de venir acompañado de un cuidado profesional, delicado y dedicado de los expertos cuidados de enfermería, en un ambiente seguro y que dé un suficiente apoyo para aliviar el estrés, el insomnio y las alteraciones comportamentales secundarias a la psicosis mientras la medicación antipsicótica va haciendo su efecto [III-3, V-1].

- El uso como primera línea de antipsicóticos atípicos es la medicación que se recomienda en base de mejor tolerabilidad y riesgo reducido de discinesia tardía. A largo plazo debe de considerarse la relación riesgo-beneficio de su uso y se puede cambiar la pauta farmacológica para algunos pacientes, por ejemplo si existe un importante aumento de peso o los efectos secundarios sexuales asociados al uso de atípicos. En estas situaciones el uso de un fármaco antipsicótico convencional es de las medicaciones que pueden entonces ser una de las opciones a considerar [I].^{21 37-38}
- Exploraciones complementarias en la línea de base, como una Tomografía Axial Computerizada (TAC) , una batería-screening psicométrico, neurocognoscitivo, el examen neurológico, descartar trastornos del movimiento, un electrocardiograma (ECG), el peso (índice total de masa corporal BMI) y análisis en ayunas de glucosa del suero se debe incluir en la exploración inicial de todos los primeros episodios de psicosis [V-1].
- Las intervenciones psicosociales, especialmente la Terapia Cognoscitivo Conductual (TCC), es un importante componente del tratamiento temprano, abasteciendo de un trato humano para el cuidado de continuación, prevención y consecuencias secundarias de resolución de la enfermedad, y promoviendo así también su recuperación.³⁹ La TCC puede también ser provechosa para el abordaje comórbido del uso de sustancias, desórdenes del humor y de ansiedad. Asimismo puede mejorar la adherencia del tratamiento [III-3].⁴⁰
- Las familias y, siempre que sea posible y apropiado, otros miembros de la red social en los que la persona se apoya activamente y progresivamente deben de ser educados sobre la naturaleza del problema, tratamiento y los resultados previstos. Si hay recaídas frecuentes o se retrasan en la recuperación, se requerirá una mayor intervención de apoyo para las familias [I].⁴¹⁻⁴²
- Si la recuperación es lenta y la remisión no ocurre a pesar de adherencia sostenida al AP dos medicaciones (por lo menos una de las cuales es un atípico) por 6 semanas cada uno, y el uso temprano de clozapina y la TCC intensiva deben de ser considerados [I].^{21 43}
- El uso temprano de clozapina se debe también considerar si el riesgo del suicidio es prominente o persistente [II].⁴⁴

Las intervenciones recomendadas en los PEP se resumen en la tabla 2.

Tabla 2: Intervenciones recomendadas ante un primer episodio psicótico		
Intervenciones Farmacológicas		Intervenciones psicosociales
Primer Episodio No Afectivo	Primer Episodio Esquizoafectivo	Período Prepsicótico
<p>24-48 observación de h sin antipsicóticos, pero uso de BZDs para la ansiedad y del sueño [V-1] Comience la dosis baja anormal [II] Aumente en el plazo de 7 días a la dosis inicial activa: Risperidona 2 mg, Olanzapina 10mg, Quetiapina 300 mg, Amisulpride 400 mg y mantenerla en las 1as 3 semanas [III-2, V-1] Si ningún de la respuesta del aumento de la dosis excedente lentamente después 4 semanas (8 semanas en total) a 4 mg, 20 mg, 800 mg y 800 mg respectivamente [III-2, V-1] Si ocurre la respuesta, continúe por 12 meses, y si está remitido reduzca gradualmente sobre algunos meses con un seguimiento cercano. Si Efectos secundarios (e.g. aumento del peso) puede ser argumentos a considerar cambiar a un agente típico. Si ninguna respuesta, determine la razón. Para la adherencia pobre, discuta, analice las razones, optimice la dosis, terapia de la conformidad del intento [V-2] Si no hay respuesta : Cambie a otro atípico y determine a las 6-8 semanas [V-1] Si ninguna respuesta o adherencia pobre, o riesgo persistente del suicidio, recomiende positivamente la clozapina, paciente informando también a la familia de ventajas y de riesgos. Si no están de acuerdo otros ensayos de atípicos o convencionales pueden ser justificados. Un inyectable atípico, Risperidona de larga duración. Esto se puede considerar por el paciente como alternativa a la clozapina para la adherencia pobre [V-2] Si ninguna respuesta o adherencia pobre con recaída frecuente, intente el ensayo típico del depósito de la dosis baja por 3-6 meses. Actualmente, a menos que sea preferido específicamente por el paciente, esto es un último opción del recurso debido a tolerabilidad reducida, mayor la restricción y el estigma asociado. Estas recomendaciones podrán variar en un futuro con la disponibilidad de inyectables de AP atípicos [V-2]</p>	<p>24-48 observación de h (ningún AP, pero uso BZDs para la ansiedad y el insomnio [V-1] Si tipo maníaco: Comience con el estabilizador del humor a dosis bajas con un AP Atípico (añada BZD si requiere sedación) [V-1] Si no hay respuesta cambie de atípico [V-1] Si tipo depresivo: Comience con la dosis baja de AP atípico y Un ISRS [V-1] Si respuesta, continúe por 12 meses y reduzca gradualmente [V-1] Si los antecedentes familiares ciclotímico o de bipolar agregan Estabilizador del humor [V-1] Si no hay respuesta pase a otro AP atípico. Si no hay respuesta al IRS intente un NASSa o ISRSN [V-1] Si aún no hay respuesta ensaye un AD Tricíclico Si no hay respuesta entonces considere TECs [V-1]</p>	<p>Vinculación con el CSM TCC [V-1] Manejo del estrés [V-1] Rehabilitación ocupacional [V-1] Intervención familiar [V-1] Valorar IRS si está indicado x comorbilidad</p> <p>Fase aguda del primer episodio TCC [II] Psicoeducación y ayuda emocional para ambos: paciente y familiares/cuidadores [V-1] Interrogatorio para el paciente y los cuidadores (especialmente donde los acontecimientos traumáticos implicados) de la admisión [V-2] Tratar la comorbilidad asociada (e.g. uso de stcias, # humor, # ansiedad, trauma...) [V-1] Programas de Tratamiento Individualizado (Case Management) Gerencia del caso dirigida coordinando cuidado, invertir la deriva social, reparación ocupacional, reducción de estresores ambientales, contrato y alianza terapéutica y aceptación del tratamiento, forma de vida y ambiente social [V-1].</p>

Recuperación y recaída: tratar esquizofrenia en el período crítico

Antecedentes

Las recaídas son comunes durante los primeros 5 años después de un primer episodio de psicosis,⁴⁵ se trata de una fase que ha sido llamada “período crítico”.^{17 46} La gente joven naturalmente encuentre difícil de aceptar el cambio de la forma de vida de tomar la medicación diaria, especialmente si tienen substancialmente recuperado. La adherencia pobre contribuye a menudo a unas o más recaídas, cuáles son aventurados, quebrantador y puede conferir una ocasión creciente de resistencia del tratamiento. Consecuencias secundarias por ejemplo son el empeoramiento del abuso de sustancias, falta vocacional, distrés familiar y dificultades en la convivencia son comunes durante esta fase. Asimismo las relaciones sociales de la persona joven en esta etapa pueden estar expuestas a una importante tensión.

Es esencial una alta calidad en el cuidado biopsicosocial intensivo continuado y que se ofrezca de forma asertiva durante este período crítico. En la práctica, aunque, descargan a los pacientes rápidamente al cuidado primario y de la necesidad recaída aguda de la experiencia típicamente, una tentativa suicida o una inhabilidad severa o manifiesta y un daño psicosocial colateral, antes de cuidado adicional del especialista se proporciona, a menudo en una forma que ofrece una intervención “demasiado escasa y demasiado tarde”. Los servicios tienden actualmente a perder la vinculación con el paciente precisamente en el momento en el que son más necesarios y podrían ser de un mayor valor terapéutico. Se ven típicamente “reincorporados” solamente durante episodios agudos, cada vez más breve del cuidado, sobrepuesto en una base baja del “supuesto cuidado compartido”. Este modelo “minimalista” es altamente inadecuado para atender las necesidades de pacientes durante este período crítico y a menudo tempestuoso período de la enfermedad.

Recomendaciones: recuperación del primer episodio de psicosis

- En pacientes completamente remitidos, la medicación antipsicótica debe de ser continuada por lo menos 12 meses y entonces una tentativa hecha para retirar medicación durante por lo menos varias semanas. El seguimiento cercano se debe continuar con revisión del especialista por otro período de por lo menos 12 meses, y cualquier recaída debe de ser identificada rápidamente y tratado [V-1].
- Aproximadamente 10-20% de los pacientes no consiguen una remisión completa después de un ensayo de dos medicaciones antipsicóticas. Deben ser considerados como tratamiento que manifiesta resistencia (véase el siguiente específico de las pautas [III-3]).
- Incluso en pacientes completamente remitidos, un conjunto de tratamientos psicológicos, intervenciones familiares y orientación ocupacional deben de ser aplicados. La comorbilidad, especialmente el abuso de sustancias, la depresión, los trastornos por estrés post-traumáticos (TEPT) y la ansiedad social, son muy comunes y deben también tratarse [V-1].
- Cada paciente tiene el derecho a un seguro, asegurado y agradable ambiente familiar [V-1].
- La ayuda y la intervención de la familia deben estar constantemente proporcionada durante esta fase [I].⁴⁷
- El riesgo del suicidio se debe supervisar activamente y ser tratado [II].^{44 48}
- Las intervenciones socio-ocupacionales de la recuperación deben de ser ofrecidos una vez que se haya alcanzado un estado clínico estable [II].⁴⁹⁻⁵⁰
- La mayoría de los pacientes deben permanecer principalmente dentro cuidado médico del especialista especialmente durante los primeros años de la enfermedad, más bien que dado de alta a atención primaria en la mejora de síntomas agudos. El tratamiento debe de optimizarse y el manejo del mismo en esta fase es más complejo, pero realmente debe de ser un “cuidado compartido” y el criterio clínico es el que debe de primar sobre los imperativos económicos [V-2].

Recomendaciones:

Manejo de la recaída aguda

La tabla 3 resume las estrategias para la recaída aguda. Una relación terapéutica sólida y un acercamiento cuidadoso es esencial.⁵¹⁻⁵² La buena adherencia al tratamiento antipsicótico (AP) y las intervenciones psicosociales específicas, particularmente las intervenciones en los familiares, puede reducir el riesgo de recaídas.⁵³⁻⁵⁵ Una ventaja significativa de los AP atípicos sobre los convencionales en la prevención de las recaídas ha sido recientemente demostrada.⁵⁶ Los pacientes poco vinculados y que frecuentemente recaen se benefician la mayoría de ellos de programas de intervención individualizados.⁵⁷ El abuso de sustancias comórbido comúnmente contribuye en las recaídas, las intervenciones basadas en la TCC y las entrevistas motivacionales muestran esperanzas prometedoras, pese a que aún hay importantes desafíos en el manejo de las psicosis en este estadio con resultados a veces un tanto discutibles y controversos.⁵⁸

Tabla 3: Intervenciones recomendados en recaída aguda		
Intervenciones Farmacológicas		Intervenciones psicosociales
Oral	Depot	
<p>Compruebe la razón de la recaída. Distinga entre la recaída ligado a la adherencia y a la recaída por falta de adherencia [V-1]</p> <p>Optimice la dosis de la medicación y repase la polifarmacia [V-1]</p> <p>Recomience la medicación si recaída debido a la no- adherencia después entender las razones [I]</p> <p>Si en el AP típico, cambie a atípico si respuesta no óptima o si hay problemas de tolerancia Si la recaída ha ocurrido a pesar de buena adherencia, cambie a una medicación atípica. Si el paciente ha estado en la remisión con la buena calidad de la vida y tiene no problemas de la tolerancia con el agente típico, recomenzar o continúe la medicación típica. Si problemas de tolerancia con el atípico, especialmente aumento del peso, interrumpa pasando a otro atípico o típico [II]</p> <p>Si en depot, considere la recaída como experiencia de aprendizaje y una oportunidad de repasar la necesidad del depot en un marco psicoeducacional [V-1]</p> <p>Si la resistencia del tratamiento es evidente, y 2 AP se han intentado (por lo menos uno atípico) pase a clozapina [I]</p> <p>Considere el depot como el último recurso pasado solamente, a menos que el paciente lo prefiera. Esta situación puede cambiar con advenimiento de depot atípicos, que podrían ser considerados antes de clozapina cuando la conformidad con el tratamiento es incierta [V-2]</p>	<p>Antes de depósito que comienza o de continuación considere factores reversibles potenciales en recaída actual (e.g. efectos 2os extrapiramidales)[V-1]</p> <p>Si un depósito se considera esencial, considere usar un intervalo de dosificación posible y máximo de la dosis más baja</p> <p>El depot se debe utilizar conjuntamente con intervenciones psicosociales[I]</p> <p>Benzodiazepinas a corto plazo o suplemento neuroléptico oral puede ser requerido[II]</p>	<p>Ayuda y asesoramiento para el consumidor y sus cuidadores sobre recaída, especialmente por un segundo episodio [I]</p> <p>Intervenciones estructuradas en la familia [I]</p> <p>Atender la comorbilidad posible a través de la TCC[II]</p> <p>Psicoeducación [III-1]</p> <p>Alianza Terapéutica</p> <p>Terapia de la conformidad [II]</p> <p>Programas de Tratamiento Individualizado (Case Management) [V-1]</p> <p>Tratamiento asertivo de la comunidad [I]</p> <p>Rehabilitación ocupacional[I]</p> <p>Prevención de la recaída [I]</p> <p>Minimización del daño para los desórdenes asociados al uso de sustancias[II]</p>

Esquizofrenia crónica: Tratamiento y cuidados de mantenimiento

Antecedentes

El manejo de la esquizofrenia a largo plazo incluye los problemas secundarios al estilo de vida y las consecuencias físicas y mentales de una enfermedad crónica, tales como la pobreza, las carencias en el tema de vivienda, las relaciones interpersonales restringidas con los miembros de la familia, el desempleo, y el aislamiento social. En el ámbito clínico debemos de incidir con una mayor relevancia en este período con la Prevención de las recaídas, la reducción de la “desmoralización” y desmotivación por los efectos de una enfermedad psicótica persistente, la depresión y el suicidio, el abuso de sustancias, el tabaquismo, las relaciones familiares y la terapia ocupacional.⁴⁹⁻⁵⁰ Las relaciones interpersonales de los pacientes afectados de esquizofrenia incluyen la relación personal con el equipo de salud mental que le atiende y ello es esencial para su recuperación.⁵¹⁻⁵² Por lo tanto la intervención psicosocial es siempre un elemento esencial además de la farmacoterapia. La mono terapia con la medicación antipsicótica atípica, con el seguimiento con el paciente y su familia, es el tratamiento de elección, a menos que haya habido remisión completa y buena tolerabilidad con un agente típico, o las medicaciones atípicas hayan producido inaceptables efectos secundarios.²¹ Las afecciones físicas no deben de ser descuidadas.^{5 59} La aparición de la obesidad, alteraciones en la tolerancia de la glucosa, la discinesia tardía, la hipertensión y los desórdenes cardiovasculares deben ser consideradas regularmente.

Aunque el riesgo de la discinesia tardía tiene reducido con los AP atípicos, riesgo de la obesidad, diabetes y efectos secundarios sexuales ha aumentado. El cuidado médico preventivo debe

De ofrecerse de forma temprana y constantemente. Hay evidencias concluyentes recomendando especialmente en esta etapa una introducción más extensa del entrenamiento cognoscitivo y de los programas de entrenamiento en habilidades sociales.^{54,60}54.60

Recomendaciones [todo el V-1]

- Mantenga y realce activamente a paciente social ambiente y capital social dentro de una gerencia del caso marco, dirección de ediciones por ejemplo acceso a la ayuda pagada del trabajo o de la pensión, el contener, relaciones sociales. Atienda a las ediciones clínicas a tales relaciones sociales . Atender cuestiones clínicas tales como la ayuda personal y el soporte familiar, la adherencia a la medicación, tratamiento de la depresión, supervisión del riesgo de suicidio y uso de sustancia.
- Conjuntamente con los médicos de familia (e internistas), asegúrese chequeos físicos anuales completos que cubren el peso, presión arterial, perfil del lípido, ECG y niveles de glucosa en ayunas, y actividades preventivas generalmente de la medicina por ejemplo la investigación apropiada para cervical, pecho, intestino, cáncer de la piel y de la próstata.
- Anime la cesación y reducción o cesación del hábito tabáquico, del uso erróneo de la sustancia, y promueva el ejercicio y la dieta sana.
- Explore regularmente la función sexual
- Examine (semestralmente) y regularmente signos de discinesia tardía.
- Compruebe para saber si hay muestras de la última remisión y repase necesite para continuar la medicación antipsicótica.
- Anime y facilite activamente social significativo desarrollo y mantenimiento del papel, especialmente a través de terapias socio-ocupacionales “in vivo”.

Esquizofrenia Tratamiento-resistente

Antecedentes

Los síntomas persisten en una minoría substancial de gente con esquizofrenia a pesar de al parecer adecuado tratamiento. Mientras que el 15% de pacientes del primero-episodio resistencia manifiesta del tratamiento, esto se levanta con paso del enriquecimiento del tiempo y de las ` ' de muestras clínicas a 30-50%.⁶¹ Es importante que los clínicos permanezcan esperanzados de estos cambios positivos más bien que de mantener actitudes nihilísticas, y reconozcan que pueden las últimas remisiones ocurra a pesar de resistencia del tratamiento.³ La resistencia al tratamiento puede ser definida estrecho en términos de persistente síntomas positivos, o incluir más ampliamente persistencia de síntomas y de la inhabilidad negativas. La satisfacción personal, vacaciones terapéuticas por el escaso insight, o por inadecuaciones en los servicios de salud mental ha significado que no han sido muchos tales pacientes expuestos a la clozapina, la TCC o intervenciones psicosociales activas.⁶² Hay condiciones clínicas que podrían asemejarse a la resistencia al tratamiento y que incluyen los “marcados” pero sutiles efectos extrapiramidales , depresión atípica, rehabilitación psicosocial inadecuada, adherencia pobre, abuso de sustancias, interacciones de la droga e inadecuada dosis o tratamiento antipsicótico.

Recomendaciones

- Identifique y trate los factores que contribuyen tales como adherencia pobre, efectos secundarios extrapiramidales, depresión, abuso de sustancias, polifarmacia, o ambiente y ayuda sociales pobres [V-2].
- Asegúrese de que el paciente haya recibido dos adecuados ensayos (por lo menos 6 semanas del máximo bien-toleraron dosis) de AP de los cuáles por lo menos uno si sea atípico [V-1].
- La Clozapina es el tratamiento de elección cuando claramente se ha definido una resistencia [I]
- Los AP DEPOT se pueden considerar si existe una adherencia pobre, pero la clozapina puede ser preferible porque la supervisión requerida a menudo realza adherencia. Esta recomendación puede pronto necesite ser repasado cuando los inyectables atípicos haga disponible [V-1].
- La terapia del comportamiento cognoscitiva debe ser ofrecida conjuntamente con clozapina o como alternativa del interino a él si el paciente está poco dispuesto para consentir el tratamiento con clozapina. En esta situación cada el esfuerzo se debe hacer para informar al paciente y familia de las consecuencias que inhabilitan de la enfermedad si los síntomas no remiten, exponga los riesgos en forma modificada y ventajas de la clozapina y de la evidencia para su uso, y permítales alcanzar una opción informada.
- Si la resistencia del tratamiento persiste a pesar del tratamiento con clozapina, reinstale el mejor AP anterior e intente una terapia adjuntiva apropiada, por ejemplo el litio. La TCC si proporciónese siempre si no hay respuesta a la clozapina.
- No hay evidencia firme de que la combinación de AP en tales pacientes sea útil y tiende a aumentar la carga del efecto secundario [V-2].
- Terapia interpersonal, familiar y ayuda social, rehabilitación ocupacional , y una forma de vida segura y satisfactoria son elementos críticos para este grupo de pacientes, que se encuentran a riesgo de ser marginados y estigmatizados[I].

Manejo de las urgencias agudas en esquizofrenia

Antecedentes

Las metas dominantes en la participación de manejo de las urgencias psiquiátricas con relación a la esquizofrenia se resumen en la tabla 4.

Tabla 4: Metas dominantes en emergencias de manejo

Prevenición primaria de las situaciones de la emergencia y de la necesidad de internamiento
Prevenición del daño físico al paciente, otros pacientes o personal
Prevenición del trauma psicológico de pacientes y personal en el manejo de las urgencias
Prevenición de acontecimientos adversos de la contención física o farmacológica durante las urgencias
Prevenición de las secuelas de la urgencia

Recomendaciones principales

- Un grupo de estrategias preventivas tuvo como objetivo el reducir la probabilidad, severidad y secuelas de las urgencias agudas deben de ser promovidas activamente.
- Utilice los AP típicos solamente como recurso basado en la tranquilización de la emergencia debido al extremo y alto riesgo de efectos secundarios extrapiramidales. Iguale en pacientes con múltiples episodios las dosis de neurolépticos típicos requerido para el tranquilización si excede grandemente el umbral para los efectos secundarios extrapiramidales (EPS).⁶³
- Si el paciente es colaborador trate con terapia oral con benzodiazepinas (e.g. lorazepam 1-2 mg o diazepam 5-10 mg) seguido de olanzapina oral (5-10 mg) como la opción siguiente. Altas dosis de benzodiazepinas pueden ser requeridas para algunos pacientes, especialmente éstos con severo abuso o dependencia de sustancias. El uso del haloperidol es muy difícil de justificar porque no es sedativo y es asociado con EPS severos y disforia en la mayoría de los casos
- Si el paciente no colabora, mantiene una actitud agresiva y rechaza la medicación oral, o si es la respuesta inicial a la medicación oral inadecuada, o si se requiere el tranquilización rápida debido a la agresión, entonces la medicación será necesaria por vía parenteral. Comience con 5 mg de midazolam im. Cuando cualquier medicación parenteral se administra, las instalaciones

de la resucitación deben ser disponible y el paciente debe ser observado directamente por lo menos 2 horas.

- Si los pasos ya mencionados han sido ineficaces, considere el siguiente: (i) después de un benzodiazepina oral y AP atípico, clorpromazina a dosis de 25-100 mg oral; (ii) después de que i.m. terapia, considere el droperidol, sin embargo debido a los riesgos asociados con la prolongación del cuarto de galón, un ECG debe ser realizado después de la administración (y si es factible, de antemano). Tenga acceso a la resucitación cardiopulmonar (RCP) y la desfibrilación debe también ser asegurada; (iii) donde las inyecciones repetidas están ocurriendo, considere el zuclopenthixol acetato (dosis bajas del uso, especialmente en pacientes tratado no previamente con los antipsicóticos, porque EPS son muy comunes); y (iv) después de la sedación parenteral, supervise la temperatura, pulso, sangre presión y frecuencia respiratoria cada 5-10 minutos para 1 hora, entonces hasta el paciente es supervisado cada media hora.
- Después de la remisión de síntomas, el paciente debe manténgase normalmente en el eficaz más bajo dosis de un antipsicótico atípico. Espacio para la entrevista a los pacientes, personal, miembros de la familia y otros cuidadores debe de proporcionarse siempre.

CONCLUSIÓN

Estas guías son la inevitable consecuencia de la puesta en marcha de un equipo de trabajo. La base de la evidencia continúa creciendo constantemente y, a pesar de algunos vacíos y la carencia de la evidencia uniforme del nivel I, está relativamente claro según lo juzgado por el grado del consenso entre estas pautas y éstas de otros países eso ha elaborado documentos similares. El desafío de las demandas no comprobadas de la "asunción basada en la medicina",⁶⁴ hay alcance para la gran mejora verdadera del mundo en tratamiento de la esquizofrenia, y una prioridad urgente es traducir el conocimiento que tenemos ya en práctica clínica rutinaria. Tratando esquizofrenia inadecuadamente es un costoso ejercicio^{4,7} a alcanzar resultados y una calidad de la vida mejores que requerirán de una onda renovada de la reforma en el porcentaje de disponibilidad asistencial así como en el nivel de la práctica clínica individual. Esto cuesta substancialmente más. Tales aumentos en el financiamiento deben de dirigirse a las compras de "lo mejor posible" según lo identificado en este informe-sumario.

RECONOCIMIENTOS

El equipo clínico del desarrollo de las pautas de la esquizofrenia también incluyó a Ms Barbara Hocking, Australia SANA; Profesor Asociado Christos Pantelis, Universidad de Melbourne Departamento de psiquiatría, Australia; Profesor Juan McGrath, Queensland Centro para la investigación de la esquizofrenia, Australia; Profesor De Asociado James Normando, Hospital De Glenside, Australia; Profesor Helen Herrman, Universidad del departamento de Melbourne de psiquiatría, Australia; Profesor Henry Jackson, Universidad de Melbourne Departamento de psicología, Australia; Dr David Codyre, Innovaciones De la Salud Acoplamiento, Nueva Zelanda; Sr. Steven Haines, Salud Mental De la Comunidad De Sun Coast I, Australia; Sr. Juan Farhall, Universidad De LaTrobe, Australia; Dr Jane Pirkis, Centro para el programa de la salud Evaluación, Australia; Profesor Mason Durie, Universidad De Massey, Nueva Zelanda; Profesor Thomas McGlashan, Universidad De Yale, LOS E.E.U.U.; Profesor Peter Jones, Cambridge University, Reino Unido; Profesor Ashok Malla, Universidad De McGill, Canadá. Profesor David Castle, Profesor Jayashri Kulkarni y un panel de consumidores y de asociaciones de familiares que también proporcionaron comentarios provechosos que se amplifican en la versión clínica completa y la versión del consumidor.

REFERENCIAS

1. Jablensky A, McGrath J, Herrman H *et al.* *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997–98 An Overview. Overview of the Method and Results of Low Prevalence (Psychotic) Disorders as part of the National Survey of Mental Health and Wellbeing.* Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 1999.
2. Boyce P, Ellis P, Penrose-Wall J. The Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for Specialist Adult Mental Health Care: An introduction. *Australasian Psychiatry* 2003; **1**: 21–25.
3. Harrison G, Hopper K, Craig T *et al.* Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001; **178**: 506–517.
4. SANE Australia. *Schizophrenia: Costs. An Analysis of the Burden of Schizophrenia and Related Suicide in Australia*, Access Economics Report, 2002.
5. Coghlan R, Lawrence D, Holman C, Jablensky A. *Duty to Care: Physical Illness in People with Mental Illness.* Perth: University of Western Australia, 2001.
6. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000; **177**: 212–217.
7. Carr V, Neil A, Halpin S, Holmes S. Costs of psychosis in urban Australia. *National Survey of Mental Health and Wellbeing Bulletin* 2. Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 2002.
8. McGorry P. Translating advances in schizophrenia treatment: a glass ceiling. *Medical Journal of Australia*, in press.
9. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD *et al.* Neuroanatomical abnormalities in people who develop psychosis. *Lancet* 2003; **361**: 281–288.
10. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ *et al.* Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 2002; **59**: 921–928.
11. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP *et al.* Psychosis prediction: 12-month follow up of a high risk ('prodromal') group. *Schizophrenia Research* 2003; **60**: 21–32.
12. Woods S, Zipursky R, Perkins D, Addington J, Marquez E, Breier A, McGlashan TH. Olanzapine vs. placebo for prodromal symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106**: S413–43.
13. Cornblatt B, Lencz T, Correll C, Author A, Smith C. Treating the prodrome: Naturalistic findings from the RPA Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106** (S413): 44.
14. Bechdolf A, Wagner M, Hambrecht M. Psychological intervention in the prepsychotic phase: preliminary results of a multicentre trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106** (S413): 41.
15. McGlashan T. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry* 1999; **46**: 899–907.
16. McGorry PD, Jackson H, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach.* UK: Cambridge University Press, 1999.
17. Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Intervention.* Chichester: Wiley, 2000.
18. Zipursky RB, Schulz SC, eds. *The Early Stages of Schizophrenia.* Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002.
19. Edwards J, McGorry PD, eds. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services.* London: Dunitz, 2002.
20. *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models.* London: Department of Health, 2000.
21. *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care.* London: Abba Litho Sales, 2002.
22. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine* 2003; **33**: 97–110.
23. Norman RMG, Malla AK. Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine* 2001; **31**: 381–400.
24. Malla AK, Norman RMG. Early intervention in schizophrenia and related disorders: Advantages and pitfalls. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; **15**: 17–23.
25. Lieberman JA, Fenton WS. Delayed detection of psychosis: Causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry* 2000; **157**: 1727–1730.
26. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. *British Medical Journal* 2002; **325**: 1199–1203.
27. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; **51**: 273–279.
28. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO *et al.* Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001; **158**: 1917–1919.
29. Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK *et al.* Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2001; **51**: 39–46.
30. Fitzgerald P, Kulkarni J. Home-oriented management program for people with early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 39–44.
31. McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991; **179**: 253–258.
32. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; **185**: 434–441.
33. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä Ä, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; **187**: 343–352.
34. Remington G, Kapur S, Zipursky RB. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 66–70.
35. Emsley RA. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: A double-blind multicenter study. Risperidone Working Group. *Schizophrenia Bulletin* 1999; **25**: 721–729.
36. Merlo MCG, Hofer H, Gekle W *et al.* Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: Treatment efficacy and efficacy on fine motor functioning. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; **63**: 885–891.
37. Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics. Patients value the lower incidence of extrapyramidal side effects. *British Medical Journal* 2000; **321**: 1360–1361.
38. Geddes J. Prevention of relapse in schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002; **346**: 56–57. **Australasian Psychiatry** • Vol 11, No 2 • June 2003
39. Lewis S, Tarrier N, Haddock G *et al.* Randomised, controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* 2002; **181**: S91–S97.
40. Jackson HJ, McGorry PD, Edwards J *et al.* Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 93–100.
41. Gleeson J, Jackson HJ, Stavely H, Burnett P. Family intervention in early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach.* UK: Cambridge University Press, 1999; 376–406.

42. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry* 1994; **24** (Suppl.): 96–102.
43. Edwards J, Maude D, Herrman-Doig T *et al.* A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services* 2002; **53**: 1067–1069.
44. Meltzer HY, Alphas L, Green AI *et al.* for the InterSePT, Study Group. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry* 2003; **60**: 82–91.
45. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ *et al.* Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999; **156**: 544–549.
46. Birchwood M, MacMillan F. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; **27**: 374–378.
47. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, de Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2001; **179**: 53–58.
48. Power P, Bell R, Mills R *et al.* Suicide prevention in first episode psychosis. The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (Suppl.) in press.
49. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR *et al.* A randomised controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1999; **56**: 627–633.
50. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB *et al.* Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; **59**: 165–172.
51. Hogarty G, Kornblith S, Greenwald D *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I. Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1504–1514.
52. Hogarty G, Greenwald D, Ulrich RT *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II. Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1515–1524.
53. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia. I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 2002; **32**: 763–782.
54. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* Psychological treatments in schizophrenia. II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; **32**: 783–791.
55. Schooler NJ, Keith SJ, Severe JB *et al.* Relapse and rehospitalisation during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry* 1997; **54**: 453–463.
56. Czernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002; **346**: 16–22.
57. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
58. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N *et al.* Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001; **158**: 1706–1713.
59. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; **173**: 11–53.
60. Wykes T, van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review* 2001; **8**: 1227–1256.
61. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry* 1984; **41**: 1178–1182.
62. Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2000; **26**: 73–86.
63. Kerr IB, Taylor D. Mental health emergencies. Caution is needed with rapid tranquillisation protocol. *British Medical Journal* 1997; **315**: 885.
64. Andrews G, Sanderson K, Corry J, Issakidis C, Lapsley H. The cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia: Evidence based medicine is affordable. *British Journal of Psychiatry* 2003; **21**: 1227–1256.

APPENDIX I

Selected meta-analyses and Cochrane reviews

- Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: A critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; **102**: 81–97.
- Barbui C, Saraceno B. Low-dose neuroleptic therapy and extrapyramidal side effects in schizophrenia: An effect size analysis. *European Psychiatry* 1996; **11**: 412–415.
- Bech P, Peuskens JC, Marder SR *et al.* Meta-analytic study of the benefits and risks of treating chronic schizophrenia with risperidone or conventional neuroleptics. *European Psychiatry* 1998; **13**: 310–314.
- Bollini P, Pampallona S, Orza MJ, Adams ME, Chalmers TC. Antipsychotic drugs: Is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials. *Psychological Medicine* 1994; **24**: 307–316.
- Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: A review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 2001; **158**: 518–526.
- Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health* 1999; **8**: 275–285.
- Cure S, Carpenter S. Droperidol for acute psychosis (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- de Oliveira IR, Miranda-Scippa AM, de Sena EP *et al.* Risperidone versus haloperidol in the treatment of schizophrenia: A meta-analysis comparing their efficacy and safety. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1996; **21**: 349–358.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 1998; **24**: 589–608.
- Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S. Olanzapine for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Fenton M, Coutinho ESF, Campbell C. Zuclopenthixol acetate in the treatment of acute schizophrenia and similar serious mental illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal* 2000; **321**: 1371–1376.
- Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research* 2001; **48**: 335–342. **Australasian Psychiatry** • Vol 11, No 2 • June 2003
- Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: A review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; **188**: 187–201. Joy CB, Mumby-Croft R, Joy LA. Polyunsaturated fatty acid (fish or evening primrose oil) for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Kennedy E, Song F, Hunter R, Clarke A, Gilbody S. Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research* 1999; **35**: 51–68.

Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A *et al*. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin* 1998; **24**: 569–587.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; **24**: 37–74.

Neto JIS, Lima MS, Soares BGO. Amisulpride for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Peuskens J, De Hert M, Jones M. The clinical value of risperidone and olanzapine: A meta-analysis of efficacy and safety. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2001; **5**: 179–187.

Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; **189**: 278–287.

Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Srisurapanont M, Disayavanish C, Taimkaew K. Quetiapine for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody SM. Newer atypical antipsychotic medication versus clozapine for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

Waraich PS, Adams CE, Roque M, Hamill KM, Marti J. Haloperidol dose for the acute phase of schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.

APPENDIX II

National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines

National Collaborating Centre for Mental Health. *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*.

Clinical Guideline 1. London: National Institute for Clinical Excellence. Abba Litho Sales Ltd., 2002, 62 pages. ISBN: 1-84257-257-1.

National Collaborating Centre for Mental Health. *Schizophrenia: core intervention in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*.

Clinical practice algorithms and pathways to care. London: National Institute for Clinical Excellence. Abba Litho Sales Ltd., 2002, 3 pages. ISBN: 1-84257-257-1.

National Collaborating Centre for Mental Health. *Treating and managing schizophrenia (core interventions). Understanding NICE guidance – information for people with schizophrenia, their advocates and carers, and the public*. London: National Institute for Clinical Excellence. Abba Litho Sales Ltd., 2002, 39 pages. ISBN: 1-84257-258-X.

Bassett A, Addington D. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; **43**: Suppl. 2.

APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154** (Suppl 4): 1–63.

Guideline Development Group. *Psychosocial Interventions for the Management of Schizophrenia. A National Clinical Guideline*.

Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Pub. no. 30, 1998.

The Schizophrenias: guidelines for an holistic approach to clinical practice. NSW: New South Wales Health Department, 2001, ISBN: 07347-33241-4.

The Expert Consensus Panel. Treatment of schizophrenia: the expert consensus guideline series. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; **60** (Suppl 11): 3–80.

Evidence Base for the Clinical Standards for Schizophrenia. Edinburgh: Clinical Standards Board for Scotland, 2001. ISBN: 1-903766-02-8. New South Wales Health Department. *The Management of People with Co-Existing Mental Health and Substance Use Disorder: Service Delivery Guidelines*. NSW: State Health Publication No. (CMH) 000040, 2000. ISBN: 0 7347-3154-X.

Centre for Mental Health. *Mental Health for Emergency Departments – A reference guide (pocket version)*. NSW: New South Wales Health Department, 2001. SHPN: (CMH) 010032. ISBN: 0 7347-3273-2.

Best Practices– Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Health Canada, 2002, 161 pages, Cat. H39-599/2001-2E, ISBN 0-662-31388-7.

Strasser KM. *Smoking Reduction and Cessation for People with Schizophrenia– Guidelines for General Practitioners*. These guidelines are the result of a collaborative enterprise between SANE Australia and the University of Melbourne Department of Psychiatry, funded by the Victorian Department of Human Services Victorian and Quit Victoria. Endorsed by the Royal Australian College of General Practitioners and the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2001.

-
- ¹ Jablensky A, McGrath J, Herrman H *et al.* *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997–98 An Overview. Overview of the Method and Results of Low Prevalence (Psychotic) Disorders as part of the National Survey of Mental Health and Wellbeing.* Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 1999.
- ² Boyce P, Ellis P, Penrose-Wall J. The Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for Specialist Adult Mental Health Care: An introduction. *Australasian Psychiatry* 2003; **1**: 21–25.
- ³ Harrison G, Hopper K, Craig T *et al.* Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001; **178**: 506–517.
4. SANE Australia. *Schizophrenia: Costs. An Analysis of the Burden of Schizophrenia and Related Suicide in Australia*, Access Economics Report, 2002.
5. Coghlan R, Lawrence D, Holman C, Jablensky A. *Duty to Care: Physical Illness in People with Mental Illness*. Perth: University of Western Australia, 2001.
6. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000; **177**: 212–217.
- ¹ Jablensky A, McGrath J, Herrman H *et al.* *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997–98 An Overview. Overview of the Method and Results of Low Prevalence (Psychotic) Disorders as part of the National Survey of Mental Health and Wellbeing.* Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 1999.
- ⁷ Carr V, Neil A, Halpin S, Holmes S. Costs of psychosis in urban Australia. *National Survey of Mental Health and Wellbeing Bulletin 2.* Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 2002.
- ⁸ McGorry P. Translating advances in schizophrenia treatment: a glass ceiling. *Medical Journal of Australia*, in press.
- ⁹ Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD *et al.* Neuroanatomical abnormalities in people who develop psychosis. *Lancet* 2003; **361**: 281–288.
11.
1516. McGorry PD, Jackson H, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach*. UK: Cambridge University Press, 1999.
- ¹⁰ McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ *et al.* Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 2002; **59**: 921–928.
- ¹¹ Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP *et al.* Psychosis prediction: 12-month follow up of a high risk ('prodromal') group. *Schizophrenia Research* 2003; **60**: 21–32.
- 12–14
12. Woods S, Zipursky R, Perkins D, Addington J, Marquez E, Breier A, McGlashan TH. Olanzapine vs. placebo for prodromal symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106**: S413–43.
13. Cornblatt B, Lencz T, Correll C, Author A, Smith C. Treating the prodrome: Naturalistic findings from the RPA Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106** (S413): 44.
14. Bechdolf A, Wagner M, Hambrecht M. Psychological intervention in the prepsychotic phase: preliminary results of a multicentre trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; **106** (S413): 41.
- 15
. McGlashan T. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry* 1999; **46**: 899–907.
- 16-21
16. McGorry PD, Jackson H, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach*. UK: Cambridge University Press, 1999.
17. Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Intervention*. Chichester: Wiley, 2000.
18. Zipursky RB, Schulz SC, eds. *The Early Stages of Schizophrenia*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002.
19. Edwards J, McGorry PD, eds. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London: Dunitz, 2002.
20. *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: Department of Health, 2000.
21. *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. London: Abba Litho Sales, 2002.
- ¹⁵ McGlashan T. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry* 1999; **46**: 899–907
- 22-23
22. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychological Medicine* 2003; **33**: 97–110.
23. Norman RMG, Malla AK. Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine* 2001; **31**: 381–400.
- ²⁴ Malla AK, Norman RMG. Early intervention in schizophrenia and related disorders: Advantages and pitfalls. *Current Opinion in Psychiatry* 2002; **15**: 17–23.
- ²⁵ Lieberman JA, Fenton WS. Delayed detection of psychosis: Causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry* 2000; **157**: 1727–1730.
- ²⁶ Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. *British Medical Journal* 2002; **325**: 1199–1203.
- ²⁷ Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; **51**: 273–279.
- 28-29
28. Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO *et al.* Shortened duration of untreated

- first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001; **158**: 1917–1919.
 Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK *et al.* Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2001; **51**: 39–46.
- 19-20
 19. Edwards J, McGorry PD, eds. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London: Dunitz, 2002.
 20. *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: Department of Health, 2000.
- 30
 Fitzgerald P, Kulkarni J. Home-oriented management program for people with early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 39–44.
- 31-33
 31. McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognised postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991; **179**: 253–258.
 32. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; **185**: 434–441.
 33. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä Ä, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; **187**: 343–352.
- 34-36
 34. Remington G, Kapur S, Zipursky RB. Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 66–70.
 35. Emsley RA. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: A double-blind multicenter study. Risperidone Working Group. *Schizophrenia Bulletin* 1999; **25**: 721–729.
 36. Merlo MCG, Hofer H, Gekle W *et al.* Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: Treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; **63**: 885–891.
 37. Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics. Patients value the lower incidence of extrapyramidal side effects. *British Medical Journal* 2000; **321**: 1360–1361.
 38. Geddes J. Prevention of relapse in schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002; **346**: 56–57. **Australasian Psychiatry • Vol 11, No 2 • June 2003**
- 21
Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: Abba Litho Sales, 2002
- 37-38
 37. Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics. Patients value the lower incidence of extrapyramidal side effects. *British Medical Journal* 2000; **321**: 1360–1361.
 38. Geddes J. Prevention of relapse in schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002; **346**: 56–57. **Australasian Psychiatry • Vol 11, No 2 • June 2003**
- 39
 Lewis S, Tarrier N, Haddock G *et al.* Randomised, controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* 2002; **181**: S91–S97.
- 40
 Jackson HJ, McGorry PD, Edwards J *et al.* Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *British Journal of Psychiatry* 1998; **172** (Suppl. 33): 93–100.
- 41-42
 41. Gleeson J, Jackson HJ, Stavely H, Burnett P. Family intervention in early psychosis. In: McGorry PD, Jackson HJ, eds. *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach*. UK: Cambridge University Press, 1999; 376–406.
 42. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry* 1994; **24** (Suppl.): 96–102.
- 21
Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: Abba Litho Sales, 2002.
- 43
 Edwards J, Maude D, Herrman-Doig T *et al.* A service response to prolonged recovery in early psychosis. *Psychiatric Services* 2002; **53**: 1067–1069.
- 44
 Meltzer HY, Alphas L, Green AI *et al.* for the InterSePT, Study Group. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry* 2003; **60**: 82–91.
- 45
 Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ *et al.* Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999; **156**: 544–549.
- 17
 Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Intervention*. Chichester: Wiley, 2000.
- 46
 Birchwood M, MacMillan F. Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; **27**: 374–378.
- 47
 Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, de Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2001; **179**: 53–58.
- 44
 Meltzer HY, Alphas L, Green AI *et al.* for the InterSePT, Study Group. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry* 2003; **60**: 82–91

-
- 48 Power P, Bell R, Mills R *et al.* Suicide prevention in first episode psychosis. The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (Suppl.)* in press.
- 49-50 49. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR *et al.* A randomised controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1999; **56**: 627–633.
50. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB *et al.* Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; **59**: 165–172.
- 51-52 51. Hogarty G, Kornblith S, Greenwald D *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I. Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1504–1514.
52. Hogarty G, Greenwald D, Ulrich RT *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II. Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1515–1524.
- 53-55 53. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garey Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia. I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 2002; **32**: 763–782.
54. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* Psychological treatments in schizophrenia. II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; **32**: 783–791.
55. Schooler NJ, Keith SJ, Severe JB *et al.* Relapse and rehospitalisation during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. *Archives of General Psychiatry* 1997; **54**: 453–463.
- 56 Czernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002; **346**: 16–22.
- 57 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library. Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- 58 Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N *et al.* Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001; **158**: 1706–1713.
- 49-50 49. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR *et al.* A randomised controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1999; **56**: 627–633.
50. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB *et al.* Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; **59**: 165–172.
- 51-52 51. Hogarty G, Kornblith S, Greenwald D *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I. Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1504–1514.
52. Hogarty G, Greenwald D, Ulrich RT *et al.* Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II. Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; **154**: 1515–1524.
- 21 *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. London: Abba Litho Sales, 2002
- 5 Coghlan R, Lawrence D, Holman C, Jablensky A. *Duty to Care: Physical Illness in People with Mental Illness*. Perth: University of Western Australia, 2001.
- 59 Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; **173**: 11–53.
- 54, Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* Psychological treatments in schizophrenia. II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; **32**: 783–791.
- 60 Wykes T, van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review* 2001; **8**: 1227–1256.
- 61 Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry* 1984; **41**: 1178–1182.
- 3 Harrison G, Hopper K, Craig T *et al.* Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001; **178**: 506–517.
- 62 Garey PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2000; **26**: 73–86.
- 63 . Kerr IB, Taylor D. Mental health emergencies. Caution is needed with rapid tranquillisation protocol. *British Medical Journal* 1997; **315**: 885.
- 64 Andrews G, Sanderson K, Corry J, Issakidis C, Lapsley H. The cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia: Evidence based medicine is affordable. *British Journal of Psychiatry* 2003; **21**: 1227–1256.
4. SANE Australia. *Schizophrenia: Costs. An Analysis of the Burden of Schizophrenia and Related Suicide in Australia*, Access Economics Report, 2002.
- 7 Carr V, Neil A, Halpin S, Holmes S. Costs of psychosis in urban Australia. *National Survey of Mental Health and Wellbeing Bulletin 2*. Canberra: Low Prevalence Disorders Study Group, Commonwealth Department of Health and Age Care, 2002.