



Instrumente Structurale
2014-2020

MANAGEMENTUL DEPRESIEI LA ADULT

GHID CLINIC PENTRU MEDICI PSIHIATRI



MANAGEMENTUL DEPRESIEI LA ADULT

GHID CLINIC
PENTRU MEDICI PSIHIATRI

COLECTIV DE AUTORI

Coordonator elaborare ghiduri, Doctor Ileana Mihaela Botezat Antonescu

Coordonator grup de lucru, Doctor Stoica Ileana Pepita

Expert elaborare ghiduri, Doctor Tămășan Simona

Expert elaborare ghiduri, Doctor Dima Claudia

CUVÂNT ÎNAINTE

Prezentul Ghid a fost realizat prin proiectul „*Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective și prevenția comportamentului suicidar*”, proiect cu finanțare europeană obținută prin competiție de Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, în cadrul Programului Operațional Capital Uman.

Cu o valoare totală de 8.942.691,34 lei (aprox. 2 mil. euro) proiectul a avut ca obiectiv general îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației și creșterea calității serviciilor medicale oferite către populație, în special în cele 7 regiuni mai puțin dezvoltate ale României, prin creșterea nivelului competențelor profesionale ale personalului angajat în sistemul public de sănătate mintală, în conformitate cu prevederile Programului Național de Sănătate Mintală, prin participarea la cursuri de formare profesională și schimburi de experiență și bune practici.

Proiectul a avut ca obiective specifice:

- competențe profesionale îmbunătățite prin cursuri de formare profesională acreditate, cu durata de 36 de ore, pentru 930 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală care lucrează cu adulți, din care 910 certificate (credite EMC);
- competențe profesionale îmbunătățite prin participări la schimburi de experiență și bune practici internaționale pentru 120 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală;
- 6 ghiduri și proceduri/ protocoale de lucru în domeniul sănătății mintale elaborate la nivel național pentru o practică unitară în domeniu, la standarde europene.

Prin nevoile identificate și soluțiile propuse, proiectul a dus la implementarea unui program complex de măsuri de natură să îmbunătățească nivelul de competențe al profesioniștilor din sistemul medical implicat în activități de sănătate mintală. De asemenea a stabilit direcții de acțiune care au contribuit la atingerea obiectivelor din domeniul sănătății mintale, ca domeniu prioritar, așa cum sunt prezentate în Strategia Națională de Sănătate 2014 –2020 care stipulează că “asigurarea sănătății mintale a populației presupune accesul la servicii adecvate și eficiente”.

Nu în ultimul rând a contribuit la soluționarea nevoii identificate prin Strategia Națională de Sănătate 2014 – 2020, respectiv aceea de a crește numărul de specialiști disponibili, de a spori calitatea serviciilor din spitalele de specialitate, de a schimba modelul prevalent de îngrijire în servicii spitalicești „învechit, necentrat pe client” într-unul modern, la standarde europene, centrat pe nevoile pacientului cu probleme de sănătate mintală.

**Coordonator elaborare ghiduri,
Dr. Ileana Botezat-Antonescu**

CUPRINS

PREZENTARE

I. INTRODUCERE

I.1. Context general

I.2. Date epidemiologice

I.3 Definiție, criterii de diagnostic și severitate

I.4. Riscurile asociate depresiei

II. METODOLOGIA ELABORARII GHIDULUI

III. EVALUAREA DEPRESIEI LA ADULT

III.1. Evaluarea pacientului adult cu depresie

III.2. Bune practici și recomandări pentru evaluarea depresiei la adult

IV. MANAGEMENTUL PACIENTULUI ADULT DIAGNOSTICAT CU DEPRESIE

IV.1. Modele de îngrijire în depresia adultului

IV.1.1. Principii generale de management în depresie

IV.1.2 Modele de îngrijire adaptate în funcție de gradul de severitate

IV.1.3. Niveluri specifice de îngrijire pentru pacientul adult cu depresie

IV 1.4. Intervenții colaborative multidisciplinare în depresie

IV.2. Farmacoterapia în depresie

IV.2.1 Principii generale în managementul farmacologic al depresiei

IV.2.2 Particularități ale compușilor cu efect antidepresiv

IV.2.3 Sindromul de discontinuare la antidepresive

IV.3 Intervenții psihoterapeutice

IV.4 Strategii de intervenție în depresia rezistentă la tratament

IV.4.1. Tratamente farmacologice consecutive, pentru tulburarea depresivă care nu a răspuns adecvat la tratamentul de primă elecție

IV.4.2. Recomandări clinice în depresia rezistentă la tratament

IV.5 Managementul depresiei

IV.5.1. Repere de bună practică clinică

IV.5.1. Schema de management a pacientului cu depresie

IV.5 Alte intervenții

V. MONITORIZAREA ADULTULUI CU DEPRESIE

V.1 Indicatorii de urmărit în cadrul monitorizării pacientului adult cu depresie

V.2 Monitorizarea în funcție de severitatea și evoluția episodului depresiv

V.3 Monitorizarea răspunsului la tratament

V.4 Factori care influențează severitatea și evoluția bolii

V.5 Evaluarea funcționalității sistemului

V.6 Bune practici și recomandări pentru monitorizarea pacientului adult cu depresie

VI. ASPECTE PARTICULARE ALE DEPRESIEI LA ADULT

VI. 1. Depresia cu risc suicidar

VI. 2. Managementul depresiei - situații particulare

VI.3. Depresia asociată sarcinii și nașterii

VI. 4. Depresia asociată consumului de alcool/substanțe

VII. ANEXE

1. Nivel al evidențelor și grade de recomandare

2. Tratamentul depresiei la adult

3. Intervenții psihologice recomandate în abordarea depresiei adultului – Sinteza

4. Instrumente de lucru pentru profesioniștii din sănătatea mintală

4.a Plan de prevenire și recunoaștere precoce a recăderilor;

4.b Fișa suport pentru aparținători/ familie/prieteni ai persoanei cu depresie;

4.c Contract non-suicid- model;

4.d Plan de răspuns la criza suicidară- model.

5. Principii ale practicii în sănătatea mintală

6. Lista abrevieri

PREZENTARE

Depresia reprezintă o problemă majoră de sănătate și o prioritate în multe sisteme de sănătate publică datorită creșterii prevalenței și a impactului asupra individului și societății.

Heterogenitatea manifestărilor clinice, a endofenotipurilor și a modelelor evolutive a impus schimbări în paradigma de clasificare diagnostică. Consecvent etichetei nosografice și constatării unei heterogenități a răspunsului terapeutic s-a diversificat și nuanțat abordarea terapeutică multidisciplinară în diferitele subtipuri de depresie.

Tulburarea depresivă rămâne o provocare pentru specialiștii din sănătatea mintală și pentru medicina primară atât în țara noastră cât și în țări cu sisteme de sănătate care au resurse de îngrijire de nivel ridicat. Adulții cu depresie se confruntă adeseori cu dificultăți precum subdiagnosticarea sau diagnosticarea tardivă, întârzierile în acordarea tratamentului, accesul limitat la îngrijiri complexe, lipsa continuității îngrijirilor. În literatura de specialitate a început recent să fie menționată supradiagnosticarea și tratamentele inutile sau inadecvate, ceea ce complică și mai mult managementul integrativ al depresiei.

În anul 2010, un colectiv format din personalități ale psihiatriei din România a elaborat un prim ghid adresat medicilor psihiatri, *„Ghid de farmacoterapie în schizofrenie și ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă”*, emis de Ministerul Sănătății și publicat în Monitorul Oficial al României Partea I, nr. 777 din 19 noiembrie 2010. Profesioniștii din sănătatea mintală au avut astfel la dispoziție un suport pentru gestionarea situațiilor clinice din practica zilnică, întărit ulterior de aprobarea protocoalelor terapeutice la nivel național.

Prezentul ghid își propune să promoveze creșterea calității și echității în sistemul de îngrijiri de sănătate mintală, urmând modelul predecesorilor.

Autorii ghidului au selectat și evaluat o serie de ghiduri utilizate în plan național și internațional, extrapolând evidențele științifice disponibile cu intenția de a furniza instrumente comune de lucru medicilor psihiatri din toate structurile de îngrijire din România. Aceste instrumente și recomandări specifice au fost elaborate cu scopul de a aduce îmbunătățiri semnificative în procesul de îngrijire a pacientului adult cu depresie.

I. Scopul și obiectivele ghidului

Scopul ghidului:

Ghidul își propune furnizarea de strategii actualizate și adaptate sistemului de sănătate românesc pentru identificarea, evaluarea și managementul terapeutic al depresiei la persoanele cu vârsta de peste 18 ani.

Obiectivele ghidului:

- Eliminarea inechităților din sistemul de îngrijiri de sănătate mintală;
- Furnizarea pentru toate structurile și la toate nivelele de îngrijire a sănătății mintale din România a unui set/barem minim de intervenții personalizate pentru suferinzi de depresie, care să fie echitabile, de calitate și eficiente;
- Elaborarea bazată pe evidențe a unui standard de bune practici în managementul depresiei la adulți.

II. Audiența țintă a ghidului

Ghidul se adresează medicilor psihiatri care lucrează în structurile de îngrijiri de sănătate mintală din România.

III. Populația țintă (pacienții):

Adulți cu vârsta peste 18 ani care vin în contact cu serviciile de sănătate mintală din România.

Ghidul de față oferă clinicianului un instrument de orientare pentru activitatea clinică. Recomandările se bazează pe evidențe solide și actuale: metaanalize largi, trialuri clinice randomizate, ghiduri elaborate prin consens al experților.

Metodologia utilizată în elaborarea prezentului ghid reflectă nivelul actual internațional de dezvoltare a ghidurilor clinice pe baza colectării și selectării celor mai noi și relevante evidențe privind recomandările de evaluare și tratament a persoanelor adulte cu depresie .

(AGREE: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument; www.agreetrust.org; AGREE Collaboration [2003]).

Ghidul a fost conceput în VII capitole, fiecare acoperind o temă/problematică specifică a depresiei și oferind seturi de recomandări bazate pe dovezi, unele regăsindu-se în ghidurile internaționale evaluate și adaptate la contextul și resursele de îngrijire existente în țara noastră.

Ghidul clinic nu substituie judecata clinică sau competențele profesionale, având limitări conferite de factori ce țin pe de o parte de metodologia folosită în elaborare și disponibilitatea resurselor și a evidențelor științifice de înaltă calitate în perioada de elaborare, pe de altă parte de particularitățile specifice persoanelor adulte cu depresie. Există situații specifice și persoane la care prezentul ghid nu poate fi aplicabil sau acceptabil în totalitate. De aceea, considerăm important ca pentru fiecare caz în parte să fie luate în considerare toate aspectele care țin de contextul clinic, social , cultural și de dinamica particulară a persoanei/persoanelor implicate în procesul terapeutic.

Deciziile terapeutice vor fi luate de clinicieni ținând cont de îndrumările bazate pe dovezi oferite de ghid, dar adaptate fiecărei situații și ținând cont de nevoile, preferințele și valorile pacientului.

Ne dorim ca acest ghid să reprezinte un real suport pentru colegii noștri, medicii psihiatri care lucrează în structurile de sănătate din România.

Experții implicați în elaborarea ghidului au stabilit de comun acord un termen pentru revizuirea acestuia de 3 ani. În consens cu alte echipe de experți, considerăm ca fiind esențiale și necesare câteva direcții de cercetare și aplicabilitate clinică viitoare: screeningul în depresie, prevenția suicidului, modele colaborative de îngrijire, farmacoterapia și alte tipuri de intervenție, modalități de evaluare și intervenție la distanță – telepsihiatria. Studiile viitoare sperăm să aducă date noi și informații accesibile care să crească semnificativ calitatea îngrijirilor și a vieții pacienților cu depresie.

Dr. Ileana-Pepita Stoica, Coordonator echipă Experți actualizare ghiduri și proceduri

I. INTRODUCERE

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Dr. Simona Claudia Tămășan

I.1 Date generale

Tulburarea depresivă este o condiție medicală diagnosticabilă și tratabilă. Scopul managementului terapeutic al depresiei este remisiunea și recuperarea funcțională.

Simptomatologia este variabilă ca severitate, durată și impact asupra funcționalității. Cu toate că depresia afectează ambele sexe și poate să apară la orice vârstă, riscul este crescut de traume în copilărie, evenimente de viață adverse, sărăcie, șomaj, boli somatice și toxicofilie. Depresia este cauza majoră de dizabilitate pe toate meridianele, afectează în jur de 4,4% din populația lumii (OMS, 2017). Comparativ, situația din România privind prevalența și povara reprezentată de depresie, așa cum a fost prezentată de ultimele date ale Organizației Mondiale a Sănătății, se poate consulta mai jos.

WHO European Region (cont.)

COUNTRY	PREVALENCE*		HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**					
	Depressive Disorders		Anxiety Disorders		Depressive Disorders		Anxiety Disorders	
	Total cases	% of population	Total cases	% of population	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD
Netherlands	752 777	4.7%	1 024 103	6.4%	126 075	7.1%	93 907	5.2%
Norway	227 446	4.7%	352 815	7.4%	38 271	7.2%	32 434	6.1%
Poland	1 878 988	5.1%	1 439 553	3.9%	330 423	8.2%	132 083	3.3%
Portugal	578 234	5.7%	502 452	4.9%	99 553	8.5%	45 962	3.9%
Republic of Moldova	207 247	5.4%	122 481	3.2%	36 037	9.0%	11 272	2.8%
Romania	931 842	5.0%	688 815	3.7%	163 836	7.9%	63 079	3.0%
Russian Federation	7 815 714	5.5%	4 428 232	3.1%	1 338 953	7.8%	401 799	2.9%
Serbia	419 302	5.0%	323 690	3.8%	73 404	7.8%	29 632	3.2%
Slovakia	268 516	5.1%	205 731	3.9%	47 451	8.4%	18 904	3.3%
Slovenia	99 684	5.1%	74 661	3.8%	17 461	7.8%	6 833	3.0%
Spain	2 408 700	5.2%	1 911 196	4.1%	434 436	8.7%	176 159	3.6%
Sweden	448 734	4.9%	441 926	4.8%	76 431	7.4%	40 596	3.9%
Switzerland	388 878	5.0%	383 015	4.9%	66 584	7.9%	35 153	4.2%
Tajikistan	304 018	3.8%	250 738	3.1%	54 561	8.5%	23 435	3.7%
The former Yugoslav Republic of Macedonia	97 232	5.0%	75 708	3.9%	17 207	8.7%	6 979	3.5%
Turkey	3 260 677	4.4%	2 998 925	4.0%	574 459	7.5%	277 019	3.6%
Turkmenistan	214 010	4.2%	169 788	3.4%	39 201	8.9%	15 830	3.7%
Ukraine	2 800 587	6.3%	1 410 593	3.2%	494 383	9.6%	128 834	2.5%
United Kingdom	2 692 081	4.5%	2 557 430	4.2%	454 789	6.8%	235 230	3.5%
Uzbekistan	1 186 450	4.2%	933 129	3.3%	211 394	8.7%	86 883	3.6%

WHO South East Asia Region

PREVALENCE*		HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**					
Depressive Disorders		Anxiety Disorders		Depressive Disorders		Anxiety Disorders	
% of		% of		Total Years	% of	Total Years	% of

WHO Western Pacific Region

COUNTRY	PREVALENCE*		HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**					
	Depressive Disorders		Anxiety Disorders		Depressive Disorders		Anxiety Disorders	
	Total cases	% of population	Total cases	% of population	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD
Australia	1 318 599	5.9%	1 548 120	7.0%	235 190	9.1%	142 603	5.5%
Brunei Darussalam	15 198	4.0%	13 431	3.6%	2 679	8.4%	1 256	3.9%
Cambodia	508 623	3.4%	479 489	3.2%	86 275	6.2%	44 575	3.2%
China	54 815 739	4.2%	40 954 022	3.1%	8 981 401	7.3%	3 804 591	3.1%
Fiji	30 568	3.5%	29 053	3.9%	5 040	5.6%	2 665	3.0%
Japan	5 058 124	4.2%	3 680 899	3.1%	850 351	6.7%	340 015	2.7%
Kiribati	3 452	3.1%	3 534	3.2%	574	5.4%	325	3.1%
Lao People's Democratic Republic	209 326	3.2%	204 147	3.1%	35 637	6.0%	19 030	3.2%
Malaysia	1 127 643	3.8%	1 461 481	4.9%	191 059	6.9%	135 638	4.9%
Micronesia (Federated States of)	3 182	3.1%	3 362	3.9%	536	6.2%	313	3.6%
Mongolia	117 436	4.2%	91 585	3.3%	20 864	8.6%	8 535	3.5%
New Zealand	221 338	5.4%	302 816	7.9%	37 989	8.1%	27 887	5.9%
Papua New Guinea	223 094	3.0%	237 578	3.2%	36 917	4.7%	21 730	2.8%
Philippines	3 298 652	3.9%	3 075 517	3.1%	554 100	6.2%	294 591	3.2%
Republic of Korea	1 904 645	4.1%	1 759 818	3.8%	325 944	7.3%	163 056	3.6%
Samoa	5 800	3.2%	5 975	3.9%	970	5.9%	554	3.4%
Singapore	162 203	4.6%	127 570	3.6%	28 675	9.0%	11 941	3.8%
Solomon Islands	16 535	2.9%	17 879	3.1%	2 780	5.6%	1 658	3.4%
Tonga	3 205	3.2%	3 333	3.3%	535	5.8%	309	3.3%
Vanuatu	7 917	3.1%	8 204	3.2%	1 328	6.0%	762	3.4%
Viet Nam	3 564 934	4.0%	1 941 166	2.2%	606 692	7.4%	180 920	2.2%

*Source: Global Burden of Disease study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Country data shown are crude prevalence rates (not age-standardized).

**Source: Global Health Estimates 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)

I.2 Date epidemiologice

Conform datelor OMS, depresia este una dintre cauzele majore de dizabilitate la nivel mondial, reprezentând 4,3% din povara globală a bolilor (*World Health Organization. Depression. <http://www.who.int/topics/depression/en/> [Accesat în 20 iunie 2019]*).

OMS raportează în 2013 un număr de 121 de milioane de persoane afectate de depresie în plan mondial și o estimare pentru 2015 de peste 300 de milioane de persoane suferind de depresie, cu sau fără anxietate. Se remarcă o creștere a prevalenței depresiei odată cu înaintarea în vârstă pentru ambele sexe, cu un vârf de prevalență în intervalul de vârstă 60-64 ani (*Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates, OMS, 2017*).

Prevalența depresiei clinice variază la nivelul statelor europene, fiind în creștere în ultimii ani. În România, conform raportului/analiză de situație publicat de Ministerul Sănătății în 2017 (http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2017/03/Analiza-de-Situatie_ZMS-2017_Depresia_27.03.pdf), în 2010 prevalența depresiei clinice diagnosticate se situa între 4-4,5%, un procent scăzut comparativ cu majoritatea statelor europene, datorat fie prevalenței medii-scăzute în mod real a depresiei, fie – mai degrabă, în opinia noastră – datorat deficiențelor în identificarea și diagnosticarea acestei afecțiuni psihice în România.

I.3 Definiție, criterii de diagnostic și severitate utilizate în România

Instrumentul de clasificare european în vigoare, ICD-10, conform căruia se codifică patologia în România, definește episodul depresiv ca simptomatologie și durată, astfel încât caracteristicile generale considerate tipice pentru depresie sunt: dispoziția depresivă, pierderea intereselor și bucuriilor și o reducere a energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată, cu o durată minimă a întregului episod de aproximativ 2 săptămâni.

Alte simptome comune sunt:

- (a) reducerea capacității de concentrare și a atenției;
- (b) reducerea stimei și încrederii în sine;
- (c) idei de vinovăție și lipsă de valoare (chiar în episoadele de severitate ușoară);
- (d) viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- (e) idei sau acte de auto-vătămare sau suicid;
- (f) somn perturbat;
- (g) apetit diminuat.

Tabel 1. Criterii de diagnostic pentru episodul depresiv conform ICD-10

Durată minimă a întregului episod de aproximativ 2 săptămâni
Episodul nu poate fi atribuit acțiunii unei substanțe psihoactive sau unei tulburări organice.

C. Simptome somatice: pierderea interesului sau a plăcerii în activități în mod normal plăcute; lipsa reacției emoționale la circumstanțe externe plăcute; trezirea matinală cu 2 ore mai devreme decât de obicei; agravarea matinală; dovezi evidente și obiective de lentoare sau agitație psihomotorie (remarcate sau afirmate de alții); scăderea marcată a apetitului, pierderi în greutate (frecvent definite ca 5% din greutatea corporală sau mai mult, în ultima lună); scăderea marcată a libidoului.

Clasificarea episodului depresiv se face conform gradelor de severitate:

F32.0 Episod depresiv ușor

Îndreptar diagnostic

Dispoziția depresivă, pierderea interesului și a bucuriei, fatigabilitatea crescută sunt de obicei privite ca cele mai tipice simptome de depresie, și cel puțin 2 din acestea 3, plus cel puțin 2 din simptomele descrise la F32 sunt de obicei necesare pentru un diagnostic cert. Niciunul din simptome nu trebuie să fie prezent într-un grad intens și durata minimă a întregului episod este de aproximativ 2 săptămâni.

Un subiect cu un episod depresiv ușor suferă de obicei din cauza simptomelor, și are unele dificultăți în a-și îndeplini munca și activitățile sociale obișnuite, dar, probabil, nu va înceta complet să funcționeze.

Al 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica prezența sau absența simptomului somatic:

F32.00 Fără simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv ușor sunt întrunite, și nu este prezent niciunul din simptomele somatice sau apar doar câteva din ele.

F32.01 Cu simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv ușor sunt întrunite, și 4 sau mai multe simptome somatice sunt de asemenea prezente (dacă sunt prezente numai 2 sau 3, dar ele sunt neobișnuit de severe, poate fi justificată utilizarea acestei categorii).

F32.1 Episod depresiv moderat

Îndreptar diagnostic

Cel puțin 2 din cele 3 simptome dintre cele mai tipice notate mai sus pentru severitatea ușoară (F32.0) vor fi prezente, plus cel puțin 3 (preferabil 4) din celelalte simptome. Multe simptome pot prezenta un grad mai mare de severitate, dar acest lucru nu este esențial dacă în general se manifestă o gamă largă de simptome. Durata minimă a întregului episod este de 2 săptămâni.

Un subiect cu un episod depresiv moderat va avea de obicei dificultăți considerabile în a-și continua activitățile sociale, profesionale și domestice.

Al 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica prezența simptomelor somatice:

F32.10 Fără simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv sunt îndeplinite, iar simptomele somatice lipsesc sau sunt de mică importanță.

F32.11 Cu simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv de severitate moderată sunt îndeplinite, și 4 sau mai multe simptome somatice sunt prezente, dar acestea sunt neobișnuit de severe, poate fi justificată folosirea acestei categorii.

F32.2. Episod depresiv sever fără simptome psihotice

Într-un episod depresiv sever, subiectul manifestă de obicei o considerabilă suferință sau agitație, sau este prezentă lentoarea ca trăsătură marcată. Pierderea stimei de sine sau a sentimentelor de inutilitate sau vinovăția sunt de regulă proeminente și suicidul este un pericol distinct în cazurile foarte severe. Se presupune că sindromul somatic este virtualmente întotdeauna prezent în episodul depresiv sever.

Îndreptar diagnostic

Toate cele 3 simptome tipice notate pentru episoadele de intensitate ușoară și moderată vor fi prezente și, în plus, de obicei 4 sau mai multe alte simptome, unele din acestea cu intensitate mare (severe). Totuși, dacă simptome importante cum ar fi agitația sau lentoarea sunt marcate, pacientul poate fi refractar sau incapabil să descrie multe simptome în detaliu. O gradare de ansamblu a episodului sever poate totuși să fie justificată în astfel de cazuri. Episodul depresiv durează de obicei cel puțin 2 săptămâni, dar dacă simptomele sunt particular de severe și cu debut foarte rapid, poate fi justificat să se facă diagnosticul și la o durată a episodului sub 2 săptămâni.

În timpul episodului depresiv sever este foarte puțin probabil ca pacientul să fie în stare să-și continue activitățile sociale, profesionale sau domestice.

Această categorie ar trebui utilizată pentru episoadele unice de depresie severă fără simptome psihotice; pentru următoarele episoade utilizați o subcategorie a tulburării depresive recurente (F33.-).

Include: episodul unic de depresie agitată
melancolia sau depresia vitală fără simptome psihotice

F32.2 Episodul depresiv sever cu simptome psihotice

Îndreptar diagnostic

Este un episod depresiv sever care întrunește criteriile date mai sus pentru F32.2 și în care delirurile, halucinațiile sau stuporul depresiv sunt prezente. Delirurile implică de obicei ideea de păcat, sărăcie sau dezastre iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de către pacient. Halucinațiile auditive apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare iar cele olfactive sub formă de mirosuri de murdărie, putrefacție sau de carne în descompunere. O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor. Dacă e necesar, delirurile sau halucinațiile pot fi specificate ca fiind congruente sau incongruente cu dispoziția (a se vedea F.30.2).

Diagnostic diferențial. Stuporul depresiv trebuie să fie diferențiat de: schizofrenia catatonică (F20.2), stuporul disociativ (F44.2) și de formele organice ale stuporului. Utilizați această categorie numai pentru episoadele unice de depresie severă cu simptome psihotice; pentru următoarele episoade utilizați o subcategorie a tulburărilor depresive recurente (F33.-).

Include: episodul unic de depresie psihotică, depresie majoră cu simptome psihotice, depresie psihotică, psihoză depresivă psihogenă, psihoză depresivă reactivă

F32.8 Alte episoade depresive

Sunt incluse aici episoade care nu se potrivesc cu descrierile date pentru episoadele depresive descrise în F32.0-F32.3, dar pentru care impresia diagnostică de ansamblu este că sunt depresive în natura lor; de ex. combinații fluctuante de simptome depresive (în special varietatea somatică) cu simptome ce nu sunt criterii de diagnostic, cum ar fi tensiunea, îngrijorarea și suferința; sau combinații de simptome depresive, somatice cu durere persistentă sau oboseală persistentă nedatorate unor cauze organice (așa cum uneori sunt văzute în spital).

Include: depresia atipică, episoade unice de „depresie mascată”

F32.9 Episod depresiv nespecificat

Include: depresia NSA, tulburarea depresivă NSA

F33 Tulburare depresivă recurentă

Tulburarea este caracterizată prin episoade repetate de depresie, așa cum s-a specificat la episodul depresiv ușor (F32.0), moderat (F32.1), sau la episodul depresiv sever (F32.2 și F32.3), fără nicio istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să întrunească criteriile pentru manie (F30.1 și F30.2). Totuși, categoria trebuie utilizată chiar dacă există dovada unor scurte episoade de elevație ușoară a dispoziției și hiperactivitate care să întrunească criteriile hipomaniei (F30.0) ce urmează unui episod depresiv (uneori, aparent, precipitate de tratamentul depresiei). Vârsta la debut și severitatea, durata și frecvența episoadelor de depresie sunt foarte variate. În general, primul episod apare mai târziu decât în tulburarea bipolară, cu o vârstă medie a debutului în decada a 5-a. Episoadele circumscrise durează între 3-12 luni (durata medie aproximativ 6 luni, dar recăderea este mai puțin frecventă). Deși între episoade vindecarea este de obicei completă, un număr redus de pacienți pot dezvolta o depresie persistentă, mai ales la vârsta înaintată (pentru care această categorie trebuie totuși utilizată). Episoadele circumscrise de orice grad de severitate sunt adesea precipitate de evenimente stresante de viață și în multe culturi atât episoadele unice cât și depresia persistentă sunt de 2 ori mai frecvente la femei decât la bărbați.

Riscul ca un pacient cu tulburare depresivă recurentă să aibă în viitor un episod de manie nu dispare niciodată complet, oricât de multe episoade depresive au existat. Dacă ele apar, diagnosticul se va schimba în cel de Tulburare afectivă bipolară.

Tulburarea depresivă recurentă poate fi subdivizată, așa cum s-a arătat mai jos, prin specificarea mai întâi a tipului episodului precedent și apoi (dacă informația necesară e disponibilă și suficientă) a tipului care predomină în toate episoadele.

Include: episoade recurente de: reacție depresivă, depresie psihogenă, depresie reactivă, tulburarea depresivă sezonieră (F33.0 sau F33.1); episoade recurente de: depresie endogenă,

depresie majoră, psihoză depresivă psihogenă sau reactivă, depresia psihotică, depresia vitală (F33.2 sau F33.3).

Exclude: episoade depresive recurente scurte (F38.1)

F33.0 Tulburarea depresivă recurentă, episod actual ușor

Îndreptar diagnostic

Pentru un diagnostic clar definit sunt necesare:

- (a)** Criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă (F33.-) trebuie să fie întrunite și episodul actual întrunește criteriile pentru episodul depresiv ușor (F32.0) și
- (b)** Cel puțin 2 episoade trebuie să fi durat minimum 2 săptămâni și trebuie să fi fost separate între ele de un interval de mai multe luni fără o tulburare semnificativă a dispoziției.

În caz contrar, diagnosticul corect este cel de alte tulburări recurente ale dispoziției (afective) (F38.1).

Al 5-lea caracter trebuie utilizat pentru a specifica prezența simptomelor somatice în episodul actual:

F33.10 Fără simptome somatice (vezi F32.00)

F33.11 Cu simptome somatice (vezi F32.01)

Dacă este necesar, poate fi specificat tipul predominant al episoadelor anterioare (ușor, moderat, sever, incert)

F33.1 Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat

Îndreptar diagnostic

Pentru un diagnostic cert sunt necesare:

- (a)** Criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă (F33.-) trebuie să fie întrunite și episodul actual întrunește criteriile pentru episodul depresiv moderat (F32.1) și
- (b)** Cel puțin 2 episoade trebuie să fi durat minimum 2 săptămâni și trebuie să fi fost separate între ele de un interval de mai multe luni fără o tulburare semnificativă a dispoziției.

În caz contrar, diagnosticul corect este cel de alte tulburări depresive recurente ale dispoziției (afective, F38.1). Această categorie poate fi utilizată dacă pacientul primește tratament pentru a reduce riscul episoadelor viitoare.

F33.8 Alte tulburări depresive recurente

F33.9 Tulburarea depresivă recurentă nespecificată

Include: depresia monopolară NSA

O mențiune specială merită **distimia** – o formă persistentă și cronică de depresie ușoară, simptomatologia distimiei este similară cu a episodului depresiv, dar este mai puțin intensă și are tendința să dureze mai mult.

(Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificarea australiană (ICD-10-AM)

Manualul de diagnostic și statistică american, DSM-V, va fi consultat pentru familiarizarea cu specificanții adiționali. Se poate consulta, de asemenea, varianta în lucru a ICD-11, pentru propunerile de actualizare a criteriilor diagnostice ce vor intra în vigoare în următorii ani.

I.4 Riscurile asociate depresiei

Persoanele cu depresie prezintă rate înalte de comorbiditate și mortalitate. Asocierea depresiei, atât cu boli somatice, cât și cu alte tulburări psihiatrice, cu consumul de substanțe psihoactive și cu comportamentul suicidar, este considerabilă. Relațiile dintre tulburarea depresivă și celelalte boli somatice sau psihiatrice sunt complexe și bidirecționale, depresia crescând riscul de apariție a altor boli, în timp ce alte suferințe somatice sau psihiatrice se pot însoți de depresie. (*World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012* (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html) [accesat în 18 iunie 2019].

Impactul funcțional și costurile în plan personal, familial și social ale depresiei sunt semnificative și dificil de cuantificat (Curran și colab., 2007; Sobocki și colab., 2006). Depresia pare să fie cea mai costisitoare boală psihică în Europa, fiind responsabilă de 33% din costurile totale înregistrate în psihiatrie, neurologie și neurochirurgie (118 miliarde de euro, ceea ce reprezintă 1% din economia Europei). Din această sumă, costurile indirecte datorate reducerii productivității și absenteismului reprezintă 61%, în vreme ce restul reprezintă costuri directe împărțite între îngrijirea în servicii comunitare, spitalizare, tratament medicamentos și mortalitate. Depresia pare să fie cel mai mare contributor la proporția de ani trăiți cu dizabilitate (7.5% în 2015 la nivel mondial).

Bibliografie

Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificarea australiană (ICD-10-AM).

Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K, The MHEEN Group. *Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. Journal of Mental Health.* 2007;16(2):195-209.

Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. *Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ.* 2006;9(2):87-98.

World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html) [accesat în 18 iunie 2019].

http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2017/03/Analiza-de-Situatie_ZMS-2017_Depresia_27.03.pdf [accesat în 18 iunie 2019].

II. METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI

Dr. Claudia Dima

Ghidurile de practică clinică sunt din ce în ce mai utilizate pentru furnizarea serviciilor de sănătate eficace, deoarece includ recomandări bazate pe evidențe științifice actuale de cea mai bună calitate.

Ghidul este elaborat ca răspuns la nevoile medicilor din asistența din domeniul sănătății mintale, de a avea și utiliza un document cu recomandări și instrumente suport pentru derularea activităților de prevenire (inclusiv screening), evaluare, diagnostic, tratament și reabilitare relevante, de calitate, eficace, efectuate sistematic și planificate.

Elaborarea unui nou ghid de practică clinică este un proces care necesită acces la literatură științifică actuală, de cea mai bună calitate, resurse umane specializate și timp îndelungat. O metodă alternativă la elaborare a noilor ghiduri de practică agreată la nivel internațional este *adaptarea ghidurilor de practică clinică* sau a unor recomandări ale celor existente, pe baza metodologiei ADAPTE. Această metodă are scopul de a utiliza mai eficient resursele existente și evită duplicarea eforturilor¹.

Metoda adaptării permite modificarea ghidurilor produse într-o anumită locație, pentru aplicarea lor într-un cadru cultural și organizațional diferit¹.

Elaborarea ghidului s-a făcut în cadrul activităților proiectului: **„Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective și prevenția comportamentului suicidar”**, proiect gestionat de Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog și finanțat din fonduri europene obținute prin competiție în cadrul Programului Operațional Capital Uman.

Având în vedere resursele limitate existente la nivel național, elaborarea ghidului pe baza metodologiei ADAPTE a fost considerat procesul optim. Adaptarea ghidurilor din România, europene și internaționale existente la contextul asistenței medicale pentru sănătate mintală din România, conform procedurii propuse de The ADAPTE Collaboration (2009), s-a făcut în trei etape (de pregătire, adaptare și finalizare), fiecare etapă având un anumit număr de activități și module corespunzătoare, conform următorului rezumat.

REZUMAT PROCES ADAPTE: Etape, Activități și Module

Etape	Activități	Module
PREGĂTIREA	Pregătirea procesului de adaptare	Pregătire
ADAPTAREA	Definirea întrebărilor	Scop și domeniul de aplicare
	Căutarea și citirea ghidurilor existente	Căutare și citire
	Evaluarea ghidurilor	Evaluare
	Deciderea utilizării și selecția ghidurilor/ recomandărilor	Decizie și selecție
	Elaborarea versiunii inițiale a ghidului	
FINALIZAREA	Revizuirea externă	Revizuire externă
	Planificarea revizuirii viitoare și actualizării	Planificare pentru actualizare
	Elaborarea versiunii finale a ghidului	Produsul final

II.1. PREGĂTIREA

Etapa de pregătire include toate activitățile din procesul de inițiere a adaptării ghidurilor/ recomandărilor existente. Obiectivele acestei etape au fost: definirea problemei abordate, organizarea echipei de lucru formată din cordonatorul de elaborare a ghidului și experți, stabilirea profesioniștilor care vor utiliza ghidul, documentarea și stabilirea structurii ghidului.

Modalitățile de lucru, de colaborare și organizare a echipei de lucru au inclus următoarele activități :

1. Stabilirea coordonării generale a elaborării ghidului de către Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, în cadrul proiectului "*Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective și prevenția comportamentului suicidar*".
2. Stabilirea echipei de experți pentru elaborarea prezentului ghid constituită din experți după cum urmează:
 - a. **Coordonatorul echipei de elaborare a ghidului**-medic cu specialitatea psihiatrie, experiență în domeniul depresiei, interes și expertiză în elaborarea de ghiduri de practică clinică, nominalizat dintre experți.
 - b. **Echipa metodologică** – cu rol în elaborarea metodologiei ghidului conform metodologiei ADAPTE, alcătuită din medic cu specialitatea sănătate publică și management sanitar – cu expertiză și interes special pentru cercetarea în domeniul sănătății mintale, care a lucrat în colaborare cu cordonatorul echipei de elaborare a ghidului.
 - c. **Echipa de experți** – medici cu specialitatea psihiatrie, cu expertiză în domeniul depresiei.
 - d. **Echipa de recenzori** cu rol în recenzarea și revizuirea formei intermediare a ghidului

care au elaborat observații și recomandări cu rol de îmbunătățire a materialului elaborat înainte de finalizarea ghidului.

3. Colaborarea echipei de experți cu expertul în domeniul metodologic.
4. Elaborarea fiecărui capitol s-a efectuat în responsabilitatea unui expert.
5. Identificarea stakeholderilor relevanți pentru validarea practica a ghidului (stakeholderi: directori medicali, directori de îngrijiri și profesioniști din domeniul sănătății mintale din spitale și/clinici de specialități medicale pentru comorbiditatea depresiei–neurologie, endocrinologie, diabet și boli de nutriție, cardiologie, UPU/urgente).
6. Revizuirea de către recenzori din cadrul stakeholderilor a documentului reprezentând ghidul preliminar și elaborarea de observații și/sau recomandări.
7. Analizarea observațiilor și recomandărilor reprezentanților stakeholderilor de către coordonatorul echipei de elaborare a fiecărui ghid împreună cu responsabilul corespunzător de capitol, documentarea după caz și elaborarea de concluzii pe baza cărora s-a revizuit ghidul.

II.2. ADAPTAREA

II 2.1. DEFINIREA TEMEI

Tema prezentului ghid se focalizează pe intervențiile dovedite eficace, aplicabile în asistența psihiatrică medicală din România pentru managementul cazurilor de depresie.

II.2.2. CĂUTAREA DE GHIDURI ȘI BIBLIOGRAFIE RELEVANTĂ

Strategia de căutare a ghidurilor a avut ca fundament tema stabilită și anume depresia.

Experții și-au definit propria strategie de căutare, și au parcurs următoarele etape în procesul de căutare:

- I. **Pentru ghidurile și protocoalele existente și utilizate în România, în regiuni de dezvoltare,** experții au contactat profesioniștii/unitățile sanitare relevante din regiunea geografică alocată pentru căutare și au solicitat ghidurile și protocoalele specifice domeniului.
- II. **Pentru ghidurile și protocoalele existente și utilizate în toate celelalte state membre ale Uniunii Europene și pentru cele internaționale și cele elaborate de organizații europene:**
 1. A fost stabilită limba în care s-a efectuat căutarea: engleză și franceză.
 2. Au fost stabilite următoarele elementele esențiale care au ajutat la definirea unor întrebări de cercetare structurate, la care ghidul elaborat, oferă răspuns: **Populația** căreia îi este aplicat ghidul (adulți, persoane vârstnice, gravide, femei în perioada perinatală, persoane cu adicții), **caracteristicile bolii** (depresie majoră, depresia cu risc suicidal, depresia cu simptome psihotice, depresia atipică, depresia asociată cu alte boli somatice, depresia mixtă, depresia asociată sarcinii și nașterii, depresia cu comorbidități psihiatrice), **intervențiile** care interesează (screening, depistare precoce în general, management de caz, evaluare și diagnostic, tratament medicamentos și non-medicamentos, reabilitare, psihoterapie, alte

tipuri de intervenții), **rezultate așteptate** pentru *pacient și aparținători/familie* (facilitarea înțelegerii aspectelor clinice și evolutive ale tulburării depresive și a participării active în relația terapeutică, îmbunătățirea calității vieții, îmbunătățirea funcționalității globale), pentru *sistemul de sănătate* (diminuarea numărului de internări, scăderea duratei depresiei netratate, management organizațional și integrat între furnizorii de servicii îmbunătățit, sisteme de trimitere predictibile, planificare mai bună a serviciilor și resurselor) și *pentru sănătatea publică* (diminuarea prevalenței depresiei, diminuarea incidenței suicidului, identificarea unor arii specifice prioritare de intervenție, planificarea unor strategii viitoare de intervenție), **instituția sanitară** și contextul în care ghidul este implementat (spital, cabinet medical individual, centru comunitar de sănătate mintală, cabinet psihologic, camera de gardă-Unitatea de Primiri Urgențe, ambulanță, echipă mobilă, ONG, etc.)

3. Au fost stabiliți termenii principali pentru căutare și au fost formulate sintaxele utilizate la căutarea termenilor relevanți pentru ghiduri ținând cont de elementele anterior stabilite.
4. Au fost identificate bazele de date și website-urile unde s-a efectuat căutarea (World Health Organization, PubMed, Cochrane library, European Psychiatric Association, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, EseMED, PubMed, *europsy.net*, *nhs.uk*, *nice.org.uk*, *guidelines.co.uk*, *psychiatryonline.org*, Karger European Addiction Research).
5. S-au efectuat căutări pentru identificarea altor surse bibliografice cum ar fi studii de referință, studii calitative și cantitative cu sumarul evidențelor, recenzii sistematice, în vederea completării cu informații relevante, care au fost folosite pentru a răspunde la întrebări la care nu fost găsite răspunsuri în ghidurile deja găsite și selectate pentru adaptare.

II.2.3. ANALIZA ȘI EVALUAREA GHIDURILOR IDENTIFICATE

Analiza și evaluarea inițială a ghidurilor identificate a avut ca obiective principale:

- ✓ eliminarea unor ghiduri și recomandări pe baza evaluării „rigorii” cu ajutorul instrumentului AGREE² și
- ✓ selectarea celor care au fost ulterior utilizate pentru adaptare.

De la început au fost selectate ghiduri publicate începând cu anul 2010.

Au fost analizate atât ghidurile și protocoalele identificate în România cât și cele europene și internaționale. În procesul de analiză au fost parcurse următoarele etape :

1. Citirea de cel puțin două ori în integralitate și sumarizarea conținutului.
2. Identificarea întrebărilor la care răspund ghidurile (după formula PICO -populație, intervenție, comparație, rezultat).
3. Evaluarea calității ghidurilor, a rigorii metodologice și transparenței în care a fost elaborat ghidul, utilizând cadrul instrumentului The Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II (AGREE II).
4. Eliminarea ghidurilor și recomandărilor cu scoruri AGREE scăzute.

The **Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II (AGREE II)** (Analiza Ghidurilor – Cercetare și Evaluare”) este un instrument internațional de evaluare a calității ghidurilor de practică clinică care include 6 domenii și 23 de dimensiuni. Acesta nu evaluează conținutul clinic al recomandărilor.

Au fost elaborate liste cu recomandările propuse a fi selectate pentru adaptare. Aceste recomandări au fost încadrate în **matrice de recomandări** care au fost utilizate pentru analiza conținutului recomandărilor, menționarea nivelului recomandărilor (acolo unde au fost găsite precizate în ghidurile sursă), acceptabilității și aplicabilității recomandărilor în sistemul de sănătate din România.

Cazurile în care au fost găsite recomandări diferite pentru aceeași problemă (care să răspundă la aceeași întrebare) au fost discutate de echipa de experți și au fost alese prin consens cele care au fost agreeate de experți.

Evaluarea acceptabilității și aplicabilității recomandărilor

Metodologia ADAPTE recomandă evaluarea **acceptabilității și aplicabilității recomandărilor**. A fost necesar ca recomandările să fie adaptate contextului cultural, organizațional al sistemului de sănătate din România, populației țintă și resurselor naționale disponibile. Acceptabilitatea face referire la măsura în care recomandarea ar putea fi pusă în practică iar aplicabilitatea la cea în care o organizație sau un grup este capabil să pună recomandarea în practică. Evaluarea dacă o recomandare este acceptabilă și/sau aplicabilă sau nu, s-a efectuat pe baza discutării de către experți a fiecărei recomandări în funcție de criterii/întrebări referitoare la: existența unui beneficiu suficient al intervenției comparativ cu alte modalități de management, compatibilitatea recomandării cu cultura și unitatea sanitară unde este destinată a fi utilizată, aplicabilitatea intervenției pentru pacienți în contextul utilizării, disponibilitatea de resurse (medicație, personal instruit, etc) în contextul utilizării, existența unor constrângeri, legislație, politici, în unitățile sanitare de utilizat care ar împiedica implementarea recomandării.

II. 2. 4. SELECȚIA GHIDURILOR ȘI A RECOMANDĂRILOR PENTRU A CREA UN GHID ADAPTAT

Decizia cu privire la adoptarea, modificarea și eliminarea unora dintre recomandări pentru adaptare a fost facilitată de expertul coordonator al prezentului ghid. În procesul decizional și selecția recomandărilor s-a ținut cont de rezultatele revizuirilor efectuate cu ajutorul instrumentului AGREE, rezultatele discuțiilor pe baza matricelor de recomandări și a evaluărilor acceptabilității și aplicabilității recomandărilor propuse a fi adaptate.

Deciziile luate s-au încadrat în una dintre următoarele cinci opțiuni posibile:

1. *Respingerea întregului ghid.*
2. *Acceptarea întregului ghid și a tuturor recomandărilor incluse în ghid.*
3. *Acceptarea în sinteză a dovezilor din ghid.* După revizuire, evaluări și discuții grupul de experți a decis să accepte descrierea dovezilor (sau anumite părți din dovezi) dar respinge interpretarea dovezilor și recomandările.
4. *Acceptarea unor recomandări specifice.* După revizuirea recomandărilor din ghid, echipa de experți a decis ce anume recomandări acceptă și ce recomandări respinge.

5. *Modificarea unor recomandări specifice.* După revizuirea recomandărilor din ghid, echipa de experți a decis care dintre acestea sunt acceptabile dar trebuie să fie modificate.

II.2.5. ELABORAREA VARIANTEI PRELIMINARE A GHIDULUI ADAPTAT

Pe baza recomandărilor decise a fi utilizate echipa de experți a elaborat o formă preliminară a ghidului, plecând de la structura acestuia, formulată într-o etapă anterioară și ținând cont de recomandările ADAPTE. Elaborarea fiecărui capitol s-a efectuat, prin contribuția specifică a experților.

II.3. FINALIZAREA

II.3.1. FEEDBACKUL EXTERN

Au fost trimise pentru consultare unor medici psihiatri din diferite județe ale țării recomandări și secțiuni relevante pentru practică din capitolele III, IV, V, VI, cu solicitarea de a evalua dacă: obiectivul general al ghidului este specific descris, metodele de formulare a recomandărilor sunt descrise clar, recomandările sunt specifice și lipsite de ambiguitate, diferitele opțiuni pentru gestionarea problemei sau a stării de sănătate sunt prezentate clar și recomandările cheie sunt ușor de identificat. De asemenea a fost evaluat nivelul de acceptabilitate și a fost solicitat feedback despre dificultățile estimate în aplicare/utilizare. Nivelul de acceptabilitate a fost apreciat ca fiind unul foarte bun.

- II. 3.2. Pe baza metodologiei ADAPTE, finalizarea ghidului s-a realizat ținând cont de feedbackul asupra documentului din partea utilizatorilor ghidului.

II. 3.2. ACTUALIZAREA

Pe baza recomandărilor ADAPTE, revizuirea și actualizare ghidului implică căutarea și identificarea unor dovezi actuale relevante și decizia de a actualiza versiunea inițială a ghidului.

Echipa de experți care a elaborat ghidul a decis că actualizarea ghidului ar fi optim să fie efectuată la un interval de 3 ani.

Bibliografie

1. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Ressouce Toolkit for Guideline adaptation. Version. 2.0. Disponibil la adresa: <http://www.g-i-n.net>
2. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

III. EVALUAREA PACIENTULUI ADULT CU DEPRESIE

Dr. Simona Claudia Tămășan

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Evaluarea pacientului adult cu acuze depresive urmărește să identifice severitatea simptomelor, impactul funcțional asociat și durata episodului (NICE). Înaintea începerii oricărui demers terapeutic se va obține consimțământul informat de la persoana diagnosticată cu depresie. Se recomandă încurajarea comunicării emoțiilor și sentimentelor într-un context care să asigure empatie și respect pentru persoana evaluată (inclusiv pentru însoțitori/apartinători). În etapa de evaluare este importantă, odată cu partea de consiliere și informare privitoare la aspecte ale tulburării depresive și ale opțiunilor terapeutice, oferirea de explicații destinate să reducă sentimentele de vină și stigma. Evaluatorul/evaluatoarea trebuie să ia în considerare heterogenitatea manifestărilor depresiei și percepția subiectivă a pacientului despre simptomele pe care le experimentează și despre tulburarea depresivă. Pe parcursul evaluării pacientului cu depresie se va forma/stabili relația terapeutică și alianța terapeutică. În evaluarea pacientului cu o posibilă depresie este important să se acorde o atenție specială aspectelor care afectează viața zilnică și care pot avea impact asupra funcționalității. Informarea pacientului și familiei/apartinătorilor cu privire la aspecte ale depresiei, opțiuni terapeutice disponibile, resurse de ajutorare (grupuri de suport sau alte resurse locale/naționale) se va face cu claritate și cât mai aproape de nivelul acestora de înțelegere.

În evaluarea pacientului cu depresie trebuie acoperite următoarele arii importante:

- ✓ Caracteristici ale episodului precum durata, numărul și intensitatea simptomelor;
- ✓ Comorbiditățile existente;
- ✓ Riscul suicidar;
- ✓ Răspunsul la tratamente anterioare;
- ✓ Evaluarea psihosocială;
- ✓ Gradul de disfuncționalitate și eventual de dizabilitate.

Factorii care trebuie luați în considerare pe parcursul evaluării sunt reprezentați de:

- ✓ Istoricul de depresie sau orice comorbiditate cu tulburări mentale sau boli somatice;
- ✓ Orice date din istoric relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară);
- ✓ Orice experiență anterioară cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea;

- ✓ Calitatea rețelei sociale;
- ✓ Condițiile de habitat, izolarea socială.

Se va analiza **impactul** acestor factori asupra stării actuale și asupra evoluției ulterioare.

La fiecare pacient cu depresie va trebui evaluat și monitorizat riscul suicidar, datorită asocierii frecvente cu depresia. În evaluarea riscului suicidar se vor analiza următorii factori:

- ✓ prezența unor tentative suicidare anterioare sau istoric de autovătămare;
- ✓ comorbiditate cu alte tulburări mentale sau abuz de substanțe;
- ✓ simptome specifice precum lipsa de speranță, anxietatea, agitația sau ideația suicidară;
- ✓ alți factori de risc asociați suicidului: boli somatice cronice, însoțite sau nu de durere și dizabilitate, istoric familial de suicid, factori sociali și istoric de suicid în mediul de viață al pacientului.

III.1. DIAGNOSTICUL POZITIV

Simptomele cardinale sunt: dispoziția depresivă și pierderea plăcerii în cele mai multe activități. Severitatea episodului este determinată de numărul și severitatea simptomelor și de gradul de afectare funcțională. Vor fi utilizate:

Criteriile de diagnostic ICD-10 (sau criteriile de diagnostic DSM-V);

Criteriile de diagnostic pentru depresia subclinică.

Elementul cheie al evaluării psihiatrice este reprezentat de interviul clinic, la care se adaugă aplicarea scalelor de evaluare, în dinamică, pentru urmărirea răspunsului la tratament. Interviul clinic este esențial în demersul de evaluare și diagnostic. ICD-10 furnizează un set de criterii agreeate pe care clinicianul se poate baza pe parcursul evaluării. ICD-10 este considerat „Standardul de aur – *Gold standard*” pentru evaluarea și diagnosticarea depresiei. Evaluarea trebuie să fie comprehensivă, să nu se rezume doar la o contabilizare a simptomelor clinice: se vor lua în considerare intensitatea/severitatea simptomelor și durata episodului, dar și gradul de afectare a funcționalității.

III.2. ISTORICUL PERSONAL ȘI FAMILIAL

Se vor evalua: istoricul de dezvoltare personală, personalitatea premorbidă, evenimentele adverse de viață, antecedentele psihiatrice – mai ales episoade de iritabilitate sau de dispoziție expansivă, care necesită investigarea spectrului bipolar, antecedente medicale, boli cronice sau afecțiuni somatice comorbide.

Antecedentele heredocolaterale vor identifica nu numai prezența și modalitatea evolutivă a patologiei afective în familie, ci și răspunsul la un anumit tip de tratament.

III.3. EVALUAREA DEFICITULUI COGNITIV

Disfuncția cognitivă în depresie este frecventă, persistentă, pervazivă și progresivă, afectează atenția, memoria și funcția executivă. Este adesea responsabilă de dizabilitatea care persistă, chiar după ce s-au remis celelalte simptome ale depresiei. Scalele de evaluare clasice

includ itemi care investighează tulburările de concentrare sau capacitatea de a lua decizii. Recent, a fost dezvoltat un instrument psihometric pentru evaluarea afectării cognitive în depresie – THINC-it® care include autoevaluare și măsurători obiective, care poate fi descărcat fără costuri <https://progress.im/en/thinc-it-tool>

III.4. DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Se va referi în primul rând la clarificarea etiologică: primară sau datorată unei alte condiții medicale, somatice sau psihiatrice, consumului de substanțe psihoactive ori medicației prescrise. Provocarea diagnostică majoră este reprezentată de tulburarea depresivă majoră vs. tulburarea afectivă bipolară I și II. Uneori durează mai bine de 10 ani să se stabilească diagnosticul de tulburare bipolară (adesea subdiagnosticată – cazuri fals negative, sau supradiagnosticată – cazuri fals pozitive). Supradiagnosticarea tulburării bipolare se datorează numărului insuficient de criterii pentru manie sau hipomanie, a simptomelor cu durată insuficientă, dificultății de a identifica perioadele de abținere la pacienții dependenți, prezenței unui diagnostic de tulburare de personalitate borderline sau antisocială, ori o tulburare de control a impulsului, sau chiar utilizarea instrumentelor de screening (care au o valoare predictivă pozitivă modestă, doar pot să sugereze un diagnostic preliminar) fără un interviu semistructurat care să permită unui clinician experimentat să clarifice și să contextualizeze răspunsurile pacientului.

Factorii de risc majori pentru un diagnostic ulterior de tulburare bipolară sunt considerați a fi următorii (chestionar online adresat profesioniștilor înregistrați ca utilizatori ai site-ului Psychiatrist.com, N=151):

- I. Istoric familial de tulburare bipolară;
- II. Simptome de hipomanie în istoric;
- III. Istoric de depresie rezistentă la tratament;
- IV. Hipomanie declanșată de antidepressiv.

Problemele pot să apară și datorită ratelor înalte de comorbiditate a depresiei cu tulburări anxioase, tulburări legate de uzul de substanțe, tulburări de personalitate. Din acest motiv, se notează în istoric de la început și în dinamică: diateza bipolară, elementele psihotice și evoluția multiepisodică, cu severitate mai mare a simptomelor depresive.

III.5. INSTRUMENTE DE EVALUARE PENTRU DEPRESIE

Instrumentele de evaluare a pacientului depresiv se utilizează pentru screening, diagnosticare și monitorizare a tratamentului. Utilizarea de rutină a acestor instrumente ameliorează detectarea depresiei și încadrarea corectă a gravității. Scalele furnizează informații în plus în cadrul evaluării, dar nu pot înlocui interviul clinic.

Măsurarea sistematică a simptomelor depresive, a efectelor adverse ale medicației și a riscului suicidar crește calitatea îngrijirii, justifică și optimizează deciziile terapeutice și facilitează atingerea obiectivului terapeutic de remisiune completă (Gelenberg, 2010) și restabilirea unui nivel funcțional optim. Scalele de auto-evaluare, completate pe suport de hârtie sau electronic, sunt cost-eficiente, se completează după un instructaj minimal și pot elimina atât jena pacientului, cât și subiectivismul intervievatorului.

Evaluarea seriată a pacienților cu tulburare depresivă este un pas indispensabil pentru cuantificarea răspunsului la tratament. O reducere a scorului cu 50% indică răspunsul la tratament, iar atingerea scorurilor mici, subclinice (sub 5), indică remisiunea (simptome puține sau absente).

Pacienții apreciază evaluarea standardizată, se întărește în acest fel motivația și crește compliancea la tratament. Pacientul conștientizează progresele și identifică zonele de răspuns deficitar. Aplicarea scalelor clinice pentru depresie necesită experiență clinică solidă și abilități specifice de conducere a interviurilor structurate sau semistructurate asociate unora dintre scale.

Pentru **screening**-ul în depresie, cele mai utilizate scale sunt:

- PHQ-2 – Chestionarul de sănătate a pacientului cu 2 itemi, timp de completare sub 3 minute;
- PHQ-9 – Chestionarul de sănătate a pacientului cu 9 itemi, timp de completare sub 3 minute;
- CES-D – Scala de depresie a centrului de studii epidemiologice, 20 itemi, timp de aplicare 5 minute;
- HADS – Scala de evaluare a depresiei și anxietății în spital, timp de completare sub 5 minute;
- Zung SDS – Scala de depresie auto-aplicată Zung, 20 itemi, timp de aplicare 5-30 minute.

În **diagnosticul** depresiei, cel mai frecvent se folosesc următoarele scale:

- Interviul neuropsihiatric MINI – număr variabil de itemi evaluați de clinician, timp de completare 15 minute;
- PHQ-9 – Chestionarul de sănătate a pacientului cu 9 itemi, timp de completare sub 3 minute;
- Evaluarea tulburărilor mintale în asistența primară PRIME-MD – autoevaluare cu 26 itemi, timp de completare 5-10 minute;
- Chestionarul psihiatric de diagnostic și screening PDSQ – autoevaluare cu 126 itemi, timp de completare peste 20 minute;
- Interviul clinic structurat pentru tulburările de axa I pentru DSM-IV SCID-CV – număr variabil de itemi evaluați de clinician, timp de completare peste 60 minute.

Pentru **monitorizarea** depresiei, scalele uzuale pentru practician sunt:

- Inventarul de depresie Beck BDI – autoevaluare cu 21 itemi, timp de completare 5-10 minute;
- Scala de evaluare a depresiei Hamilton HDRS – autoevaluare sau evaluare a clinicianului cu 17 sau 21 de itemi, timp de completare 30 minute;
- Scala de evaluare a depresiei și anxietății în spital HADS – autoevaluare cu 14 itemi, 7 se referă la depresie, timp de completare sub 5 minute;
- Chestionarul de evaluare a depresiei Montgomery Asberg MADRS – autoevaluare sau evaluare a clinicianului cu 10 itemi, timp de completare 10-15 minute;
- PHQ-9 – Chestionarul de sănătate a pacientului cu 9 itemi, timp de completare sub 3 minute;
- Inventarul rapid al simptomatologiei depresive, care are două variante identice, aplicată de

clinician și autoaplicată (QIDS-CR, respectiv QIDS-SR) cu 16 itemi, timp de completare 5-10 minute.

- Se utilizează pe parcursul tratamentului și scale de identificare a frecvenței, intensității și gradului de neplăcere datorat efectelor adverse ale medicației.

Din perspectiva psihiatrului român, în activitatea de zi cu zi se pot utiliza fără costuri (<http://sspt.md/biblioteca/teste/Scale-de-Depresie-Hamilton-Back-Etc.pdf>):

1. Chestionarul de sănătate a pacientului cu 9 itemi (PHG-9);
2. Chestionarul de depresie Beck;
3. Chestionarul de evaluare a depresiei Montgomery Asberg (MADRS)
4. Scala de evaluare a depresiei Hamilton (HDRS).

Pentru scala de 17 itemi **HDRS-17**, gravitatea depresiei și răspunsul la tratament se definesc în felul următor:

- I. Depresie ușoară – 8-19;
- II. Depresie moderată – 20-25;
- III. Depresie severă – peste 25.

În privința ratelor de răspuns terapeutic, convențiile actuale sunt:

- I. Răspuns la tratament – reducerea scorului cu peste 50% față de valoarea baseline;
- II. Răspuns precoce – reducere de peste 25% a scorului HDRS la 2 săptămâni;
- III. Răspuns parțial – reducere între 25-50% a scorului HDRS;
- IV. Răspuns complet – reducere peste 50% a scorului HDRS;
- V. Remisiune – scor sub 8 (mai mare sau egal cu 7) la HDRS-17.
- VI. Rezistență la tratament – răspuns sub 25% la trei sau mai multe antidepresive, în ciuda administrării în doze terapeutice și durată adecvată (cel puțin 6 săptămâni).

Inventarul rapid al simptomatologiei depresive, care are două variante identice, aplicată de clinician și autoaplicată (QIDS-CR, respectiv QIDS-SR), precum și scala de evaluare a depresiei și anxietății în spital (HADS) – sunt supuse copyright-ului, dar există traduse și validate în limba română (<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quick-inventory-of-depressive-symptomatology#languages>).

Recomandăm utilizarea la vârstnici a **Interviului pentru depresie geriatrică GDI**.

Ca o mențiune generală, partea de evaluare a depresiei va respecta rigorile generale ale furnizării de informații privind managementul terapeutic:

1. Angajarea pacientului cu depresie în demersul terapeutic se va realiza în mediul cel mai puțin restrictiv, respectând demnitatea persoanei și dreptul la confidențialitate.
2. Furnizarea de informații într-un limbaj adecvat nivelului de înțelegere a pacientului privind boala, evoluția posibilă și opțiunile terapeutice, stabilirea relației terapeutice și obținerea consimțământului informat.

- Pacienții cunoscuți cu depresie recurentă, cu episoade severe sau cu elemente psihotice sau cei cu internări nevoluntare vor fi sfătuiți să stabilească directive de tratament în avans, în scris, care să fie disponibile atât pentru familie sau alți îngrijitori, cât și pentru personalul implicat în îngrijire de la toate nivelurile de asistență medicală.
- Membrii familiei sau îngrijitorii vor fi implicați în îngrijire.

CHESTIONAR PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE A PACIENTULUI-9 (PHQ-9)				
În ultimele 2 săptămâni, cât de des v-a deranjat oricare dintre următoarele probleme? (Folosiți bifă "x" pentru a indica răspunsul)	Deloc	Câteva zile	În multe jumatăți din zile	Apropie zinc
1. Interesul sau plăcerea limitate de a face diverse lucruri	0	1	2	3
2. Sentimentul de tristețe, deprimare sau deznădăjduire	0	1	2	3
3. Dificultăți de adormire sau de continuitate a somnului ori somnului prea îndelungat	0	1	2	3
4. Senzația de oboseală sau lipsă de energie	0	1	2	3
5. Apetit redus sau alimentare excesivă	0	1	2	3
6. Sentimente negative la adresa dvs. — sau că sunteți un (o) ratat(ă) sau că v-ați dezamăgit, pe dvs. sau familia dvs.	0	1	2	3
7. Dificultăți de concentrare asupra unor lucruri precum cititul zilei sau uitatul la televizor	0	1	2	3
8. Mișcarea sau vorbitul atât de lent încât alte persoane ar fi putut remarca? Sau contrariul — o stare de neliniște sau agitație excesivă, care v-a făcut să vă mișcați mult mai mult decât de obicei	0	1	2	3
9. Gânduri că v-ar fi mai bine mort sau gânduri de a vă face vreun rău	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: 0 + _____ + _____ + _____
= Total Score: _____

Deși ați bifat oricare din aceste probleme, cât de mult v-au îngreunat ele munca, rezolvarea
treburilor de casă sau buna înțelegere cu ceilalți?

Deloc	Oarecum	Foarte mult	Extrem de mult
☐	☐	☐	☐

Conceput de dr. Robert L. Spitzer, dr. Janet B.W. Williams, dr. Kurt Kroenke și colegii acestora, pe baza unui grant
educational din partea Pfizer Inc. Nu este necesară permisiunea acestora pentru a reproduce, traduce, alina sau distribui
prezentul document.

GDI (Interviul pentru depresie geriatrică) – forma scurtă

Răspundeți la următoarele întrebări, gândindu-vă la felul în care v-ați simțit în ultima săptămână. Încercuiți răspunsul care vi se potrivește cel mai bine.

- Sunteți în general satisfăcut/ă de viața dumneavoastră? DA/NU
- Ați renunțat la multe din activitățile și interesele dumneavoastră? DA/NU
- Simțiți că viața dumneavoastră este goală? DA/NU
- Vă plictisiți des? DA/NU
- Sunteți bine dispus/ă în majoritatea timpului? DA/NU
- Vă temeți că ceva rău urmează să vi se întâmple? DA/NU
- Vă simțiți fericit/ă în majoritatea timpului? DA/NU
- Vă simțiți adesea neajutorat/ă? DA/NU

9. Preferați să stați acasă decât să ieșiți sau să faceți lucruri noi? DA/NU
10. Simțiți că aveți mai multe probleme cu memoria decât majoritatea oamenilor? DA/NU
11. Credeți că a fi în viață acum este ceva minunat? DA/NU
12. Vi se pare că în starea în care sunteți acum nu mai aveți multă valoare? DA/NU
13. Vă simțiți plin/ă de energie? DA/NU
14. Simțiți că situația dumneavoastră este lipsită de speranță? DA/NU
15. Credeți că majoritatea oamenilor se află într-o situație mai bună decât dumneavoastră? DA/NU

GDI (Interviul pentru depresie geriatrică) - forma lungă

Răspundeți la următoarele întrebări, gândindu-vă la felul în care v-ați simțit în ultima săptămână. Încercuiți răspunsul care vi se potrivește cel mai bine.

1. Sunteți în general satisfăcut/ă de viața dumneavoastră? DA/NU
2. Ați renunțat la multe din activitățile și interesele dumneavoastră? DA/NU
3. Simțiți că viața dumneavoastră este goală? DA/NU
4. Vă plictisiți des? DA/NU
5. Aveți speranțe legate de viitor? DA/NU
6. Sunteți deranjat/ă de gânduri pe care nu reușiți să vi le scoateți din minte? DA/NU
7. Sunteți bine dispus/ă în majoritatea timpului? DA/NU
8. Vă temeți că ceva rău urmează să vi se întâmple? DA/NU
9. Vă simțiți fericit/ă în majoritatea timpului? DA/NU
10. Vă simțiți adesea neajutorat/ă? DA/NU
11. Deveniți adesea neliniștit/ă și agitat/ă? DA/NU
12. Preferați să stați acasă decât să ieșiți sau să faceți lucruri noi? DA/NU
13. Vă îngrijorați des cu privire la viitor? DA/NU
14. Simțiți că aveți mai multe probleme cu memoria decât majoritatea oamenilor? DA/NU
15. Credeți că a fi în viață acum este ceva minunat? DA/NU
16. Vă simțiți adesea abătut/ă și trist/ă? DA/NU
17. Vi se pare că în starea în care sunteți acum nu mai aveți multă valoare? DA/NU
18. Vă îngrijorați mult în legătură cu trecutul? DA/NU
19. Considerați că viața este foarte interesantă? DA/NU
20. Vă este greu să începeți noi proiecte? DA/NU
21. Vă simțiți plin/ă de energie? DA/NU

22. Simțiți că situația dumneavoastră este lipsită de speranță? DA/NU
23. Credeți că majoritatea oamenilor se află într-o situație mai bună decât dumneavoastră? DA/NU
24. Vă supărați frecvent pentru lucruri mărunte? DA/NU
25. Vă vine des să plângeți? DA/NU
26. Aveți probleme în a vă concentra? DA/NU
27. Vă place să vă treziți dimineața? DA/NU
28. Preferați să evitați întâlnirile sociale? DA/NU
29. Vă este ușor să luați decizii? DA/NU
30. Este mintea dumneavoastră la fel de limpede ca înainte? DA/NU

III.6. SUPORT LEGISLATIV

Legea 487/2002 republicată 2012, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice

Republicată în **Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 13 septembrie 2012**

Capitolul III - Evaluarea sănătății mintale și proceduri de diagnostic al tulburărilor psihice

Art.10

- (1) Evaluarea sănătății mintale se efectuează, prin examinare directă a persoanei în cauză, numai de către medicul psihiatru.
- (2) Evaluarea se va realiza în instituții de sănătate mintală, autorizate și acreditate conform legii.

Art.11

Evaluarea sănătății mintale se face cu consimțământul liber, informat și documentat al persoanei, cu excepția situațiilor specifice, stabilite de lege, când persoana evaluată are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii asupra ei înseși, situații în care persoana evaluată trebuie să beneficieze de asistența reprezentantului legal sau convențional.

Art.12

Evaluarea stării de sănătate mintală se efectuează la cererea persoanei, la internarea voluntară a acesteia într-o unitate psihiatrică sau în condițiile unei internări nevoluntare prin solicitarea expresă a persoanelor menționate la art. 56.

Art.13

- (1) Obiectivul evaluării este stabilirea diagnosticului.
- (2) În anumite cazuri prevăzute de lege evaluarea are ca scop determinarea capacității psihice, stabilirea pericolozității pentru sine sau pentru alte persoane, determinarea gradului de incapacitate, invaliditate sau handicap psihic.

- (3) Evaluarea capacității psihice se face pentru unele profesii care necesită acest fapt; în acest caz categoriile și pericolele la care se fac aceste evaluări se stabilesc prin norme.
- (4) Discernământul se stabilește, potrivit legii, prin expertiza medico-legală psihiatrică.

Art.14

- (1) În evaluarea sănătății mintale medicul psihiatru nu ia în considerare criteriile neclinice, cum sunt: cele politice, economice, sociale, rasiale și religioase, conflictele familiale sau profesionale ori nonconformismul față de valorile morale, sociale, culturale, politice ori religioase, dominante în societate.
- (2) Faptul că o persoană a fost îngrijită ori spitalizată în trecut nu justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.

Art.15

- (1) Dacă în urma evaluării stării de sănătate mintală medicul psihiatru constată prezența unei tulburări psihice, diagnosticul se formulează în conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății, în vigoare.
- (2) Rezultatul evaluării se formulează în conformitate cu principiile și procedurile medicale în vigoare. El se consemnează în sistemele de evidență medicală și este adus la cunoștința persoanei în cauză, reprezentantului său legal ori convențional sau, la cererea expresă, autorităților în drept.
- (3) În cazul în care în urma evaluării efectuate se ajunge la diagnosticarea unei tulburări psihice, medicul psihiatru are obligația să formuleze un program terapeutic care se aduce la cunoștința pacientului, informând, totodată, după caz, reprezentantul legal sau convențional.

Art.16

- (1) Persoana care este evaluată din punct de vedere al sănătății mintale are dreptul la confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.
- (2) Persoana în cauză sau reprezentantul său legal ori convențional are dreptul să conteste rezultatul evaluării, să solicite și să obțină repetarea acestuia.

Art.17

Evaluarea sănătății mintale în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

III.7 BUNE PRACTICI ȘI RECOMANDĂRI PENTRU EVALUAREA ÎN DEPRESIE

ÎNTREBARE CHEIE

Cum se face evaluarea pacientului adult la care se suspectează prezența depresiei?

ÎNTREBARE CHEIE

Ce arii/domenii se urmăresc pe parcursul evaluării adultului la care se suspectează prezența depresiei?

ÎNTREBARE CHEIE

Ce instrumente sunt folosite în evaluarea depresiei la adult?

ÎNTREBARE CHEIE

Ce scale de evaluare pot fi utilizate pentru evaluarea adultului cu depresie?

ÎNTREBARE CHEIE

La care dintre pacienții diagnosticați cu depresie se impune evaluarea riscului suicidar?

ÎNTREBARE CHEIE

Care sunt principalii factori care se analizează în cadrul evaluării riscului suicidar la adultul cu depresie?

RECOMANDĂRI pentru evaluarea pacientului adult cu depresie

Recomandare	Nivel al evidențelor/ Grad recomandare	Sursa și scor AGREE obținut la review
Interviul clinic este esențial în demersul de evaluare și diagnostic. ICD-10 furnizează un set de criterii agreeate pe care clinicianul se poate baza pe parcursul evaluării.	Recomandare adoptată prin consens al experților.	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults,(2014),</i> <i>María Álvarez Ariza et al. (pag 19)</i> Scor AGREE 7
ICD-10 este considerat „Gold standard” pentru evaluarea și diagnosticarea depresiei. Evaluarea trebuie să fie comprehensivă, să nu se rezume doar la o contabilizare a simptomelor clinice. Se vor lua în considerare intensitatea/severitatea simptomelor și durata episodului, dar și gradul de afectare a funcționalității.		<i>The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, 2010,Updated Edition</i> National Collaborating Centre for Mental Health <i>commissioned by the</i> National Institute for Health & Clinical Excellence <i>published by</i> The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Pag 102, 119

În evaluarea pacientului cu depresie trebuie acoperite următoarele arii importante: - Caracteristici ale episodului precum durata, numărul și intensitatea simptomelor; - Comorbiditățile existente; - Riscu suicidar; - Răspunsul la tratamente anterioare; - Evaluarea psihosocială; - Gradul de disfuncționalitate și eventual de dizabilitate;	Grad de recomandare C	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 19)</i> Scor AGREE 7
Factori care trebuie luați în considerare pe parcursul evaluării: - Istoric de depresie sau orice comorbiditate cu tulburări mentale sau boli somatice; - Orice date din istoric relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară); - Orice experiență anterioară cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea; - Calitatea rețelei sociale; - Condițiile de habitat, izolarea socială. Se va analiza impactul acestor factori asupra stării actuale și asupra evoluției ulterioare.	Nivel evidențe 2++	<i>The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, 2010 Updated Edition</i> National Collaborating Centre for Mental Health <i>commissioned by the</i> National Institute for Health & Clinical Excellence <i>published by</i> The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (Pag 119)

Se recomandă încurajarea comunicării emoțiilor și sentimentelor într-un context care să asigure empatie și respect pentru persoana evaluată (inclusiv pentru însoțitori/aparținători).	Grad de recomandare Q	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7
Evaluatorul/evaluatorii trebuie să ia în considerare heterogenitatea manifestărilor depresiei și percepția subiectivă a pacientului despre simptomele pe care le experimentează și despre tulburarea depresivă.	Grad de recomandare Q	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7
Scalele furnizează informații în plus în cadrul evaluării, dar nu pot înlocui interviul clinic.	Consens al experților	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 20)</i> Scor AGREE 7
Scale care ar putea fi utile în evaluarea depresiei sunt: - <i>Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)</i> ; - <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</i> ; - <i>Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i> ; - <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> .	Grad recomandare D	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 20)</i> Scor AGREE 7

Alte scale utile în evaluarea depresiei la adult sunt : -Scala Zung de autoevaluare a Depresiei (Zung,1965); -Screening pentru femei în perioada postnatală : The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, 1987) , scală de autoevaluare; -The Geriatric Depression Scale (GDS) pentru persoanele cu vârstă > 60 ani (Yesavage, 1982); -The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), pentru pacienții cu demență diagnosticată; -The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS (Zigmond & Snaith, 1983);	propuneri	
În evaluarea pacientului cu o posibilă depresie este important a se acorda o atenție specială aspectelor care afectează viața zilnică și pot avea impact asupra funcționalității.	Grad recomandare Q	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7

Informarea pacientului și familiei/apartenenților cu privire la aspecte ale depresiei, opțiuni terapeutice disponibile, resurse de ajutorare (grupuri de suport sau alte resurse locale/naționale) se va face cu claritate și cât mai aproape de nivelul acestora de înțelegere.	consens	<i>The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, 2010</i> <i>Updated Edition</i> <i>Pag 94</i>
Înainte de începerea oricărui demers terapeutic se va obține consimțământul informat de la persoana diagnosticată cu depresie.	consens	<i>The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults, 2010</i> <i>Updated Edition</i> <i>Pag 94</i>
În etapa de evaluare este importantă, odată cu partea de consiliere și informare privitoare la aspecte ale tulburării depresive și ale opțiunilor terapeutice, oferirea de explicații destinate să reducă sentimentele de vină și stigma.	Grad recomandare Q	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7
Pe parcursul evaluării pacientului cu depresie se va forma/stabili relația terapeutică și alianța terapeutică.	Nivel evidențe 4	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7 <i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder</i>

La <u>oricare</u> pacient cu depresie va trebui evaluat și monitorizat <u>riscul suicidar</u> .	Consens al experților prezentului ghid	
Evaluarea riscului suicidar este importantă datorită asocierii frecvente cu depresia.	Nivel evidențe 2++	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7
În evaluarea riscului suicidar se vor analiza următorii factori: -prezența unor tentative suicidare anterioare sau istoric de autovătămare; -comorbiditate cu alte tulburări mentale sau abuz de substanțe; -simptome specifice precum lipsa de speranță, anxietatea, agitația sau ideea suicidară; -alți factori de risc: boli somatice cornice, însoțite sau nu de durere și dizabilitate, istoric familial de suicid, factori sociali și istoric de suicid în mediul de viață al pacientului.	Grad de recomandare C	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51)</i> Scor AGREE 7

Bibliografie

Gelenberg A.J. Using Assessment Tools to Screen for, Diagnose, and Treat Major Depressive Disorder in Clinical Practice. *J Clin Psychiatry* 2010;71[suppl E1]:e01

Long Rumanian Version in .doc format and Short Rumanian Version in .doc format source Sorina Negri.

McIntyre R.S., Zimmerman M., Goldberg J.F., First M. B. Differential diagnosis of major depressive disorder versus bipolar disorder: current status and best clinical practices. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(3):ot18043ah2. <https://doi.org/10.4088/JCP.ot18043ah2>

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/depression#path=view%3A/pathways/depression/step-1-recognition-assessment-and-initial-management-of-depression-in-adults.xml&content=view-quality-statement%3Aquality-statements-assessment> [accessat 20.08.2019]

IV. MANAGEMENTUL PACIENTULUI ADULT DIAGNOSTICAT CU DEPRESIE

IV.1. Modele de îngrijire în depresia adultului

IV.1.1 Principii generale de management în depresie

Dr. Simona Claudia Tămășan

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Depresia este o afecțiune cronică, pentru care managementul optim necesită o abordare sistematică, în etape și pe termen lung. Managementul pacientului cu depresie va ține cont de perspectivele noi privind patofiziologia depresiei, care le-au înlocuit pe cele mai vechi (Goldberg 2018):

- Patologia incriminată: de la dezechilibrul chimic – la tulburarea plasticității sinaptice și a interconectivității neuronale;
- Unitățile de interes pentru studiu: de la nivelul neurotransmițătorilor – la afectarea circuitelor și interconexiunilor cerebrale, ca și a suportului neuropilului de către celulele gliale; factorii genetici și epigenetici produc disfuncții recepturale și de neurotransmisie;
- Biomarkerii potențiali: de la testul de supresie cu dexametazonă, nivelul monoaminelor sau metaboliților acestora la nivel cerebral, seric sau urinar – la SNPs (single nucleotide polymorphisms), haplotipuri din GWAS (genome-wide association studies), markeri de viabilitate neuronală (produși genici trofici și antiapoptotici, nivel seric de BDNF – brain derived neurotrophic factor), RMN funcțional;
- Factorii de vulnerabilitate prezumați: de la împărțirea depresiei în endogenă, atribuită unor cauze biologice și nevrotică, atribuită factorilor externi – la susceptibilitatea genetică, reducerea rezilienței în fața adversităților, scheme cognitive disfuncționale sau implicarea citokinelor;
- Determinismul genetic: de la acceptarea factorilor genetici în depresia endogenă – la perspectiva unei eredități non-mendeliene, a trăsăturilor complexe și genelor multiple cu efecte mici;
- Impactul biologic al farmacoterapiei: de la corectarea deficitului de monoamine – la îmbunătățirea neuroplasticității.

Standardul de tratament este reprezentat de experiența clinicianului și de istoricul de tratament al pacientului. Clinicianul va stabili o alianță terapeutică puternică cu pacientul, va utiliza metode obiective și validate de evaluare, va practica medicina bazată pe dovezi și va educa pacientul și aparținătorii în privința bolii și a tratamentului.

Etape în managementul depresiei la adult:

1. Recunoașterea și evaluarea depresiei,
2. Stabilirea gravității episodului actual,
3. Elaborarea planului terapeutic personalizat.

Managementul terapeutic optim se oferă în condițiile în care nevoile de îngrijire ale pacientului sunt îndeplinite în cel mai puțin restrictiv mediu cu putință, promovând independența și funcționalitatea în viața de zi cu zi. Planificarea tratamentului se va face împreună cu pacientul, discutând efectele tratamentului, profilul efectelor adverse, accesibilitatea și costul terapiei, dar și preferințele exprimate de pacient. Clinicianul va selecta terapia psihofarmacologică – de preferat antidepressive de nouă generație, psihoterapia sau o combinație a acestora (Qaseem și colab, 2016). Lipsa de criterii clare privind selecția medicației sau psihoterapiei potrivite fiecărui pacient depresiv, conduce la rate reduse de remisiune, remisiuni de calitate slabă sau depresie rezistentă la tratament.

Pacientul va fi consiliat:

- să se alimenteze corect,
- să facă regulat exerciții fizice și să se mențină în activitate,
- să își stabilească obiective realiste și să amâne deciziile importante legate de familie sau de carieră până la remisiunea episodului depresiv,
- să iasă din izolare și să socializeze în familie și cu prietenii,
- să aibă așteptări realiste privind ameliorarea simptomatologiei, înțelegând că aceasta se produce gradual, după săptămâni sau luni de tratament.

Tratamentul va fi stadial:

- Perioada acută – 6-12 săptămâni
- Perioada de continuare – 4-9 luni
- Perioada de întreținere – peste 12 luni.

Recăderea este definită ca reapariția simptomelor de depresie în timpul perioadei acute sau de continuare și este considerată parte a aceluiași episod depresiv. Recurența se definește ca o reapariție a simptomatologiei depresive în timpul perioadei de remisiune (aceea în care simptomele dispar, pacientul este eutimic și funcțional) și se consideră a fi un nou episod, distinct de cel anterior.

Planul de management al persoanei diagnosticate cu depresie va urmări:

- ✓ Crearea și consolidarea relației terapeutice și a alianței terapeutice,
- ✓ Completarea evaluării inițiale psihiatrice,
- ✓ Evaluarea condiției somatice,

- ✓ Evaluarea riscului suicidar,
- ✓ Consilierea psihopedagogică a pacientului și a familiei (se vor furniza informații privitoare la simptomele de depresie, opțiunile terapeutice și alte intervenții accesibile, efectele medicației, evoluția probabilă sub tratament și durata acestuia),
- ✓ Evaluarea funcționalității globale,
- ✓ Stabilirea nivelului și cadrului de îngrijire adecvate și/sau acceptate de către pacient,
- ✓ Stabilirea echipei de îngrijiri și a responsabilităților în cadrul echipei,
- ✓ Alegerea și inițierea opțiunilor individualizate de tratament/îngrijire după obținerea consimțământului informat,
- ✓ Îngrijirea colaborativă (programarea și efectuarea examinărilor medicale la alte specialități în funcție de comorbiditatea somatică, antecedentele personale patologice, medicația asociată și alți factori de risc identificați),
- ✓ Monitorizarea evoluției și evaluarea adecvănței terapeutice.

Evaluarea adecvănței terapeutice la pacientul cu depresie

Perioada de monitorizare	Răspuns adecvat la tratament	Lipsa răspunsului sau răspuns parțial la tratament
Primele 2 până la 4 săptămâni	• Se evaluează tolerabilitatea • Se va menține tratamentul în cazul lipsei efectelor secundare/reacțiilor adverse	• Se evaluează aderența • Se va lua în considerare creșterea dozei de AD (atenție la tolerabilitate!) și/ sau creșterea intensității intervențiilor psihoterapeutice • În cazul riscului suicidar crescut se intensifică îngrijirile inițiale și se va lua în considerare oportunitatea TEC
Săptămânile 4-8	• Continuarea tratamentului cu monitorizarea tolerabilității	• Creșterea dozei AD inițial (cu monitorizarea tolerabilității) - sau • Schimbarea cu alt AD din aceeași clasă - sau • Strategii de augmentare

După primele 12 săptămâni		• Schimbarea cu un AD din altă clasă sau • Psihoterapie intensivă sau • TEC
---------------------------	--	---

Adaptare după *APA Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010*

IV.1.2 Modele de îngrijire adaptate în funcție de gradul de severitate

Dr. Ileana-Pepita Stoica

A. Opțiuni terapeutice în depresia subclinică și depresia minoră

În aceste două situații clinice se recomandă măsuri generale și intervenții psihosociale și psihologice de intensitate mică (conform ghidului NICE și Ghidului echipei din Croydon). Îngrijirile se vor focaliza pe nevoile identificate în urma evaluării fiecărui pacient cu depresie, iar pe parcursul monitorizării strategia terapeutică se va adapta în funcție de evoluția stării pacientului.

✓ **Măsurile generale** sunt:

- Structurarea zilei,
- Concentrarea asupra unor activități plăcute și/sau obiective mici, tangibile,
- Igiena somnului,
- Dieta adecvată,
- Exerciții fizice,
- Lecturarea unor materiale de autoajutorare.

✓ **Intervențiile psihologice și psihosociale** recomandate sunt (conform Depression Working Group, NHS SWL, Croydon Borough Team FINAL 1DEC2011, Ghidul NICE):

- Intervenții individuale ghidate, care includ tehnici de auto-ajutorare bazate pe principiile terapilor cognitiv-comportamentale;
- Terapii cognitiv-comportamentale oferite în mediul virtual;
- Program structurat de activitate fizică în grup.

Intervențiile psihologice și psihosociale vor fi livrate de către membri ai echipei terapeutice cu competențe specifice și trebuie să se fundamenteze pe manuale de intervenție relevante care ghidează structura și durata acestora.

✓ **Tratamentul medicamentos** nu va fi o opțiune de rutină în managementul depresiei

subclinice și a depresiei ușoare (Ghidul NICE, 2018). La pacienții cu simptome depresive subclinice persistente și la pacienții cu depresie ușoară se va avea întotdeauna în vedere raportul risc-beneficiu în alegerea opțiunilor terapeutice.

Medicația antidepresivă va fi folosită doar în câteva situații specifice (Ghidul NICE, 2018):

- Istoric de episoade depresive de intensitate moderată sau severă,
- Simptome depresive subclinice care persistă o perioadă mai lungă de timp, cel puțin 2 ani (conform ghidului NICE),
- Simptome depresive subclinice care persistă după intervențiile terapeutice amintite anterior (măsuri generale, intervenții psihosociale și psihologice intensive).

B. Opțiuni terapeutice în depresia moderată și severă

✓ Combinarea medicației antidepresive cu intervenții psihologice de tip cognitiv-comportamental sau terapie interpersonală, intensive / de intensitate crescută.

✓ Alegerea opțiunilor de intervenție va ține cont de câteva criterii:

- Durata episodului depresiv și evoluția simptomelor,
- Experiențe anterioare de tratament,
- Posibilitatea apariției unor efecte secundare,
- Estimarea aderenței la tratament,
- Opțiuni/preferințe ale persoanei care va urma tratamentul.

C. Pentru cazurile în care persoanele diagnosticate cu depresie refuză tratamentul medicamentos specific cu antidepresive, refuzând totodată și intervențiile psihologice de tip cognitiv comportamental, interpersonal, terapiile de activare comportamentală sau de cuplu, ghidul NICE oferă următoarele alternative de intervenție:

Intensitatea depresiei	Intervenții recomandate
Depresie subclinică, ușoară și ușoară/moderată	Consiliere
Depresie moderată	Psihoterapie psihodinamică de scurtă durată
<i>Fiecare persoană care refuză intervențiile terapeutice recunoscute ca fiind eficiente pentru tratamentul depresiei va fi informată asupra riscurilor evolutive.</i> <i>Medicul curant va furniza informații privitoare la cele mai eficiente intervenții; consilierea și terapiile psihodinamice sunt considerate ca fiind mai puțin eficiente și chiar incerte ca răspuns terapeutic.</i>	

Adaptare după *The British Psychological Society and The Royal College of*

Psychiatrists, The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017

D. Alternative de intervenție în cazul persoanelor cu depresie severă și/sau considerate la risc

- ✓ Intervenția în criză la domiciliu și rezoluția crizei cu păstrarea persoanei în mediul său de viață/familial,
- ✓ Intervenții cu echipe mobile pentru persoanele care au fost externate prematur sau sunt considerate a fi încă la risc după o perioadă de internare,
- ✓ Internarea de urgență în cazul în care se consideră că persoana este cu risc suicidar sau de autovătămare sau autonegligare,
- ✓ Creșterea intensității intervențiilor psihologice și prelungirea duratei acordării acestor servicii și după externare (NICE, 2010, 2017)

E. Managementul depresiei care nu răspunde la intervenția terapeutică inițială și prevenirea recurențelor (NICE, 2010)

- Creșterea dozei de antidepressiv,
- Switch la alt compus antidepressiv,
- Combinarea a două antidepressive,
- Strategii de augmentare a acțiunii medicației antidepressive:
 - Antipsihotice atipice,
 - Litiu,
 - Anticonvulsivante (lamotrigina, carbamazepina sau săruri ale acidului valproic),
 - Triiodtironina,
 - Buspirona,
 - Benzodiazepine,
 - Pindolol.
- Terapie electroconvulsivantă
- Alte intervenții: Stimulare magnetică transcraniană, stimularea nervului vag, fototerapia

F. Monitorizarea rezultatelor terapiei

În dosarul medical al pacientului cu depresie se vor menționa sistematic rezultatele obținute:

Răspuns precoce la tratament – reducere cu peste 25% a scorului la scala de depresie, față de evaluarea index, la 2 săptămâni de tratament;

Răspuns parțial la tratament – procentul în care se reduce scorul la scala de depresie, față de evaluarea index este de 25-50%;

Răspuns complet la tratament – reducere cu peste 50% a scorului la scala de depresie, față de evaluarea index;

Remisiune – reducerea scorului sub valoarea prag la scala de depresie, față de evaluarea index;

Rezistența la tratament – răspuns sub 25% la trei sau mai multe antidepressive administrate în doză terapeutică, cu o durată adecvată (cel puțin șase săptămâni).

Obiectivul de obținere a remisiunii se obține arareori după un prim tratament antidepressiv - ratele de remisiune la SSRI sunt în jur de 30%. Dozarea corectă a medicației și decizia în privința optimizării tratamentului luată pe baza măsurărilor succesive a patologiei restante prin scale de evaluare cresc șansa pacientului de a atinge remisiunea, chiar dacă această șansă se reduce progresiv după primul episod. Pacienții cu depresie rezistentă se identifică mai ușor prin utilizarea sistematică a inventarelor de simptome sau scalelor clinice (PHQ-9; QIDS-16), dar și a celor care cuantifică potențialul funcțional (GAF sau Sheehan Disability Scale).

Rezistența apare mai des la pacienții cu depresie cronicizată sau comorbidă cu alte suferințe somatice sau psihiatrice și nu trebuie confundată cu situațiile în care trebuie reevaluat diagnosticul sau în care medicația nu a fost corect administrată. Când răspunsul la medicație este insuficient se verifică complianța și se crește doza până la optimul tolerat. Dacă rezultatele nu sunt satisfăcătoare, se apelează la strategii de linia a doua – schimbarea antidepressivului inițial cu altul din aceeași clasă sau din altele, combinarea sau augmentarea efectului primului antidepressiv cu altul sau cu psihoterapie. Selectarea strategiei de intenție secundă va ține cont de siguranța în administrare și tolerabilitate, de profilul simptomatologic, de potențialul de interacțiune cu alte medicamente din schema de tratament, dar și de preferința pacientului.

Restabilirea completă este din ce în ce mai dificilă pe măsură ce episoadele de depresie se înmulțesc. Evaluarea în dinamică este obligatorie – la fiecare vizită se va completa evaluarea sistematică a aderenței, a efectelor adverse, a simptomatologiei și a riscului suicidar. În acest fel, deciziile informate privind tratamentul vor fi adaptate și personalizate și vor crește șansa de obținere a unei remisiuni de bună calitate.

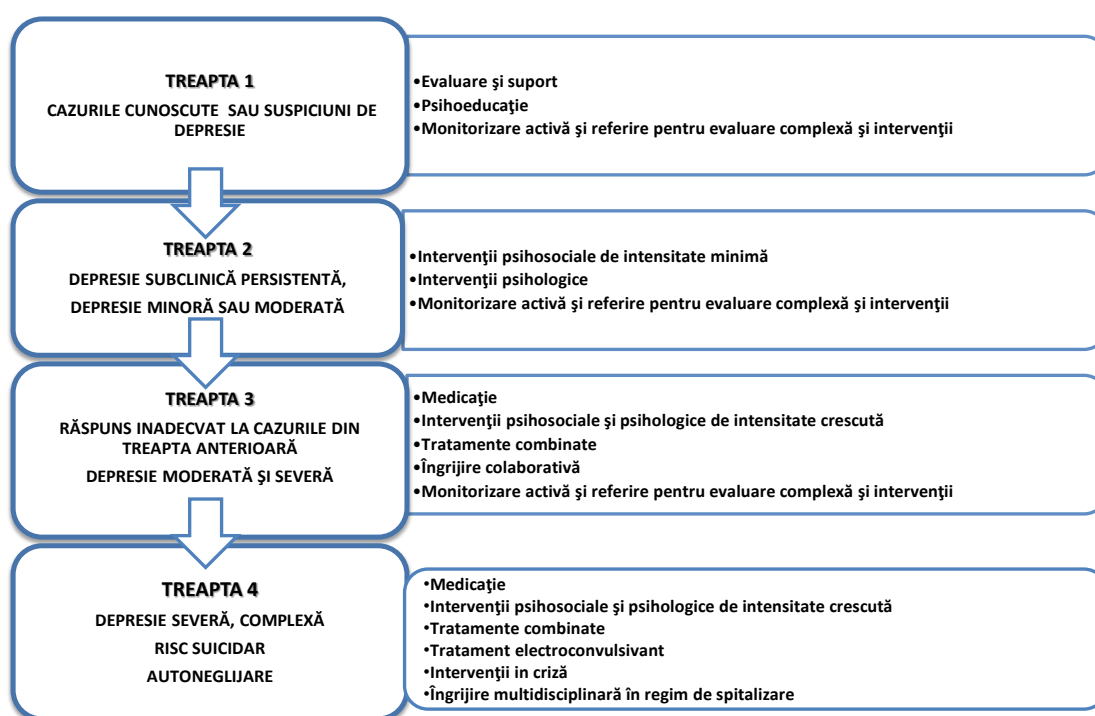
IV.1.2 Modele de îngrijire adaptate în funcție de gradul de severitate

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Modelul de intervenție terapeutică în depresie "stepped care" (îngrijire în trepte) recomandat de Ghidul NICE are ca principiu de bază identificarea și aplicarea acelor intervenții care se dovedesc cele mai eficiente, începând cu cele mai puțin intensive și continuând, la nevoie, cu cele corespunzătoare următoarelor trepte, în funcție de severitatea depresiei și de particularitățile fiecărui caz.

Conform Ghidului NICE, cele 4 nivele de intervenție sunt prevăzute pentru situații clinice de depresie de la intensitate subclinică până la intensitate severă și cu risc suicidal.

Îngrijirea în trepte a pacientului cu depresie



Adaptare după *National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in adults. Recognition and management (CG 90) October 2009.* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#stepped-care>

IV. 1.3. NIVELURI DE ÎNGRIJIRE PENTRU ADULTUL CU DEPRESIE

Dr. Ileana-Pepita Stoica

O îngrijire este optimă atunci când pacienții primesc îngrijiri care răspund nevoilor lor într-un context /locație care trebuie să fie cel mai puțin intensiv și mai puțin restrictiv posibil." (Magellan Health, Inc., 2007-2016)

Îngrijirile trebuie să fie sigure, eficiente și să asigure în același timp menținerea unui grad maxim de independență pentru activitățile zilnice și funcționarea globală a persoanei.

Modelele de îngrijiri sunt adaptate resurselor existente și urmăresc cu precădere eficacitatea și raportul cost-eficiență. (Thornicroft și col, 2004, 2011). Sunt recunoscute trei niveluri principale de îngrijiri care se bazează pe resurse specifice: bazal, mediu și ridicat. (Stoica, 2017).

Primul nivel, bazal: corespunde rețelei primare de îngrijiri de sănătate și poate asigura îngrijiri adulților la care se suspectează depresie sau celor deja diagnosticați. Medicii de familie pot asigura servicii în câteva arii de intervenție:

- screening pentru populația generală sau persoane/grupe considerate la risc;
- evaluare în etapa de prerafinare către un nivel superior de îngrijire;
- tratament de întreținere la recomandarea medicului psihiatru.

La nevoie se asigură sprijinul din partea specialiștilor în sănătate mintală pentru îngrijirea colaborativă a pacienților, dar și pentru training, consultanță și coordonare a intervențiilor medicilor de familie.

Al doilea nivel, mediu: permite accesul la resurse adiționale, reprezentate de serviciile de îngrijire de sănătate mintală generale:

- cabinete psihiatrice ambulatorii;
- Centre de sănătate mintală;
- spitale psihiatrice sau secții de psihiatrie din cadrul spitalului general/județean pentru cazuri acute și subacute;
- spitale /secții de psihiatrie pentru pacienții psihiatrici cronici;
- structuri de reabilitare.

Nivelul superior: asigură o gamă mai largă de resurse și servicii care, pe lângă cele de nivel mediu pot fi reprezentate de:

- centre sau clinici specializate în tratamentul depresiei sau altor tulburări psihice specifice comorbide (dependențe - toxicomanii, tulburări alimentare, etc.);
- echipe comunitare pentru detecție și intervenție precoce, echipe specializate în tratament comunitar asertiv, echipe mobile;
- alternative la spitalizarea acută: internarea/spitalizarea în Staționare de Zi din cadrul Centrelor de sănătate mintală, echipe de intervenție în criză, îngrijirile intensive ambulatorii;
- alternative de recuperare și reinserție profesională (reabilitare vocațională, locuri de muncă protejate).

Pacienții constituie elementul central în jurul căruia se planifică și se organizează serviciile de îngrijire.

Fiecare nivel de îngrijire are acreditarea necesară și resursele materiale și umane specializate pentru asigurarea serviciilor la intensitatea și calitatea impuse de nevoile persoanele adulte în curs de evaluare sau diagnosticate cu depresie.

Structura/Contextul de îngrijire	Nivelul de îngrijire	Caracteristici ale îngrijirilor
Spital/secție de psihiatrie	Internare / Spitalizare de urgență (în faza acută)	Nevoile de îngrijire specifice pacientului cu depresie nu pot fi asigurate ambulator. Oferă un plan individualizat de tratament psihiatric activ, care presupune accesul continuu la întregul spectru de personal psihiatric 24 de ore. Serviciile sunt furnizate continuu într-un mediu controlat care include măsuri de siguranță pe tot parcursul intervențiilor. Durata spitalizării variază în funcție de contractul negociat cu Casele de Asigurări Județene, respectând prevederile Contractului Cadru. <i>(Legea 487/2002</i> <i>Legea 95/2006)</i>
	Spitalizarea în faza subacută	Răspunde nevoilor unui pacient cu depresie care necesită o stabilizare în spital datorită riscului de autovătămare sau de rănire a altor persoane sau datorită riscului de degradare a stării de sănătate din cauza unei incapacități de autoîngrijire adecvată sau a agravării simptomatologiei. Durata internării variază în funcție de contractul negociat cu Casele de Asigurări Județene, respectând prevederile Contractului Cadru.
	Internarea nevoluntară	<i>Se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate”</i> conform legislației în vigoare - <i>Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002 republicată 2012</i>

		Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții specifice care să asigure un mediu de îngrijiri sigur. Procedura internării nevoluntare se declanșează doar în anumite condiții, precizate de lege: <i>“un medic psihiatru abilitat hotărăște că persoana suferă de o tulburare psihică și consideră că:</i> a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă și a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.” Durata internării nevoluntare este variabilă. Măsura internării nevoluntare încetează doar în cazul în care <i>“nu se mai constată condițiile care au determinat hotărârea de internare nevoluntară, fapt confirmat și de medicul psihiatru care are în îngrijire pacientul”</i> Serviciile de evaluare și tratament sunt identice celor oferite pacienților internați voluntar. <i>“Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă.”</i> Acest nivel de îngrijire oferă până la 23 de ore și 59 de minute de observare și de stabilizare a pacientului cu depresie. Îngrijirea are loc într-un mediu sigur și protejat, cu personal medical calificat. Planul de tratament pune accentul pe serviciile de intervenție în situații de criză menite să stabilizeze persoana la un
	Internarea de zi	

	Internare în secție de cronici	nivel de funcționare care nu necesită spitalizare pentru o durată mai mare de 24 ore. Răspunde nevoilor pacientului adult cu depresie care necesită o perioadă mai îndelungată de monitorizare și tratament într-un mediu controlat: - Răspuns terapeutic parțial sau absent la una sau mai multe tentative de tratament - Comorbiditate somatică sau cu alte tulburări psihice - Complicații survenite pe parcursul internării - Persistența sau creșterea nivelului riscului de autovătămare/suicid - Lipsa suportului social/izolare - Funcționalitate scăzută - Lipsa resurselor materiale Durata internării variază în funcție de contractul negociat cu Casele de Asigurări Județene, respectând prevederile Contractului Cadru.
--	---------------------------------------	---

Planul de externare va fi întocmit de către medicul psihiatru curant după o reevaluare atentă în urma tratamentului a stării clinice sau a situației care a condus la decizia de internare.

Procedura de externare va respecta prevederile legislative.

Pacientul va fi îndrumat spre următorul nivel de îngrijire considerat ca fiind cel mai adecvat etapei clinico-evolutive, accesibil, sigur și eficient.

Centre de Sănătate Mintală	Spitalizarea parțială/ de zi în Staționarul de Zi: 1-60 zile	Programul parțial de spitalizare poate înlocui în siguranță o internare continuă în spital. Gama de servicii oferite este concepută pentru a aborda tulburarea depresivă printr-un plan de evaluare complexă și tratament individualizat. Serviciile furnizate pacienților sunt disponibile cel puțin 4 ore pe zi și cel puțin 3 zile pe săptămână. Durata spitalizării parțiale este de până la 60 zile. Programul parțial de spitalizare trebuie să fie sigur și eficient pentru pacient. Va fi identificat suportul profesional și /sau social și disponibilitatea suportului pentru pacient în afara orelor de program. (Maza si col, 2004; Kallert si col. 2007) Planul individualizat de intervenții în cadrul spitalizării parțiale este întocmit de către medicul psihiatru, necesită o echipă multidisciplinară și include totodată implicarea îngrijitorilor / tutorilor / membrilor familiei. La nevoie sunt asigurate servicii de evaluare și tratament în cadrul altor specialități. Programele de reabilitare vor fi incluse cât mai precoce în planul individualizat de tratament al fiecărui pacient și se asigură continuitatea accesului la aceste servicii pe o durată considerată necesară și suficientă. Se asigură o monitorizare activă pe toată durata spitalizării. (Stoica, 2017)
--	--	--

	Programe intensive ambulatorii și Management de caz Intervenție în criză	Planul individualizat de tratament include un program integrat de servicii de tratament farmacologic, consiliere, reabilitare, intervenții psihoterapeutice individuale și familiale, suport pentru cel puțin 2 ore pe zi. Sunt facilitate și programate servicii de evaluare și îngrijire în cadrul altor specialități în funcție de nevoi. Serviciile sunt furnizate de o echipă multidisciplinară. Obiectivele specifice ale intervențiilor sunt reducerea severității simptomelor, obținerea aderenței terapeutice, remisiunea simptomatologiei și îmbunătățirea nivelului de funcționare. Este facilitat accesul la programe de reabilitare și reinserție socio-profesională. Asigură serviciile de îngrijire urgentă, adaptate pentru persoana aflată într-o situație de criză, inclusiv în criza suicidară. Serviciile oferite sunt preponderent psihologice și se focalizează pe rezolvarea problemelor, identificarea resurselor disponibile proprii și în rețeaua socială a persoanei aflate în situația de criză, adoptarea unui plan acceptabil de răspuns la criză, aplicabil, realist și asumat. (Joy si col, 2006). Intervenția este cât mai rapidă după declanșarea crizei, durata intervenției este scurtă, are rolul de a asista activ și empatic persoana și de a o readuce la nivelul de funcționare precedent crizei. La finalul intervenției va fi asigurată continuitatea suportului și, la nevoie, persoana poate fi referită către alt nivel de îngrijiri. (Stoica si col, 2009)
--	--	---

	Echipe mobile Îngrijirea la domiciliu Viața supravegheată	Se organizează în funcție de resursele locale umane și materiale, de preferință în colaborare cu structuri de îngrijire / asistență socială și ONG-uri de profil.
Cabinete de psihiatrie ambulatorii (ambulator integrat în cadrul spitalului general sau policlinici, centre medicale, cabinete medicale individuale)	Programe ambulatorii	Serviciile sunt furnizate de medici psihiatri și psihologi clinicieni cu drept de liberă practică și se pot corela cu servicii de la alte niveluri, în funcție de nevoile pacientului. Sunt disponibile în conformitate cu legislația și Contractul Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul în curs: Medici psihiatri: - Servicii de evaluare și tratament – consulturi ambulatorii pentru cazuri acute și cronice; - Servicii de monitorizare pe durată nedeterminată, în funcție de nevoile pacientului; - Servicii de consiliere. Psihologi clinicieni: - Servicii de evaluare psihodiagnostică; - Servicii de psihoterapie individuală și de grup; - Servicii de consiliere.

Cabinetele medicilor de familie	Îngrijiri ambulatorii	Servicii de screening și depistare precoce. Servicii de tratament ambulator și Servicii de monitorizare pe durată determinată la recomandarea medicului psihiatru. Îngrijire colaborativă.
--	------------------------------	--

Recomandări și bune practici privind nivelurile de îngrijire pentru pacientul adult cu depresie:

Decizia privitoare la nivelul de îngrijire va fi luată de medicul psihiatru în funcție de:

- Intensitatea simptomelor și severitatea episodului depresiv;
- Existența unor particularități clinice, socio-familiale, culturale;
- Prezența sau iminența apariției unor complicații de natură psihiatrică sau somatică;
- Resursele existente, gradul de accesibilitate și estimarea posibilităților de continuitate a îngrijirilor.

Decizia privitoare la nivelul de îngrijire pentru fiecare persoană va avea la bază standardele de bune practici și va respecta legislația în vigoare.

Medicul psihiatru se va asigura de:

- Luarea deciziei după o evaluare atentă a beneficiilor și/sau riscurilor emergente;
- Respectarea drepturilor pacientului și angajarea activă a acestuia în luarea deciziilor;
- Obținerea Consimțământului Informat al pacientului înaintea începerii oricăror demersuri de îngrijire;
- Documentarea deciziei privind nivelul de îngrijire recomandat;
- Reevaluarea și modificarea planului de tratament în funcție de nevoile pacientului, cu facilitarea accesului la cel mai adecvat nivel de îngrijire;
- Flexibilitatea și continuitatea îngrijirilor.

Persoanele adulte diagnosticate (sau în curs de evaluare) cu depresie la care se identifică **risc suicidal** vor fi referite spre nivelul de îngrijire corespunzător gradului de risc identificat. Pe măsura monitorizării riscului suicidal se va avea în vedere oportunitatea și siguranța transferului către un alt nivel de îngrijire adecvat.

Planul de externare pentru pacientul spitalizat va fi întocmit de către medicul psihiatru curant după o reevaluare atentă a stării clinice în urma tratamentului sau a situației care a

condus la decizia de internare.

Procedura de externare va respecta prevederile legislative.

Pacientul va fi îndrumat spre următorul nivel de îngrijire considerat ca fiind cel mai adecvat etapei clinico-evolutive, cel mai accesibil, sigur și eficient.

Transferul pacientului către alt nivel de îngrijiri va avea la bază criterii clinico-medicale, de siguranță și de adaptare a resurselor la particularitățile acestuia.

IV.1.4 Intervenții colaborative multidisciplinare în depresie

Dr. Diana Stănculeanu

Prezentare generală și recomandări

Modelul de îngrijire colaborativă (Wagner, 1997; Katon *et al.*, 2001) a fost derivat din modelul de abordare a tulburărilor somatice cronice și presupune patru elemente esențiale:

- Definirea în colaborare a dificultăților, integrând perspectiva persoanei cu depresie asupra propriilor dificultăți, cu perspectiva de diagnostic a profesioniștilor din sănătate;
- Focus pe probleme specifice, cu obiective și planuri dezvoltate în colaborare, de către profesioniști și pacienți, cu scopul de a atinge un număr rezonabil de obiective, ținând cont de contextul de viață al pacientului și respectând gradul de pregătire al acestuia în raport cu intervenția;
- Crearea de servicii de suport și training în self-management, la care pacientul să aibă acces pentru a-și dezvolta abilitățile necesare pentru continuarea planurilor de tratament, implementarea măsurilor de activare comportamentală și promovarea sprijinului emoțional;
 - Oferirea de servicii de follow up, active și susținute, în care pacienții sunt contactați la intervale regulate pentru monitorizarea stării de sănătate, identificarea posibilelor complicații, verificarea și întărirea progresului în implementarea planului de îngrijire.

În serviciile de sănătate, modelul de îngrijire colaborativă include consultări repetate între specialistul de sănătate mintală și profesionistul de asistență medicală primară (ex. medic de familie). Se recomandă ca modelul de îngrijire colaborativă să fie dezvoltat ca parte a unui sistem integrat, multinivellar de îngrijire, cu strânsă colaborare între serviciile medicale de îngrijire primare și secundare. De asemenea, programele de îngrijire colaborativă sunt coordonate de manageri de caz, sprijiniți de echipe profesionale multidisciplinare. Utilizatorii de servicii sunt de asemenea implicați atât în elaborarea planului de îngrijire, cât și în monitorizare și follow up.

Concret, modelul de îngrijire colaborativă poate fi sumarizat astfel:

- Management de caz, sub coordonarea unui profesionist specializat în domeniul sănătății mintale;
- Dezvoltarea relațiilor de colaborare între serviciile de medicină primară și secundară;
- Oferirea de servicii de intervenție, în acord cu recomandările ghidurilor clinice, incluzând psihoeducația pacientului, intervenții psihologice și farmacologice, managementul medicației;
- Monitorizare pe termen lung și follow up.

Ultimul deceniu a adus un volum critic de dovezi care arată eficiența modelului de îngrijire colaborativă și recomandă implementarea acestuia pe scară largă. Este de menționat însă că cele mai multe dintre studiile care au pus în evidență eficiența acestui model au fost realizate în SUA și UK; aceleași studii au evidențiat dependența eficienței modelului colaborativ de îngrijire de natura și specificul sistemului de sănătate în contextul căruia modelul este implementat.

Recomandări

Pentru persoanele cu depresie severă sau depresie moderată asociată altor probleme complexe de sănătate, se recomandă:

- Referirea către un serviciu specializat de sănătate mintală, cu accesarea unui program de intervenție implementat în echipă multidisciplinară;
- Oferea modelului colaborativ de îngrijire, dacă episodul depresiv este dezvoltat în contextul unei tulburări somatice cronice, cu afectarea semnificativă a funcționalității;

Echipele de profesioniști care îngrijesc persoanele cu episoade depresive complexe, severe, vor dezvolta planuri comprehensive, multidisciplinare, în colaborare cu pacienții și aparținătorii. Planul de îngrijire ar trebui să:

- identifice cu claritate roluri și responsabilități ale tuturor profesioniștilor implicați;
- dezvolte secțiuni dedicate managementului de criză, cu identificarea potențialilor factori declanșatori și a strategiilor de contingență a riscului;
- fie realizat în consultare cu profesionistul de medicină primară, persoana cu depresie și orice altă persoană implicată în mod semnificativ în îngrijirea persoanei cu depresie.

Tulburarea de sănătate mintală, inclusiv depresia, este determinată de interacțiunea mai multor factori, nu doar biologici, ci și de mediu și comportamentali; așadar, reabilitarea persoanelor cu astfel de tulburări se realizează prin acțiuni la mai multe niveluri:

- intervenții terapeutice farmacologice, recomandarea și administrarea de medicație psihotropă;
- dezvoltarea abilităților sociale, emoționale și cognitive ale beneficiarului;
- acordarea de suport social;
- suportul la locul de muncă etc.

Mai mult decât în multe alte domenii de activitate, **serviciile de sănătate mintală se bazează pe lucrul în echipa multidisciplinară, reabilitarea beneficiarilor cu tulburări de sănătate mentală necesitând servicii diversificate ce pot fi realizate de specialiști având competențe specifice.** Aceste servicii diversificate trebuie corelate unele cu altele astfel încât pe termen lung, rezultatul acestora să fie unul benefic pentru beneficiar.

Încă de la început, pentru a avea o înțelegere comună asupra lucrului în echipă, menționăm că, în sens general, **echipa este un grup de persoane care lucrează împreună pentru a realiza produsele sau pentru a furniza serviciile pentru care acestea sunt responsabile. Pentru a obține aceste produse sau servicii, membrii echipei urmăresc aceleași scopuri și își asumă cu toții responsabilitatea pentru atingerea acestora. Astfel, pentru a obține rezultatele dorite, membrii echipei realizează sarcini interdependente între ele, iar ceea ce obțin la final apare ca urmare a interacțiunii dintre ei.**

Echipa multidisciplinară are drept scop **furnizarea de servicii de sănătate mintală de calitate pentru persoanele care se confruntă direct sau indirect cu astfel de probleme.** Complexitatea acestor servicii, în special a celor de reabilitare a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală, solicită munca în echipă a specialiștilor cu diferite competențe profesionale.

Beneficii ale muncii eficiente în echipă sunt:

- Performanță;
- Stare de bine a membrilor echipei.

Condiții pentru munca eficientă în echipă:

Obiective clare și împărtășite de membri; feedback despre performanță;

Participare – interacțiuni între membrii echipei, comunicarea informațiilor, influență în luarea deciziilor;

Accent pe calitatea serviciilor – evaluarea performanțelor, feedback constructiv, angajament față de îmbunătățirea calității serviciilor;

Suport pentru inovație – suport social și practic (timp, resurse, efort, cooperare).

Obiective ale serviciilor de sănătate mintală	Funcții ale serviciilor de sănătate mintală
1. Reabilitarea psihosocială a beneficiarilor prin: - intervenții adecvate psihofarmaceutice, psihologice și psihosociale; - optimizarea funcționării individului din punct de vedere social, psihologic și ocupațional; - reducerea discriminării și a stigmei; - oferirea de suport familiei care are un membru cu o problemă de sănătate mintală; - crearea și menținerea unui sistem de suport social pe termen lung și susținerea individului în acoperirea nevoilor privind angajarea, suportul social și activitățile de timp liber; - oferirea de suport individului în a-și dezvolta abilitățile de autonomie, auto-eficacitate și advocacy. 2. Prevenirea și promovarea sănătății mintale în rândul membrilor comunității.	- Funcția de a oferi asistență persoanelor cu tulburări de sănătate mintală în comunitatea în care acestea trăiesc și de a facilita funcționarea acestora în mod optim; - Funcția de a oferi servicii de intervenții în criză, în colaborare cu medicina de familie care reprezintă, de cele mai multe ori, primul contact cu beneficiarul într-o situație de criză; - Funcția de a educa, de a oferi informații și oportunități de formare profesioniștilor din medicina primară și celor care lucrează în spitalele generale; - Funcția de a colabora cu alte servicii comunitare sau spitalicești; - Funcția de a dezvolta proiecte de cercetare în mod special în analiza eficacității unor modele de servicii și intervenții specifice.

Reabilitarea în sănătatea mintală este prin natura ei multidisciplinară datorită numeroaselor competențe pe care le solicită. În căutarea nivelului optim de reabilitare a unui beneficiar cu depresie, serviciile oferite beneficiarului trebuie să combine contribuțiile diferiților specialiști. Membrii unei echipe multidisciplinare formulează împreună un plan individualizat de servicii, caracterizat prin consistență, coordonare, competență, eficiență.

Scopul reabilitării este dobândirea celui mai înalt nivel posibil de funcționare socială și vocațională și a stării de bine a persoanei. Aceste niveluri posibile de funcționare sunt definite în funcție de contextul de viață și obiectivele relevante ale persoanei în cauză. Se asigură astfel un nivel optim de independență și o interferență cât mai redusă a simptomatologiei asupra calității vieții.

Realizarea obiectivelor propuse în cadrul planului de reabilitare presupune ca echipa de specialiști să integreze serviciile de **reabilitare** celor de **tratament** și, în consecință, modelul psihosocial de intervenție celui biomedical. Pentru a realiza acest lucru sunt necesare:

- ✓ Combinarea competențelor la nivel de echipă;
- ✓ Flexibilizarea acestora la nivel individual, dezvoltarea aptitudinilor și abilităților de lucru în echipă;
- ✓ Implicarea beneficiarului, a familiei și a persoanelor din contextul natural de viață al acestuia ca participanți activi în planificarea și implementarea serviciilor de reabilitare;
- ✓ Individualizarea serviciilor în funcție de nevoile fiecărui client, în funcție de patologie, stadiul evolutiv al bolii/tulburării psihice, valorile și contextul de viață ale beneficiarului.

De cele mai multe ori, pentru ca reabilitarea psihiatrică să ofere rezultate pe termen lung, trebuie să cuprindă intervenții simultane în contexte diferite ale vieții beneficiarului: activități sociale, familie, educație, muncă, activități recreative etc. Atenția acordată acestor contexte de viață înseamnă crearea de oportunități ca beneficiarul să aplice abilitățile dobândite în contextul său normal de viață și astfel să le întărească.

Unul dintre rezultatele muncii în echipa multi-disciplinară este definirea și monitorizarea planului individualizat de intervenție pentru fiecare beneficiar. Este important de stabilit gradul de contribuție, la acest rezultat, al fiecărui membru al echipei și rezultatele parțiale ale muncii fiecărui specialist.

Serviciile de reabilitare oferite beneficiarului răspund cu adevărat nevoilor acestuia dacă țin seama de:

- ✓ Faza în care se află tulburarea acestuia: *acută, în stabilizare, stabilă, în remisie*;
- ✓ Contextul de viață al beneficiarului;
- ✓ Obiectivele și valorile acestuia.

Fiecare din aceste trei categorii de informații pot fi dificil de obținut sau gestionat. Fazele/stadiile unei tulburări nu respectă întotdeauna o secvențiere clară, existând platouri, schimbări între faze, recăderi. De asemenea, informațiile despre contextul de viață, istoricul clinic al beneficiarului sau valorile personale ale acestuia nu sunt ușor accesibile în timp util.

Alte obstacole în calea definirii unui serviciu de intervenție individualizat pot fi:

- ✓ Metodele de intervenție bazate pe dovezi au limitări serioase în eficiența cu care oferă rezultate;

- ✓ Numărul mare de beneficiari pentru care trebuie gândit un plan individualizat de intervenție;
- ✓ Suprasolicitarea specialiștilor din Centrele de Sănătate Mintală;
- ✓ Lipsa unei rețele de suport social și vocațional pentru beneficiari;
- ✓ Atitudinea negativă a comunității, lipsa de informare a membrilor săi;
- ✓ Accesibilitatea redusă sau lipsa totală a serviciilor sociale.

Individualizarea intervenției aduce însă ca principal beneficiu folosirea eficientă a unui nivel minimal de resurse cerute din partea fiecărui specialist (resurse de competență, timp, efort, implicare, responsabilitate).

În funcție de faza tulburării și de obiectivele de viață specifice beneficiarului se poate decide tipul de intervenție necesar și cea mai eficientă **combinație de metode terapeutice**:

- ✓ Medicație psihotropă;
- ✓ Intervenții psihoterapeutice;
- ✓ Dezvoltare de abilități;
- ✓ Dezvoltarea suportului familial și social;
- ✓ Intervenție vocațională etc.

De multe ori suprasolicitarea - fizică și emoțională - a unui specialist se datorează intervenției la un singur nivel (de obicei tratamentul medicamentos) într-o fază a tulburării și într-un context în care alte tipuri de intervenții ar fi mai eficiente și alți specialiști și-ar putea asuma de asemenea, responsabilitatea. Nivelurile de intervenție trebuie să fie suficient de flexibile pentru a oferi beneficiarului servicii cu impact maxim, în momentul dat. Unul din factorii de risc pentru burn-out la specialiștii în sănătate mintală este percepția eficienței reduse a intervenției în cazul tulburărilor severe, care favorizează apariția neajutorării învățate. *Redefinirea* serviciilor oferite ca management al *tulburării* și reabilitare biopsihomedicală și nu ca tratament este o achiziție care pentru specialistul în sănătate mintală poate constitui un factor protector substanțial. Consecutiv, această schimbare de perspectivă aduce în atenție utilitatea intervenției la niveluri diferite, care să răspundă în mod individualizat contextului de viață al beneficiarului.

În cele ce urmează sunt prezentate sarcinile din profilele ocupaționale pentru:

- ✓ Asistent social cu competențe în sănătate mintală
- ✓ Asistenta medicală de psihiatrie
- ✓ Medic Psihiatru
- ✓ Psiholog clinician
- ✓ Terapeut ocupațional

• **Asistent social cu competențe în sănătate mintală - Sarcini principale**

- Realizează interviuri cu beneficiarii, familiile lor, pentru a constata care sunt serviciile de care au nevoie;
- Adună și verifică informații necesare asistării sociale a beneficiarului din mai multe surse disponibile conform legislației (fișe medicale și de angajare, rapoarte psihologice de altă natură);
- Stabilește planul individualizat de asistență socială, în funcție de nevoile de asistență socială identificate ale beneficiarului și familiei acestuia;
- În aplicarea planului de asistență socială integrează informații referitoare la etnia, mediul familial, social, cultural, economic ale persoanei;
- Consiliază indivizi, grupuri, familii sau comunități cu privire la probleme de sănătate mintală, sărăcie, șomaj, abuz de substanțe, reabilitare, recuperare după o boală, adaptare socială, îngrijirea copilului;
- Facilitează realizarea unor testări medicale, psihiatrice, psihologice sau de altă natură, care ar putea contribui la evaluarea complexă și la planificarea/organizarea îngrijirilor;
- Se consultă cu aparținătorii pentru a identifica și pune în aplicare soluții viabile;
- Asistă familia sau aparținătorii persoanei cu tulburări mintale în adoptarea măsurilor adecvate problemei în cauză;
- Consiliază și ajută membrii familiei să înțeleagă și să susțină beneficiarul;
- Monitorizează, evaluează și înregistrează progresul clienților în conformitate cu scopurile din cadrul planului de tratament;
- Elaborează rapoarte și completează dosarul de asistență socială pentru cazurile asistate;
- Orientează beneficiarii și familiile acestora spre resursele comunitare referitoare la grupurile de suport sau servicii precum plasarea forței de muncă, consiliere și asistență financiară, tratament medical;
- Investighează cazuri de abuz sau neglijență a copilului și ia măsuri de protecție adecvate;
- Colaborează cu specialiști din echipa multidisciplinară și alți specialiști pentru a evalua nevoile de îngrijire a clienților în funcție de starea somatică a acestora;
- Realizează programe de prevenție a abuzului de substanțe, de depășire a problemelor sociale, sau de îmbunătățire a accesului la servicii de sănătate și consiliere;
- Mediază relațiile dintre beneficiari, familie, medici, tribunal pentru a ajuta persoanele cu tulburări mintale care se confruntă cu probleme precum dizabilități, abuz sau sărăcie;
- Recomandă, la nevoie, adăpost temporar;
- Oferă asistență copiilor persoanelor cu tulburări mintale asistați în cadrul audierilor și depune mărturie în vederea furnizării informațiilor relevante pentru plasarea în custodie a acestora, în caz de nevoie;
- Contribuie activ la respectarea prevederilor legale privind drepturile pacientului, supraveghează respectarea acestor drepturi de către personalul medical și auxiliar atât în cadrul echipei de

îngrijire cât și în afara acestui context;

- Respectă prevederile legale în vigoare referitoare la păstrarea secretului profesional, păstrarea confidențialității datelor pacienților asistați;
- Se preocupă în permanență de informarea echipei privind legislația în vigoare și impactul asupra activităților specifice de îngrijire;
- Participă la programe de educație și cursuri de formare profesională continuă, pentru a menține un nivel profesional ridicat .

• **Asistenta medicală de psihiatrie - Sarcini principale**

- Înregistrează, monitorizează și raportează informații medicale, simptome și modificări ale stărilor beneficiarilor;
- Cunoaște și utilizează terminologia medicală de specialitate;
- Monitorizează toate aspectele de îngrijire a beneficiarului, inclusiv regimul alimentar și nivelul activității fizice;
- Explică beneficiarilor procedurile de tratament și instrucțiunile medicului sau psihologului;
- Pregătește beneficiarii fizic și psihic înaintea unor proceduri invazive;
- Asigură programările pentru investigații sau consulturi interdisciplinare recomandate de medicul curant ;
- Asistă beneficiarii pe parcursul examinărilor și tratamentelor;
- Informează medicul sau psihologul despre starea beneficiarului;
- Recoltează probe biologice și le pregătește pentru testare;
- Prepară și administrează tratamentele injectabile și /sau perfuzabile la recomandarea medicului;
- Redactează rapoarte și fișe medicale detaliate și acurate despre datele beneficiarilor și tratamentul administrat;
- Pregătește saloanele / sălile, instrumentele sterile și echipamentul necesar pentru tratament;
- Se asigură că există în stoc echipamentele și medicamentele necesare;
- Coordonează personalul auxiliar ;
- Oferă informații legate de educație pentru sănătate, prevenirea bolilor, beneficiarilor și familiilor;
- Investighează nevoile și problemele beneficiarilor și familiilor acestora;
- Implementează programe de educație pentru sănătate;
- Participă la programe de educație și cursuri de formare profesională continuă, pentru a menține un nivel ridicat de cunoștințe, aptitudini și deprinderi.

• **Medicul Psihiatru - Sarcini principale**

- Consultă lucrări de specialitate pentru a dobândi cunoștințele și deprinderile necesare evaluării psihiatrice, identificării problemelor, formulării diagnosticului psihiatric și elaborării planului de intervenție și tratament;
- Colectează informații relevante despre natura tulburării mintale prin metode valide și eficiente, precum observația, interviul clinic, discuții cu aparținătorii, analiza fișelor medicale, a rezultatelor la testele psihologice sau de altă natură;
- Analizează și evaluează informațiile disponibile despre beneficiar și despre rezultatele la testele administrate;
- Realizează investigații paraclinice ale beneficiarilor și/sau examinează rezultatele acestor analize, pentru a obține informații suplimentare asupra stării generale de sănătate a beneficiarilor;
- Identifică și analizează influența factorilor psihologici, demografici, sociali, economici, culturali în apariția și manifestarea tulburărilor mintale;
- Utilizează instrumentele standardizate de evaluare clinică;
- Identifică semnele și simptomele tulburării mintale;
- Stabilește diagnosticul tulburărilor mintale utilizând sistemele validate de diagnostic și clasificare a tulburărilor mintale;
- Comunică și discută diagnosticul cu beneficiarul, persoanele semnificative sau alți specialiști sau persoane avizate;
- Stabilește obiectivele intervenției și criteriile de realizare a acestora;
- Elaborează planuri individualizate de tratament, în funcție de nevoile și interesele beneficiarilor;
- Prescrie, supraveghează și administrează tratamente psihiatrice validate științific pentru a trata tulburările mintale, în cadrul definit de competențele sale profesionale;
- Cunoaște și utilizează procedurile și protocoalele de tratament medicamentos;
- Discută cu beneficiarul, aparținătorii, supraveghetorii etc. despre tratamentul prescris și efectele terapeutice și adverse ale acestuia;
- Monitorizează evoluția, reacțiile fiziologice, emoționale, comportamentale, cognitive ale beneficiarului;
- Evaluează eficiența terapiei în raport cu diagnosticul și gradul de realizare a obiectivelor, apoi ajustează planul de intervenție terapeutică în funcție de necesități;
- Colaborează cu medici de alte specialități, psihologi, asistenți sociali, alți specialiști din domeniul sănătății mintale, pentru a se consulta asupra modalităților de evaluare, planurilor de tratament și evoluției beneficiarilor;
- Întocmește și păstrează fișele medicale ale beneficiarilor, în care notează informații relevante despre istoricul medical și socio-economic al beneficiarilor, rezultatele evaluării, tratamentul prescris și evoluția simptomatologiei psihiatrice;
- Consultă beneficiarii internați și pe cei tratați în regim ambulatoriu și face trimiteri pentru alte

consultații de specialitate;

- Cunoaște și respectă principiile eticii, deontologiei profesionale și standardele de competență profesională;
- Colaborează cu familia beneficiarului, cu alți specialiști din domeniu sau alte categorii profesionale, cu instituții implicate în promovarea sănătății și prevenția tulburărilor mintale;
- Coordonează activitatea asistentelor medicale și a personalului nemedical și auxiliar în scopul creșterii eficienței intervențiilor terapeutice;
- Coordonează și răspunde de activitatea practică a medicilor rezidenți, pe parcursul stagiului clinic în secțiile de psihiatrie;
- Cunoaște și respectă drepturile beneficiarilor și legislația în vigoare;
- Participă la programe de educație și cursuri de formare profesională continuă, pentru a menține un nivel ridicat de cunoștințe, aptitudini și deprinderi;
- Participă la conferințe, workshop-uri, seminarii și alte manifestări științifice pentru a actualiza permanent cunoștințele din domeniul psihiatriei;
- Elaborează și participă activ la programe de screening al tulburărilor mintale, de educație pentru sănătate mintală, de promovare și menținere a stării de sănătate mintală și de prevenire a patologiei psihiatrice la nivel comunitar;
- Participă la activități de cercetare în conformitate cu normele în vigoare, pentru a îmbunătăți metodele de diagnostic și tehnicile de intervenție sau prevenție.

• **Psiholog clinician - Sarcini principale**

- Consultă lucrări de specialitate pentru a dobândi cunoștințele și deprinderile necesare evaluării psihologice, identificării problemelor, formulării diagnosticului psihologic și elaborării planului de intervenție;
- Strânge informații despre natura problemei psihologice prin metode valide și eficiente, precum observația, interviul clinic, discuții cu aparținătorii, analiza fișelor medicale sau de altă natură, administrarea de instrumente de evaluare psihologică;
- Identifică și analizează nevoile și problemele psihologice, emoționale sau comportamentale;
- Identifică și analizează influența factorilor psihologici, demografici, sociali, economici, culturali în apariția și manifestarea tulburărilor mintale sau a altor tulburări care au în etiopatogeneză mecanisme psihologice;
- Selectează, administrează și interpretează instrumente standardizate și etalonate de evaluare a inteligenței, afectivității, comportamentelor, cunoștințelor, aptitudinilor și deprinderilor, intereselor, personalității, dezvoltării etc.;
- Elaborează și aplică tehnici de interviu, scale de evaluare și teste psihologice;
- Diagnostichează tulburările psihologice, integrând informațiilor obținute din observație, interviu clinic, instrumentele de evaluare administrate, fișele medicale sau de altă natură ale clienților și lucrările de specialitate;
- Comunică și discută diagnosticul cu beneficiarul, persoanele semnificative sau alți specialiști sau persoane avizate;

- Stabilește obiectivele intervenției și criteriile de realizare a acestora;
- Elaborează și implementează planuri individualizate de tratament, în funcție de nevoile, interesele și aptitudinile beneficiarilor;
- Aplică proceduri și strategii de intervenție psihologică validate științific, în cadrul definit de competențele sale profesionale;
- Monitorizează reacțiile emoționale, comportamentale, cognitive proprii și ale beneficiarului;
- Evaluează eficiența terapiei în raport cu gradul de realizare a obiectivelor, precizia și caracterul complet al diagnosticului, apoi ajustează planul de intervenție terapeutică în funcție de necesități;
- Consemnează, structurează și păstrează rezultatele evaluării și intervenției;
- Redactează și comunică raportul psihologic despre rezultatele evaluării și recomandările terapeutice;
- Colaborează cu alți specialiști din domeniu sau alte categorii profesionale, cu instituții implicate în promovarea sănătății și prevenția tulburărilor mintale;
- Cunoaște și respectă principiile eticii, deontologiei profesionale și standardele de competență profesională;
- Cunoaște și respectă drepturile beneficiarilor și legislația în vigoare;
- Participă la programe de educație și cursuri de formare profesională continuă, pentru a menține un nivel ridicat de cunoștințe, aptitudini și deprinderi;
- Participă la conferințe, workshop-uri, seminarii și alte manifestări științifice pentru a actualiza permanent cunoștințele din domeniul psihologiei;
- Elaborează și participă la programe de educație pentru sănătate, de promovare și menținere a stării de sănătate;
- Realizează și participă la activități de cercetare pentru a îmbunătăți metodele de diagnostic și tehnicile de intervenție sau prevenție;
- Elaborează și participă la programe de supervizare și formare profesională.

• **Terapeut ocupațional - Sarcini principale**

- Planifică și coordonează activitățile pentru fiecare beneficiar în colaborare cu alți membri ai echipei de îngrijire și cu clientul și membrii familiei acestuia;
- Evaluează abilitățile funcționale ale clientului corelând informațiile furnizate de ceilalți membri ai echipei de îngrijire;
- Integrează în evaluare componente fizice, emoționale, cognitive și senzoriale, pentru a furniza intervențiile cele mai adecvate de terapie ocupațională;
- Stabilește obiectivele și un plan de activități individualizat pentru fiecare beneficiar;
- Ajută clientul să atingă obiectivele stabilite în planul de tratament prin furnizarea de activitate terapeutică, terapii manuale, dezvoltarea abilităților de auto-îngrijire / gestiune la domiciliu, dezvoltarea abilităților cognitive.

- Asigură siguranța beneficiarului în cadrul și în afara spațiilor destinate terapiilor;
- Facilitează continuarea progresului prin furnizarea de programe de la domiciliu, instrucțiuni oferite familiei / îngrijitorului;
- Comunică permanent cu echipa de îngrijire;
- Documentează eficient în fișele beneficiarului informațiile, rezultatele evaluărilor, activitățile și evoluția pe tot parcursul acestora;
- Menține încrederea beneficiarului prin păstrarea confidențialității informațiilor, păstrarea mediului de lucru în condiții de siguranță și curățenie;
- Este familiarizat cu legislația și cu oportunitățile existente în ceea ce privește accesul beneficiarilor la locuri de muncă, petrecerea timpului liber, transport și alte drepturi;
- Dezvoltă departamentul de terapie ocupațională și se asigură de punerea în aplicare a celor mai bune practici;
- Se preocupă în permanență de ridicarea nivelului profesional prin educație continuă.

Beneficiile pe care le aduce munca în cadrul echipei multidisciplinare sunt multiple, atât pentru profesioniști, cât și pentru beneficiari:

Beneficii ale muncii în cadrul echipei multi-disciplinare	
Pentru profesioniști: - Își transmit informații despre beneficiari; - Decid cărui membru al echipei să fie referit beneficiarul; - Au oportunitatea de a învăța unii de la alții; - Își sporesc abilitățile de tratare a problemelor de sănătate mintală; - Află despre resurse utile din domeniul sănătății mintale; - Își sporesc satisfacția profesională; - Transmit colegilor lor aspecte utile din expertiza individuală; - Încurajează inovația; - Membrii echipei obțin validare și recunoașterea expertizei de la colegi; - Membrii echipei utilizează timpul mult mai eficient;	Pentru beneficiari: - Problemele și nevoile beneficiarilor sunt mai bine identificate; - Se îmbunătățesc serviciile pe care aceștia le primesc, ca urmare a unei coordonări mai bune între membrii echipei, în special pentru probleme de sănătate complexe; - Beneficiarii sunt implicați mai activ, ca parteneri, în rezolvarea problemei/ problemelor cu care se confruntă;

Recenziile privind modelul colaborativ de îngrijire în depresie au concluzionat că acesta este mai eficient decât îngrijirile standard, iar combinarea cu modelul de îngrijire în trepte are o eficacitate sporită pe termen lung. **(Álvarez și col, 2014)**

Managementul depresiei la adult trebuie să fie comprehensiv și să acopere mai multe arii și paliere de intervenție, în vederea obținerii unei bune remisiuni și a creșterii calității vieții beneficiarului.

IV.2 Farmacoterapia în depresie

IV.2.1 Principii generale în managementul farmacologic al depresiei

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Managementul farmacologic al pacientului diagnosticat cu depresie va respecta câteva principii esențiale (Matekovic și Henry, 2017):

- ✓ Reevaluarea și monitorizarea activă a pacientului trebuie să fie demarate precoce după diagnosticare, înaintea instituirii oricărei medicații antidepresive;
- ✓ Riscul suicidar va fi reevaluat în fiecare etapă a tratamentului, la fiecare sedință de monitorizare;
- ✓ Psihoeducația pacientului va include:
 - Informații privind tipul și durata tratamentului;
 - Informarea pacientului și familiei/apartinătorilor privind necesitatea medicației antidepresive și a lipsei apariției sindromului de dependență în cazul tratamentului cu un antidepresiv;
 - Informații despre sindromul de discontinuare a antidepresivului;
 - Discuții privitoare la apariția și monitorizarea unor posibile efecte adverse ce pot surveni precoce pe parcursul tratamentului, precum agitația, intensificarea stărilor de anxietate sau apariția ideății suicidare;
 - Se vor discuta opțiunile de tratament farmacologic și raportul risc-beneficiu, efectele secundare; alegerea antidepresivului se va face cu participarea informată și activă a pacientului;
 - În eventualitatea refuzului tratamentului antidepresiv pacientul va fi informat asupra alternativelor de tratament și se vor relua discuțiile privind tratamentul farmacologic cât mai curând posibil, pacientului fiindu-i aduse la cunoștință riscurile asociate lipsei tratamentului.
- ✓ Tratamentul antidepresiv va fi inițiat cu cea mai mare atenție, pacientul fiind monitorizat activ pe parcursul titrării antidepresivului;
- ✓ Pacienții cu risc suicidar sau tinerii sub 30 ani vor fi monitorizați mai frecvent (săptămânal sau chiar mai frecvent/ori de câte ori impune situația clinică);
- ✓ Măsurile de dietă și igienă a somnului vor fi luate pe tot parcursul tratamentului, pacientul fiind educat în acest sens;

- ✓ Se va stabili un plan structurat de monitorizare a pacientului. Frecvența ședintelor de evaluare și monitorizare a simptomelor va ține cont de severitatea clinică, comorbiditatea/comorbiditățile, aderența la tratament, sprijinul social, frecvența și severitatea efectelor secundare ale tratamentului prescris.
- ✓ Monitorizarea evoluției va include instrumente/scale de evaluare administrate de clinician.

Selectarea antidepressivului va ține cont de următorii factori (conform echipei Croydon, 2011):

- Durata episodului și evoluția simptomelor,
- Experiențele anterioare cu medicația antidepressivă,
- Eficacitatea pe termen lung,
- Tolerabilitatea, efectele secundare anticipate,
- Preferința pacientului,
- Riscul evaluat de complianță redusă /aderență redusă la tratament /riscul de discontinuare,
- Existența comorbidității somatice sau psihiatrice,
- Potențialele interacțiuni medicamentoase,
- Timpul de înjumătățire,
- Costurile.

Răspunsul la medicația antidepressivă este influențat de un cumul de factori: de la aderența la tratament, prezența comorbidităților somatice sau psihiatrice sau variante genetice care afectează eficacitatea, tolerabilitatea și siguranța unui compus antidepressiv, până la inadecvarea dozei sau duratei tratamentului antidepressiv. Clarificări privind terapia individualizată (sau de precizie) și deciziile informate de selecție a medicației sunt așteptate din partea studiilor de farmacogenomică (Thase și colab, 2019).

IV.2.2 Particularități ale compușilor cu efect antidepressiv

Dr. Simona Claudia Tămășan

Un grup de experți afiliați celor mai importante asociații de psihofarmacologie din lume promovează și au diseminat o nouă clasificare a medicației psihotrope, bazată pe informațiile aduse de domeniul neuroștiințelor (NbN – neuroscience based nomenclature), gândită a fi actualizată anual. Fiecare compus este descris pe următoarele secțiuni:

- Domeniul farmacologic – se bazează pe acțiunea asupra neurotransmițătorilor sau la nivel molecular;
- Modul de acțiune – ca agonist al receptorilor, agonist parțial, antagonist al receptorului, inhibitor al recaptării, inhibitor al recaptării și eliberării, inhibitor al recaptării și antagonist receptor, inhibitor enzimatic, blocant de canal ionic, modulator allosteric, modulator enzimatic.
- Indicații aprobate;

- Eficacitate și efecte adverse;
- Considerații practice;
- Neurobiologie;
- Administrarea în sarcină.

Datele furnizate mai jos vor fi coroborate obligatoriu de medicul psihiatru care practică în România cu protocolul terapeutic agreat prin ordinul comun al între Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate – prezentat în continuare, actualizările sunt disponibile la adresa <http://www.cnas.ro/page/lista-protocoalelor-terapeutice-aprobate-prin-ordinul-ms-cnas-nr-1301-500-2008-cu-modificarile-si-completarile-ulterioare.html>!

Medicamentele antidepresive cu utilizare frecventă în România

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Sertralinum	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră. Tulburare de panică. Tulburare tip anxietate generalizată. Tulburare tip anxietate socială. Tulburare obsesiv compulsivă. Tulburare posttraumatică de stres.	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate. Reduce comportamentul compulsiv și gândurile obsesionale.	Simptome gastro-intestinale, anxietate, modificări ale somnului la începutul tratamentului, disfuncții sexuale. Se reduce gradat la discontinuare.	Inhibă parțial CYP2D6 la doze mari (150 mg/zi), dar e metabolizat de enzime multiple și nu are nivelul plasmatic alterat de alte medicamente. Doza recomandată este de 25 mg/zi dimineața cu alimente pentru tulburarea de panică cu creștere la 50 mg după o săptămână. Pentru toate celelalte indicații doza de start este de 50 mg, care poate fi crescută la nevoie cu 50 mg la fiecare două săptămâni, doza maximă – 200 mg/zi.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM. Crește conectivitatea între cortexul cingulat anterior și regiunile limbice, crește activarea limbică la imagini cu conținut negativ.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale. Administrarea în ultimul trimestru de sarcină se asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu semne motorii, respiratorii și gastrointestinale. Utilizarea în sarcină s-a asociat cu risc mai mare de hipertensiune pulmonară. Studiile neuro-developmentale pe termen lung nu au semnalat efecte adverse ale expunerii antenatale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Fluoxeti-num	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare de panică Tulburare obsesiv compulsivă Tulburare posttraumatică de stress Bulimie nervoasă Dismorfofobie Tricotilomanie Tulburare disforică premenstruală	Ame-liorează simptomele de depresie și anxi-etate. Reduce compor-tamentul compulsiv și gândurile obsesio-nale.	Simptome gastro-in-testinale, anxietate, modificări ale som-nului la începutul trata-mentului, disfuncții sexuale. Nu trebuie re-dusă gradat la discon-tinuare, datorită timpului lung de în-jumătățire.	Inhibiție completă a citocromu-lui CYP2D6 – va crește nivelul sub-stratelor de aproximativ 4 ori (de-sipramină, metopro-lol, halo-peridol). Inhibiție semnifi-cativă a citocromu-lui CYP2C9 (precauție cu war-farina). Metabolitul principal are un timp de în-jumătățire foarte lung (o săptă-mână), durata de acțiune poate persista până la 5 săptămâni. Doza inițială re-comandată este de 10-20 mg dimineața, titrată apoi după câteva săptămâni. Doza max-imă uzuală pentru de-presie este de 60 mg/zi, aceeași doză țintă pentru bulimie și până la 80 mg/zi pent-ru TOC.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM, somnul se normal-izează la 10 zile după în-trerupere. Scade activitatea în cortexul cingulat anterior la subiecții cu depresie majoră re-sponsive la tratament.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale majore, asociere neclară cu cu defecte cardiace la făt. Admin-istrarea în ultimul tri-mestru de sarcină se asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu, semne motorii, respiratorii și gastroin-testinale. Utilizarea în sarcină după 20 de săptămâni s-a asoci-at cu risc mai mare de hiper-tensiune pulmonară. Studiile neuro-develop-mentale pe termen lung nu au semnalat efecte adverse ale expunerii antenatale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Paroxeti-num	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare de panică Tulburare tip anxietate generalizată Tulbu-rare tip anxietate socială Tulburare obsesiv compulsivă Tulburare postrauma-tică de stres	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate. Reduce compor-tamentul compulsiv și gândurile obsesio-nale.	Simptome gastroin-testinale, anxietate, modificări ale som-nului din perioada de inițiere a trata-mentului, disfuncții sexuale.	Trebuie scăzut gradual la discon-tinuare. Inhibiție completă a citocromu-lui CYP2D6 – va crește nivelul sub-stratelor de aprox 4 ori (desip-ramină, metopro-lol, halo-peridol). Produce creștere în greutate la administra-rea pe termen lung, excreție renală. Nu se va administra concom-itent cu tamoxifen. Se reco-mandă doze de 10-20 mg/zi, la mese, doza mai mică pentru tulburarea de panică dozele se pot crește cu 10 mg/zi la inter-val de o săptămână până la 50-60 mg/zi.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM. Reduce la normal sau crește activitatea în cortexul cingulat anterior și tinde să normal-izeze mod-ificarea din regiunea prefron-tală.	A fost asociată în unele studii cu anomalii cardiovas-culare la nou născut. Adminis-trarea în ultimul tri-mestru de sarcinăse asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu, semne motorii, respiratorii și gastroin-testinale. Studiile neuro-develop-mentale pe termen lung nu au semnalat efecte adverse ale expunerii antenatale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Citalo-pramum	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare de panică Tulburare tip anxietate generalizată Tulburare tip anxietate socială Tulburare obsesiv compulsivă	Ame-liorează simptomele de depre-sie.	Simptome gastroin-testinale, anxietate, modificări ale som-nului din perioada de inițiere a trata-mentului, disfuncții sexuale. Trebuie re-dus gradual la discon-tinuare.	Posibilă prelungire dependent de doză a intervalului QT. Nu se va utiliza la persoane cu sindrom QT lung, cu-noscute cu prelungirea intervalului QT, sau în combinație cu me-dicamente cu efect similar. La administra-re de doze mari se va monitoriza EKG. Me-tabolizat de citocromul CYP2C19, efect inhibitor mic asupra citocromu-lui CYP2D6 – nu se va asocia cu tamoxifen.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM. Scade reactivi-tatea la sarcini ne-gative și re-activitatea la stimuli hedonici. De-screșterea activității în cortexul cingulat anterior și cele mai multe arii frontale și parietale.	Utilizarea terapeutică a citalo-pramului și escitalopra-mului nu pare să cre-ască riscul de anomalii conge-nitale. Adminis-trarea în ultimul tri-mestru de sarcinăse asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu, semne motorii, respiratorii și gastroin-testinale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Escitalo-pramum	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare de panică Tulburare tip anxietate generalizată Tulbu-rare tip anxietate socială Tulburare obsesiv compulsivă	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate. Reduce compor-tamentul compulsiv și gândurile obsesio-nale.	Simptome gastroin-testinale, anxietate, modificări ale som-nului din perioada de inițiere a trata-mentului, disfuncții sexuale. Trebuie re-dus gradual la discon-tinuare.	Este enan-tiomerul activ al citelopram-ului. Posibilă prelungire dependent de doză a intervalului QT. Nu se va utiliza la persoane cu sindrom QT lung, cu-noscute cu prelungirea intervalului QT, sau în combinație cu me-dicamente cu efect similar. La adminis-trare de doze mari se va monitoriza EKG. Me-tabolizat de citocromul CYP2C19, efect inhibitor mic asupra citocromului CYP2D6 – nu se vor prescrie doze mai mari de 10 mg/zi în asociere cu tamoxifen. Tratamentul se inițiază cu 10 mg/zi, cu mâncare, se crește la 20 mg/zi după o săptămână sau mai multe, în funcție de nevoi. La doze de la 30 mg/zi se moni-torizează funcția car-diacă – EKG. În depresie și TOC doza poate fi crescută până la 40 mg/zi.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM. Efect ceva mai mare decât citalopra-mul în de-screșterea activității în cortexul cingulat anterior și cele mai multe arii frontale și parietale.	Utilizarea terapeutică a citalo-pramului și escitalopra-mului nu pare să cre-ască riscul de anomalii congeni-tale. Adminis-trarea în ultimul tri-mestru de sarcinăse asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu, semne motorii, respiratorii și gastroin-testinale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Fluvoxam-inum	Serotonină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare obsesiv compulsivă	Ame-liorează simptomele de depresie și anxie-tate. Reduce compor-tamentul compulsiv și gândurile obsesio-nale.	Simptome gastroin-testinale, anxietate, modificări ale som-nului din perioada de inițiere a trata-mentului, disfuncții sexuale. Trebuie re-dus gradual la discon-tinuare.	Inhibitor potent al citocromu-lui CYP1A2 – crește timpul de în-jumătățire al cafeinei de la 5 la 31 de ore, crește nivelul sub-stratelor (acetamin-ophen, parac-etamol, clozapină, olanzapină, clomip-ramină, duloxetină, teofilină). Inhibă citocromul CYP2C9 – atenție la pacienții în tratament cu warfarin. Pre-lungește efectul mela-toninei. Se recomandă inițierea cu 50 mg seara, înainte de culcare și creșterea la 100 mg după 4-7 zile. După două săptămâni doza se poate crește cu 50 mg pe săptămână până la 300 mg/zi. Dozele mai mari de 150 mg se vor diviza în două prize.	Inhibitor al recaptării serotoninei. Descrește somnul REM, crește latența REM.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congeni-tale. Ad-ministrarea în ultimul trime-stru de sarcinăse asociază cu un sindrom cerebral neonatal ușor și tranzitoriu, semne motorii, respiratorii și gastro-intestinal, posibil hip-ertensiune pulmonară persistentă la nou-năs-cut.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Venlafaxi-num	Serotonină, norepine-frină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare de panică Tulburare tip anxietate generalizată	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate.	Simptome gastroin-testinale, cefalee, amețeli, disfuncții sexuale, hipotensiune.	Sunt necesare doze de 225 mg/zi pentru inhibarea recaptării noradrenalinei. Atenție la pacienții hipertensivi. Va fi redusă gradual la discontinuare. Metabolizat de CYP2D6, dar inhibarea acestuia va duce doar la inversarea raportului venlafaxină/desvenlafaxină, fără să crească nivelele totale ale celor doi compuși, deci nu este necesară ajustarea dozelor la administrarea concomitentă cu inhibitori 2D6. Tratatamentul se inițiază cu 37.5 mg/zi mai ales în tulburarea de panică; în celelalte cazuri se utilizează 75 mg/zi, dozele se pot crește la patru zile cu 75 mg/zi, timp de două săptămâni, până la o doză de maximum 375 mg/zi.	Inhibitor al recaptării serotoninei și noradrenalinei, scade conținutul 5-HT al trombocitelor, suprima somnul REM, scade metabolismul glucidic în cortexul orbitofrontal și subgeniculat cingulat anterior.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale la administrarea de venlafaxină sau desvenlafaxină. Pentru venlafaxină și alte anti-depresive serotoninergice au fost raportate complicații neonatale tranzitorii și în general ușoare.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Duloxeti-num	Serotonină, norepine-frină	Inhibitor al recaptării	Tulburare depresivă majoră Tulburare tip anxietate generalizată Neuropatie diabetică Durere muscu-lo-schele-tală cronică Fibromial-gie	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate.	Greață, somno-lență, insomnie, amețeli, disfuncții sexual, hipotensi-une. Trebuie re-dus gradual la discon-tinuare.	Sunt nece-sare doze de 120 mg/zi pentru inhibarea recaptării noradren-alinei. Inhibitor moderat al citocromu-lui CYP2D6. Metabo-lizat prin CYP1A2, nivelele serice sunt crescute de unele fluo-rochinolone (ciprofloxa-cina dar nu levofloxa-cina), iar fu-matul, prin inducția CY-P1A2 scade nivelul cu 30%. Dozele re-comandate sunt de 30-60 mg/zi cu mâncare și pot fi crescute în funcție de toleranță, efecte adverse și răspuns cu 30 mg în intervale de două săptămâni până la o doză de 120 mg/zi.	Inhibitor al recaptării serotoninei și nor-adrenalinei, scade conținut-ul 5-HT al trom-bocitelor, suprimă somnul REM, scade formarea memoriilor emoțio-nale, crește activitatea amigdalei pentru re-memorarea situațiilor incongru-ente cu dispoziția, îmbună-tățește activitatea din striatul ventral ca răspuns la procesarea stimulen-telor.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale la adminis-trarea de duloxetină. Există aver-tizări de-spre efecte adverse posibile neona-tale din raportări de cazuri și experiența cu alte an-tidepresive similare.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Mirtazapi-num	Norepine-frină, sero-tonină	Multimodal	Tulburare depresivă majoră	Ame-liorează simptom-ele de depresie și anxietate. Induce somnul. Poate reduce vomitatul post-oper-ator.	Creștere în greutate, sedare – mai ales la începutul tratamen-tului	Nivel redus de disfuncție sexuală. Metabo-lizat de CYP1A2, 2D6 și 3A4, are puține interacțiuni anticipate. Fumatul reduce nivelul cu aproximativ 30%. Doza inițială recoman-dată va fi de 30 mg la culcare – este doza minimă ter-aapeutică. Sedarea diurnă se inversează mai rapid dacă nu se începe cu 15 mg/ zi. Doza se poate crește la un interval de două săptămâni până la 60 mg.	Antagonist receptor alfa-2 nor-adrenergic, 5-HT ₂ , 5-HT ₃ . Nu suprimă somnul REM. La voluntarii sănătoși apare sedare și afectarea capac-ității de a conduce la dozarea acută, nu și a doua zi.	Studiile pe animale și experiența la om nu s-au asociat cu risc de malformații congeni-tale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Bupropio-num	Norepine-frină, dopa-mină	Inhibitor al recaptării, eliberare de nor-adrenalină și dopa-mină	Tulburarea depresiva majoră. Tulburarea afectivă sezonieră. Depen-dența de nicotină ca suport al renunțării la fumat	Ameliorar-ea simp-tomelor de depresie, renunțarea la fumat, prevenția tulburării depresive majore cu pattern sezonier	Agitație, gură us-cată, consti-pație, risc de convulsii la doze de peste 450 mg/zi.	Nu influ-ențează greutatea, nu produce disfuncție sexuală. Riscul de convulsii este redus de prepa-ratele cu eliberare lentă. Inhibitor moderat al citocromu-lui CYP2D6.	Inhibitor al recaptării, eliberare de nor-adrenalină și dopa-mină. După două săptămâni de admin-istrare la voluntari sănătoși scade oboseala resimțită subiectiv, întârzie inițierea somnului, crește tensiunea diastolică de repaus și temperatu-ra corpului și scade greutatea corpo-rală. Nu modifică funcțiile cognitive și apetitul. Efecte echi-voce asupra somnului REM. Crește semnalul BOLD în hipocamp, amigdală și cortexul prefrontal.	Nu s-a asociat cu risc de malformații congenitale în studiile pe animale. Studiile la om sunt in-consistente privind defectele cardiace.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Agomelati-num	Melatonină, serotonină	Agonist și antagonist	Tulburarea depresivă majoră	Ame-liorează simptomele de depresie și anxietate.	În cazuri rare cresc tranzitor enzimele hepatice	Nu produce disfuncție sexuală. Poate avea efect preferențial în reducerea anhedoniei. Metabo-lizat de CYP1A2, nivelele serice sunt crescute de unele fluo-rochinolone (ciprofloxa-cina dar nu levofloxa-ci-na), iar fu-matul, prin inducția CYP1A2 scade nive-lul. Doza re-comandată este de 25 mg la cul-care, poate fi titrată la 50 mg după două săptămâni.	Agonist receptor al pentru Mel 1 și Mel 2, antagonist pentru 5-HT2B și 5-HT2C. efect de avansare a fazei pen-tru ritmul circadian, nu modifică arhitectura somnului, în special nu crește somnul cu unde lente, cum ar fi de aștep-tat prin antagonis-mul 5-HT2, acționează asupra cortexului prefrontal, amigdalei și hipocam-pului.	Nu există date priv-ind efectul asupra sarcinii.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Reboxeti-num	Noradren-alină	Inhibitor al recaptării	Tulburarea depresivă majoră	Ame-liorează simptomele de depre-sie.	Dificultăți de urin-are. Poate produce tahicardie.	Proba-bilitate redusă de disfuncție sexuală, metabo-lizat de citocromul CYP3A4, nivelele pot fi crescute de inhibi-tori ca er-itromicină, fluconazol, fluoxetină și suc de grapefruit și scăzute de induc-tori ca rifampicina, carbamaz-epina și produsele pe bază de sunătoare. Doza recoman-dată este de 2 mg de două ori pe zit imp de două săptămâni, se poate titra la interval de două săptămâni până la 6 mg de două ori pe zi.	Inhibitor al recaptării noradren-alinei, blochează răspunsul presor al tiraminei. Crește cortizolul și frecvența cardiac, ame-liorează rememorar-ea eveni-mentelor plăcute la voluntarii sănătoși și pacienții depresivi. Scade evaluările subiective pentru ostilitate și energie ridicată. Crește respon-sivitatea cerebrală la stimuli emoționali negativi în talamus, cortexul prefrontal dorsolat-eral și cel occipital, crește răspunsul amigdalei la stimuli emoționali pozitivi.	Nu există date privind efectul asu-pra sarcinii.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Tianepti-num	Glutamat, opioid	Neclar	Tulburarea depresivă majoră	Ame-liorează simptomele de depre-sie.	Cefalee, amețeli, insomnie, coșmaruri, somno-lență, gură uscată, constipație. Incidență scăzută a disfuncției sexuale.	Mecanism neclar, poate fi folosit ca drog de abuz. Me-tabolizat de citocromul CYP3A3, timp de în-jumătățire aproximativ 3 ore. Doza recoman-dată este de 12.5 mg de trei ori pe zi, se poate crește până la o doză maximă de 50 mg/zi în doze divizate.	Mecanism de acțiune neclar, nu modifică arhitectura somnului.	Nu sunt disponibile date priv-ind efectul asupra sarcinii.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Trazodo-num	serotonină	multimodal	Tulburarea depresivă majoră	Ame-liorează simptomele de depre-sie, inclusiv insomnia.	Sedare, gură uscată, amețeli. Arareori, priapism.	Utilizat frecvent în tratamentul insomniei. Nivele reduse de disfuncție sexuală. Compusul cu eliberare prelungită are probabil un efect de inhibare a recaptării serotoninei ceva mai susținut. Metabo-lizat de citocromul CYP3A4 - nivelele pot fi crescute de inhibitori ca eritro-micină, fluconazol, fluoxetină și suc de grapefruit și scăzute de inductori ca rifampicina, carbamaz-epina și produsele pe bază de sunătoare. Dozele recoman-date pentru insomnia sunt de 25-150 mg la culcare, pentru de-presie doza cu eliberare prelungită se inițiază cu 150 mg la culcare și se poate crește cu 75 mg/zi la fiecare 3-4 zile până la o doză de 375 mg într-o singură priză.	Inhibitor al recaptării serotoninei, agonist 5-HT1A, an-tagonist 5-HT2. Crește somnul cu unde lente.	Studiile pe om și animal au arătat că trata-mentul cu trazodon nu pare să crească incidența anomaliilor congeni-tale.

Medicamentele utilizate pentru augmentarea efectului antidepressivelor cu utilizare frecventă în România

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Aripiprazolum	Dopamină, serotonină	Agonist și antagonist parțial	Schizofrenia la adulți adolescenți. Manie acută. Agitație în tulburarea bipolară și schizofrenie. Prevenirea recurențelor în tulburarea bipolară, iritabilitatea în autism. Adjuvant în depresia majoră.	Ame-liorează simptomele psihotice și depresive.	Agitație, anxietate, insomnie, acatisie. Creșterea în greutate și riscul de diabet sunt mici, dar se recomandă monitorizarea, ca recomandare de clasă. Avertizare de clasă pentru creșterea mortalității la pacienții vârstnici cu demență.	Utilizat ca adjuvant în tratamentul depresiei rezistente. Disponibilă în forma depot. Metabolizată de citocromul CYP2D6, dar și de 3A4, într-o măsură mai mică atunci când se utilizează împreună cu inhibitori compleți ai CYP2D6 (fluoxetină și paroxetină), doza se va reduce cu 50%. Timpul de înjumătățire este de aproximativ trei zile. Ca adjuvant în depresie doza de start este de 2 mg/zi, se poate crește la nevoie până la 5-10 mg/zi în intervale nu mai scurte de două săptămâni. Dozele pot fi reduse mai ales la cei cu metabolizare lentă.	Agonist parțial al receptorilor D2 și 5-HT1A, antagonist al receptorului 5-HT2A. Ca și haloperidolul, crește fluxul sangvin cerebral la nivel striatal și îl reduce la nivel frontal, efecte opuse haloperidolului în cortexul temporal și cingulat posterior.	Riscul nu poate fi exclus. Riscul potențial de a administra medicamentul va fi apreciat în funcție de beneficiul clinic. Nevoia va fi apreciată de la caz la caz și va fi discutată cu pacienta. Grad mare de recomandare pentru sfatul experților în teratogenie.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Quetiapi-num	Dopamină, serotonină, norepine-frină	Multimodal	Schizof-renie. Tratamen-tul acut al episoadelor maniacale și depresive din tulbura-rea bipolară Tulburare depresivă majoră.	Ame-liorează simptomele psihotice, aug-mentează efectul antide-presivelor, efect asu-pra simp-tomelor depresive.	Sedare, amețeli, creștere în greutate, galactoree (rar), efecte extrapi-ramidale (rar). Risc de diskinezie tardivă. Sindrom neuroleptic malign. Cleareance redus la vârstnici. Risc de diabet, monitoriza-re reco-mandată ca atenționare de clasă. Avertizare de clasă pentru creșterea mortalității la pacienții vârstnici cu demență.	Regimul de dozare pent-ru obținerea beneficiilor clinice sunt în acord cu afinitatea asupra recepto-rilor: doze mici pentru sedare, doze mari pentru schizofrenie și doze intermediare pentru de-presie. Me-tabolizat de citocromul CYP3A4 – ke-toconazolul crește nive-lul plasmatic de trei ori iar carbamazepina îl scade cu 80% iar lamotrigina cu 60%. Dozele recoman-date pentru forma cu eliberare prelungită sunt de 150-300 mg/zi pentru depresia unipolară, administrată seara – se poate începe cu 50 mg/zi și se crește la nevoie la o săptămână cu câte 50 mg în funcție de tolerabil-itate. Pentru depresia bipolară do-zele optime sunt 300-600 mg/zi, titrate gradual pe parcur-sul unei săptămâni.	Antagonist al recep-torilor D2 și 5- HT2 și inhibitor al recaptării noradren-alinei (me-tabolitul).	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congeni-tale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Olanzapinum	Dopamină, serotonină	Antagonist	Schizofrenie. Tratatamentul acut al episoadelor maniacale sau mixte asociate cu tulburarea bipolară I. tratamentul de întreținere al tulburării bipolare I. Olanzapina și fluoxetina în combinație pentru episoadele depresive asociate tulburării bipolare.	Ame-liorează simptomele psihotice. Manie. Depresie.	Creștere în greutate, sedare, efecte extrapiramidale, galactoree (rar), amețeli, risc de dischinezie tardivă, sindrom neuroleptic malign. Risc de diabet, monitorizare recomandată ca atenționare de clasă. Avertizare de clasă pentru creșterea mortalității la pacienții vârstnici cu demență.	Disponibil în varianta depot. Metabolizată de CYP1a2: nivelele sunt crescute de unele fluorochinolone, ca ciprofloxacină, dar nu și levofloxacină, la marii fumători, prin inducția CYP1A2 nivelul este redus cu 65%, fiind nevoie de ajustarea dozei zilnice. Durata de înjumătățire este de 33 de ore. Dozele recomandate: 5-10 mg într-o singură priză, cu o țintă (oral sau intramuscular) de 10 mg pe parcursul câtorva zile. Doza poate fi crescută la intervale nu mai mici de o săptămână. Doza maximă aprobată este de 20 mg/zi (oral sau intramuscular), desi dozele de până la 40 mg/zi s-au dovedit a fi sigure.	Antagonist receptor (D2, 5-HT2). Effect sedative și anticolinergic, crește somnul cu unde lente.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Risperido-num	Dopamină, serotonină, norepine-frină	Antagonist	Schizofrenie. Episodul maniacal în tulburarea bipolar. Tratatamentul pe termen scurt al agresivității la pacienții cu boala Alzheimer. Tulburări de conduită la copiii peste 5 ani și adolescenții cu dizabilități de învățare.	Ame-liorează simptomele psihotice, adjuvant în depresie și TOC.	Efecte extrapi-ramidale, galactoree, sedare, amețeală, creștere în greutate. Risc de dischinezie tardivă. Sindrom neuroleptic malign. Risc de diabet, monitoriza-re reco-mandată ca atenționare de clasă. Avertizare de clasă pentru creșterea mortalității la pacienții vârstnici cu demență.	Poate fi rel-evantă acțiunea asupra receptorilor noradrenergici alfa-2. Disponibil în formă depot. Metabolizat de citocromul CYP 2D6 în metabolitul active pali-peridonum, cu profil receptor al similar dar care nu este metabolizat hepatic. În consecință, inhibiția sau inducția cito-cromul CYP 2D6 nu mod-ifică nivelul general al compușilor active și nu are consecințe clinice semnificative. Timpul de înjumătățire pentru compus și metabolit este de aproximativ 20 de ore. Ca adjuvant în depresie doza de start este 0.25-0.5 mg/zi la culcare și crescută la fiecare două săptămâni până la o doză totală de 2 mg/zi.	Antagonist al recep-torilor D2, 5-HT2, nor-adrenergici alfa-2.	Nu este de așteptat să crească riscul de anomalii congenitale

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Sulpiridum	Dopamină	Antagonist	Schizof-renie. Depresie, anxietate la adulți	Ame-liorează simptomele psihotice. Efecte extrapi-ramidale reduse, oarecare eficacitate în depresie și anxietate	Efecte extrapi-ramidale (incidență redusă) galacoree, sedare, amețeli, creștere în greutate. Risc de dischinezie tardivă și sindrom neuroleptic malign. Poate crește agitația motorie și insomnia.	Crește dispoziția, ame-liorează anxietatea socială. Este excre-tat exclusiv prin rinichi, dozele vor fi reduse la jumătate în cazul afectării renale. Tim-pul de în-jumătățire este de 7 ore. Dozele recoman-date sunt de 50-300 mg pentru anxietate și depresie, în una sau două doze.	Antagonist al receptor-ului D2.	Nu există studii

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Amisul- pridum	Dopamină	Antagonist	Schizofre- nie	Ame- liorează simptomele psihotice.	Efecte extrapi- ramidale (incidență redușă) galacoree, sedare, amețeli, creștere în greutate. Risc de dischinezie tardivă și sindrom neuroleptic malign.	Câteva dovezi de efect benefic în doze mici în distimie. Excretat prin rinichi, nu afecte- ază nivelul litiului. La doze mari crește intervalul QTc, nu inhibă en- zimele citocromu- lui P450. Timpul de în- jumătățire este de aproximativ 12 ore. În distimie pot fi efici- ente doze de 25-100 mg/zi.	Antagonist al receptor- ului D2, niv- el moderat de ocupare D2/D3 în striat și semnifica- tiv mai mari în talamus și lobul temporal.	Riscul nu poate fi exclus. Riscul po- tențial de a administra medica- mentul va fi apreciat în funcție de benefi- ciul clinic. Nevoia va fi apreciată de la caz la caz și va fi discutată cu pacien- ta. Grad mare de recoman- dare pen- tru sfatul experților în teratog- enie.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Litium		Modulator enzimatic	Tulburare bipolară. Manie. Depresie recurentă. Comportament agresiv sau auto-mutilare.	Antimaniacal. Timostabilizator, utilizat în augmentarea antidepressivelor.	Creștere în greutate, tremor, disfuncție paratiroidiană, tiroidiană, renală.	Fracția terapeutică îngustă obligă la monitorizarea nivelului litiului. Dozele recomandate: 600 mg la culcare, pot fi titrate rapid la 1200 mg în tulburarea bipolară. Dozele trebuie ajustate în funcție de nivelul plasmatic măsurat la 12 ore după ultima doză. Ca adjuvant în depresia bipolară, va fi ținut intervalul 0.5-0.8 mEq/l.	Modulator enzimatic, acțiune extinsă în toate regiunile corticale.	Expunerea la litiu în timpul sarcinii s-a asociat cu risc crescut de malformații cardiace în unele studii. În sarcinile expuse, poate fi utilă ecocardiografia fetală. Terapia cu litiu a fost asociată cu complicații materne, fetale și neonatale.

Denumire generică	Domeniu farmacologic	Mod de acțiune	Indicații aprobate	Eficacitate	Efecte adverse	Conside-rații practice	Neuro-biologie	Adminis-trarea în sarcină
Buspiro-num	Serotonină	Agonist parțial	Tulbura-rea tip anxietate generaliza-tă. Ame-liorarea pe termen scurt a anxietății.	Reduce anxietatea și tensi-unea.	Amețeli, cefalee, somno-lență.	Utilizat pentru aug-mentare în trata-mentul depresiei rezistente, poate ameliora, parțial, disfuncția sexuală indusă de SSRI. E ab-sorbit într-o oră și are timp de în-jumătățire de aproxi-mativ 3 ore. E metab-olizată de citocromul 3A4 și inhibitorii izoenzi-matici precum eritromici-na, keto-conazolul, fluoxetina și sucul de grapefruit vor crește nivelele plasmatiche, în vreme ce inductori (carbamaz-epina) le va reduce. Dozele recoman-date: doza inițială 10-15 mg/zi în 2-3 doze, poate fi crescută cu câte 5 mg în inter-vale de câteva zile, până la un maxim de 60 mg/zi, în funcție de răspuns și efecte adverse.	Agonist parțial al receptoru-lui 5-HT1A. scade tem-perature, antago-nizează dischinezia indusă de levodopa și bruxis-mul indus de SSRI, amână somnul REM.	Riscul nu poate fi exclus. Riscul po-tențial de a administra medica-mentul va fi apreciat în funcție de benefi-ciul clinic. Nevoia va fi apreciată de la caz la caz și va fi discutată cu pacien-ta. Grad mare de recoman-dare pen-tru sfatul experților în teratog-enie.

În uz la data elaborării prezentului ghid, recomandările pentru țara noastră sunt cuprinse în protocoalele terapeutice.

DCI: CITALOPRAMUM I. Clasa de medicamente: Antidepresive SSRI II. Forme farmaceutice: Cu administrare orală III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321) și tulburarea de panică (325). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 320 – Episodul depresiv din tulburarea afectivă bipolară (adjuvant, cu precauție) 322 – Tulburarea depresivă persistentă 325 – Tulburarea de anxietate socială 325 – Tulburarea de anxietate generalizată 326 – Tulburarea obsesiv-compulsivă IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 20-40 mg/zi, maxim 60 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru.

DCI: ESCITALOPRAMUM I. Clasa de medicamente: Antidepresive SSRI II. Forme farmaceutice: Cu administrare orală III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321), tulburări de panică (325), tulburarea de anxietate socială (325), tulburarea de anxietate generalizată (325), tulburarea obsesiv-compulsivă (326). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 320 – Episodul depresiv din tulburarea afectivă bipolară (adjuvant, cu precauție) 322 – Tulburarea depresivă persistentă asociată unor comorbidități somatice 327 – Tulburarea post-traumatică de stress IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 10 mg/zi, maxim 20 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru.

DCI: TRAZODONUM I. Clasa de medicamente: Antidepresive II. Forme farmaceutice: Administrare orală cu eliberare prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321), controlul agitației la vârstnici cu demență (368, 299) și insomnia asociată tulburărilor psihiatrice majore. b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 325 – Tulburări fobice-anxioase IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 50-150 mg/zi, maxim 450 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, tensiune arterială, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie. Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru. Medicul de familie poate iniția tratamentul în cazul episodului depresiv ușor, tulburărilor de anxietate ușoare sau insomniilor non-organice, cu evaluarea raportului risc-beneficiu. După prima lună de tratament, dacă starea pacientului nu s-a ameliorat, medicul de familie are obligația de a solicita consult

de specialitate pentru reevaluare clinică și terapeutică. Dacă starea pacientului s-a ameliorat, medicul de familie poate continua prescrierea pentru maxim 2 luni (în total 3 luni).

DCI: TIANEPTINUM I. Clasa de medicamente: Alte antidepresive II. Forme farmaceutice: Cu administrare orală III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 322 – Tulburare depresivă persistentă 327 – Tulburare post-traumatică de stress (linia a treia) IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 12,5-37,5 mg/zi, maxim 50 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, tensiune arterială, ECG, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie. Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru.

DCI: VENLAFAXINUM I. Clasa de medicamente: Antidepresive SNRI II. Forme farmaceutice: Orale cu eliberare imediată și prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321), tulburarea de anxietate generalizată (325), tulburarea de anxietate socială (325) și tulburarea de panică (325). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 322 – Tulburare depresivă persistentă 326 – Tulburare obsesiv-compulsivă 327 – Tulburare post-traumatică de stress IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 75-225 mg/zi, maxim 375 mg/zi (pentru tulburări depresive), respectiv 225 mg/zi (pentru tulburări de anxietate). Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, tensiune arterială, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie. Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru.

DCI: DULOXETINUM I. Clasa de medicamente: Antidepresive SNRI II. Forme farmaceutice: Orale III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din tulburarea depresivă majoră (321), tulburarea de anxietate generalizată (325), tratamentul durerii din neuropatia diabetică. b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 322 – Tulburarea depresivă persistentă asociată unor comorbidități somatice 325 – Tulburarea de anxietate socială, tulburarea de panică (linia a treia) 326 – Tulburarea obsesiv-compulsivă (linia a treia) 327 – Tulburarea post-traumatică de stress 329 – Tulburarea de somatizare IV. Tratament: Dozare: Doza zilnică recomandată 30-60 mg/zi, maxim 120 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie, respectiv neurologie și/sau diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau cu competență/atestat în diabet (pentru durerea din neuropatia diabetică). Continuare: medic din specialitatea psihiatrie, respectiv neurologie și/sau diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau cu competență/atestat în diabet sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale

eliberate de medicul de specialitate.

DCI: OLANZAPINUM I. Clasa de medicamente: Antipsihotice de generația a 2-a II. Forme farmaceutice: Forme orale, formă parenterală cu eliberare imediată, formă parenterală cu eliberare prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) Forma orală a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312), tulburare afectivă bipolară - episodul maniacal și episodul mixt (319, 320). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 314 – Tulburări delirante persistente 315 – Tulburări psihotice acute și tranzitorii 317 – Tulburare schizo-afectivă 320 – Tulburare afectivă bipolară: episod depresiv (adjuvant) 321 – Tulburare depresivă majoră cu elemente psihotice (adjuvant) 325 – Tulburări fobic-anxioase (augmentare) 326 – Tulburare obsesiv-compulsivă (augmentare) 338 – Tulburare de personalitate borderline (pe termen scurt și după excluderea altor opțiuni terapeutice) 307, 309 – Tulburări mentale și de comportament datorate consumului de substanțe (opioace, derivate de cannabis, halucinogene, cocaină, alte substanțe) Formă parenterală cu eliberare imediată Stările de agitație psihomotorie din schizofrenie (312), tulburări psihotice acute și tranzitorii (315), tulburare schizo-afectivă (317), episod maniacal din tulburarea bipolară (319, 320) Formă parenterală cu eliberare prelungită Tratamentul de întreținere din schizofrenie (312) după stabilizare cu olanzapină administrată oral. IV. Tratament: Dozare: Doza recomandată 10-20 mg/zi, maxim 20mg/zi (forma orală), 300-600mg/lună (forma injectabilă cu eliberare prelungită), conform schemelor de echivalență recomandate. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: La inițiere: examen clinic complet, greutate, BMI, circumferință abdominală, tensiune arterială, istoric personal sau familial de diabet, obezitate, dislipidemie sau boala cardiovasculară. La fiecare consultație: toleranță, eficacitate, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: Tensiune arterială, BMI: la 3 luni; Greutate: inițial, lunar, apoi la 3 luni; Glicemie: inițial, la 3 luni și apoi anual; Profil lipidic: inițiere, la 3 luni și apoi anual. VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică Continuare: Pentru formele orale – medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru. Pentru formele parenterale – medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică. Forma cu eliberare prelungită se administrează doar într-o unitate sanitară de specialitate, cu monitorizarea pacientului timp de 3 ore post-injecție.

DCI: RISPERIDONUM I. Clasa de medicamente: Antipsihotice de generația a 2-a II. Forme farmaceutice: Forme orale, formă parenterală cu eliberare prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) Forme orale a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312), tulburare afectivă bipolară - episodul maniacal și mixt (319, 320), tratamentul de scurtă durată (maxim 6 săptămâni) al agresiunii persistente cu risc de vătămare în demența moderată până la severă (368, 299), tulburări de conduită (351), tulburări ale ticurilor și alte tulburări de comportament și emoționale apărând, de obicei, în perioada copilăriei și adolescenței (354). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 314 – Tulburări delirante persistente 315 – Tulburări psihotice acute și tranzitorii 317 – Tulburare schizo-afectivă 318 – Alte tulburări psihotice neorganice 321 – Tulburare depresivă majoră (adjuvant) 325 – Tulburări fobic-anxioase (augmentare) 326 – Tulburare obsesiv-compulsivă (augmentare) 338 – Tulburare de personalitate borderline (pe termen scurt) 302 – Delirium (adjuvant, pe termen scurt) 307, 309 – Tulburări mentale și de comportament datorate consumului de substanțe (opioace, derivate de cannabis, halucinogene, cocaină, alte substanțe) 343, 344, 345, 346 – Tulburări în dezvoltarea mintală

(în cazul agresivității persistente la copii peste 5 ani și adolescenți – maxim 6 săptămâni) 349 – Tulburări de spectru autist (în cazul iritabilității asociate TSA – hetero- și autoagresivitate, crize de opoziție, schimbări rapide de dispoziție – la copii peste 5 ani și adolescenți) Forma parenterală cu eliberare prelungită a. Principale Tratamentul de întreținere din schizofrenie (312) b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) Tratamentul de întreținere din tulburarea afectivă bipolară (319, 320) IV. Tratament: Dozare: Adulți. Doza recomandată 4-8 mg/zi, maxim 16mg/zi (forma orală); 25-37,5 mg/2săptămâni, maxim 50 mg/2săptămâni (forma parenterală cu eliberare prelungită). Copii și adolescenți cu greutatea < 50 kg. Doza inițială recomandată este de 0,25 mg/zi (forma orală) care poate fi crescută cu 0,25 mg/zi, la interval de 2 zile. Copii și adolescenți cu greutatea ≥50 kg. Doza inițială recomandată este de 0,5 mg/zi (forma orală) care poate fi crescută cu 0,5 mg/zi, la interval de 2 zile. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, efecte extrapiramidale, tensiune arterială, greutate, glicemie, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: Tensiune arterială, BMI: la 3 luni; Greutate: inițial, lunar, apoi la 3 luni; Glicemie: inițial, la 3 luni și apoi anual, ECG: la 6 luni. VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie sau psihiatrie pediatrică Continuare: Pentru formele orale – medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru. Pentru formele parenterale – medic din specialitatea psihiatrie.

DCI: QUETIAPINUM I. Clasa de medicamente: Antipsihotice de generația a 2-a II. Forme farmaceutice: Forme orale cu eliberare imediată și prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) Forma cu eliberare imediată a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312), tulburare afectivă bipolară - episodul maniacal și depresiv (319, 320) Forma cu eliberare prelungită a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312), tulburare afectivă bipolară - episodul maniacal și depresiv (319, 320), tulburare depresivă majoră – adjuvant (321) b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 315 – Tulburări psihotice acute și tranzitorii 317 – Tulburare schizo-afectivă 303 – Tulburări psihotice din boala Parkinson (dacă alte opțiuni terapeutice au eșuat) 325 – Tulburări fobic-anxioase (adjuvant) 338 – Tulburări de personalitate (adjuvant) IV. Tratament: Dozare: Doza recomandată 150-300 mg/zi, maxim 800mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, efecte extrapiramidale, tensiune arterială, greutate, glicemie, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare:

Tensiune arterială, BMI: la 3 luni; Greutate: inițial, lunar, apoi la 3 luni; Glicemie: inițial, la 3 luni și apoi anual, ECG: la 6 luni. VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie sau psihiatrie pediatrică; medic din specialitatea neurologie (pentru tulburările psihotice asociate bolii Parkinson). Continuare: medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică, neurologie (pentru indicația din boala Parkinson) sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul de specialitate.

DCI: AMISULPRIDUM I. Clasa de medicamente: Antipsihotice de generația a 2-a II. Forme farmaceutice: Cu administrare orală III. Indicații (conform codurilor ICD-10) a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312) și depresia cu simptome psihotice (321). b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice

riguroase și pe durată scurtă de timp) 314 – Tulburări delirante persistente 315 – Tulburări psihotice acute și tranzitorii 317 – Tulburări schizo-afective IV.Tratament: Dozare: Simptome pozitive: doza zilnică recomandată 400-800 mg/zi, maxim 1200 mg/zi. Simptome negative: doza zilnică recomandată 50-300 mg/zi,maxim 300 mg/zi. Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu.V.Monitorizare: Eficacitate, toleranță, prolactinemie, efecte extrapiramidale, greutate, tensiune arterială, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI.Evaluare: 1-3 luni VII.Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie Continuare: medic din specialitatea psihiatrie sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru.

DCI: ARIPIPRAZOLUM I. Clasa de medicamente: Antipsihotice de generația a 2-a II. Forme farmaceutice: Forme orale, formă parenterală cu eliberare imediată, formă parenterală cu eliberare prelungită III. Indicații (conform codurilor ICD-10) Forma orală a. Principale Tratamentul episodic și de întreținere din schizofrenie (312), tulburare afectivă bipolară (320) - episodul maniacal și episodul mixt. b. Secundare (de a doua sau a treia intenție, dacă tratamentul de primă intenție nu s-a dovedit eficace; ca tratament adjuvant sau de augmentare în condițiile unei justificări clinice riguroase și pe durată scurtă de timp) 314 – Tulburări delirante persistente 315 – Tulburări psihotice acute și tranzitorii 317 – Tulburarea schizo-afectivă 321 – Tulburarea depresivă majoră cu elemente psihotice (adjuvant) 326 – Tulburarea obsesiv-compulsivă (augmentare) 338 – Tulburarea de personalitate borderline (pe termen scurt și după excluderea altor opțiuni terapeutice) 349 – Tulburări de spectru autist (în cazul iritabilității asociate TSA – hetero- și autoagresivitate, crize de opoziție, schimbări rapide de dispoziție – la copii peste 6 ani și adolescenți) 354 – Tulburări ale ticurilor (pe termen scurt) Forma parenterală cu eliberare imediată Stările de agitație psihomotorie din schizofrenie (312), tulburări psihotice acute și tranzitorii (315), tulburare schizo-afectivă (317), episod maniacal din tulburarea bipolară (319, 320). Forma parenterală cu eliberare prelungită Tratamentul de întreținere din schizofrenie (312), tulburare schizo-afectivă (317) și tulburare afectivă bipolară (320). IV. Tratament: Dozare: Adulți. Doza recomandată 10-20 mg/zi, maxim 30mg/zi (forma orală), 300-400mg/lună (forma parenterală cu eliberare prelungită). Copii și adolescenți. Doza recomandată este de 10mg/zi, cu titrare progresivă (forma orală). Durată: În funcție de forma, severitatea și stadiul tulburării, pe baza argumentelor clinice și a raportului risc-beneficiu. V. Monitorizare: Eficacitate, toleranță, efecte extrapiramidale, tensiune arterială, comorbidități, interacțiuni medicamentoase, contraindicații. VI. Evaluare: 1-3 luni (forma orală), 3-6 luni (suspensia injectabilă cu eliberare prelungită) VII. Prescriptori: Inițiere: medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică

Continuare: Pentru formele orale – medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică sau medic de familie care poate continua prescrierea pe o perioadă de 3-6 luni, pe baza scrisorii medicale eliberate de medicul psihiatru. Pentru formele parenterale – medic din specialitatea psihiatrie, psihiatrie pediatrică.

IV.2.3 Sindromul de discontinuare la antidepressive

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Sindromul de discontinuare reprezintă un ansamblu de simptome care apare la un interval de până la 5 zile de la întreruperea bruscă a antidepressivului sau uneori în timpul reducerii treptate a dozei antidepressivului. Nu poate fi atribuit altor cauze.

- **Factorii care influențează riscul de apariție a sindromului de discontinuare**

Riscul crescut a fost asociat cu:

- antidepresive cu timp scurt de înjumătățire,
- utilizarea venlafaxinei și paroxetinei; cel mai scăzut risc este în cazul tratamentului cu fluoxetină și agomelatină,
- omisiuni ale dozelor,
- durata de tratament cu antidepresiv mai mare de opt săptămâni,
- pacienți cu simptome de anxietate apărute la inițierea tratamentului antidepresiv, mai ales cu cele din clasa SSRI,
- tratament concomitent cu altă medicație cu acțiune la nivel central, precum hipotensoare, antihistaminice, antipsihotice,
- istoric anterior de sindrom de discontinuare,
- istoric de recădere/recurență depresivă la întreruperea tratamentului antidepresiv.

- **Manifestări clinice ale sindromului de discontinuare**

- simptome afective (iritabilitate),
- simptome gastro-intestinale (vărsături),
- simptome neuromotorii (ataxie),
- simptome vasomotorii (transpirații),
- simptome neurosenzoriale (parestezii),
- alte simptome neurologice.

Se poate manifesta cu intensitate variabilă și cu orice combinație a simptomelor amintite mai sus.

- **Diagnosticul diferential** al sindromului de discontinuare la antidepresive se va face cu recăderea depresivă sau cu boli somatice cu manifestări similare

- **Managementul sindromului de discontinuare:**

a) **Măsuri preventive:**

- cunoașterea timpului de înjumătățire a antidepresivului și reducerea dozelor în funcție de acesta,
- efectuarea rapidă a switch-ului antidepresiv, pe o durată de câteva zile (cel mult o săptămână) în cazul antidepresivelor din aceeași clasă.

b) **Tratament:**

- în sindromul de discontinuare de intensitate ușoară: consilierea suportivă și psihopedagogică a persoanei, monitorizare clinică; simptomele se remit rapid, fără un tratament specific;
- în sindromul de discontinuare de intensitate moderată sau severă: reintroducerea

medicației antidepresive inițiale sau a altui antidepresiv din aceeași clasă cu cel inițial, de preferință cu timp de înjumătățire mai lung.

- **Recomandări și mesaje cheie**

- Antidepresivele **NU** cauzează dependență.
- **NU** există dovezi privitoare la dezvoltarea toleranței la antidepresive (Zimmerman & Thongy, 2007).
- Orice persoană aflată sub tratament antidepresiv poate dezvolta sindrom de discontinuare.
- Medicul curant va avea în vedere la alegerea antidepresivului factorii de risc pentru apariția sindromului de discontinuare.
- Consilierea persoanelor diagnosticate cu depresie înaintea inițierii tratamentului antidepresiv va cuprinde informații suficiente și clare privitoare la instalarea efectului terapeutic, evoluția sub tratament, durata tratamentului antidepresiv și riscurile asociate întreruperii bruște a tratamentului.
- La apariția sindromului de discontinuare pacientul va fi consiliat suportiv, monitorizat activ și se va reintroduce antidepresivul inițial sau altul din aceeași clasă, cu timp de înjumătățire mai lung.

IV.3. Intervenții psihoterapeutice

Dr. Diana Stănculeanu

IV.3.1. Consilierea psihologică

Consilierea psihologică a fost dezvoltată de Carl Rogers în 1957, având în centru credința că ființa umană posedă resurse pentru auto-vindecare, rezolvare de probleme și creștere, dacă sunt oferite condițiile adecvate. Aceste condiții vizează: respect față de sine, autenticitate și empatie. Modelul original al lui Rogers a fost transformat într-un program structurat de consiliere de către Truax și Carkhuff (1967) și apoi independent de către Egan în 1990, acest dezvoltând modelul celor trei etape – explorarea, personalizarea și acțiunea.

Deși în acest moment foarte multe abordări terapeutice folosesc ingredientele de bază ale terapiei centrate pe persoană (Roth, Fonagy, 2005), diferențele rezidă în modalitatea în care sunt folosite (de exemplu EFT – terapia centrată pe emoții, sau terapia centrată pe relația cu clientul). O formă mai directivă de consiliere a fost de asemenea dezvoltată, ce încorporează elemente de ascultare activă, interviu anamnestice și consiliere non directivă cu tehnici directive precum clarificare și rezolvare de probleme sau fixare de obiective.

Consilierea a devenit în timp un termen generic, utilizat pentru a descrie o gamă largă de intervenții livrate de un profesionist numit consilier. Conținutul acestor intervenții diferite include elemente psihodinamice, sistemice, cognitive și comportamentale (Bower&al., 2003).

IV.3.2. Psihoterapiile cognitiv-comportamentale

IV.3.2.1. *Terapia Cognitiv comportamentală*

Terapiile cognitiv comportamentale (TCC) pentru depresie au fost dezvoltate de Aaron T. în anii 50 și structurate ca intervenție specifică în depresie în anii 70 (Beck&al., 1979). Inițial, TCC a fost centrat pe tiparele de gândire ale persoanei cu depresie, construite pe baza schemelor timpurii și a credințelor de bază despre propria persoană, ceilalți și viitor. Conform modelului cognitiv, persoana cu depresie se concentrează doar pe gândurile negative cu privire la sine, mediul înconjurător și viitor. TCC propune o abordare educațională, colaborativă, cu ajutorul căreia persoana cu depresie învață să își recunoască, re-evalueze și, treptat, să schimbe, propriile tipare negative de gândire. În contextul temelor de casă, clienții sunt încurajați să exerseze evaluarea și schimbarea cognitivă, precum și noile comportamente. TCC nu are în vedere conflictele inconștiente sau transferul și nici nu oferă interpretări similare terapiilor de natură psihodinamică. În TCC se pune de asemenea accentul pe activare comportamentală și angajare în comportamente plăcute, precum și pe implicarea în experimente comportamentale ca modalitate de a testa gândurile negative automate și convingerile disfuncționale. Similar altor tipuri de intervenție psihologică, TCC a evoluat de-a lungul timpului, astfel încât poate fi livrat în format individual intens și extensiv (mai mult de 15 sesiuni de terapie), în format individual de scurtă durată (mai puțin de 15 sesiuni de terapie) precum și în format de grup.

Principiile TCC pot fi regăsite de asemenea în alte tipuri de intervenție psihologică, ce pot fi utilizate autonom, sau ca parte a unei intervenții complexe de tip TCC. Derivate din principiile de bază ale terapiilor cognitive și cognitiv-comportamentale, înglobând nuanțe și tehnici noi, abordările din „al treilea val” – ACT (Acceptance and Commitment Therapy) și/ sau MBCT (Mindfulness based cognitive therapy) fiind cele mai cunoscute – au fost utilizate din ce în ce mai mult în ultimul deceniu. Aceste terapii încurajează trăirea conștientă și prezentă a tuturor experiențelor subiective, precum și acceptarea acestora, mai degrabă decât alocarea de eforturi pentru schimbarea lor (Herbeert&al., 2009).

O altă variantă, veche de data aceasta a terapiilor cognitiv-comportamentale clasice dezvoltate de Beck, o reprezintă terapia rațional-emoțională (REBT) dezvoltată de Ellis în anii 50 (Ellis, 1955), care promovează schimbarea profundă pe baza principiului acceptării necondiționate, prin abordarea meta-emoțiilor (emoții despre emoții) și a perfecționismului și așteptărilor nerealiste în raport cu sine, ceilalți și viață în general – acestea fiind de altfel considerate esențiale în structurarea unui episod depresiv.

Terapiile cognitiv comportamentale ajută persoana cu depresie să diferențieze între gânduri și emoții și să învețe autoreglare emoțională prin chestionarea validității gândurilor negative automate și a credințelor disfuncționale. Acest lucru se realizează prin identificarea și recunoașterea tiparelor negative de gândire descrise în sesiunile de terapie, puse în evidență prin chestionarele de evaluare, precum și prin efectuarea temelor de casă (ex. jurnal). Sunt analizate de asemenea tiparele comportamentale care contribuie la retragerea individului din activități și relații, la scăderea gradului de interes și satisfacție, și identificarea de activități și comportamente însoțite anterior de plăcere, urmată de planificarea atentă a acestora, în vederea implementării lor în rutina de zi cu zi.

Tratamentul începe prin educarea adultului cu depresie cu privire la modul în care gândurile, emoțiile și comportamentele interacționează unele cu celelalte, pentru a influența dispoziția emoțională și starea de bine. Este, de asemenea, introdusă ideea că există modalități de a schimba tiparele cognitive și comportamentale, astfel încât să aibă impact pozitiv asupra

emoțiilor și comportamentelor. Pacientul este sprijinit în a utiliza o varietate de tehnici pentru a reduce simptomele și a îmbunătăți funcționarea.

Pacientul este încurajat să completeze un jurnal al dispoziției, ca temă de casă, de la o ședință de terapie la cealaltă, cu înregistrarea situațiilor care declanșează gândurile automate care, ulterior, influențează răspunsul emoțional și pe cel comportamental. Terapeutul și pacientul colaborează pentru a identifica teme comune în tiparele disfuncționale de gândire și comportament, în fiecare situație specifică.

Credințele pacientului cu privire la sine, ceilalți, lume și viitor, vor fi testate și chestionate prin prisma dovezilor obiective identificate în contexte situaționale și relaționale specifice.

Temele de casă, parte constantă a procesului terapeutic, vor permite pacientului să consolideze abilitățile nou învățate și să aibă un nivel superior de încredere în propria capacitate de a face față adversității.

Pacienții cu depresie caută adesea dovezi care să confirme percepția negativă despre sine, învățată adesea în experiențe timpurii de viață, în relații directe cu membrii familiei, prieteni semnificativi sau cadre didactice relevante. Oamenii pot învăța astfel că mediul înconjurător este disfuncțional sau nesigur, sau că a fi criticat este o dovadă a lipsei de valoare personală. Aceste credințe se activează în situații specifice stresante, iar prin tehnici terapeutice cognitive, sunt identificate și schimbate schemele negative de bază care dictează răspunsuri comportamentale și emoționale în diferite situații de viață.

IV.3.2.3. Psihoterapia cognitivă bazată pe mindfulness (MBCT)

Aceasta abordare a fost dezvoltată cu obiectivul specific de a contribui la prevenirea recăderilor / instalarea recurenței în tulburarea depresivă (Segal&al., 2002, Kuyken&al., 2008, Kuyken&al., 2015). MBCT este un program de grup, de dezvoltare de abilități, cu o durată de 8 săptămâni și un conținut structurat în 8 ședințe cu întinderea de 2 ore fiecare, urmate de 4 sesiuni de follow-up oferite în decursul a 12 luni de la încheierea programului intensiv. Integrează utilizarea practicilor de meditație de tip mindfulness, derivate din cercetarea lui Kabat-Zin cu privire la eficiența practicilor mindfulness în managementul stresului (Kbat-Zin, 1990), precum și psiho-educația și principiile TCC pentru managementul episodului depresiv acut, așa cum au fost elaborate de Beck (Beck&al., 1979).

MBCT are la bază experiențe clinice care arată cum recăderea în depresie are legătură cu reinstalarea tiparelor automate negative de gândire, emoție și comportament, precum auto-critica sau evitarea comportamentală (Lau&al., 2004). Prin intermediul practicilor de meditație ghidată, persoanele cu depresie învață să recunoască acest mod de funcționare de tip „pilot automat”, să renunțe la el în mod conștient și să dezvolte modalități mai sănătoase de răspuns la provocările realității, ce includ acceptarea dificultăților, compasiune față de sine și conștientizare corporală.

IV.3.2.2. Psihoterapia cognitiv-comportamentală de grup

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în format de grup poate fi utilizată la pacienții cu depresie majoră. Grupurile de terapie cognitiv-comportamentală de grup beneficiază de o puternică componentă psihoeducațională și sunt organizate structurat, în 12 sesiuni cu o durată de 2 ore fiecare, implementate pe parcursul a 8-10 săptămâni.

IV.3.3 Activarea comportamentală

Teoriile învățării operante (instrumentală) susțin că, comportamentele depresive sunt învățate în contexte specifice. În terapia comportamentală, depresia este conceptualizată ca rezultat al unui proces minimal de întărire pozitivă în viața persoanei cu depresie, rezultat menținut prin întărire negativă (Ferster, 1973). În cele mai multe dintre situații, persoanele cu depresie folosesc evitarea pentru a minimiza emoțiile negative și/sau situațiile anticipate ca fiind neplăcute pe termen scurt, ceea ce generează dificultăți pe termen lung. Terapiile comportamentale se concentrează pe activarea comportamentală ce își propune încurajarea persoanei cu depresie în a avea mai multe comportamente satisfăcătoare/ orientate spre sarcină, precum și întreruperea tiparelor de întărire negativă. Abordarea a fost dezvoltată de Lewinsohn în 1976 și stă încă la baza diferitelor tipuri de terapii, numite generic „comportamentale”. 40 de ani mai târziu, activarea comportamentală a reușit să stârnească interesul mai multor cercetători (Jacobson&al., 2001; Hopko&al., 2003; Dimidjan&al., 2008; Watkins&al., 2011)), fiind acceptată acum ca o terapie în sine.

Activarea comportamentală presupune două direcții de acțiune distincte; primul vizează intensificarea activităților plăcute prin planificarea atentă și regulată a acestora (Hopko&al., 2003); a doua vizează reducerea mecanismului de evitare și înțelegerea comportamentelor persoanei cu depresie în fiecare context din viața acesteia, integrând antecedentele și consecințele ce decurg din acestea. Principala abordare a variantei contextuale din activarea comportamentală este analiza funcțională, ce presupune o privire atentă a fiecărui comportament și o înțelegere a schimbărilor comportamentale în funcție de ceea ce se întâmplă înainte (antecedente) și după (consecințe) comportamentele respective, cu obiectivul specific de a planifica și genera schimbare comportamentală eficientă (Jacobson&al., 2001).

Un exemplu specific de utilizare a activării comportamentale este programul lui Lewinshon „Coping with Depression” (Cum să facem față depresiei?), furnizat în context individual și/ sau de grup, similar programelor de psihoeducație, fundamentat pe teoriile învățării sociale, în conformitate cu care, depresia este asociată cu diminuarea activităților plăcute simultan cu intensificarea interacțiunilor negative dintre persoana cu depresie și mediul său de viață.

IV.3.4 Rezolvarea de probleme

Intervențiile bazate pe rezolvarea de probleme, oferite deopotrivă în format individual și de grup, se bazează pe teorii care susțin că depresia este asociată cu dificultăți de rezolvare de probleme

în contexte sociale (Nezu, 1987), având ca și consecințe stare depresivă, ruminații, informații limitate (Watkins, 2008).

Prin tehnica rezolvării de probleme se propune sprijinirea persoanelor cu depresie în rezolvarea problemelor cotidiene precum și în dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme, în vederea îmbunătățirii simptomelor depresive (Nezu&al., 1989).

IV.3.5 Psihoterapia rațional-emotivă

Dezvoltată de Albert Ellis în anii 1950 și 1960 (Ellis, 1962), psihoterapia rațional emotivă este o formă de terapie centrată pe prezent, de scurtă durată, livrată mai degrabă în format individual decât de grup, care acoperă și se adresează relațiilor, prin gânduri, emoții și

comportamente. Se pune accentul pe adresarea gândirii care stă la baza problemelor emoționale și comportamentale. Persoanele cu depresie învață cum să examineze și să provoace gândirea lor nefolositoare.

IV.3.6. Psihoterapia interpersonală

IPT a fost dezvoltată de Klerman și Weissman (Klerman&al., 1984) cu intenția specifică de a ajuta persoanele cu depresie, dar astăzi este utilizată în tratamentul a numeroase tulburări (Weisman&al., 2000). IPT se concentrează pe relații prezente, nu pe cele din trecut, precum și pe procesele interpersonale, mai degrabă decât pe cele intra-psiice (cum ar fi credințele disfuncționale de bază sau gândurile negative automate, precum în CBT, sau conflictele inconștiente, precum în terapia psihodinamică). IPT este o intervenție limitată în timp și se focusează pe dificultățile cotidiene generate de menținerea relațiilor interpersonale și rezolvarea provocărilor inerente unui episod depresiv major. La debutul intervenției, terapeutul și clientul aleg de comun acord o arie problematică, ce include: tranziții în relațiile interpersonale, conflicte în relațiile interpersonale, pierdere/ suferință/ deficite în relațiile interpersonale. Acest tip de abordare terapeutică poate fi utilizat în contexte individuale sau de grup (Wilfley&al., 2000). Dimensiunea centrală în terapie vizează înțelegerea evenimentelor recente din perspectivă interpersonală și explorarea alternativelor pentru gestionarea sănătoasă a relațiilor. Deși „tema de casă” nu este centrală în această abordare, se lucrează structurat către realizarea unor schimbări concrete, obiectiv pentru îndeplinirea căruia clienții pot fi adesea implicați în sarcini specifice.

Psihoterapia interpersonală conceptualizează depresia din perspectiva a trei componente:

- Simptomele depresive: de sorginte deopotrivă biologică (ex. dificultăți de somn, funcționare afectată în stare de veghe, tulburări ale rutinei alimentare etc.) și psihologică (ex. tristețe, vinovăție etc.);
- Funcționarea socială, legată de felul în care pacientul interacționează cu persoanele semnificative din viața sa și răspunde în situații sociale diverse; ipoteza de lucru este că dificultățile în interacțiunile sociale generează sau exacerbează simptome depresive;
- Dificultățile la nivelul personalității: sunt avute în vedere caracteristici individuale care se manifestă consistent, repetitiv, în situații dificile, precum stilul de exprimare a furiei, stima de sine și tiparul de comunicare. Aceste caracteristici mediază felul în care persoana reacționează în situații sociale, influențând apariția de noi simptome depresive.

Tratamentul este de scurtă durată, drept pentru care nu sunt așteptate modificări semnificative la nivelul personalității, însă abilitățile de comunicare interpersonală ce sunt dezvoltate în cadrul procesului terapeutic influențează pozitiv gradul de eficiență în rezolvarea dificultăților relaționale. Ba mai mult, competențele sociale achiziționate reprezintă un factor de protecție împotriva apariției unui nou episod depresiv, prin îmbunătățirea stilului general de coping la stres.

Tratamentul debutează cu evaluarea complexă a funcționării sociale și emoționale a persoanei, simultan cu educarea pacientului cu privire la modelul bio-psiho-social al depresiei și evidențierea mesajului că boala nu definește persoana. Ulterior, sunt investigate relațiile și modalitățile preferate de interacțiune interpersonală, terapeutul reușind să identifice și să inițieze intervenție terapeutică în cel puțin una dintre cele patru arii tipic afectate în depresie: pierderea (ex. perioade lungi de tristețe după pierderea unei persoane iubite), disputarea rolului (ex. percepția persoanei că nu este înțeleasă de cei din jur), tranziția de rol (ex. mutarea

recentă într-un oraș nou) și deficitele interpersonale (ex. retragerea/ izolarea socială).

În continuarea intervenției, terapeutul și pacientul identifică strategii de îmbunătățire în aria problematică aleasă, cu obiectivul de a reduce simptomatologia depresivă. Ulterior, terapeutul re-evaluează abilitățile interpersonale pe care pacientul le-a exersat, cu precădere integrarea perspectivei și comunicarea eficientă, și identifică modalități de utilizare a acestor abilități, în afara contextului terapeutic. În sesiunile de follow-up și consolidare, sunt de asemenea, reamintite și exersate toate abilitățile necesare pentru prevenirea apariției unui nou episod.

IV.3.7. Psihoterapia de cuplu

Deși nu este un tratament special dezvoltat pentru depresie, unii autori subliniază importanța terapiei de cuplu pentru depresie, datorită influenței pe care partenerul o poate avea asupra inițierii, menținerii sau exacerbarii și rezolvării unui episod depresiv.

Terapeuții au observat că un comportament critic al partenerului poate declanșa un episod de depresie, și/sau poate menține sau exacerba recăderea în depresie, pe termen lung (Hooley & Teasdale, 1989), cu toate că alți cercetători au pus acest lucru la îndoială (Hayhurst *et al.*, 1997). De asemenea, s-au făcut cercetări care vizează diferențele dintre vulnerabilitățile femeilor și cele ale bărbaților în cadrul relațiilor intime, cu agresiunea fizică a unui partener ca fiind un predictor pentru instalarea depresiei la femei. Dificultățile întâlnite în încercarea de a dezvolta intimitatea și de a gestiona conflictele sunt, de asemenea, predictorii pentru depresia atât la femei, cât și la bărbați (Christian *et al.*, 1994).

Terapia de cuplu este o intervenție psihologică de scurtă durată, derivată dintr-un model al proceselor de interacțiune în cadrul relațiilor, unde:

- intervenția urmărește să îi ajute pe participanți să înțeleagă efectele asupra celuilalt a interacțiunii dintre ei, efecte care reprezintă factori care contribuie la dezvoltarea și/sau menținerea simptomelor și problemelor;
- scopul este acela de a schimba natura interacțiunilor din cadrul cuplului, pentru ca partenerii să dezvolte relații cât mai suportive și nu conflictuale.

IV.3.8 Psihoterapia psihodinamică de scurtă durată

Terapiile de orientare psihodinamică încurajează persoana să exploreze cu atenție starea emoțională curentă, în încercarea de a identifica și recunoaște tipare de comportament și emoții neexprimate. Relația terapeutică devine adesea contextul în care sunt identificate tipare verbale și non verbale care au impact negativ atât asupra relațiilor interpersonale cât și asupra propriei persoane. Lecțiile învățate în relația terapeutică sunt ulterior folosite de către persoana cu depresie pentru abordarea dificultăților din relațiile sale interpersonale curente.

Adulții cu depresie pot beneficia de până la 80 de sesiuni săptămânale de terapie psihodinamică, deși sunt recomandate și intervenții terapeutice psihodinamice de durată mai scurtă.

Cum pot ajuta terapiile psihodinamice cu tratamentul depresiei în rândul adulților?

Abordarea psihodinamică în tratamentul depresiei va accentua rolul pe care experiențele timpurii, cu precădere cele de pierdere, îl joacă în dezvoltarea vulnerabilității la abandon, autocritică, lipsa de speranță și alte provocări interpersonale responsabile pentru apariția simptomelor depresive. Obiectivele acestui tip de psihoterapie vizează creșterea toleranței

la emoțiile de disconfort precum și o mai bună reziliență intra-personală, în detrimentul dependenței de ceilalți pentru a ne simți bine și a gestiona frustrările și dezamăgirile inerente vieții de zi cu zi. În ansamblu, terapia psihodinamică, oferă nu numai un context de eliberare de suferință dar crește nivelul conștientizării de sine și auto-aprecierii persoanei cu depresie.

Există numeroase modele de psihoterapie psihodinamică, nuanțele fiind generate de concepte precum impuls/ conflict, interpersonal/ relațional sau diferitele aspecte ale teoriei atașamentului. În funcție de preferința persoanei cu depresie, terapia poate fi de scurtă sau lungă durată.

Terapia psihodinamică de scurtă durată este limitată în timp și se concentrează pe o dificultate majoră ce contribuie semnificativ la episodul depresiv curent. În etapa inițială, terapia presupune promovarea unui mediu suportiv și oferirea de educație cu privire la depresie. Ipoteza de lucru este că gândurile negative, lipsite de speranță, precum și simptomatologia neurovegetativă sunt cauzate de evenimente traumatice timpurii și stări afective conflictuale, nerezolvate. Deși pacienții sunt încurajați să se angajeze în activități externe pe care le identifică drept importante și satisfăcătoare, terapia se concentrează pe munca depusă în interiorul cabinetului de psihoterapie în vederea identificării conflictelor de bază și a tiparelor disfuncționale din viața pacientului. Acestea implică adesea tema abandonului, a pierderii și a sentimentelor negative din jurul acestor experiențe. Facilitarea unui nivel superior al conștientizării și afirmării de sine precum și încurajarea realizării de noi comportamente reprezintă obiective esențiale ale tratamentului.

Relația terapeutică servește adesea drept bază de explorare a trăirilor afective ale clientului, precum și oportunitate pentru oferirea de experiențe corective, vindecătoare. Terapeutul îl ajută pe pacient să consolideze noua perspectivă asupra dificultății și să diferențieze cu corectitudine între vechiul conflict și trăirile generate de situațiile prezente de viață. Se recomandă precauție în implementarea finalului procesului terapeutic, cu precădere în cazul pacienților cu experiențe de pierdere, aceștia prezentând risc crescut pentru declanșarea emoțiilor aferente pierderii în contextul încheierii relației terapeutice. Acest moment provocator în sine însă creează o nouă oportunitate de consolidare a noilor perspective și a lecțiilor învățate ca rezultat al procesului terapeutic.

IV.3.9. Psihoterapia suportivă

Psihoterapia suportivă oferă o relație de sprijin care are ca obiectiv să faciliteze explorarea și înțelegerea de către pacient, a experiențelor pe care le trăiește în situația actuală de viață. Este întărită abilitatea persoanei de a face alegeri care să permită adaptarea eficientă la diferiți factori de stres, cu ajutorul atitudinii empatică și ascultării active din partea terapeutului.

Psihoterapia suportivă accentuează relația terapeutică dintre persoană și terapeut, ca bază a intervenției în depresia adultului. Terapeutul manifestă interes autentic pentru calitatea vieții și starea de bine a pacientului, prin ascultarea empatică și flexibilitate în definirea unei intervenții terapeutice de succes, din perspectiva pacientului. Terapeutul se concentrează asupra factorilor de stres prezenți în viața pacientului și oferă suport pentru ceea ce pacientul experimentează, cu obiectivul de a facilita adaptarea sănătoasă. Într-un mediu lipsit de judecată și interpretare, persoana împărtășește situațiile dificile și ceea ce simte în legătură cu ele. În medie, fiecare pacient primește 20 de sesiuni terapeutice săptămânale sau de două ori pe săptămână.

Psihoterapia suportivă este recomandată în tratamentul depresiei la adulți, deoarece îi ajută pe aceștia să redescopere sensul vieții sau să facă față mai eficient diferitelor evenimente

dificile. Deși persoanele cu depresie tind să interpreteze negativ situațiile de viață, acestea pot învăța să se adapteze și să dezvolte perspective pozitive asupra acestora. Acest lucru se realizează grație suportului necondiționat oferit de terapeut și flexibilității în explorarea diferitelor perspective. În timp, pacientul încorporează perspectiva empatică a terapeutului în propria identitate de sine, devenind astfel mai pregătit să facă față provocărilor.

Tehnicile fundamentale în psihoterapia suportivă includ: manifestarea empatiei, respectul necondiționat față de suferința pacientului, normalizarea și validarea trăirilor emoționale, precum și oferirea de sugestii de coping pentru situațiile dificile cu care pacientul se confruntă. Sunt incluse de asemenea exerciții din alte orientări terapeutice, precum respirația abdominală profundă sau abilitățile de rezolvare de probleme. Primind ascultare empatică și respect necondiționat din partea terapeutului, clientul se va simți "auzit" și înțeles și va internaliza perspectiva empatică asupra oamenilor manifestată de către terapeut, cu impact pozitiv asupra stimei de sine. De asemenea, flexibilitatea în explorarea diferitelor perspective, consolidează reziliența și abilitatea de a face față adversității.

IV.3.10. Recomandări

Premise

- Tratatamentul depresiei la adulți trebuie să fie cuprinzător și să acopere toate intervențiile psihoterapeutice, psihosociale și farmacologice care pot îmbunătăți calitatea vieții și capacitatea funcțională.
- Managementul depresiei ar trebui să includă psihoeducația, asistența individuală și familială, coordonarea cu alți profesioniști, tratarea comorbidității și monitorizarea regulată a stării mentale și fizice.
- Selectarea inițială a modului și a domeniului de aplicare al tratamentului trebuie să se bazeze pe constatările clinice și pe alți factori cum ar fi istoricul anterior, disponibilitatea tratamentului, preferința pacienților și capacitatea de a oferi sprijin.
- Toate intervențiile pentru tratarea depresiei trebuie să fie livrate de către practicieni competenți. Intervențiile psihologice și psihosociale trebuie să se fundamenteze pe ghiduri/manuale de intervenție relevante care ghidează structura și durata acestora.
- Pentru toate intervențiile, practicienii ar trebui să ia în considerare:
 - primirea unei supervizări regulate de înaltă calitate;
 - evaluarea periodică a rezultatelor obținute și implicarea persoanei cu depresie în revizuirea eficacității tratamentului;
 - angajarea în monitorizarea și evaluarea aderenței la tratament, apelarea la audit și control extern, dacă este cazul.
- Se va stabili un plan structurat de monitorizare a pacientului. Frecvența de evaluare și monitorizare a simptomelor trebuie să fie în funcție de severitate, comorbiditate, aderența la tratament, sprijinul social, frecvența și severitatea efectelor secundare ale tratamentului prescris.
- Cu consimțământul pacienților, aparținătorii vor primi un rol activ în luarea deciziilor cu privire la tratamentul și dezvoltarea planului de îngrijire.

- Pacienților și aparținătorilor le va fi oferit sprijin pentru a dezvolta strategii de adaptare, și vor fi informați cu privire la existența diferitelor asociații ale pacienților, ONG-uri și orice alte resurse care pot fi de ajutor.
- Alegerea intervenției va fi influențată de:
 - durata episodului de depresie și evoluția simptomelor;
 - istoricul anterior de depresie și răspunsul la tratament;
 - probabilitatea aderenței la tratament și eventualele efecte adverse;
 - preferința de tratament a persoanei și prioritățile sale.
- Consilierea psihologică efectuată cu persoanele cu simptome depresive subclinice persistente sau cu depresie ușoară până la moderată va fi realizată cu o durată de 6 până la 10 sesiuni, într-un interval de 8-12 săptămâni.
- În cazul persoanelor cu simptome depresive subclinice persistente sau cu depresie ușoară până la moderată, care nu au beneficiat de o intervenție psihosocială, va fi discutată eficiența relativă a diferitelor intervenții:
 - tratament farmacologic și/ sau
 - intervenție psihologică (terapie cognitiv comportamentală - CBT, terapie interpersonală – IPT, activarea comportamentală, cu mențiunea că dovezile sunt mai puțin robuste decât pentru CBT sau IPT);
 - terapie de cuplu comportamentală pentru persoanele care au un partener stabil și în cazul în care relația de cuplu poate contribui la dezvoltarea sau menținerea depresiei, sau în cazul în care implicarea partenerului poate aduce potențiale beneficii terapeutice.
- Pentru persoanele cu depresie moderată sau severă, se recomandă o combinație de medicație antidepresivă și o intervenție psihologică de mare intensitate (CBT sau IPT).
- Pentru o persoană a cărei depresie nu a răspuns la intervenții farmacologice sau intervenții psihologice, se recomandă luarea în considerație a combinării medicației antidepresive cu CBT.
- Persoanelor cu depresie care sunt considerate a avea un risc semnificativ de recidivă (inclusiv cei care au recidivat în ciuda tratamentelor antidepresive sau care nu pot sau nu aleg să continue tratamentul antidepresiv) sau care au simptome reziduale, ar trebui să li se ofere următoarele intervenții psihoterapeutice:
 - CBT individual pentru persoanele care au recidivat în pofida medicației antidepresive și pentru persoanele cu antecedente semnificative de depresie și simptome reziduale în pofida tratamentului;
 - mindfulness pe bază de terapie cognitivă pentru persoanele care sunt în prezent bine, dar au experimentat trei sau mai multe episoade anterioare de depresie

Recomandări cu privire la opțiunile de tratament și durata acestuia

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
ADULȚI			
Terapie comportamentală	Urmărește să identifice și să sprijine schimbarea comportamentelor distructive / nesănătoase, bazându-se pe ideea că toate comportamentele sunt învățate iar cele negative pot fi schimbate. Obiectivul central al terapiei este adesea legat de probleme comportamentale curente și modalități de a le schimba/ rezolva. Durata intervenției trebuie să fie de obicei în intervalul de la 16 - 20 de sesiuni, într-un interval de 3 până la 4 luni. De asemenea, se recomandă: - două sesiuni pe săptămână pentru primele 3 până la 4 săptămâni de tratament pentru persoanele cu depresie moderată sau severă; - sesiuni de follow-up ce constau din trei până la patru sesiuni în următoarele 3 până la 6 luni pentru toate persoanele cu depresie.	Nivel I	B

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
ADULȚI			
Psihoterapie interpersonală	Este o abordare terapeutică de scurtă durată, concentrată pe aspecte ce țin de comunicare și atașament, având la bază modelul biopsihosocial / cultural / spiritual. Este menită să reducă simptomele, să îmbunătățească funcționarea socială și să crească suportul social. Numărul recomandat de ședințe variază între 6-20. Durata terapiei interpersonale (IPT) ar trebui să fie de obicei în intervalul de 16-20 de sesiuni, în intervalul de 3 până la 4 luni. Pentru persoanele cu depresie severă, se recomandă furnizarea de două sesiuni pe săptămână pentru primele 2 până la 3 săptămâni de tratament.	Nivel I	B
Terapii cognitive comportamentale de scurtă durată	Presupun utilizarea de materiale și strategii cognitive-comportamentale în 4-8 sesiuni de lucru, cu prioritizarea unor strategii specifice și eficiente pentru un număr limitat de dificultăți individuale.	Nivel I	B

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
ADULȚI			
Terapii cognitiv comportamentale	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contextul relației terapeutice dezvoltate între terapeut și client. Durata terapiei cognitiv comportamentale (CBT) individuală, pentru toate persoanele cu depresie, ar trebui să fie de obicei în intervalul de 16 - 20 sesiuni, pe o durată de minim 3 luni și maximum 4 luni. În plus, se recomandă: - două sesiuni pe săptămână pentru primele 2 până la 3 săptămâni de tratament pentru persoanele cu depresie moderată sau severă; - sesiuni de follow-up ce constau de obicei din trei până la patru sesiuni în următoarele 3 până la 6 luni, pentru toate persoanele cu depresie. Pentru toate persoanele cu depresie care au CBT individual pentru prevenirea recidivei, durata tratamentului ar trebui să fie de obicei în intervalul de la 16 la 20 de sesiuni de peste 3 pentru a 4 luni. Dacă durata tratamentului trebuie extinsă pentru a obține remisia, se recomandă: - două sesiuni pe săptămână pentru primele 2 până la 3 săptămâni de tratament - sesiuni suplimentare de follow-up, constând în mod obișnuit din patru până la șase sesiuni în următoarele 6 luni.	Nivel I	B
Terapii cognitiv comportamentale oferite în mediul virtual	Presupun accesarea în mediu digital a programelor de terapie cognitiv comportamentală.	Nivel I	

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
ADULȚI			
Terapii cognitive comportamentale de grup	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contexte de grup. Terapia cognitiv comportamentală de grup este recomandată persoanelor cu simptome depresive persistente subclinice, sau celor cu depresie ușoară până la moderată și ar trebui: - să se bazeze pe un model structurat; - să fie livrate de doi practicieni instruiți și competenți; - grupul să fie format din 8 până la 10 participanți; - să ofere 10 până la 12 sesiuni pe parcursul a 12 până la 16 săptămâni, inclusiv follow-up.	-	B
Terapiile cognitive bazate pe practicile de tip mindfulness	Aceste abordări combină tehnicile cognitiv-comportamentale cu tehnici psihologice de inspirație asiatică, precum meditația mindful. Obiectivul este de a întrerupe procesele automate de gândire distorsionată, negativă, care pot declanșa episodul depresiv, sprijinind adultul să înlocuiască reacția negativă la stimulii externi neplăcuți, cu simpla observare și acceptare a acestora, fără a atașa judecăți evaluative. Terapia cognitivă bazată pe mindfulness ar trebui să fie livrată în grupuri de 8 până la 15 participanți și constă din sesiuni săptămânale a câte 2 ore, timp de minim 8 săptămâni și patru sesiuni de follow-up în următoarele 12 luni de la sfârșitul tratamentului.	Nivel I	B

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
ADULȚI			
Terapii de cuplu	Se centrează pe aspecte interpersonale experimentate de două persoane în contextul unei relații de cuplu, prioritizând dificultățile emoționale care afectează negativ relația, pe termen scurt sau lung. Psihoterapia de cuplu pentru persoanele cu depresie ar trebui să se bazeze în mod normal pe principii comportamentale, iar durata acestora ar trebui să fie de 15 până la 20 de sesiuni, pe durata a 5 până la 6 luni.	Nivel II	B
Psihoterapie generală pentru îmbunătățirea funcționării sociale	Are ca obiectiv îmbunătățirea funcționării sociale, adeseori afectată în cazul adulților cu depresie.	-	
Terapiile psihodinamice de scurtă durată	Au ca obiectiv îmbunătățirea pe termen scurt și lung a dificultăților de procesare emoțională, comportamentale, de comunicare și relaționale, prin creșterea nivelului de conștientizare cu privire la emoții, gânduri și provocări. Durata psihoterapiei psiho-dinamice de scurtă durată, aplicată pacienților cu depresie ușoară până la moderată, trebuie să fie de obicei în intervalul de 16 - 20 de sesiuni, într-un interval de 4 până la 6 luni.	Nivel 1	B
Psihoterapie suportivă	O abordare ce integrează modele și tehnici de intervenție psihodinamice, cognitiv-comportamentale și interpersonale, cu obiectivul de a consolida tipare sănătoase și adaptative de gândire și comportament, în vederea reducerii disconfortului psihic.	-	
Terapia sistemului de analiză cognitiv – comportamentală (CBASP)	Un model de sinteză al terapiilor interpersonale, comportamentale și cognitive	-	B

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
VÂRSTNICI			
Terapii cognitiv comportamentale	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contextul relației terapeutice dezvoltate între terapeut și client.	Nivel 1	B
Terapii cognitiv comportamentale de grup	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contexte de grup.	-	B
Terapii cognitiv comportamentale oferite în mediul virtual	Presupun accesarea în mediu digital a programelor de terapie cognitiv comportamentală.	Nivel 1	
Psihoterapie interpersonală	Este o abordare terapeutică de scurtă durată, concentrată pe aspecte ce țin de comunicare și atașament, având la bază modelul biopsihosocial / cultural / spiritual. Este menită să reducă simptomele, să îmbunătățească funcționarea socială și să crească suportul social. Numărul recomandat de ședințe variază între 6-20.	Nivel 1	B
Intervenția multi-modală	Implică o varietate de strategii diferite metodologic.	-	

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere	Nivel – tipul dovezii	Clasa – puterea recomandării
VÂRSTNICI			
Terapia centrată pe rezolvarea de probleme, în context de grup	Este o intervenție cognitiv-comportamentală menită să îmbunătățească abilitatea persoanei de a face față experiențelor stresante de viață, plecând de la premisa că simptomatologia clinică poate fi adesea interpretată ca o consecință negativă a stilului de adaptare disfuncțional. Își propune să ajute persoana să învețe stiluri de coping realiste și optimiste, prin înțelegerea adecvată a rolului emoțiilor și dezvoltarea unui plan de acțiune menit să reducă stresul psihologic și să crească calitatea vieții.	Nivel 2	B
Psihoterapie centrată pe analiza vieții	Vizează analiza retrospectivă a evenimentelor de viață cu obiectivul identificării sensului, împăcării cu și acceptării acestora, precum și creșterea sentimentului de împlinire cu privire la desfășurarea vieții.	-	

IV.4 Strategii de intervenție în depresia rezistentă la tratament

Dr. Diana Stănculeanu

În ciuda evoluțiilor semnificative în managementul tulburărilor de dispoziție, practica clinică se confruntă în continuare cu provocarea lipsei de răspuns sau răspunsului incomplet la tratament. Studiile de specialitate au arătat că aproximativ o treime dintre persoanele tratate pentru depresie nu răspund într-o manieră satisfăcătoare la intervenția farmacologică de primă elecție. Ba mai mult, observațiile de follow-up au arătat că un număr considerabil de clienți ce au beneficiat de tratament, au un prognostic mai degrabă descurajant, 20% dintre aceștia raportând o stare emoțională și o calitate a vieții slabă la 2 ani de la debutul tulburării (Keller et. al., 1986). Chiar și după intervenții multiple, până la 10% dintre persoanele diagnosticate cu o tulburare depresivă, rămân afectați clinic (Nierenberg& Amsterdam, 1990), în timp ce un procent similar raportează progres prea puțin semnificativ (Lee & Murray, 1988; Winokur et al., 1993). Provocarea în evaluarea corectă a măsurii în care persoanele diagnosticate cu depresie prezintă un răspuns slab la tratament rămâne însă un fapt obiectiv, greu de stabilit doar pe baza statisticilor existente în acest moment.

Deși răspunsul slab la tratament reprezintă un aspect întâlnit în practica clinică, caracterizarea și definirea sa incoerentă de-a lungul timpului, au făcut dificilă cercetarea sistematică. În ciuda încercărilor recente de a cădea de acord asupra diferitelor definiții ale "rezistenței la tratament", pentru a îmbunătăți nivelul de cunoaștere și înțelegere a fenomenului, nivelul de dezacord a rămas încă ridicat printre profesioniști. Conform Nierenberg& Amsterdam, parametrii cheie utilizați pentru definirea și caracterizarea "rezistenței la tratament" au vizat:

- criteriile de diagnostic;
- răspunsul la tratament;
- schemele anterioare de tratament;
- adecvarea tratamentului;

Ghidurile internaționale se îndepărtează în acest moment de denumirea "depresie rezistentă la tratament", definită ca formă de depresie ce nu a răspuns la acțiunea a două scheme de medicamente antidepressive, cu dozaj și durată adecvate, considerându-se că, după eșecul a două tratamente, tulburarea intră în categoria "dificil de tratat". Dincolo de caracterul peiorativ, acordat de o parte semnificativă a comunităților de profesioniști și pacienți deopotrivă, denumirea de "depresie rezistentă la tratament" nu se susține științific prin dovezi. Problema "răspunsului inadecvat" este abordată acum mai degrabă din perspectiva opțiunilor de tratament viitoare, decât din cea a clasificării tipului de răspuns la tratament, al persoanei diagnosticate cu depresie.

IV.4.1. Tratamente farmacologice consecutive, pentru tulburarea depresivă care nu a răspuns adecvat la tratamentul de primă elecție

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Creșterea dozei	Creșterea dozei din medicamentul deja prescris este o strategie frecvent utilizată în depresia care nu răspunde adecvat la tratament. Dovezile care să susțină faptul că, creșterea dozei ar genera o rată mai bună de răspuns sunt slabe dar nu exclud beneficiile identificate în cazul anumitor pacienți. Orice efect benefic însă este măcar parțial determinat de diferențele individuale de la nivelul enzimelor hepatice implicate în metabolizare.	Nivel slab al dovezilor care susțin creșterea dozei ca strategie de îmbunătățire a ratei de răspuns la tratament	Sunt puține dovezi obiective care să susțină creșterea dozei ca fiind determinantă pentru îmbunătățirea rezultatelor tratamentului antidepresiv. Se știe că există diferențe determinate genetic în activitatea câtorva enzime hepatice implicate în metabolizarea medicamentelor antidepresive. Dacă metabolizarea se realizează rapid, este necesară o creștere a dozei din medicamentul prescris inițial, cu condiția să fi existat un răspuns parțial anterior și să nu existe reacții secundare de risc.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Schimbarea medicamentului antidepresiv	Până la 30% dintre pacienți nu răspund la primul antidepresiv prescris, plecând de la premisa că dozajul, durata și complianța la tratament au fost adecvate (Cowen, 1998). Dacă nici după creșterea dozei la nivelul maxim admis conform prescripției medicale (practica clinică frecvent întâlnită), nu există un răspuns minimal, se recomandă trecerea la un medicament antidepresiv alternativ (Anderson et al., 2008). Deși cei mai mulți practicieni aleg să schimbe cu totul clasa de medicamente, sunt studii care arată că aproximativ 50% dintre pacienții care nu au răspuns la primul tratament prescris, vor răspunde la al doilea, indiferent dacă noul antidepresiv aparține sau nu aceleiași clase.	Nu există dovezi care să confirme eficiența superioară a continuării cu același antidepresiv, comparativ cu decizia de schimbare cu un nou antidepresiv.	Dovezile nu sunt suficiente pentru a contura o recomandare solidă.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Combinarea unui antidepresiv cu un alt antidepresiv	Combinarea de medicamente antidepresive cu moduri de acțiune diferite reprezintă o practică clinică cu frecvență în creștere. Medicamentele serotonergice și noradrenergice generează o combinație cu mecanism dublu de acțiune, în timp de combinarea medicamentelor serotonergice cu compuși cu alte modalități de acțiune determină o creștere a neurotransmisiei serotonergice superioară celei generate de un medicament unic. Se recomandă atenție la interacțiunile farmacokinetice și farmacodinamice din perspectiva toxicității (efecte adverse – sindrom serotonergic, confuzie, delir, tremor, frison, transpirație, variații ale tensiunii arteriale etc)	Tratamentul combinat tinde să reducă simptomatologia depresivă într-o măsură mai mare decât intervenția cu medicament unic, dozat standard. Dovezile nu sunt puternice însă; ba mai mult, tratamentul combinat este asociat într-o măsură mai mare cu prezența reacțiilor secundare adverse.	Există dovezi care să susțină eficiența superioară a tratamentului combinat, comparativ cu cea a tratamentului cu medicament unic în doză standard/ crescută; nu există însă date cu privire la riscul de abandonare prematură a schemei de tratament.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Antidepresiv + antipsihotic	Există informații cu privire la însoțirea medicamentului antidepresiv de unul dintre următoarele medicamente antipsihotice: aripiprazol, quetiapina, olanzapină, risperidonă	Studiile au pus în evidență un efect moderat clinic al combinației antidepresiv – antipsihotic, asupra simptomatologiei depresive (răspuns, remisie). Prezența antipsihoticelor crește însă probabilitatea abandonării timpurii a tratamentului din cauza efectelor secundare neplăcute	Există un avantaj, semnificativ statistic dar modest clinic, al dublării medicației antidepresive cu cea antipsihotică, comparativ cu administrația singulară de antidepresive. El este umbrit însă de riscul crescut al abandonării premature a schemei de tratament, din cauza efectelor secundare.
Antidepresiv + litiu	Litiu este un timostabilizator utilizat în tratamentul episoadelor maniacale și în profilaxia tulburării bipolare; este de asemenea utilizat frecvent ca adjuvant al tratamentului antidepresiv în situațiile în care nu a existat un răspuns inițial adecvat la tratamentul cu un antidepresiv. Din cauza gradului mare de toxicitate, a riscului crescut de a determina hipotiroidism și afectare renală, utilizarea de litiu va fi atent monitorizată	Există dovezi care arată că adăugarea litiului în schema de tratament, a redus simptomatologia depresivă.	Există dovezi care arată un avantaj important al adăugării litiului în schema de tratament, comparativ cu adăugare placebo, dar 30% dintre pacienții cărora li se prescrie antidepresiv + litiu întrerup prematur tratamentul.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Antidepresiv + anticonvulsivante	Există informații cu privire la asocierea medicamentului antidepresiv de unul dintre următoarele medicamente anticonvulsivante: carbamazepină, valproat, lamotrigină.	Medicația anticonvulsivantă este tot mai frecvent prescrisă pentru persoanele diagnosticate cu tulburare bipolară; este în creștere volumul de informații ce descriu eficiența în tratamentul depresiei și maniei și profilaxia tulburării bipolare. Cea mai studiată este carbamazepina, care prezintă câteva proprietăți neurochimice similare antidepresivelor triciclice. În ceea ce privește valproatul, informațiile actuale sugerează că este eficient mai degrabă în prevenirea hipomaniei decât în tratarea episodelor depresive din tulburarea bipolară. În lipsa informațiilor care să susțină altceva, lamotrigina nu poate fi recomandată pentru tratarea tulburării depresive.	În lipsa studiilor controlate care să susțină altceva, carbamazepina și valproatul nu reprezintă în acest moment recomandarea de rutină pentru tratamentul persoanelor cu răspuns inadecvat la schema inițială de intervenție. Lamotrigina nu poate fi recomandată pentru tratarea tulburării depresive.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Antidepresiv + pindolol	Se crede în acest moment că administrarea de pindolol împreună cu medicația antidepresivă generează o creștere în neurotrasmisia de serotonină, eliminând întârzierile în apariția efectului antidepresiv. De asemenea, pindololul crește eficiența antidepresivelor prescrise în cazul pacienților acuți care nu răspund/au un răspuns insuficient la schema inițială de tratament.	Există câteva dovezi care sugerează că există o diferență importantă clinic între administrarea de SSRI + pindolol versus administrarea de SSRI + placebo, în ceea ce privește remisia/reducerea simptomatologiei depresive.	Datele existente în acest moment sunt insuficiente pentru a formula o recomandare solidă. Există de asemenea incertitudine cu privire la doza optimă și durata tratamentului.
Antidepresiv + triiodotironina (T3)	Plecând de la faptul obiectiv că prevalența depresiei este mai mare în rândul persoanelor diagnosticate cu hipotiroidism (Loosen, 1987) iar hipotiroidismul subclinic este mai prevalent în rândul persoanelor cu depresie (Maes et al., 1993), s-a studiat utilizarea T3 ca agent de creștere a vitezei de apariție și a intensității efectelor antidepresive.	Există câteva dovezi care susțin că apare o diferență importantă clinic în utilizarea medicației antidepresive + T3 versus medicația antidepresivă + placebo, pentru reducerea simptomatologiei depresive. Nu există nicio dovadă pe baza căreia să fie evaluată acceptabilitatea tratamentului.	Dovezile pentru a formula o recomandare solidă sunt minime. În plus, prevalența tulburărilor cardiovasculare este crescută în rândul persoanelor cu depresie, așadar T3 va fi utilizat cu maximă precauție în această situație.

Tratament	Introducere	Dovezi	Recomandare clinică
Antidepresiv + benzodiazepine	Comorbiditatea dintre anxietate și depresie este foarte mare; din acest considerent, benzodiazepinele, care sunt anxiolitice cu efect imediat, pot produce o ușoară îmbunătățire și în cazul simptomatologiei depresive, fără a avea însă un efect antidepresiv specific. Benzodiazepinele prezintă din păcate toleranță și risc mare de dependență astfel că, după 4-6 săptămâni de utilizare continuă, se instalează simptomatologie de sevraj. Din aceste considerente, nu se recomandă prescrierea lor pentru mai mult de 4 săptămâni (Royal College of Psychiatrists, 1997; British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2009). Există câteva studii care arată că utilizarea timpurie și limitată în timp a benzodiazepinelor cu medicația antidepresivă accelerează răspunsul la tratament (Furukawa et al., 2002b).	Sunt insuficiente dovezi care să susțină importanța clinică a SSRI + benzodiazepine versus SSRI + placebo.	Sunt insuficiente dovezi pentru a formula o recomandare solidă de a asocia medicația antidepresivă cu benzodiazepinele, în termeni de eficiență și tolerabilitate.

Sumar și concluzii

- ✓ Dovezile care să susțină strategii eficiente pentru persoanele cu răspuns parțial la tratamentul de primă elecție nu sunt puternice.
- ✓ Strategia de primă linie, mărirea dozei, nu este susținută de dovezi convingătoare cu privire la eficiență, deși s-a dovedit a fi eficientă în situațiile particulare în care pacienții au tolerat foarte bine medicamentul în dozarea lui inițială.
- ✓ Dovezile pentru schimbarea antidepresivului sunt mai puternice.
- ✓ Dovezile pentru schimbarea claselor de antidepresive nu sunt puternice.
- ✓ Asocierea medicamentului antidepresiv cu litiu, un antipsihotic sau un alt antidepresiv merită investigații suplimentare; ce se știe în acest moment este că mărirea efectului este modestă clinic iar povara efectelor secundare este mare.
- ✓ Concluziile studiului STAR*D (Rush et al., 2003) sunt că unii pacienți pot atinge pragul de remisie cu fiecare strategie succesivă de tratament, procentul fiind însă tot mai mic cu fiecare nouă strategie.
- ✓ Pacienții pot manifesta preferințe clare pentru o strategie sau alta, pe baza gradului de acceptabilitate a noii strategii propuse, dar și a gradului de răspuns la tratamentul curent.

IV.4.2. Recomandări clinice în depresia rezistentă la tratament

1. În momentul revizuirii tratamentului farmacologic al unui pacient ale cărui simptome depresive nu au răspuns adecvat la intervențiile farmacologice inițiale:
 - a. Se va verifica aderența la tratament precum și efectele secundare ale tratamentului inițial;
 - b. Va crește frecvența întâlnirilor terapeutice, cu monitorizarea strictă a indicatorilor de progres;
 - c. Se va lua în considerare faptul că, utilizarea unui antidepresiv unic, spre deosebire de strategiile care presupun fie combinarea a două antidepresive, fie creșterea dozei, este asociată cu un număr mai mic de efecte secundare;
 - d. Se va lua în considerare reintroducerea unor tratamente utilizate anterior, la care aderența nu a fost optimă, eventual cu creșterea dozei;
 - e. Se va lua în considerare trecerea la o medicație antidepresivă alternativă;

Dovezile cu privire la avantajele schimbării antidepresivului vs continuarea cu același tratament, nu sunt puternice iar indicațiile cu privire la tipul de antidepresiv alternativ sunt insuficiente. Decizia clinică va fi ghidată de evaluarea efectelor secundare și posibilele interacțiuni la momentul schimbării.
2. Având în minte nivelul slab al dovezilor ce susțin avantajele schimbării cu un alt antidepresiv (în interiorul aceleiași clase de antidepresive sau din clasă diferită), vor fi considerate următoarele:
 - a. Inițial, trecerea la un SSRI diferit sau la un medicament de generație nouă, mai bine tolerat;

- b. Ulterior, un antidepresiv dintr-o clasă farmacologică diferită, cu riscul ca va fi mai greu tolerat;
- 3. Nu se recomandă inițierea unei scheme noi de tratament cu dosulepin, dat fiind riscul cardiac ridicat și nivelul mare de toxicitate în supradoză.
- 4. La schimbarea cu un alt antidepresiv se recomandă următoarele precauții:
 - a. De la fluoxetină, la alt antidepresiv;
 - b. De la fluoxetină sau paroxetină la TCA (antidepresive triciclice), pentru că ambele inhibă metabolizarea medicației TCA; se poate începe cu o doză mică de TCA;
 - c. Înlocuirea cu un nou SSRI sau MAOI, datorită riscului de sindrom serotoninergic;
- 5. Evaluarea unei persoane cu depresie cu răspuns parțial la tratament va include:
 - a. Tabloul clinic, riscul de suicid, istoricul de tratament;
 - b. Stresorii psihosociali asociați, trăsăturile de personalitate, dificultățile relaționale, cu precădere în caz de depresie cronică/ recurentă;
 - c. Comorbiditățile asociate, inclusiv consumul de alcool / substanțe și tulburările de personalitate;
- 6. Dacă persoana cu depresie a beneficiat de psihoeducație cu privire la riscul de a avea efecte secundare accentuate și este pregătită pentru tolerarea acestora, se recomandă combinarea antidepresivului cu litiu sau un antipsihotic, sau un alt antidepresiv;
- 7. Dacă se prescrie litiu, se va avea în vedere: monitorizarea activității renale și endocrine (cu precădere funcționarea tiroidei) - evaluare pre-tratament și apoi la fiecare 6 luni; monitorizare cardiovasculară; monitorizarea nivelului de litiu la finalul primei săptămâni, o dată cu fiecare schimbare de doză, precum și la fiecare 3 luni;
- 8. Dacă se prescrie un antipsihotic, se va avea în vedere: monitorizarea greutății, a nivelului lipidic și de glucoză, a efectelor secundare;
- 9. Următoarele strategii nu vor fi utilizate de rutină:
 - a. Asocierea unui antidepresiv cu benzodiazepine pentru mai mult de două săptămâni, pentru a evita riscul de dependență;
 - b. Asocierea unui antidepresiv cu carbamazepină, valproat, buspiron, în lipsa dovezilor care să susțină o astfel de măsură terapeutică;
 - c. Asocierea unui antidepresiv cu pindolol sau hormoni tiroidieni, în lipsa dovezilor solide care să susțină eficiența acestei măsuri terapeutice.

Pentru formularea recomandărilor de abordare terapeutică au fost luate în considerare următoarele criterii:

- Consistența evidențelor;
- Balanța beneficiu/risc;
- Valorile și preferințele pacientului;
- Aplicabilitatea.

Monitorizarea atentă a pacientului depresiv este importantă încă din etapele inițiale, chiar dacă beneficiarii care se adresează serviciilor de sănătate mintală nu sunt sub tratament cu medicație antidepresivă. Persoanele cu risc suicidar sau sub 30 de ani vor fi reevaluate după o săptămână de la inițierea antidepresivului și frecvent după aceea. În faza inițială a tratamentului cu antidepresive se va discuta cu pacientul despre efectele adverse precoc – agravarea inițială a anxietății și agitației, apariția ideății suicidare – iar acestea vor fi monitorizate îndeaproape. Se va discuta alegerea antidepresivului și balanța beneficiu-risc, ca și disponibilitatea și oportunitatea tratamentelor non-farmacologice. Se vor evalua și urmări întotdeauna eventualii factori psihosociali predispozanți, precipitanți și cei care pot întreține simptomatologia. Pacientul va fi educat în privința modificării stilului de viață privind dieta, activitatea și tiparul de somn.

IV.5.1. Repere de bună practică clinică

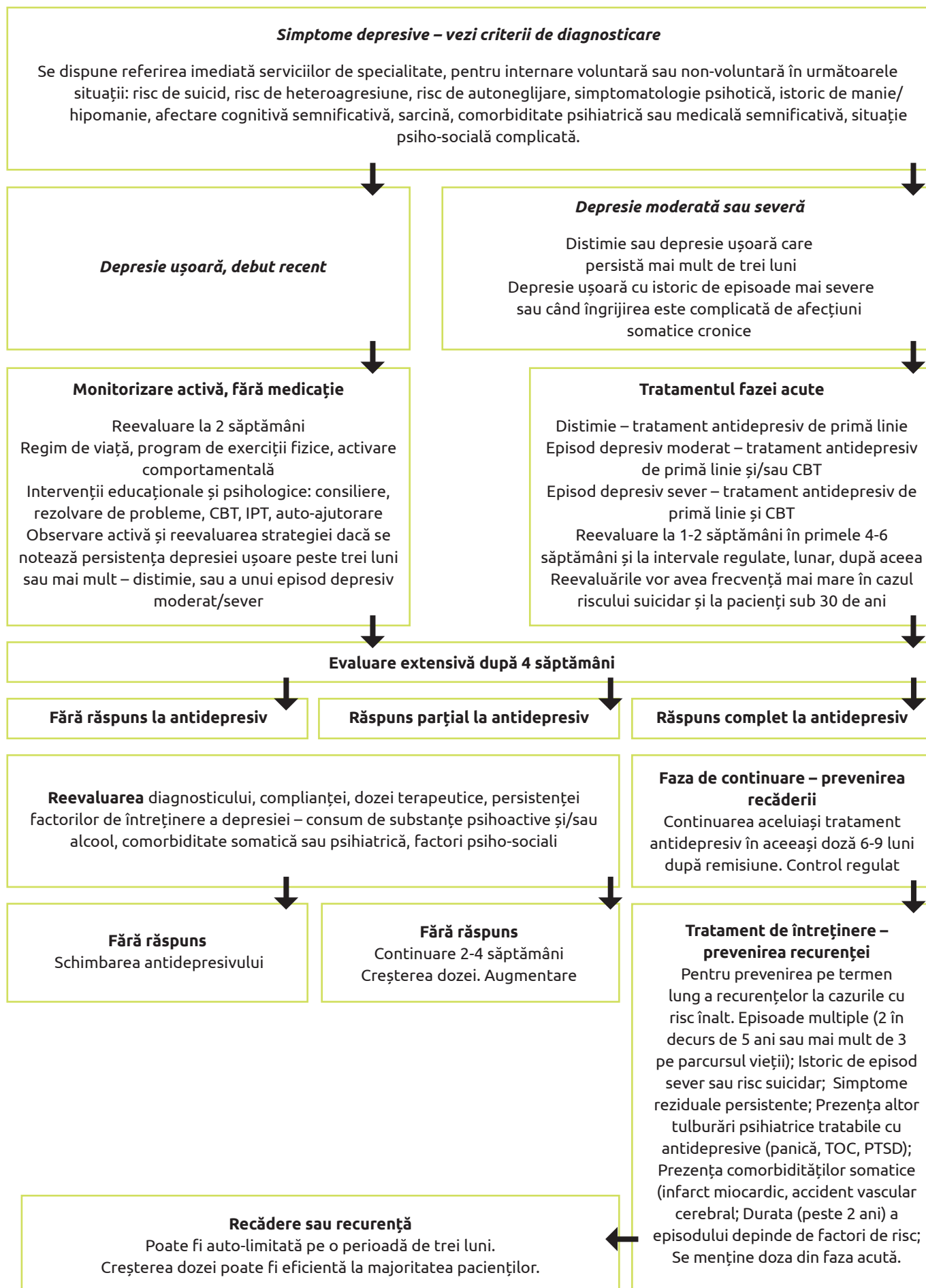
- Răspunsul la antidepresive poate să dureze 4-6 săptămâni, dar cel mai adesea apare în primele două – ceea ce constituie un bun argument pentru continuarea cu același compus antidepresiv.
- Antidepresivele vor fi continuate cel puțin 6 luni după obținerea răspunsului.
- Dozele mari de SSRI, SNRI, ATC și asocierile cu litiul au risc mai mare de *sindrom serotoninergic*. Simptomatologia dominată de transpirații, tahicardie, febră, hiperreflexie, hipertensiune, greață, diaree, stare mintală alterată – va fi rapid recunoscută și tratată.
- Va fi monitorizată îndeaproape, mai ales în cazul administrării SSRI, cu risc mai mare la pacienții vârstnici și la femei instalarea *hiponatremiei*: greață, cefalee, maleză, stupor.
- Sensibilitatea la efecte adverse este mai mare la persoanele peste 65 de ani și la cei cu probleme somatice complexe, care au și răspuns mai prost la tratament și risc mai mare de recădere. Interacțiunile medicamentoase cele mai reduse le au citalopramul și sertralina.
- Atenție și monitorizare atentă la strategia de schimbare a antidepresivului.

Condiții particulare în tratamentul depresiei

Condiții particulare – pentru fiecare pacient vor fi luate în considerare: afecțiunile comorbide și medicația concomitentă, răspunsul anterior la tratament, riscul de efecte adverse pe termen scurt, mediu și lung, riscul de supradozare	Primă linie	Linie secundă
Tulburare depresivă	Fluoxetină, citalopram, sertralină	Un SSRI diferit, venlafaxină, mirtazapină, tricyclice
Pacient vârstnic, peste 65 de ani – atenție la tolerabilitatea redusă, efecte sedative și anticolinergice	Sertralină, citalopram, escitalopram	Trazodonă, agomelatină, duloxetină
Comorbiditate cu tulburarea tip anxietate generalizată	Sertralină	Venlafaxină, duloxetină, fluoxetină, mirtazapină
Comorbiditate cu tulburarea de panică	Citalopram, paroxetină	Alt SSRI (escitalopram sau fluoxetină)
Comorbiditate cu tulburarea tip anxietate socială	Paroxetină, sertralină, escitalopram	Alt SSRI sau venlafaxină
Comorbiditate cu tulburarea de stres post-traumatic	Sertralină, paroxetină	Venlafaxină, mirtazapină
Comorbiditate cu tulburarea obsesiv-compulsivă	Fluoxetină, sertralină	Clomipramină, alt SSRI
Risc suicidar semnificativ – se evită tricyclicele și inhibitorii de monoaminoxidază	Sertralină, fluoxetină, paroxetină, fluvoxamină	Citalopram, mirtazapină, venlafaxină
Tulburare de somn proeminentă – se evită fluoxetina și se ia în considerare administrarea pe termen scurt (2 săptămâni) a benzodiazepinelor, atenție la riscul de căderi	Mirtazapină, trazodonă, tricyclice	agomelatină
Disfuncție sexuală (indusă de antidepressiv)	Mirtazapină, reboxetină	Agomelatină, adăugare de sildenafil/tadalafil
Boală cardiovasculară – se evită tricyclicele și inhibitorii de monoaminoxidază	Sertralină	Alt SSRI, mirtazapină
Glaucom cu unghi închis	-	agomelatină
Risc semnificativ de sângerare	Mirtazapină, trazodonă	reboxetină
Tratament cu warfarină – monitorizați INR	Mirtazapină, trazodonă	reboxetină

Condiții particulare – pentru fiecare pacient vor fi luate în considerare: afecțiunile comorbide și medicația concomitentă, răspunsul anterior la tratament, riscul de efecte adverse pe termen scurt, mediu și lung, riscul de supradozare	Primă linie	Linie secundă
Creștere în greutate și risc de diabet tip II – se evită triciclicele și mirtazapina	Fluoxetină	Alt SSRI
Epilepsie – se evită triciclicele și bupropiona, dar toate antidepresivele au potențialul de a reduce pragul convulsivant	Sertralină	Alt SSRI
Boli renale – se ajustează dozele în funcție de severitate	Citalopram, sertralină	
Boli hepatice – se evită agomelatina, se ajustează dozele în funcție de severitate	Paroxetină	Citalopram, în doză maximă de 20 mg
Interval QTc crescut – se evită citalopramul, escitalopramul și amitriptilina	Sertralină	Fluoxetină, paroxetină, duloxetină, venlafaxină, mirtazapină
Depresie cu simptome psihotice	Augmentare cu antipsihotic – quetiapină, olanzapină	SSRI sau SNRI
Adolescenți – se recomandă antidepresiv dacă nu se obține răspuns sau răspunsul este parțial la terapii psihologice, sau la cazurile cu istoric de depresie severă	Fluoxetină	Escitalopram, sertralină, citalopram (se preferă administrarea de două ori pe zi pentru fiecare dintre ele)

IV.5.1. Schema de management a pacientului cu depresie



Bibliografie selectivă

*** Teamwork In Healthcare: Promoting Effective Teamwork In Healthcare In Canada, Canadian Health Services Research Foundation Policy Synthesis and Recommendations, June 2006 [Accesat 13 decembrie 2019].

Álvarez María Ariza et al, Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, 2014.

American Psychological Association, Div. 12: Society of Clinical Psychology. (n.d.). Short-term psychodynamic therapy for depression. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/short-term-psychodynamic-therapy-for-depression/>

American Psychological Association, Div. 12: Society of Clinical Psychology. (n.d.). Treatment: Interpersonal psychotherapy for depression. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/interpersonal-psychotherapy-for-depression/>

American Psychological Association, Div. 12: Society of Clinical Psychology. (n.d.). What is cognitive behavioral therapy? Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral.pdf> (PDF, 244KB)

American Psychological Association, Div. 12: Society of Clinical Psychology. (n.d.). Treatment: Behavioral activation for depression. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>

American Psychological Association, Div. 12: Society of Clinical Psychology. (n.d.). Treatment: Cognitive therapy for depression. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/cognitive-therapy-for-depression/>

Anderson, I. M., Ferrier, I. N, Baldwin, R. C., *et al.* (2008) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 343–396.

APA Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010 , [pdf], Available at: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>

Barber, J.P., Muran, J.C., McCarthy, K.S., & Keefe, J.R. (2013). Research on dynamic therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443-494). New York: John Wiley & Sons. <https://www.wiley.com/en-us/Bergin+and+Garfield%27s+Handbook+of+Psychotherapy+and+Behavior+Change%2C+6th+Edition-p-9781118038208>

Bauer et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 1: Update 2013. *World J Biol Psych* 2013; 14: 334-385. www.wfsbp.org.uk and update 2015

Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press. <https://beckinstitute.org/product/basics-and-beyond/>

Bleiberg, K.L., & Markowitz, J.C. (2008). Interpersonal psychotherapy for depression. In D.H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed., pp. 306-327). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-00599-000>

Busch, F.N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression* (2nd ed.). Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. https://www.appi.org/Psychodynamic_Treatment_of_Depression_Second_Edition

Buszewicz Marta, Mental health teamwork in primary care, *International Review of Psychiatry*; May 1998; 10, 2.

Cain, D.J. (2010). Person-centered psychotherapies. Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2009-18997-000>

Carol Borrill and Michael West, *Developing Team Working in Health Care. A Guide for Managers*

Carol Borrill and Michael West, *How good is your team? A Guide for Team Members*.

Cowen, P.J. (1998) Pharmacological management of treatment resistant depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 320–327.

Craske, M.G. (2017). *Cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317445>

Depression Working Group, NHS SWL, Croydon Borough Team, 2011, Assessment and treatment of depression in adults in primary care, [pdf] Available at: [Accessed 06 decembrie 2019].

Dehelean Liana, (2010). *Bazele biologice ale psihiatriei*. Editura Orizonturi Universitare, Timisoara.

Dimidjian, S., Martell, C.R., Addis, M.E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D.H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 328-364). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-00599-000>

Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.J.M., Van, H. L.,...Cuijpers, P. (2015). *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update*. *Clinical Psychology Review*, 42, 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>

Effective Teamworking and Leadership in Mental Health, Modernisation Agency Leadership Centre, 2004.

Eppel, A. (2018). A manual for short-term psychodynamic psychotherapy. In *Short-term psychodynamic psychotherapy* (pp. 133-168). Cham, Switzerland: Springer. <https://www.springer.com/us/book/9783319749945>

Frank, E., & Levenson, J.C. (2011). *Interpersonal psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317234>

Furukawa, T. A., Streiner, D. L. & Young, L. T. (2002b) Antidepressant and benzodiazepine for major depression (Cochrane Review). *Cochrane Library*, No 4. Oxford: Update Software.

Gabbard, G.O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. https://www.appi.org/Long-Term_Psycho-dynamic_Psychotherapy_Third_Edition

“Ghid de farmacoterapie în schizofrenie și ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă”, <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/124252>

Ghiduri de supraveghere, roluri și responsabilități în timpul livrării serviciilor de terapie ocupațională, Jurnalul American de Terapie Ocupațională, noiembrie / decembrie 2009, Vol. 63, 797-803. doi: 10.5014 / ajot.63.6.797.

Gilson, M., Freeman, A., Yates, M.J., & Freeman, S.M. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/overcoming-depression-9780195371024?cc=us&lang=en&>

Goldberg JF – The psychopharmacology of depression: strategies, formulations, and future implications. *Psychiatric Times*. 2018;35(7).

Haggerty, J. (2018). Psychodynamic psychotherapy. Retrieved from <https://psychcentral.com/lib/psychodynamic-therapy/>

Hopko, D.R., Ryba, M.M., McIndoo, C., & File, A. (2015) Behavioral activation. In A.M. Nezu and C.M. Nezu (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies* (pp. 229-263). New York: Oxford University Press.

<https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199733255.001.0001/oxfordhb-9780199733255>

<http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Lista%20protocoalelor%20terapeutice%20%20-%20iunie%202019.pdf>

<http://www.cnas.ro/page/lista-protocoalelor-terapeutice-aprobate-prin-ordinul-ms-cnas-nr-1301-500-2008-cu-modificarile-si-completarile-ulterioare.html> - accesat nov, dec 2019, ian 2020

<https://annals.org/aim/fullarticle/2490527/nonpharmacologic-versus-pharmacologic-treatment-adult-patients-major-depressive-disorder-clinical>

<https://nbn2r.com/> - accesat nov, dec 2019, ian 2020

<https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>

https://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/43735.pdf

Jasenka Matekovic, Rebecca Henry, 2017, Depression Management Guidelines Version: 6, Southern Health NHS Foundation Trust

Joy, C., Adams, C., & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online), (4), CD001087.

Kallert, T., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., et al. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 278-287.

Kanter, J.W., Busch, A.M, & Rusch, L.C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. London, England: Routledge. <https://www.crcpress.com/Behavioral-Activation-Distinctive-Features/Kanter-Busch-Rusch/p/book/9780415446549>

Kanter, J.W., Santiago-Rivera, A.L., Santos, M.M., Hurtado, G.D., West, P., Nagy, G., & Lopez, M. *Behavioral activation for Latinos: Treatment manual* [Unpublished manuscript]. Seattle: University of Washington. Retrieved from https://www.div12.org/wp-content/uploads/2014/11/Behavioral_Activation_for_Latinos_Manual.pdf (PDF, 765KB)

Katz S. Spitalizarea și sistemul de servicii de sănătate mintală. În H Kaplan și B Saddock (Eds.). (2009). Ghid complet de psihiatrie (ediția a 9-a). Baltimore, MD: Lippincott, Williams și Wilkins.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Rice, J., et al. (1986) The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of non-bipolar major depressive disorder: a prospective followup. *American Journal of Psychiatry*, 143, 24–28.

Kiser LJ, Heston JD, Pruitt DB. Servicii de spitalizare parțială și servicii de intervenție comportamentală ambulatorii. În H Kaplan și B Saddock (Eds.). (2009). Ghid complet de psihiatrie (ediția a 9-a). Baltimore, MD: Lippincott, Williams și Wilkins.

Kroehnert, G., 2006, 101 More Training Games, The McGraw-Hill Companies, Inc.

Lee, A. S. & Murray, R. M. (1988) The long-term outcome of Maudsley depressives. *British Journal of Psychiatry*, 153, 741–751.

Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice 487/2002 Republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 13 septembrie 2012;

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății Publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 652 din 28 august 2015 <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>

Lejuez, C.W., & Hopko, D.R. (2013). *Behavioral activation (BA) program treatment manual* [Unpublished manuscript]. Retrieved from <https://www.div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>

Loosen, P. T. (1987) The TRH stimulation test in psychiatric disorders: a review. *Handbook of Clinical Psychoneuroendocrinology* (eds P. T. Loosen & C. B. Nemeroff), pp. 336–360. Chichester: Wiley.

Maes, M., Meltzer, H. Y., Cosyns, P., *et al.* (1993) An evaluation of basal hypothalamic-pituitary-thyroid axis function in depression: results of a largescaled and controlled study. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 607–620.

Magellan Health Care, 12/2016, Medical Necessity Criteria Guidelines. Magellan health, Inc.

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., *et al.* (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online), (1), CD004026.

Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton. <https://psycnet.apa.org/record/2001-06573-000>

Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Behavioral-Activation-for-Depression/Martell-Dimidjian-Herman-Dunn/9781462510177/authors>

Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & De Risio, S. (2004). Day hospital treatment for mood disorders. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 55(4), 436-438.

Messer, S.B., & Warren, C.S. (1998). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1995-98730-000>

Misch, D.A. (2000). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 173-189. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330607/>

Muñoz, R.F., & Miranda, J. (1996). *Individual therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression* [Adobe Digital Editions version]. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.6.pdf (PDF, 2.29MB)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in adults. Recognition and management (CG 90) October 2009. www.nice.org.uk

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in adults. Recognition and management (CG 90) October 2009. www.nice.org.uk

Nierenberg, A. A. & Amsterdam, J. D. (1990) Treatment-resistant depression: definition and treatment approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39–47.

Nierenberg, A. A., McLean, N. E., Alpert, J. E., *et al.* (1995) Early nonresponse to fluoxetine as a predictor of poor 8-week outcome. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1500–1503.

Nierenberg, A. A., Farabaugh, A. H., Alpert, J. E., *et al.* (2000) Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1423–1428.

ORDIN nr. 375 din 10 aprilie 2006 privind infiintarea, organizarea si functionarea Centrelor de Sănătate Mintală EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII publicat in: MONITORUL OFICIAL nr. 373 din 2 mai 2006

Perl Elizabeth, Treatment team in conflict: The wishes for and risks of consensus, *Psychiatry*; Summer 1997; 60, 2; pg. 182.

Persons, J.B., Davidson, J., & Tompkins, M.A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/431758A?tab=2>

Pettit, J.W., & Joiner, T.E. (2006). *Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317089>

Pinsker, H. (2013). *A primer of supportive psychotherapy*. New York: Routledge. <https://www.routledge.com/A-Primer-of-Supportive-Psychotherapy-1st-Edition/Pinsker/p/book/9781315803296>

Powell M Stephen, Benefits to Team Briefings, Healthcare Executive; Jul/Aug 2007; 22, 4.

Qaseem A, Barry MJ, Kansagara D, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2016;164:350–359. [Epub ahead of print 9 February 2016]. doi: <https://doi.org/10.7326/M15-2570>

Ravitz, P., Watson, P., & Grigoriadis, S. (2013). *Psychotherapy essentials to go: Interpersonal psychotherapy for depression* (P. Ravitz, & R. Maunder, (Eds.)) New York: W.W. Norton <https://books.wwnorton.com/books/978-0-393-70829-5/>

Robert Paul Liberman, Donald M. Hilty, Robert E. Drake, Hector W. H. Tsang, Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation, *Psychiatric Services*, October 2001 Vol. 52 No. 10.

Rush, A. J., Trivedi, M. & Fava, M. (2003) STAR*D treatment trial for depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 237.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 65(2), 98-109. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2010-02208-012.pdf>

Stoica Ileana. Staționarul de zi ca interfață între spitalul psihiatric și comunitate. *Psihiatru.ro*, 2017, 49 (2/2017).

Stoica I., Dehelean L., Tămășan S., Bolcu E., Willems M. *Intervenția în criză în serviciile de sănătate mintală*, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2009.

Summers, R.J. & Barber, J.P. (2009). *Psychodynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Psychodynamic-Therapy/Summers-Barber/9781462509706/reviews>

Supportive Psychotherapy [Webpage]. (n.d.). Retrieved from <https://www.addiction.com/a-z/supportive-psychotherapy/>

Thase ME, Parikh SV, Rothschild AJ, et al. Impact of pharmacogenomics on clinical outcomes for patients taking medications with gene-drug interactions in a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(6):19m12910. *The Journal of Applied Behavioral Science*; Sep 1995; 31, 3.

Thornicroft G, Tansella M, Drake RE. „Organizing the range of community mental health services.” In: Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT, Drake RE. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press, 2011

Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 185, 283-90.

Vinokur-Kaplan, Diane, Treatment teams that work (and those that don't): An application of Hackman's Group of Effectiveness Model to Interdisciplinarity Teams in Psychiatric Hospitals.

Weissman, M.M. (1995). *Mastering depression through interpersonal psychotherapy: Patient workbook*. New York: Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/mastering-depression-through-interpersonal-psychotherapy-9780195188479?cc=us&lang=en&>

Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G. L. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded edition*. New York: Oxford University Press. <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med-psych/9780190662592.001.0001/med-9780190662592>

Werman, D.S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel. <https://www.crcpress.com/Practice-Of-Supportive-Psychotherapy/Werman/p/book/9781138869004#googlePreviewContainer>

Winokur, G., Coryell, W. & Keller, M. (1993) A prospective study of patients with bipolar and unipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 457–465.

Young, J.E., Rygh, J.L., Weinberger, A.D., & Beck, A.T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D.H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 250-305). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-00599-000>

Zimmerman M, Thongy T. How often do SSRIs and other new-generation antidepressants lose their effect during continuation treatment? Evidence suggesting the rate of true tachyphylaxis during continuation treatment is low. *J Clin Psychiatry*. 2007 Aug;68(8):1271-6.

Zohar J, Nutt DJ, Kupfer DJ, Moller HJ, Yamawaki S, Spedding M, et al. A proposal for an updated neuropsychopharmacological nomenclature. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24:1005–14. [PubMed] [Google Scholar]

Zohar J, Stahl S, Moller HJ, Blier P, Kupfer D, Yamawaki S, et al. A review of the current nomenclature for psychotropic agents and an introduction to the Neuroscience-based nomenclature. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25:2318–25. [PubMed] [Google Scholar]

V. MONITORIZAREA ADULTULUI CU DEPRESIE

Dr. Simona Claudia Tămășan

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Managementul depresiei la adult va fi în acord cu statusul și evoluția pacientului, etapizat, ca model colaborativ între diferitele nivele de îngrijire a sănătății mintale, de la asistența primară la serviciile specializate și cele de asistență în adresarea factorilor psiho-sociali.

Monitorizarea adultului cu depresie se face pe tot parcursul evolutiv al episodului acut și în perioada de remisie, între episoade. Conform ghidului NICE, se recomandă o schimbare de paradigmă în monitorizare, mai ales în cazul depresiei severe cu risc suicidar. Se renunță la conceptul enunțat în versiunea inițială de "supraveghere atentă sau îndeaproape" și se recomandă monitorizarea activă, care presupune "un proces activ de reevaluare, consiliere și suport".

Se va stabili de la început, cu consimțământul și participarea activă la decizii a pacientului cu depresie și a familiei, un plan structurat de monitorizare. Evaluarea inițială și monitorizarea pe parcurs se vor face în funcție de severitatea episodului, comorbiditatea psihiatrică și/sau somatică, suportul social, complianța, răspunsul la tratament și eventualele efecte adverse.

V.1 Indicatorii de urmărit în cadrul monitorizării pacientului adult cu depresie

Se vor avea în vedere ca indicatori pentru episodul acut și pentru perioada dintre recurențe/recăderi:

- I. Simptomele clinice, severitatea lor, asocierea simptomelor psihotice sau alte comorbidități somatice sau psihiatrice (atenție la uzul/abuzul de alcool sau alte substanțe sau la posibilele semne clinice de viraj hipomaniacal sau maniacal);
- II. Riscul suicidar;
- III. Eficiența metodelor terapeutice alese: medicația psihotropă, intervențiile psihologice, altele (monitorizarea periodică a răspunsului la tratament);
- IV. Tolerabilitatea și efectele secundare sau adverse ale medicației antidepressive;
- V. Complianța sau eventualele simptome de discontinuare a medicației;
- VI. Calitatea remisiunii, numărul, tipul și severitatea simptomelor reziduale;

VII. Numărul recurențelor și severitatea acestora, timpul necesar până la obținerea remisiunii;

VIII. Funcționalitatea globală și calitatea vieții.

Nevoile și cerințele în monitorizarea pacientului adult cu depresie sunt următoarele:

- I. Coordonarea optimă între profesioniștii de la diferite nivele de îngrijire – pentru o bună supervizare și monitorizare a fiecărui caz în parte ;
- II. Monitorizarea simultană a factorilor psiho-sociali asociați condiției medicale;
- III. Modificarea graduală, în funcție de nevoi, a terapiei medicamentoase și a psihoterapiei, precum și intensificarea controalelor periodice, dacă este necesar.

La fiecare reevaluare se va acorda o atenție deosebită următorilor **factori care pot influența severitatea și evoluția bolii**:

- I. Istoric de depresie sau orice comorbiditate cu alte tulburări mentale sau boli somatice;
- II. Orice date din istoricul personal sau familial relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară);
- III. Orice experiență cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea;
- IV. Calitatea rețelei sociale;
- V. Condițiile de habitat, izolarea socială.

V.2 Monitorizarea în funcție de severitatea și evoluția episodului depresiv

Severitatea episodului se va stabili în funcție de următoarele criterii:

- I. Durata, numărul și intensitatea simptomelor;
- II. Răspunsul inadecvat la tratament;
- III. Comorbiditățile psihiatrice și somatice;
- IV. Istoricul personal de depresie;
- V. Ideeația sau comportamentul suicidar;
- VI. Simptomatologia psihotică;
- VII. Suportul social inadecvat;
- VIII. Gradul de dizabilitate.

Monitorizarea intensivă a pacientului este importantă din stadiul timpuriu al depresiei, chiar dacă pacientul nu se află sub tratament antidepressiv. La instituirea tratamentului antidepressiv, pacientul va trebui consiliat și informat despre posibilele efecte adverse ale antidepressivelor (accentuarea inițială a anxietății sau agitației, apariția ideației suicidare). Fiecare reevaluare în cursul monitorizării va urmări răspunsul terapeutic, aderența la tratament, efectele secundare și riscul suicidar.

În **depresia ușoară** cu debut recent se recomandă monitorizare activă, fără tratament antidepressiv și reevaluare la 2 săptămâni. La persoanele la care în urma evaluării clinice se concluzionează că se pot recupera în lipsa intervențiilor specifice, sau care refuză intervențiile,

ca și la persoanele cu simptome depresive subclinice care solicită intervenția, monitorizarea clinică însoțită de consiliere și suport se va face tot la două săptămâni. Dacă aceste categorii de persoane nu se prezintă la monitorizările programate, vor fi contactate de un membru al echipei de îngrijire, pentru controlul siguranței pacientului și reprogramare.

Se recomandă un nivel crescut de vigilență la:

- Depresia minoră persistentă, pe o durată ce depășește 3 luni (distimie?);
- Evoluția spre o depresie moderată sau severă.

Se recomandă ca toți pacienții cu **depresie moderată** aflați sub tratament psihotrop să fie reevaluați la 2 săptămâni de la inițierea tratamentului. Pacienții la care s-a instituit terapie antidepressivă vor fi monitorizați atent, mai intens în primele 4 săptămâni. Se va evalua percepția pacientului depresiv asupra tratamentului, se va întări atitudinea pozitivă și se vor clarifica eventualele nelămuriri ale familiei privind tratamentul, pentru a obține suportul acesteia. Se vor monitoriza atent: evoluția simptomelor, capacitatea funcțională, identificarea și adresarea efectelor adverse. Vor fi utilizate la fiecare evaluare interviul clinic și informațiile adiționale obținute prin intermediul scalelor de evaluare.

Se recomandă ca toți pacienții cu **depresie severă** aflați sub tratament psihotrop să fie reevaluați în 7-8 zile de la inițierea tratamentului. Dacă persoana este la **risc de autovătămare sau suicid** se recomandă **monitorizare activă**, respectiv un proces activ de reevaluare, consiliere și suport. Pacienții cu **risc suicidar** sau cu **vârste sub 30 ani** vor fi monitorizați la **o săptămână** (7 zile) de la instituirea tratamentului antidepressiv și în mod frecvent după aceea.

Faza acută de tratament este considerată perioada primelor 8-12 săptămâni, obiectivul fiind remisiunea simptomelor și recuperarea funcționalității.

Faza de menținere reprezintă următoarele 6-24 luni, când se urmărește restabilirea funcționalității premorbide și prevenirea recurențelor.

V.3 Monitorizarea răspunsului la tratament

Monitorizarea răspunsului la tratament se va face la 2, 4, respectiv 8 săptămâni. Fiecare reevaluare în cursul monitorizării va urmări răspunsul terapeutic, aderența la tratament, efectele secundare și riscul suicidar.

Criteriile recomandate pentru monitorizarea răspunsului la tratament sunt următoarele:

- I. Lipsa răspunsului: sub 25% scădere a scorului la scalele de depresie aplicate, față de evaluarea inițială (baseline);
- II. Răspuns parțial: scăderea scorului cu 26-49%;
- III. Răspuns la tratament: scăderea scorului cu $\geq 50\%$;
- IV. Răspuns cu persistența simptomatologiei reziduale: răspunsul cu remisiune parțială;
- V. Remisiune: lipsa simptomatologiei sau doar câteva simptome prezente și de severitate minoră, definite prin scoruri specifice la diferitele scale (ex. scala HDRS - scor ≤ 7), însoțită de îmbunătățirea funcționalității profesionale și sociale.

Se va menține tratamentul cu medicație antidepressivă cel puțin 6 luni după remisiunea episodului. Menținerea tratamentului peste 6 luni de la remisiune va ține cont de numărul

episoadelor depresive anterioare, prezența simptomatologiei reziduale sau a comorbidităților și/sau de prezența dificultăților în sfera psiho-socială. La pacienții cu factori de risc, tratamentul antidepresiv se va menține 12 luni după remisiunea episodului index și se va avea în vedere tratamentul de întreținere pentru cel puțin 24 de luni. Doza de medicație antidepresivă în tratamentul de întreținere se va menține – va fi aceeași cu care s-a obținut remisiunea, reducerea dozelor fiind asociată cu o rată mai mare a recăderii.

V.4 Factori care influențează severitatea și evoluția bolii

Factorii care vor fi luați în considerare la fiecare reevaluare, cei care pot influența severitatea și evoluția bolii sunt următorii:

- I. Istoric de depresie sau orice comorbiditate cu tulburări mentale sau boli somatice;
- II. Orice date din istoric relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară);
- III. Orice experiență cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea;
- IV. Calitatea rețelei sociale;
- V. Condițiile de habitat, izolarea socială.

V.5 Evaluarea funcționalității sistemului

Tulburarea depresivă, prin cronicitatea sa, va beneficia de un model de îngrijire complex care va include:

- I. Auto-actualizarea pacientului;
- II. Tratament oferit în echipa multidisciplinară;
- III. Resurse pentru managementul de îngrijire – manageri de caz și dosare ale pacienților;
- IV. Resurse comunitare și de suport - servicii sociale, reabilitare;
- V. Un sistem sigur de actualizare și transmitere a informațiilor între diferiții profesioniști implicați în îngrijire;
- VI. Implicarea familiei pentru restabilirea funcționalității pacientului acasă, la locul de muncă și în diferitele circumstanțe sociale.

Pentru evaluarea funcționalității sistemului în diagnosticarea, tratamentul și monitorizarea pacienților adulți cu depresie majoră se vor avea în vedere următoarele:

- I. Diagnosticarea – un proces valid de evaluare de rutină și documentare a criteriilor de diagnostic.
- II. O modalitate sistematică de a oferi și documenta: angajarea și educarea – pacientul și familia sunt angajați activ și participă în procesul terapeutic, fiind informați în privința naturii bolii, balanței beneficiu/risc al opțiunilor terapeutice stabilite în funcție de preferințele pacientului, precum și contactele regulate pe perioada îngrijirii, utilizând instrumente standardizate, obiective, care să documenteze contactele și să urmărească răspunsul terapeutic.
- III. Rezultatele – un sistem de monitorizare a evoluției și ameliorare continuă a procesului de îngrijire a pacientului, dar și a calității practicii clinice.

Bibliografie

The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017 (pag 120)

María Álvarez Ariza et al Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014).

Health Care Guideline Adult Depression in Primary Care. Institute for Clinical Systems Improvement.http://pcptoolkit.beaconhealthoptions.com/wp-content/uploads/2016/02/ICSI_Depression.pdf Accesat în Septembrie 2019.

Cleare et al. Evidence based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology (BAP) guidelines. J Psychopharm 2015; 29(5): 459-525. www.bap.org.uk

Depression Management Guidelines Version: 6 NHS Foundation Trust. August 2017.

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders.

Protocol for assesment and treatment of depression in primary care. Depression Working Group, NHS SWL, Croydon Borough Team, UK. Publicat 2011, actualizat 2014.

APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition, 2010.

V.6 Bune practici și recomandări pentru MONITORIZAREA PACIENTULUI ADULT CU DEPRESIE

Intrebări cheie

Cum trebuie să fie monitorizarea adultului diagnosticat cu depresie?

- Monitorizarea adultului cu depresie se face precoce la debut, pe tot parcursul evolutiv al episodului acut și în perioada de remisie, între episoade.
- Conform ghidului NICE, se recomandă o schimbare de paradigmă în monitorizarea pacientului adult cu depresie, mai ales în cazul depresiei severe cu risc suicidal. Se renunță la conceptual/recomandarea de "supraveghere atentă sau îndeaproape" enunțată în versiunea inițială a ghidului și se recomandă o **monitorizare activă**, care presupune **"un proces activ de reevaluare, consiliere și suport"**. *The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017* (pag 120)

Ce indicatori se urmăresc în cadrul monitorizării?

Echipa de îngrijire va avea în vedere indicatori pentru episodul acut, dar și pentru perioada dintre recurențe (*):

1. Simptome clinice, severitate, asocierea simptomelor psihotice sau a altor comorbidități psihice (atenție la uz/abuz de alcool sau alte substanțe) sau somatice;
 - Atenție la posibile semne clinice de viraj hipoman sau maniacal!
2. Riscul suicidal;
3. Eficiența metodelor terapeutice alese: medicație psihotropă, intervenții psihologice, altele (monitorizarea periodică a răspunsului la tratament);
4. Tolerabilitate / Efecte secundare sau adverse ale medicației antidepressive;
5. Complanța/eventuale simptome de discontinuare a medicației;
6. Calitatea remisiunii, numărul și tipul simptomelor reziduale;
7. Numărul recurențelor și severitatea acestora, timpul necesar până la obținerea remisiunii
8. Funcționalitatea globală și calitatea vieții.

** Recomandări prin consens al experților prezentului ghid.*

RECOMANDĂRI pentru MONITORIZAREA PACIENTULUI ADULT CU DEPRESIE

Recomandare	Nivel al evidențelor/Grad recomandare	Sursa și scor AGREE obținut la review
Planul structurat de monitorizare va fi întocmit stabilind frecvența monitorizării și evaluării simptomelor în funcție de severitatea acestora, comorbidități, complianța/aderența la tratament, suportul social și frecvența și severitatea efectelor secundare ale medicației prescrise.	D	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults</i> , (2014), María Álvarez Ariza et al (pag 67) Scor AGREE 7 Recomandare de utilizare: DA
Nevoi și cerințe în monitorizarea pacientului adult cu depresie : - Coordonarea optimă între profesioniștii de la diferite nivele de îngrijire pentru o mai bună supervizare și monitorizare a fiecărui caz în parte. - Monitorizarea simultană a factorilor psihosociali asociați condiției medicale. - Modificarea graduală în funcție de nevoi a terapiei medicamentoase și a psihoterapiei și intensificarea controalelor periodice dacă este necesar.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults</i> , (2014), María Álvarez Ariza et al (pag 46) Scor AGREE 7 Recomandare de utilizare: DA
După obținerea consimțământului pacientului, atât acesta cât și aparținătorii/familia, vor avea un rol activ în luarea deciziilor privitoare la dezvoltarea planului de îngrijiri.	Q	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults</i> , (2014), María Álvarez Ariza et al (pag 67) Scor AGREE 7 Recomandare de utilizare: DA

La fiecare reevaluare se va acorda o atenție deosebită următorilor factori care pot influența severitatea și evoluția: - Istoric de depresie sau orice comorbiditate cu tulburări mentale sau boli somatice. - Orice date din istoric relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară). - Orice experiență cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea. - Calitatea rețelei sociale. - Condițiile de habitat, izolarea socială.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017</i> (pag 119) <i>Protocol for assesment and treatment of depression in primary care</i> <i>Depression Working Group, NHS SWL, Croydon Borough Team, UK</i> <i>Publicat 2011, actualizat 2014</i> Scor AGREE 6 Recomandare de utilizare DA
Monitorizarea intensivă a pacientului este importantă din stadiul timpuriu al depresiei, chiar dacă pacientul nu se află sub tratament antidepressiv.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Depression Management Guidelines</i> <i>Version: 6</i> <i>NHS Foundation Trust August 2017</i> (pag 4) Scor AGREE 6 Recomandare de utilizare DA

Fiecare reevaluare în cursul monitorizării va urmări răspunsul terapeutic, aderența la tratament, efectele secundare și riscul suicidar.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017</i> (pag 152-153)
La instituirea tratamentului antidepresiv, pacientul va trebui consiliat și informat despre posibilele efecte adverse ale antidepresivelor (accentuarea inițială a anxietății, sau agitație sau apariția ideății suicidare).	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Depression Management Guidelines</i> Version: 6 NHS Foundation Trust August 2017 (pag 4) Scor AGREE 6 Recomandare de utilizare DA
Pacienții cu risc suicidar sau vârste sub 30 ani vor fi monitorizați la o săptămână (7 zile) de la instituirea tratamentului antidepresiv și în mod frecvent după aceea.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Depression Management Guidelines</i> Version: 6 NHS Foundation Trust August 2017 (pag 4) Scor AGREE 6 Recomandare de utilizare DA

Dacă persoana este la risc de autovătămare sau suicid se recomandă monitorizare activă, respectiv un proces activ de reevaluare, consiliere și suport.		<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults</i> <i>Updated Edition</i> <i>2010-2017</i> (pag 120)
La persoanele care în urma evaluării clinice se concluzionează că depresia este ușoară/minoră, sau se pot recupera în lipsa intervențiilor specifice, sau refuză intervențiile, și la persoanele cu simptome depressive subclinice care solicită intervenția, monitorizarea clinică însoțită de consiliere și suport se va face la două săptămâni. Dacă aceste categorii de persoane nu se prezintă la monitorizările programate vor fi contactate de un membru al echipei de îngrijire pentru controlul siguranței pacientului și reprogramare.		<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults</i> <i>Updated Edition</i> <i>2010-2017</i> (pag 121)
În depresia ușoară cu debut recent se recomandă monitorizare activă, fara tratament antidepressiv și reevaluare la 2 săptămâni. Atenție la : - Depresia minoră persistentă pe o durată ce depășește 3 luni (distimie?) - Evoluția spre o depresie moderată sau severă <i>Cleare et al. Evidence based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology (BAP) guidelines. J Psychopharm 2015; 29(5): 459-525. www.bap.org.uk</i>		<i>Depression Management Guidelines</i> <i>Version: 6</i> <i>NHS Foundation Trust August 2017</i> (pag 4) Scor AGREE 6 Recomandare de utilizare DA

Se recomandă ca toți pacienții cu depresie moderată aflați sub tratament psihotrop să fie reevaluați la 2 săptămâni de la inițierea tratamentului.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al</i> (pag 152) Scor AGREE 7 Recomandare de utilizare: DA
Se recomandă ca toți pacienții cu depresie severă aflați sub tratament psihotrop să fie reevaluați în 7-8 zile de la inițierea tratamentului.	Recomandare adoptată prin consens al experților	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al</i> (pag 152) Scor AGREE 7 Recomandare de utilizare: DA

VI. ASPECTE PARTICULARE ALE DEPRESIEI LA ADULT

VI.1 DEPRESIA CU RISC SUICIDAR

VI.1.1 EVALUAREA ȘI MANAGEMENTUL SUICIDULUI

Dr. Simona Claudia Tămășan

Teorii ale suicidului

- Teoria interpersonală – lipsește sentimentul apartenenței, sau se percepe pe sine ca pe o povară pentru ceilalți, sau este dobândită capacitatea de a comite suicidul.
- Teoria durerii psihice – rănilor sau angoasa își au rădăcinile în frustrarea nevoilor psihologice pe care le consideră vitale.
- Teoria stres-diateză – suicidul se produce în contextul vulnerabilității biologice sau psihosociale, precipitat de o criză psihosocială.

Algoritmul de intervenție

1. Screening-ul și evaluarea suicidalității:
 - a) Utilizarea unui instrument de screening validat – PHQ-9
 - b) Evaluarea riscului suicidal – item 10 MADRS, item 11 HAMD -17
 - c) Evaluarea factorilor de risc și a factorilor protectivi pentru comiterea suicidului
 - d) Identificarea factorilor asociați suicidului – C-SSRS (scala de evaluare a suicidului Columbia – ideea suicidară, intensitatea ideei, comportament suicidal)
2. Tratamentul non-farmacologic
 - a) Intervenție în criză
 - b) Strategii de rezolvare a problemelor
 - c) Terapie cognitiv comportamentală
3. Tratamentul farmacologic

În funcție de diagnostic și severitate (antipsihotic sau litiu în depresie uni sau bipolară, clozapină în tulburări din spectrul schizofreniei, esketamină).

4. Îngrijirea în faza post-acută

Contact periodic și intervenții personalizate pentru o perioadă de 24 de luni.

5. Intervenții la nivel comunitar

- a) Educare și sensibilizare
- b) Telefon de criză
- c) Reducerea accesului la instrumente letale (la substanțe toxice, arme, bariere în spații aflate la înălțime, alte mijloace letale)
- d) Programe de pregătire și formare a jurnaliștilor pentru prezentarea adecvată în mass-media a știrilor despre suicid.

Semnale de alarmă

Semnale cheie:

- Amenință că se va sinucide sau că vrea să-și facă rău;
- Caută modalități de a se sinucide – colectează pastile sau caută acces la o armă, identifică locuri pentru precipitare, sau pregătește alte mijloace;
- Vorbește sau scrie despre suicid.

Semnale adiționale:

- Crește consumul de alcool sau droguri;
- Agitație, anxietate, insomnii sau somnolență;
- Furie incontrolabilă sau nevoie de răzbunare;
- Sentimente de disperare și lipsă de speranță;
- Schimbări dramatice de dispoziție;
- Nu mai găsește sensul vieții;
- Se simte prins într-o capcană;
- Lipsă de speranță, anhedonie;
- Retrageră socială;
- Tendințe impulsive sau agresive;
- Nerăbdare sau activități cu risc ridicat;
- Istoric familial de suicid;
- Istoric de traumă sau rele tratamente în copilărie;
- Tentative de suicid în antecedente;
- Istoric de tulburare psihiatrică, îndeosebi depresie, dar și tulburări psihotice, PTSD, ADHD;
- Istoric de consum de alcool sau droguri;

- Credințe religioase și tipare culturale,
- Epidemie locală de suicid;
- Sentimente de izolare și lipsă de conexiune cu ceilalți oameni;
- Suferință fizică;
- Acces redus la servicii medicale și psihiatrice;
- Își pune în ordine documentele personale (financiare, dispoziții finale, testament).

Factori protectivi

- Stare de sănătate fizică și psihică bună;
- Servicii optime de îngrijire a sănătății mintale, disponibile și accesate la nevoie;
- Perspectivă bună asupra viitorului;
- Stimă de sine corespunzătoare, capacitate de a face față problemelor și de a rezolva conflictele;
- Suport social și familial;
- Sentiment al apartenenței la comunitate;
- Angajamente familiale și profesionale.

Managementul pacientului suicidar

1. Evaluarea riscului suicidar – la persoanele care prezintă semnale de alarmă.
2. Identificarea factorilor protectivi și explorarea ambivalenței între motivația de a trăi și cea de a muri.
3. Investigarea intenției suicidare – tipul, frecvența și severitatea ideății suicidare, prezența unui plan suicidar, accesul la mijloace de comitere a suicidului, intenția de a trece la act.
4. Documentarea detaliată a riscului suicidar de la primul contact cu serviciile medicale și în dinamică – factori de risc/factori protectivi; nivelul de risc și intervenția care se impune, persoanele responsabile, planul de tratament și de urmărire.
5. Elaborarea unui plan de siguranță.

Persoană cu risc scăzut – prezintă ideăție suicidară, fără comportamente sau plan suicidar:

—————> se evaluează prezența unei tulburări psihiatrice, a stresorilor psihosociali și a factorilor de risc adiționali.

—————> se implică resursele personale și resursele comunitare de suport.

—————> se documentează evaluarea riscului, planul terapeutic, contactele în dinamică, implicarea altor servicii de sănătate mintală.

Persoană cu risc moderat – prezintă ideăție suicidară, cu intenționalitate limitată și fără un plan clar; poate să aibă tentative de suicid în antecedente:

—→se evaluează prezența unei tulburări psihiatrice, a stresorilor psihosociali și a factorilor de risc adiționali.

—→se instituie acțiuni preventive – consultație psihiatrică și tratament psihofarmacologic; evaluare și tratament pentru consumul de substanțe psihoactive; psihoterapie individuală sau sistemică.

—→se documentează evaluarea riscului, planul terapeutic, contactele în dinamică, implicarea altor servicii de sănătate mintală.

Persoană cu risc ridicat – prezintă un plan suicidal clar; poate să aibă tentative de suicid în antecedente:

A. Persoana nu are acces la mijloace letale, are suport social corespunzător, capacitate de înțelegere și judecată păstrate și are tratament pentru eventuala patologie psihiatrică:

—→se instituie acțiuni preventive – consultație psihiatrică și tratament psihofarmacologic; evaluare și tratament pentru consumul de substanțe psihoactive; psihoterapie individuală sau sistemică.

—→se documentează evaluarea riscului, planul terapeutic, contactele în dinamică, implicarea altor servicii de sănătate mintală.

B. Persoana are simptome psihiatrice severe sau factori precipitanți, are acces la mijloace letale, este lipsită de suport social și are buna judecată afectată:

—→se contactează serviciul de urgență 112, se instituie internarea voluntară sau non-voluntară într-un serviciu de psihiatrie.

—→se documentează evaluarea riscului, planul terapeutic, contactele în dinamică, implicarea altor servicii de sănătate mintală.

Fiecare persoană cu risc suicidal va beneficia de elaborarea unui *plan de siguranță*:

- Recunoașterea semnalelor de alarmă ale crizei suicidare – gânduri, imagini, comportamente care preced un comportament suicidal;
- Utilizarea resurselor personale de a face față situației și de a evita suicidul;
- Accesare resurselor interpersonale de suport, cu crearea unei liste de contacte utile;
- Identificarea unor persoane cheie apropiate care să se implice în rezolvarea crizei suicidare;
- Solicitarea ajutorului medical calificat.

Se va negocia, împreună cu persoana cu risc suicidal, un *plan de aderare la tratament*, individualizat, motivațional și asumat, care să includă:

- Identificarea rolului, îndatoririlor și așteptărilor de la tratament din partea ambelor părți.
- Comunicarea deschisă, inclusiv despre suicid.
- Acordul privind solicitarea de către profesionist a intervenției de urgență în situații de criză.

Recomandăm urmărirea cu strictețe a protocoalelor de intervenție și documentarea sistematică și în timp real a acțiunilor desfășurate, pentru a evita riscul de malpraxis.

Alianța Română de Prevenție a Suicidului

Pentru consiliere în situații de criză suicidară puteți contacta **între 19:00 – 07:00** numărul de telefon **0800 801 200** (apelabil gratuit la nivel național din orice rețea) sau email la sos@antisuicid.com.

Centrul de prevenire a tentativelor de suicid la copii și adolescenți

Telverde **0800.080.100** pentru copiii și adolescenții cu comportament iminent autodistructiv, la care pot suna atât adolescenții, cât și părinții acestora, sau **116.123**.

Bibliografie

1. American Association of Suicidology. The Warning Signs for Suicide. [cited 2014 July 14]; Available from: <http://www.suicidology.org/resources/multimedia-resources/suicide-warningsigns.o>
2. CDC. Suicide: Risk and Protective Factors. Injury Prevention & Control 2013 [cited 2014 June 18]; Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>
3. https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf (accesat 01.10.2019)
4. Sall J, Brenner L, Millikan Bell AM, et al. Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med. 2019;171:343–353.[Epub ahead of print 27 August 2019]. doi: 10.7326/M19-0687.
5. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf>
6. <https://www.porticonetwork.ca/> (accesat 15.11.2019)

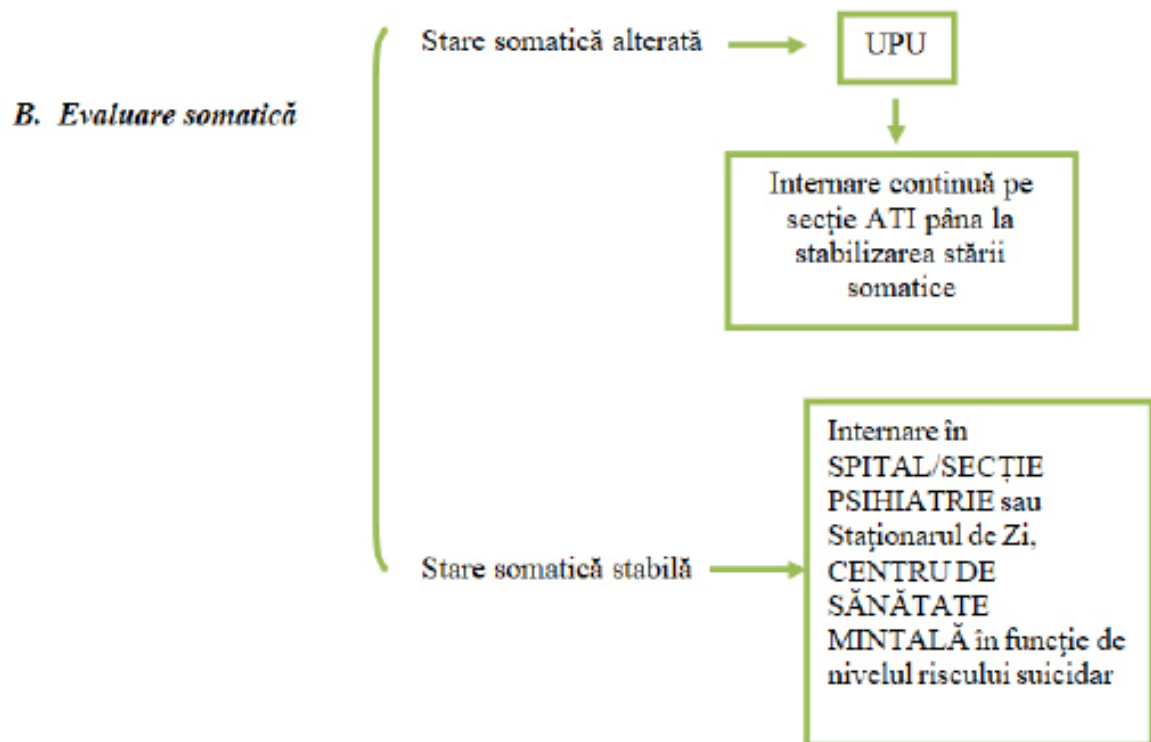
Etape preliminare

- Definirea grupurilor/pacienților considerați la risc sau, după caz, identificarea persoanei care este referită/adusă sau se prezintă din proprie inițiativă
- Definirea modalităților de intervenție
- Stabilirea și definirea echipei multidisciplinare
- Definirea responsabilităților fiecărui membru din echipa multidisciplinară
- Stabilirea locației în care se va desfășura fiecare etapă de intervenție și pregătirea acesteia

Etapă de evaluare și intervenție rapidă

A. Principii generale:

- a. persoana va fi evaluată într-o încăpere în care să poată fi observată cu ușurință și să nu aibă acces la obiecte/materiale cu potențial de utilizare în scop de autovătămare;
- b. persoana evaluată nu va avea asupra sa obiecte cu potențial de autovătămare (obiecte ascuțite, sfori, curele, medicamente etc.); asistenta medicală se va asigura de acest lucru!
- c. evaluarea se va face în cel mai scurt interval de timp posibil de la accesul persoanei în unitatea medicală/de la solicitarea de ajutor;
- d. aparținătorii (prieteni, colegi, membri ai familiei) care însoțesc persoana considerată la risc vor fi informați cu privire la importanța suportului pe care îl pot oferi pe tot parcursul procesului de evaluare și îngrijire;
- e. vor fi luate în considerare orice informații, documente medicale furnizate privitoare la:
 - antecedente psihiatrice;
 - boli somatice asociate;
 - tratamente urmate în ultima perioadă (lună) sau aflate în curs;
 - investigații, evaluări clinice/paraclinice în curs;
- f. în timpul dedicat evaluării se va facilita relația terapeutică;
- g. intervențiile adaptate nivelului de risc vor fi cât mai prompte;



B. Evaluarea riscului suicidar

În cursul evaluării vor fi explorate:

- Idei suicidare: prezența, conținutul, frecvența, intensitatea, contextul de apariție sau intensificare
- Intenția explicită sau implicită de trecere la act cu înțelegerea consecințelor: prezența, conținutul, frecvența, intensitatea, contextul de apariție sau intensificare
- Comportamentul de pregătire
- Alte tentative de suicid în istoricul personal
- Semnale de alarmă / de avertizare
- Factorii de risc sau precipitanți
- Factorii protectivi
- Utilizarea (sau abuzul) de substanțe psihoactive
- Accesul la mijloace letale

C. Evaluarea nivelului de risc suicidar: date de anamneză și heteroanamneză

Tabel 1

Nivel al riscului suicidar	Caracteristici și indicatori ai riscului	Factori ce pot influența nivelul riscului
Risc suicidar scăzut/minim	<i>Idei suicidare recente</i> <i>Lipsa intenției la act</i> <i>Control bun al impulsurilor</i> <i>Lipsa oricărui plan suicidar sau de autovătămare</i> <i>Lipsa unei tentative suicidare anterioare</i>	<i>Existența factorilor protectivi accesibili</i>
Risc suicidar moderat	<i>Idei suicidare prezente</i> <i>Lipsa intenției și control bun al impulsurilor</i> <i>Lipsa oricărui plan suicidar sau de autovătămare</i> <i>Lipsa unei tentative suicidare anterioare</i>	<i>Factori protectivi limitați sau greu accesibili</i> <i>și/sau</i> <i>Identificarea unor semnale de alarmă sau a unor factori de risc</i>
Risc suicidar crescut	<i>Idei suicidare prezente și persistente</i> <i>Prezența intenției clare sau a planului sau a unor semnale de avertizare/alarmă</i> <i>Tentativă suicidară recentă sau comportament de pregătire a actului</i>	<i>Lipsa factorilor protectivi</i> <i>Factori de risc sau eveniment acut precipitant</i> <i>Tulburare psihiatrică acută (debut al simptomatologiei unei tulburări psihice/episod depresiv)</i>

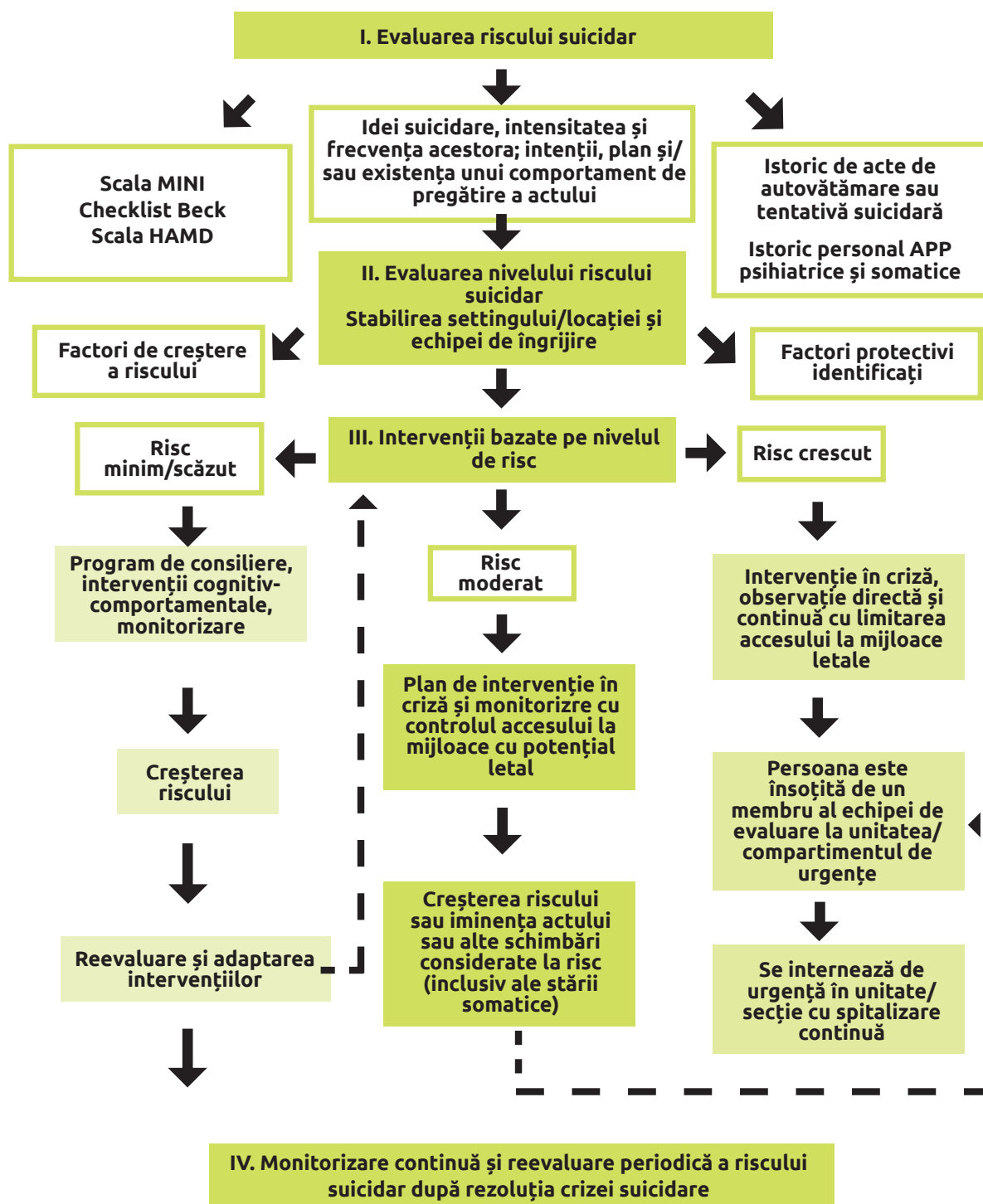
Adaptare și traducere după VA/DoD *Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide*, 2013

D. Intervenții adaptate pentru reducerea riscului suicidar și rezoluția crizei suicidare

- Referire spre cea mai adecvată și apropiată structură de îngrijire;
- Stabilirea unui plan de siguranță cu limitarea și controlul accesului la orice mijloace letale;
- Asigurarea suportului familial sau din partea altor persoane din rețeaua socială a persoanei;
- Intocmirea unui plan de tratament cu asigurarea accesului la intervenții bazate pe dovezi care reduc riscul suicidar:

- Intervenții psihologice: TCC, rezolvare de probleme, terapie interpersonală
 - Farmacoterapie: antidepresive, antipsihotice, clozapina, litiu, anticonvulsivante
 - Alte intervenții: TEC
 - Tratamentul comorbidităților somatice
- Monitorizare, reevaluarea nivelului de risc suicidar și adaptarea planului de tratament;
 - Strategii de îmbunătățire a aderenței la planul terapeutic;
 - Monitorizare continuă și reevaluarea periodică a riscului după soluționarea crizei suicidare.

ALGORITM DE INTERVENȚIE LA ADULTUL CU RISC SUICIDAR



Bibliografie

Doina Cosman, Compendiu de suicidologie, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2006.

Doina Cosman, 2009. Suicide Prevention in Romania. In: Wasserman D, Wasserman C (eds). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. New York: Oxford University Press; 2009.

Stoica I., Dehelean L., Tămășan S., Bolcu E., Willems M., 2009. Intervenția în criză în serviciile de sănătate mintală, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2009.

VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide, 2013. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf>

Vrasti R. Ghid Practic de Intervenție în Criza 1 Evaluarea și intervenția în criză pentru un individ suicidar – adult. Psihiatru.ro . Vol. 41 Issue 2/2015, p6-26

<http://www.vrasti.org/5.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20pentru%20un%20individ%20suicidar.pdf>

VI.1.3 BUNE PRACTICI ȘI RECOMANDĂRI PENTRU MANAGEMENTUL PACIENTULUI ADULT CU DEPRESIE ȘI RISC SUICIDAR

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Ce instrumente/scale de evaluare a suicidului pot fi utilizate de clinician/evaluator

La fiecare pacient în curs de evaluare pentru depresie va trebui evaluat și monitorizat riscu suicidar.

În cursul evaluării vor fi explorate (conform ghidului VADoD, 2013):

- Idei suicidare: prezența, conținutul, frecvența, intensitatea, contextul de apariție sau intensificare;
- Intenția explicită sau implicită de trecere la act cu înțelegerea consecințelor: prezența, conținutul, frecvența, intensitatea, contextul de apariție sau intensificare;
- Comportamentul de pregătire;
- Alte tentative de suicid în istoricul personal;
- Semnale de alarmă / de avertizare;
- Factorii de risc sau precipitanți;
- Factorii protectivi;
- Utilizarea (sau abuzul) de substanțe psihoactive;
- Accesul la mijloace letale;
- Reevaluarea riscului suicidar este o recomandare care se aplică pentru orice etapă evolutivă a depresiei.

Când și cum se face evaluarea pacientului la care se suspectează prezența riscului suicidar?

Instrumentele de screening utilizate pot avea o rată de predicție fals pozitivă destul de ridicată (Crawford și col. 2011, Louzon și col. 2016):

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999)
- Identificarea factorilor asociați suicidului prin întrebări corelate cu suicidul care să identifice: dorința de a fi mort/moartă, gânduri de moarte, comportamentul suicidar (LeFevre, 2014; King și col, 2017).

Alte scale utilizate în evaluarea riscului suicidar:

- Interviu MINI
- Scala de măsurare a ideației suicidare Beck
- Scala lipsei de speranță Beck
- Scala Columbia de evaluare a severității riscului suicidar

- Scala modificată de evaluare a ideății suicidare
- Scala rațiunii pentru a trăi
- Chestionarul evaluării comportamentului suicidar
- Scala intenției de suicid
- Checklist-ul de evaluare a suicidului Rogers

Ce măsuri se impun pentru prevenția/diminuarea riscului suicidar la pacienții internați?

Suicidul pe perioada spitalizării a fost definit de Oehmichen și Staak (1988) ca "*suicid al unui pacient spitalizat în timpul tratamentului care are loc atât în incinta spitalului cât și în afara acestuia, de exemplu pe perioada unei învoiri, a unei externări de probă sau în timpul transferului/ internării în alt spital având tratament psihiatric*".

Actul suicidar în timpul spitalizării este considerat un "*eveniment sentinelă*" (Williams și col., 2018) care poate fi prevenit.

Factorii de risc pentru suicid în timpul spitalizării pacientului cu depresie (Kessing, 2004; Fawcett, 1988 și 2001) :

- Severitatea episodului depresiv (Kessing, 2004);
- Istoric de tentativă suicidară în antecedente (Fawcett, 1988);
- Simptome persistente: lipsa de speranță, agitația, anxietatea (Fawcett, 1988);
- Tulburări de personalitate, în special cele care au ca trăsătură proeminentă impulsivitatea (Fawcett, 2001);
- Vârsta tânără;
- Internarea nevoluntară (Fawcett, 1988);
- Virajul afectiv (Sharma și col., 1998).

Măsuri de prevenție a suicidului pe perioada spitalizării:

- Formarea și educarea continuă a întregului personal de îngrijire;
- Precauții privind mediul și locul în care se acorda îngrijirile;
- Precauții legate de supravegherea activă și continuă a pacientului. Există trei componente care cresc nivelul și percepția subiectivă de siguranță a pacientului: conexiunea, protecția și controlul (Berg și col., 2017);
- Asigurarea intervențiilor de farmacoterapie și psihoterapie la un nivel și intensitate adaptate nivelului riscului.

Unele ghiduri internaționale definesc **4 nivele de observare** a pacientului cu risc suicidar pe parcursul internării (Reynolds și col., 2005):

- *Nivelul I* presupune observarea generală, standard;

- *Nivelul II* observarea intermitentă: pacientul și localizarea sa sunt monitorizate la fiecare 15 minute;
- *Nivelul III* observarea permanentă, ținută, a pacientului în fiecare moment; asistenta medicală care supraveghează pacientul îl are în permanență în câmpul său vizual;
- *Nivelul IV* presupune prezența constantă a unei asistente medicale la o distanță suficientă pentru a putea interveni în orice moment ("Within Arm's Length"), inclusiv la baie. Este cel mai intensiv nivel de monitorizare și poate necesita măsuri adoptate în multe dintre spitalele de psihiatrie: secții speciale în care pacienții sunt cazați în spații cu pereți transparenți care să permită monitorizarea permanentă, camere de supraveghere montate astfel încât să poată fi evitate tentativele de suicid în locurile aflate în afara ariei de acoperire a camerelor ("blind spots").

VI.1.4 Recomandări pentru managementul pacientului adult cu depresie și risc suicidar

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Recomandare	Nivel al evidențelor/Grad recomandare	Sursa și scor AGREE obținut la review
<i>Esențial în demersul de evaluare și diagnostic este Interviu clinic.</i>	Recomandare adoptată prin consens al experților.	<i>Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 19)</i> Scor AGREE 7
<i>La <u>fiecare</u> pacient diagnosticat (sau în curs de evaluare) cu depresie va trebui evaluat și monitorizat <u>riscul suicidar</u>.</i>	Consens al experților prezentului ghid	

<i>Se recomandă încurajarea comunicării emoțiilor și sentimentelor într-un context care să asigure empatie și respect pentru persoana evaluată (inclusiv pentru însoțitori/apartenenți).</i>	Grad de recomandare Q	Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51) Scor AGREE 7
<i>Informarea pacientului și familiei/apartenenților cu privire la aspecte ale depresiei, opțiuni terapeutice disponibile, resurse de ajutorare (grupuri de suport sau alte resurse locale/naționale) se va face cu claritate și cât mai aproape de nivelul acestora de înțelegere.</i>		NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2010 UPDATED EDITION Pag 94
<i>În etapa de evaluare sunt importante consilierea și oferirea de explicații destinate să reducă sentimentele de vină și stigma.</i>	Grad recomandare Q	Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51) Scor AGREE 7

<i>Pe parcursul evaluării pacientului cu depresie se va forma/stabili relația terapeutică și alianța terapeutică.</i>	Nivel evidențe 4	Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51) Scor AGREE 7 Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder
<i>Evaluarea riscului suicidar este importantă datorită asocierii frecvente cu depresia.</i>	Nvel evidențe 2++	Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51) Scor AGREE 7

<i>Persoanele cu depresie vor fi întrebată <u>direct</u> despre ideile suicidare și intenția de suicid.</i>		NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2010 <i>UPDATED EDITION</i> (pag 120)
<i>Scale care ar putea fi utile în evaluarea depresiei cu risc suicidar sunt:</i> <i>Interviul MINI</i> <i>Scala de măsurare a ideăției suicidare Beck</i> <i>Scala lipsei de speranță Beck</i>		
<i>Persoanele diagnosticate cu depresie și familiile acestora/îngrijitorii vor fi sfătuiți să monitorizeze cu atenție și cu un grad de vigilență crescut orice modificare a dispoziției afective, simptome precum lipsa speranței, expectațiile negative, refuzul repetat / negativismul, ideile suicidare exprimate direct sau sugerate.</i>		NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2010 <i>UPDATED EDITION</i> (pag 120)

În evaluarea riscului suicidar se vor analiza următorii factori: -prezența unor tentative suicidare anterioare sau istoric de autovătămare; -comorbiditate cu alte tulburări mentale sau abuz de substanțe; -simptome specifice precum lipsa de speranță, anxietatea, agitația sau ideea suicidară; -alți factori de risc: boli somatice cornice, însoțite sau nu de durere și dizabilitate, istoric familial de suicid, factori sociali și istoric de suicid în mediul de viață al pacientului.	Grad de recomandare C	Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014), María Álvarez Ariza et al. (pag 51) Scor AGREE 7
Măsurile care se iau imediat ce la persoana cu depresie se identifică riscul suicidar: - limitarea cantității de medicație prescrisă și accesibilă, cu evaluarea toxicității supradozei de antidepressiv - creșterea nivelului de suport acordat, cu creșterea frecvenței monitorizării directe și/sau a contactului telefonic - trimiterea și însoțirea persoanei către o structură de îngrijire adecvată nivelului de risc		NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2010 UPDATED EDITION (pag 120)
Persoana identificată cu risc suicidar va beneficia în cel mai scurt timp de : - identificarea resurselor socio-familiale pentru suport și informarea acestora - organizarea intervențiilor adecvate nivelului de risc - în cazul unui risc minim persoana va fi consiliată și sfătuită pentru a solicita ajutor în cazul agravării riscului		NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2010 UPDATED EDITION (pag 120)

Bibliografie:

Álvarez María Ariza et al Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults, (2014).

Berg SH, Rørtveit K, Aase K. Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: A systematic review of qualitative studies. BMC Health Serv Res. 2017;17:73. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. JAMA. 2005;294:563–70. [PubMed] [Google Scholar]

Comtois KA, Linehan MM. Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review. J Clin Psychol. 2006;62:161–70. [PubMed] [Google Scholar]

Crawford MJ, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011;198:379-84. [PMID: 21525521] doi:10.1192/bjp.bp.110.083592

Doina Cosman, 2006. *Compendiu de suicidologie*. Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință.

Doina Cosman, 2009. Suicide Prevention in Romania. In: *Wasserman D, Wasserman C (eds). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press; 2009.

Fawcett J. Predictors of early suicide: identification and appropriate intervention. J Clin Psychiatry. 1988;49(Suppl):7–8. [PubMed] [Google Scholar]

Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Ann N Y Acad Sci. 2001;932:94–102. discussion 102–105. [PubMed] [Google Scholar]

LeFevre Michael L., MD, MSPH; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force *Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. <https://annals.org/aim/fullarticle/1872851/screening-suicide-risk-adolescents-adults-older-adults-primary-care-u> accesat 15.10.2019

Health Care Guideline Adult Depression in Primary Care. Institute for Clinical Systems Improvement. http://pcptoolkit.beaconhealthoptions.com/wp-content/uploads/2016/02/ICSI_Depression.pdf Accesat în August 2019

Isaac Sakinofsky, Preventing Suicide Among Inpatients *Can J Psychiatry*. 2014 Mar; 59(3): 131–140. doi: 10.1177/070674371405900304

James Sall, Lisa Brenner, Amy M. Millikan Bell, Michael J. Colston. Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines

Ann Intern Med. 2019;171:343-353. doi:10.7326/M19-0687

Karthick Navin, Pooja Patnaik Kuppili,¹ Vikas Menon, and Shivanand Kattimani Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative Review Indian J Psychol Med. 2019 Sep-Oct; 41(5): 403–412. Published online 2019 Sep 5. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_169_19

Kessing LV. Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. Br J Psychiatry. 2004;184:153–156. [PubMed] [Google Scholar]

King Cheryl A., Horwitz Adam, Ewa Czyz, Rebecca Lindsay, 2017. Suicide Risk Screening in Healthcare Settings: Identifying Males and Females at Risk. J Clin Psychol Med Settings. 2017 Mar; 24(1): 8–20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439267/>

Louzon SA, Bossarte R, McCarthy JF, et al. Does suicidal ideation as measured by the PHQ-9 predict suicide among VA patients? Psychiatr Serv. 2016;67:517-22. [PMID: 26766757] doi:10.1176/appi.ps.201500149

Michael L. LeFevre, MD, MSPH; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [HTTPS://ANNALS.ORG/AIM/FULLARTICLE/1872851/SCREENING-SUICIDE-RISK-ADOLESCENTS-ADULTS-OLDER-ADULTS-PRIMARY-CARE-U](https://annals.org/aim/fullarticle/1872851/screening-suicide-risk-adolescents-adults-older-adults-primary-care-u) accesat 15.10.2019

The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017

Ontario Registered Nurses' Association (RNA) Assessment and care of adults at risk for

suicidal ideation and behaviour: nursing best practice guideline. Toronto (ON): Ontario RNA; 2009. [Google Scholar]

Oehmichen M, Staak M. Suicide in the psychiatric hospital. International trends and medico legal aspects. *Acta Med Leg Soc (Liege)* 1988;38:215–23. [PubMed] [Google Scholar]

Reynolds T, O'Shaughnessy M, Walker L, et al. Safe and supportive observation in practice: a practical governance project. *Ment Health Pract.* 2005;8(8):13–16. [Google Scholar]

Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2015;172:441–9. [PubMed] [Google Scholar]

Sharma V, Persad E, Kueneman K. A closer look at inpatient suicide. *J Affect Disord.* 1998;47(1–3):123–129. [PubMed] [Google Scholar]

Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behav Modif.* 2008;32:77–108. [PubMed] [Google Scholar]

VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide, 2013 https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_suiciderisk_full.pdf

Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and method of suicide in hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44:643–50. [PubMed] [Google Scholar]

VI.1.5 ANEXE

Instrumente de lucru pentru profesioniști din sănătatea mintală

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Angajament (contract) non-suicid

Subsemnata/subsemnatul
..... sunt de acord să mă angajez în procesul terapeutic propus de medicul curant.....

Înțeleg că acest demers presupune acordul meu liber consimțit de a fi implicat(ă) activ în toate aspectele și etapele tratamentului, incluzând:

1. Respectarea programării ședințelor de monitorizare și participarea la acestea; în cazul în care intervine o situație neprevăzută care mă va împiedica să mă prezint la o ședință de monitorizare programată voi anunța echipa medicală;
2. Stabilirea obiectivelor terapeutice împreună cu echipa de îngrijiri; aceste obiective vor fi adaptate nevoilor mele, motiv pentru care înțeleg să îmi asum responsabilitatea în ceea ce privește comunicarea acestor nevoi și probleme;
3. Exprimarea opiniilor mele, a gândurilor și a trăirilor de orice fel cu sinceritate și claritate, în mod deschis, în fața echipei de îngrijiri;
4. Implicarea mea activă și continuă în cadrul sesiunilor de tratament/terapie psihologică și alte terapii de reabilitare recomandate;
5. Îndeplinirea cu responsabilitate a temelor recomandate pentru acasă;
6. Luarea medicației conform recomandărilor medicului curant fără a interveni din proprie inițiativă asupra dozelor sau ritmului administrării;
7. Păstrarea unui program zilnic de activități și a unui regim de viață echilibrat (inclusiv în ceea ce privește dieta/alimentația și hidratarea); discutarea programului și alegerea celor mai adecvate activități și măsuri de igienă zilnice;
8. Punerea în aplicare a planului de criză stabilit cu echipa terapeutică.

Am înțeles și sunt pe deplin conștient(ă) că în mare măsură evoluția mea depinde de motivația, energia și efortul personal investite în procesul terapeutic. Dacă voi simți că intervențiile terapeutice nu dau rezultate sunt de acord să discut cu medicul curant și ceilalți membri din echipa terapeutică pentru identificarea și evaluarea posibilelor cauze și să căutăm împreună soluțiile cele mai potrivite.

Sunt de acord să fac acest angajament pentru a trăi.

Persoana de sprijin pe care o desemnez pentru a-mi oferi suport la nevoie și pentru legătură cu echipa terapeutică este....., în calitate de, având nr.telefon

Acest angajament este aplicabil pentru o perioada de.....după care va fi revizuit și continuat.

Data

Semnătura,

Martor,

Traducere si Adaptare după Rudd M. D. et col, The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative, JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION, Vol. 62(2), 243–251 (2006) © 2006 Wiley Periodicals, Inc. Publicat online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.20227 Accesat la 10.01.2020

Plan de răspuns la criza suicidară

Subsemnata / subsemnatul..... sunt de acord ca în situația în care gândurile mele suicidare reapar, devin mai frecvente și de durată sau/și încep să am planuri de suicid sau de autovătămare de orice fel să procedez după următorul plan stabilit de comun acord cu medicul curant:

1. Conform sfaturilor primite de la echipa de îngrijire voi parcurge următorii pași:
 - ✓ Voi face eforturi pentru a identifica natura și cauza disconfortului meu (a stării mele de rău sau supărare);
 - ✓ Voi lua în considerare alte alternative/opțiuni de răspuns la situația identificată în afară de gândurile de a termina cu viața;
 - ✓ Voi apela la alte experiențe pozitive în care am reușit să mă adaptez în situații de criză fără a-mi pune viața în pericol;
 - ✓ Mă voi axa pe îndeplinirea unor activități care știu din experiență că îmi fac plăcere sau mă fac să mă simt mai bine, pentru cel puțin 30 minute (de exemplu: apelarea și comunicarea cu o persoană apropiată/prieten, ascultarea de muzică; exerciții de respirație și relaxare, alte activități care nu mă pun în pericol);
2. Dacă gândurile suicidare nu încetează voi suna persoana desemnată de mine ca persoană de suport, ..., la nr. de telefon.....
3. Dacă voi începe să întocmesc orice plan pentru a pune în practică gândurile suicidare voi suna de îndată la numărul unic de urgență 112 și voi comunica dispecerei aceste simptome pentru a primi de urgență ajutor specializat sau mă voi deplasa la cea mai apropiată unitate de primiri urgențe.

Data,

Semnătura,

Martor

Traducere și adaptare după Rudd M. D. et col, *The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative*, JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION, Vol. 62(2), 243–251 (2006) © 2006 Wiley Periodicals, Inc.

Publicat online în Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.20227

Accesat la 10.01.2020

VI.2 MANAGEMENTUL DEPRESIEI – SITUAȚII PARTICULARE

Dr. Simona Claudia Tămășan

Dr. Ileana-Pepita Stoica

VI.2.a MANAGEMENTUL DEPRESIEI COMORBIDE CU ALTE CONDIȚII PSIHIATRICE

Tulburarea depresivă se poate asocia cu orice formă de psihopatologie, determinând o severitate mai mare a simptomelor și dizabilității, rate mai mari de suicid și un răspuns mai slab la tratament. Asocierea arată rate mari de prevalență: 25.6% anxietatea socială, 11.1% tulburarea de panică, 20.8% tulburarea de anxietate generalizată, 13.4% tulburarea obsesiv compulsivă, 18.8% tulburarea posttraumatică de stres, 11.9% abuzul/dependența de alcool, 7.3% abuzul/dependența de droguri.

DEPRESIA COMORBIDĂ CU TULBURĂRILE ANXIOASE

Se indică identificarea eventualei patologii anxioase comorbide la fiecare persoană cu tulburare depresivă. De primă intenție este tratamentul ambelor condiții, de către același terapeut. Tratamentul de primă intenție este reprezentat de SSRI sau SNRI, de preferat însoțit cu psihoterapie. Terapia psihofarmacologică de intenție secundă este clomipramina sau mirtazapina. În cazul mai complicat al comorbidității cu TOC, la a doua intenție se recomandă fie adăugarea unui antipsihotic atipic, fie asocierea de două antidepressive din clase diferite. Pentru augmentare în TOC se preferă risperidona, în vreme ce pentru celelalte tipuri de comorbidități anxioase se va încerca quetiapina sau aripiprazolul (Bennabi și colab., 2019).

DEPRESIA COMORBIDĂ CU CONSUMUL DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE

Tratamentul se face concomitent pentru ambele condiții. De primă intenție este spitalizarea sau monitorizarea atentă (săptămânal). Sunt obligatorii: monitorizarea biologică (hematologie, biochimie, funcționarea hepatică și renală), EKG, tratamentul sevrăului la alcool, respectiv inițierea terapiei de substituție în dependența de opioide, inițierea tratamentului antidepressiv numai după reevaluarea stării psihice, când manifestările fizice de sevrăj au încetat. SSRI și SNRI sunt de primă intenție în comorbiditatea depresiei cu tulburările severe de uz al substanțelor psihoactive, datorită profilului de siguranță și efectelor sedative minime. În linia a doua se situează clomipramina sau agomelatina.

În comorbiditatea cu dependența de alcool, de primă linie pe lângă SSRI și SNRI, este considerată mirtazapina, medicația se asociază cu psihoterapie structurată.

În cazul dependenței de nicotină, alături de SSRI, SNRI și mirtazapină, nortriptilina și bupropionul pot aduce beneficii pe termen lung. Pacienții beneficiază de psihoterapie structurată și programe anti fumat.

Managementul optim al comorbidității redutabile reprezentată de depresie asociată cu consum de substanțe psihoactive cu risc de abuz și dependență se face implicând o echipă specializată în addictologie. Psihoterapia la dependenții de droguri cu depresie se axează pe prevenția reluării consumului sau includerea în grupuri de psihoeducație și/sau auto-ajutor.

DEPRESIA COMORBIDĂ CU TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Se identifică de la început dacă trăsăturile de personalitate modifică răspunsul la tratament sau evoluția episodului depresiv. De primă intenție, se utilizează SSRI sau SNRI în monoterapie sau în combinație cu psihoterapia. De linia a doua sunt antidepresivele imipraminice sau mirtazapina. Se pot asocia la antidepresivul inițial antipsihotice tipice sau valproați pentru controlul impulsivității.

VI.2.b. MANAGEMENTUL DEPRESIEI LA VÂRSTNICI

Principiile generale de tratament nu diferă la vârstnicii cu depresie, decât în privința atenției sporite la efectele adverse ale medicației, a interacțiunilor medicamentoase și a comorbidităților somatice supraadăugate. De obicei dozele de medicație necesare sunt mai mici la pacienții vârstnici. Strategia terapeutică depinde de tabloul clinic și gravitatea simptomatologiei:

- Episod ușor sau moderat – de primă intenție SSRI, mirtazapina; a doua intenție SNRI, agomelatina.
- Episod moderat sau sever – de primă intenție SSRI, SNRI, mirtazapina; a doua intenție antidepresiv imipraminic.
- Deficit cognitiv sever – de primă intenție SSRI, SNRI; a doua intenție mirtazapina sau agomelatina.
- Agitație psihomotorie severă – de primă intenție SSRI, mirtazapina; a doua intenție SNRI sau potențare cu antipsihotic atipic.
- Retard psihomotor sever – de primă intenție SSRI, SNRI; a doua intenție mirtazapina, antidepresiv imipraminic sau asociere cu TEC.
- Tulburare de somn severă – de primă intenție SSRI, mirtazapina; a doua intenție SNRI sau agomelatina.
- Anhedonie severă – de primă intenție SSRI, SNRI; a doua intenție mirtazapina, antidepresiv imipraminic sau agomelatina.
- Simptome psihotice – de primă intenție SNRI sau potențare cu antipsihotic atipic; a doua intenție SSRI, mirtazapina, antidepresiv imipraminic sau asociere cu TEC.
- Risc suicidar semnificativ – de primă intenție SSRI, SNRI; a doua intenție mirtazapina, antidepresiv imipraminic, asociere cu TEC sau potențare cu antipsihotic atipic.

VI.2.c. MANAGEMENTUL DEPRESIEI ATIPICE

În practica clinică și în cercetare cele mai cunoscute și utilizate criterii de diagnostic sunt cele din ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) și DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

ICD-10 include *Depresia atipică* într-un grup diagnostic mai larg, în categoria "*alte episoade depresive*" (F32.8) incluzând aici "*episoade care nu se potrivesc cu descrierile date pentru episoadele descrise în F32.0-F32.3, dar pentru care impresia diagnostică de ansamblu este că sunt depresive în natura lor; de exemplu combinații fluctuante de simptome depresive (în special*

varietatea somatică) cu simptome ce nu sunt criterii de diagnostic, cum ar fi tensiunea, îngrijorarea și suferința; sau combinații de simptome depresive somatice cu durere persistentă sau oboseală persistentă nedatorate unor cauze organice (așa cum uneori sunt văzute în spitale)."

Include: Depresia atipică

Episoade unice de "depresie mascată"

DSM V introduce ca și specificant pentru episodul depresiv "cu trăsături atipice" și precizează elementele de atipie care sunt necesare pentru diagnostic:

- A. Reactivitate afectivă
- B. Două sau mai multe din următoarele:
 - Creștere ponderală semnificativă sau creștere a apetitului alimentar;
 - Hipersomnie;
 - Senzația de greutate sau lentoare a membrelor;
 - Pattern persistent de senzitivitate și reacție a relațiilor interpersonale care nu este limitat doar la episoadele depresive și care induce o scădere a funcționalității sociale și profesionale
- C. Nu se întrunesc criteriile pentru depresia cu trăsături melancolice sau depresia cu catatonie în cursul aceluiași episod.

Ghidul NICE de tratament și management al depresiei atipice la adult precizează că "introducerea acestei categorii diagnostice a fost considerată necesară în urma analizei evidențelor clinice și a numeroaselor studii care au concluzionat că pacienții cu depresie atipică au particularități ce îi disting de celelalte tipuri de pacienți cu depresie."

Ghidul NICE precizează câteva aspecte clinice și epidemiologice importante ale depresiei atipice (pag 427-428):

- Depresia atipică survine mai frecvent la femei, vârsta de debut fiind mai timpurie și asocierea cu lentoarea psihomotorie frecvent întâlnită.
- Incidența crescută a comorbidității cu diferite forme de anxietate până la tulburare de panică, uz/abuz de substanțe și tulburare de somatizare.

Ghidul NICE menționează că nu există recomandări pentru un management specific sau deosebit față de ceilalți pacienți cu depresie. (pag. 430)

Conform Ghidului APA prezența elementelor/simptomelor atipice este caracteristică episoadelor depresive din Tulburarea bipolară tip I și II, ceea ce impune un screening atent al prezenței unor episoade hipomaniacale sau maniacale la această categorie de pacienți (*APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010*).

Ca și intervenții terapeutice în depresia atipică ghidul APA recomandă:

- Antidepresivele din clasa IMAO au o eficiență crescută comparativ cu antidepresivele triciclice în tratamentul depresiei atipice, conform ghidului APA. (122, 569–572).
- SSRI, bupropion și TCC (573–577).
- Terapia electroconvulsivantă poate avea eficacitate în tratamentul acestor pacienți. (578)
- Prezența și severitatea simptomelor atipice trebuie să ghideze clinicianul în alegerea opțiunii farmacologice, ținând cont de tolerabilitate și siguranța pacientului.

BUNE PRACTICI ȘI RECOMANDĂRI pentru DEPRESIA ATIPICĂ

Recomandare	Nivel al evidențelor/Grad recomandare	Sursa și scor AGREE obținut la review
În evaluarea diagnostică a depresiei atipice se disting următoarele trăsături distincte: -creșterea apetitului alimentar -hipersomnie -uneori cu asocierea unei reactivități emoțional afective, -lentoare psihomotorie severă până la stupor -patern persistent de senzitivitate cu afectarea relațiilor interpersonale.		<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults</i> <i>Updated Edition</i> <i>2010-2017</i>
Se remarcă o incidență crescută a comorbidității cu diferite forme de anxietate până la tulburare de panică, uz/abuz de substanțe și tulburare de somatizare.		The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults <i>Updated Edition</i> <i>2010-2017</i> <i>(pag 427-428)</i>

Prezența elementelor/simptomelor atipice este caracteristică episoadelor depresive din Tulburarea bipolară tip I și II, ceea ce impune un screening atent al prezenței unor episoade hipomaniacale sau maniacale la această categorie de pacienți.	consens	<i>APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010 (pag. 567, 568)</i>
A nu se lua măsuri speciale sau variate de strategie terapeutică pentru un anume subtip de depresie, de ex depresia atipică dacă nu există evidențe clare care să susțină astfel de demersuri.	consens	<i>The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017 (pag. 425)</i>
Antidepresivele din clasa IMAO au o eficiență crescută comparativ cu antidepresivele triciclice în tratamentul depresiei atipice.		<i>APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010 (pag. 122, 569–572).</i>

Există evidențe pentru eficacitatea SSRI, bupropion și TCC.		<i>APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder</i> <i>Third Edition</i> <i>2010</i> <i>(pag. 573–57)</i>
Terapia electroconvulsivantă poate avea eficacitate în tratamentul acestor pacienți.		<i>APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder</i> <i>Third Edition</i> <i>2010</i> <i>(pag. 578)</i>
Prezența și severitatea simptomelor atipice trebuie să ghideze clinicianul în alegerea opțiunii farmacologice, ținând cont de tolerabilitate și siguranța pacientului.		<i>APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder</i> <i>Third Edition</i> <i>2010</i>

Bibliografie

Bennabi et al. BMC Psychiatry (2019) 19:50 Clinical guidelines for the management of depression with specific comorbid psychiatric conditions French recommendations from experts (the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the foundation FondaMental)

Crossref DOI link: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2025-7>

APA PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder Third Edition 2010

VI.3 DEPRESIA ASOCIATĂ SARCINII ȘI NAȘTERII

Dr. Diana Stănculeanu

Definirea problemelor de sănătate mentală post-partum

Depresia post-partum (DPP) este o tulburare severă de sănătate mintală caracterizată printr-o perioadă de lungă durată de disconfort emoțional, care apare într-un context cu modificări semnificative în viața unei femei, simultan cu creșterea responsabilităților de îngrijire a nou născutului.

DPP are consecințe negative semnificative asupra mamei și asupra copilului și familiei.

Depresia post-partum este cea mai frecventă problema de sănătate după naștere și apare la 1 din 9 femei (10-15% dintre femei). Pentru cea mai mare parte a femeilor care au depresie post-partum (DPP) debutul simptomelor este în perioada antenatală.

Riscul de depresie post-partum crește semnificativ dacă mama este adolescentă (prevalența de 26-32%) sau dacă provine dintr-un mediu socio-economic dezavantajat. Femeile cu un istoric de tulburări emoționale (depresie, anxietate) prezintă un risc crescut, prevalența fiind de până la 40% de a dezvolta depresie post-partum (DPP).

Prevalența depresiei la femei este de 20-25% comparativ cu bărbații la care prevalența este de 7-12%. În primele 3 luni după naștere, 14,5% dintre femei manifestă un episod depresiv major în timp ce 10-20% dintre mame manifestă depresie pe parcursul perioadei post-partum.

Care sunt simptomele DPP și cine este afectat?

Femeile care trec prin experiența unei depresii post-partum prezintă o scădere în calitatea vieții: le este afectată funcționarea, starea de bine, calitatea relațiilor de cuplu și a celorlalte relații semnificative de viață (prieteni, colegi, familie), precum și performanța în munca și sănătatea fizică.

Pentru mame, DPP are ca și consecințe:

- Afectarea capacității de a funcționa zi de zi;
- Creșterea riscului de anxietate, frica, autoblamare, dificultăți de decizie și judecată;
- Dificultatea de a oferi copilului un mediu adecvat de dezvoltare;
- Pierderea interesului sau plăcerii pentru activitățile obișnuite;
- Tulburări de somn, iritabilitate sau anxietate;
- Retragere față de familie sau prieteni, plâns frecvent, gânduri de suicid;
- Redefinirea rolurilor în relația de cuplu și la locul de munca datorită responsabilității de îngrijire a copilului.

Prezența simptomelor de depresie post-partum este critică pentru copil și familie, cu impact negativ asupra dezvoltării cognitive, sociale și emoționale a copilului, a atașamentului și a relației mama-copil, precum și cu impact negativ asupra relației de cuplu. Copiii mamelor cu depresie au un risc crescut de întârzieri ale dezvoltării neurologice, motorii, cognitive, sociale și emoționale și un risc crescut de a dezvolta comportamente problematice. De asemenea, în cazul acestor copii, riscul de a dezvolta tulburări emoționale este de 3 ori mai mare iar cel de a dezvolta tulburări de atașament în relația mama-copil este de 10 ori mai mare.

Identificarea și recunoașterea precoce a mamelor cu depresie post-partum este singura măsură care scade riscurile de sănătate a copilului și mamei.

Există și date care atrag atenția asupra depresiei post-partum la bărbați, tulburare mai puțin studiată și recunoscută de către specialiști (vezi <http://www.post-partummen.com/>).

Problemele de sănătate mentală post-partum

Specialiștii în sănătate mentală descriu 3 experiențe post-partum:

- „maternal sau baby blues”, tristețea după naștere care se manifestă prin simptome de tristețe și deprimare, care însă dispar după primele 10 zile de la naștere;
- depresia post-partum;
- psihoza post-partum, o tulburare foarte rară care apare în primele 2 săptămâni de la naștere și care reprezintă o urgență psihiatrică.

Tabel nr.1 Compararea formelor de probleme de sănătate mentală post-partum

Tulburarea	Debut și durata	Simptome	Tratament
“Baby blues” (tristețe)	La 3 zile de la naștere, cu o durată de la 12 h la 2 săptămâni;	Modificări rapide de dispoziție, iritabilitate, frica, anxietate, insomnii;	Nu necesită tratament, sprijin din partea familiei;
Depresia post-partum	Debut până la 1 an de la naștere și poate dura de la câteva săptămâni la câteva luni;	Tulburări mai pronunțate de apetit, somn, sau interes față de activități; oboseală, anxietate, sentiment de vină pronunțat.	Medicație și psihoterapie.
Psihoza post-partum	Debut în primele 2 săptămâni de la naștere și poate dura de la câteva săptămâni până la câteva luni.	Simptome severe de dezorganizare a comportamentului, modificări rapide de dispoziție, iluzii și halucinații.	Spitalizare.

Mituri despre depresia post-partum

Depresia post-partum este adesea neînțeleasă și percepută eronat. Cele mai frecvente convingeri eronate relaționate cu DPP sunt:

- **DPP este mai puțin severă și „serioasă” comparativ cu alte tipuri de depresie.** În realitate, DPP este mai severă decât alte tipuri de depresie și datorită consecințelor uneori ireversibile asupra dezvoltării cognitive, sociale și emoționale a copilului.
- **DPP este cauzată exclusiv de modificările hormonale.** În realitate, DPP este cauzată de mai mulți factori, biologici, psihologici și sociali.
- **DPP trece de la sine.** În realitate, DPP poate fi depășită doar cu tratament și nu „dispare” așa cum se întâmplă cu „baby blues”.

Depresia post-partum este o tulburare severă, asociată cu un nivel ridicat de stres al mamei dar ea poate fi tratată. Este extrem de important să se înțeleagă că DPP este o tulburare și NU un semn de lipsă de iubire sau de grijă față de copil.

Factorii de risc în depresia post-partum:

- Istoric de tulburare psihiatrică (depresie, anxietate, tulburare bipolară etc.) (risc crescut).
- Dificultăți emoționale în perioada sarcinii; depresie sau anxietate în timpul sarcinii (risc crescut).

- Evenimente de viață recente, stresante (risc moderat-crescut).
- Suport social scăzut (risc moderat-crescut).
- Dificultăți maritale (risc moderat-crescut).
- Baby blues (risc moderat-crescut).
- Temperamentul dificil al copilului (risc moderat).
- Statut socio-economic scăzut (risc scăzut).

Alți factori de risc identificați: percepțiile părinților, lipsa unui loc de muncă, refuzul alăptării, stres antenatal al părinților, stilul de coping la stres al părinților, durata lungă de așteptare a sarcinii, părinți cu încă 2-3 copii, depresia tatălui.

Riscul de apariție a depresiei post-partum este de 1 din 4 (25%) pentru femeile care au istoric de episod depresiv.

În acest caz, este necesară o abordare preventivă, de reducere a riscului de depresie și monitorizarea permanentă a mamei.

Psihoza post-partum reprezintă o urgență psihiatrică care necesită intervenția imediată deoarece există un risc crescut de infanticid și suicid. Debutul apare de obicei în primele 2 săptămâni de la naștere. Psihoza post-partum este o tulburare rară dar severă și apare la 1 din 1.000 de mame. Tulburarea diferă de alte tulburări pentru că implică dezorganizarea gândirii, comportamente bizare, halucinații neobișnuite (vizuale, olfactive sau tactile), iluzii. Psihoza post-partum este, în cele mai multe dintre cazuri, o manifestare a tulburării bipolare. Un episod depresiv, cu sau fără trăsături psihotice apare în cursul tulburării bipolare. De aceea, toți pacienții cu depresie post-partum trebuie evaluați și pentru identificarea riscului de tulburare bipolară:

Item de evaluare/ identificare: *„S-a întâmplat ca timp de cel puțin 4 zile să te simți foarte bine, extaziată sau hiperactivată, cu un comportament perceput de ceilalți ca fiind diferit de starea ta naturală?” sau „Ai avut cel puțin 4 zile în care te-ai simțit atât de iritată încât să țipi la ceilalți sau să intri în conflicte cu cei din jur?”*

Factori de risc pentru psihoza post-partum

Factorii care cresc riscul psihozei post-partum sunt: istoric de depresie, istoric de tulburări severe de sănătate mentală (în mod special psihoze afective), istoric în familie de 2-3 generații cu tulburări psihotice afective. Riscul unui episod de psihoză post-partum este semnificativ mai mare dacă a mai existat un episod psihotic post-partum, între 25-57%, iar riscul de recidivă este mult mai mare.

Modelul STEPPED CARE de tratament în abordarea depresiei post partum

Modelul STEPPED CARE de tratament este un model colaborativ prin care se asigură servicii de calitate pacienților. Procesul începe cu screening, diagnostic și tratamentul inițial oferit în sistemul primar de servicii. Specialiștii în sănătate mentală oferă consultații și tratament de specialitate persoanelor identificate cu DPP și oferă recomandări profesioniștilor din asistența primară. Se recomandă ca, consultațiile de specialitate oferite de psihiatru să se realizeze în servicii comunitare și nu în serviciile spitalicești care sunt stigmatizante pentru mama și scad aderența la tratament. Femeile care însă manifestă complicații sau nu răspund la tratamentul primit, cele cu tulburare bipolară, tulburări de personalitate, consum abuziv de substanțe, idei

de suicid, tulburări psihotice trebuie să primească îngrijire și tratament în serviciile specializate de sănătate mentală. Monitorizarea pacientei trebuie făcută telefonic și prin vizite la domiciliu și trebuie realizată standardizat prin urmărirea evoluției simptomelor, ideilor de suicid, aderența la tratament, efecte secundare ale medicației asupra mamei și copilului, educația pacientei. Îmbunătățiri apar după aproximativ 8 săptămâni de tratament medicamentos și psihoterapie. Tratamentul însă trebuie să continue încă 9-12 luni după remiterea simptomelor de la primul episod depresiv.

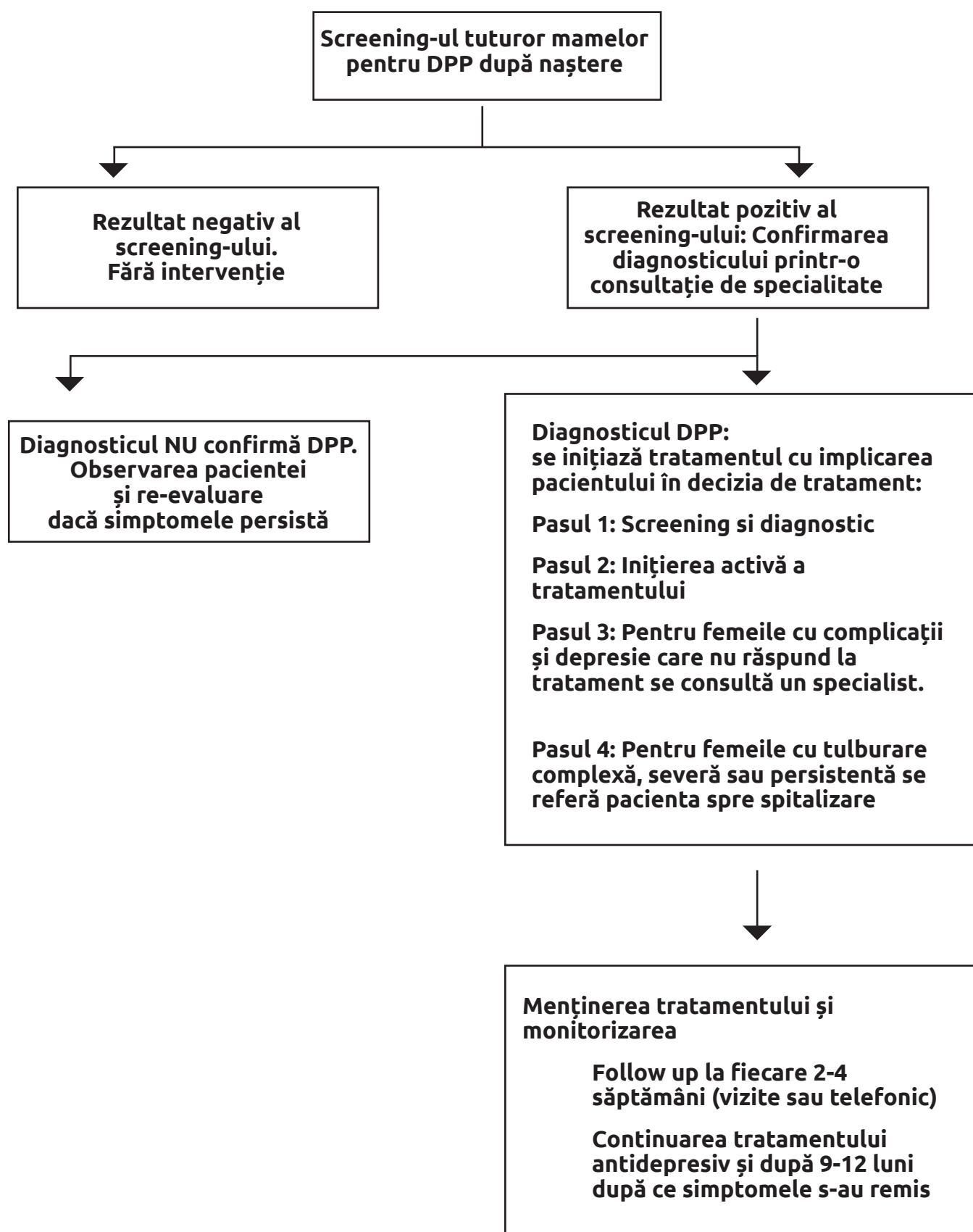
Evaluarea și diagnosticul diferențial

Evaluarea și diagnosticarea sunt realizate de către psihiatru și psihologul clinician. Studiile arată că între 25% și 60% dintre mamele identificate cu simptome de depresie au mers la un consult psihiatric pentru o evaluare complexă și un eventual tratament. Doar 50% dintre persoanele cu simptome de depresie identificate prin screening vor primi un diagnostic de depresie, dar este obligatorie evaluare psihiatrică pentru formularea diagnosticului.

Simptomele de depresie sunt adesea exprimate somatic: oboseală, dificultăți de somn, durerea, lipsa interesului pentru diferite activități. Dacă pacienta are simptome depresive și idei sau gânduri de suicid este recomandată de urgență o evaluare psihiatrică.

Femeile care au o afectare semnificativă a funcționării (evită compania familiei sau altor persoane, inabilitatea de a se îngriji, inabilitatea de a avea grija de copil) și cele care prezintă consum abuziv de alcool sunt candidate pentru trimiterea urgentă la psihiatru. Femeile care manifestă simptome depresive fără gânduri și idei de suicid sau cu o afectare semnificativă a funcționării (scorul la scala de Depresie Post-partum Edinburgh) trebuie evaluate/ monitorizate la 2 și 4 săptămâni pentru a determina evoluția simptomelor și riscul de depresie majoră.

Figura nr.1 Modelul STEPPEDCare de tratament al Depresiei Post-partum DPP



Evaluarea medicală trebuie realizată cu mare atenție pentru toate femeile cu simptome de depresie post-partum. Funcționarea tiroidei trebuie evaluată pentru că atât hipertiroidismul cât și hipotiroidismul sunt frecvente în perioada post-partum și determină modificări ale dispoziției afective. Studiile arată că mai puțin de 50% dintre femeile identificate cu depresie post-partum primesc îngrijire de specialitate în urma unei evaluări medicale. În consecință trebuie identificate modalități de conștientizare a tulburării și a consecințelor negative ale acesteia dacă mama nu primește îngrijire și tratament.

Tratamentul în depresia post-partum

Este recomandat ca în depresia post-partum intervenția să fie una medicamentoasă și psihologică. Una din cele mai frecvente dificultăți în aderența la tratament este legată de posibilele efecte secundare negative ale medicației antidepresive asupra copilului atunci când mama alăptează. Studiile însă arată că nu există efecte secundare negative și ghidurile internaționale recomandă medicația antidepresivă prescrisă de psihiatru în depresia post-partum. Tratamentul psihologic cel mai eficace a fost identificat ca fiind psihoterapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală. Monitorizarea pacientei cu DPP este esențială atât pentru aderența la tratament cât și pentru sprijinul de care are nevoie mama pe perioada post-partum. Monitorizarea trebuie realizată de o echipă formată din medicul de familie, psihiatru, psihologul clinician, psihoterapeutul, asistentul social, nursa. Este recomandată monitorizarea regulată a mamei, telefonic și prin vizite la domiciliu pe toată perioada tratamentului și în primul an după nașterea copilului. De asemenea, este recomandată monitorizarea și sprijinul oferit mamei pentru optimizarea relației mama-copil.

Recomandările NICE privind problemele de sănătate mentală în timpul sarcinii și după naștere sunt:

- Recunoașterea problemelor de sănătate mentală în timpul nașterii și în primul an după naștere;
- Îngrijirea și tratamentul medicamentos și psihologic al femeilor care dezvoltă probleme de sănătate mentală în timpul sarcinii și după naștere și pentru femeile cu risc crescut de a dezvolta probleme;
- Îngrijirea și tratamentul medicamentos și psihologic pentru femeile care au deja o problemă de sănătate mentală înainte de a rămâne însărcinate;
- Sprijinul familiei sau persoanelor care oferă îngrijire femeilor cu probleme de sănătate mentală.

Bibliografie:

Dwenda K. Gjerdingen, MD, MS, and Barbara P. Yawn, MD, MSc, (2007). Post-partum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. JABFM May–June 2007 Vol. 20 No. 3.

Dwenda Gjerdingen, Wayne Katon, and Deborah E. Rich, (2008). STEPPED CARE TREATMENT OF POST-PARTUM DEPRESSION A Primary Care-Based Management Model. Women's Health Issues 18 44–52.

Karolyn Kabir, Jeanelle Sheeder and Lisa S. Kelly, (2008). Identifying Post-partum Depression: Are 3 Questions as Good as 10? Pediatrics;122;e696-e702

Jacqueline D. Rychnovsky, Margaret A. Brady, (2008). Choosing a Post-partum Depression Screening Instrument for Your Pediatric Practice. J Pediatr Health Care. 22, 64-67.

Lisa K. Sharp, Martin S. Lipsky, (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. American Family Physician. Vol. 66, nr. 6

Wisner, K.L., Parry, B.L., Piontek, C.M.P., (2002). Post-partum Depression. The New England Journal of Medicine. Vol.347, Nr.3.

Resurse web:

National Women's Health Information Center <http://www.4women.gov>

Post-partum Support International <http://www.chssiup.edu/postpartm>

Depression after Delivery <http://www.depressionafterdelivery.com>

Abuzul de alcool/substanțe psihotrope și depresia sunt strâns corelate. Abuzul de alcool este frecvent în rândul persoanelor care suferă de depresie. Cel puțin 30%-40% dintre consumatorii de alcool prezintă, de asemenea, o tulburare depresivă. Oamenii sunt adesea atrași de efectele sedative ale alcoolului și îl folosesc ca un fel de strategie pentru sentimentele persistente de tristețe, deoarece cred că alcoolul ameliorează temporar unele dintre simptomele depresiei. Cu toate acestea, în cele din urmă, consumul agravează depresia pe termen lung. Pe măsură ce consecințele abuzului de alcool persistă, depresia se agravează. Acest lucru duce adesea la apariția unui circuit dăunător care menține abuzul de alcool/substanțe, în timp ce depresia se agravează din cauza abuzului continuu de alcool.

Alcoolul/substanțele psihotrope au un efect depresor al sistemului nervos central care încetinește corpul. Studiile au arătat constant că consumul de alcool crește atât durata, cât și severitatea episoadelor depresive. De asemenea, crește probabilitatea, frecvența și severitatea gândurilor suicidare. Alcoolul/substanțele psihotrope pot provoca, de asemenea, alte efecte cu impact negativ pe stilul de viață cum ar fi probleme de carieră și de familie care agravează depresia. Dacă persoana deprimată se transformă în consumatoare de alcool/substanțe pentru a se simți mai bine, dezvoltă un circuit vicios din care poate fi extrem de dificil să se desprindă.

Consumul de alcool poate provoca, de asemenea, depresie în anumite circumstanțe. Abuzul prelungit de alcool poate schimba drastic creierul structural și poate afecta multe alte echilibre chimice din organism. Acest lucru este valabil în special pentru neurotransmițătorii creierului, care transmit impulsuri electrice și chimice și controlează o mare parte a funcționării corpului și a minții. Aceste modificări sistemice pot provoca depresie.

Prezența depresiei la persoanele dependente de alcool este probabil să influențeze procesul și rezultatele tratamentului. Identificarea depresiei este importantă, deși nu toate persoanele depresive dependente de alcool necesită tratament cu antidepressive. Înțelegerea asocierii dintre depresia și dependența de alcool este esențială pentru gestionarea corectă a dependenței de alcool.

Prevalența comorbidității tulburărilor privind consumul de alcool/substanțe și depresie a fost demonstrată într-o serie de cercetări. S-a raportat că depresia la o persoană dependentă de alcool nu numai că scade resursele necesare pentru a parcurge sevrarea la alcool, dar poate duce și la revenirea la consumul de alcool pentru a retrăi simptomele depresive. Este important să înțelegem semnificația coerenței depresiei și a tulburărilor legate de consumul de alcool, deoarece acest lucru poate explica de ce majoritatea cazurilor recidivează după tratamentul pentru dependență. În plus, poate explica de ce de antidepressive beneficiază doar moderat acei pacienți cu depresie și adicții de substanțe/alcool.

În Kenya, un studiu realizat de Ndetei și colab. a arătat că există o corelație pozitivă între boala depresivă majoră, tulburarea de panică și abuzul de alcool în rândul pacienților internați la spitalul psihiatric principal de referință. Deși coincidența tulburărilor depresive și consumul de alcool a fost confirmată de mai multe studii, relația dintre cele două tulburări a fost dificil de descris. Această coincidență are o rată de prevalență de 16% -68%. Studiile au încercat să facă o diferențiere între persoanele cu dependențe care au manifestat și depresie și cele fără manifestări depresive asociate. S-a demonstrat că depresia este legată mai mult de episodul

actual de consum decât de diagnosticul pe parcursul depresiei. Depresia diagnosticată în episodul actual de dependență (mai ales pentru alcool) se remite în mod normal după 2 săptămâni de detoxifiere și abținere și se încadrează în intervalul normal de 3 săptămâni. Recuperarea rapidă este în contrast cu recuperarea mai lentă (17 săptămâni) dintr-o depresie majoră. Acest lucru poate sugera că depresia în contextul dependenței apare ca urmare a efectelor intoxicației cronice și este legată de episodul recent.

Există două explicații posibile pentru asocierea între tulburările de consum de alcool și depresia majoră; în primul rând, se poate ca ambele tulburări să aibă factori genetici și de mediu care stau la baza și care cresc riscul ambelor tulburări. În al doilea rând, cele două tulburări pot avea un efect cauzal bidirecțional, fiecare tulburare crescând riscul de dezvoltare a celeilalte. Flensburg-Madsen și colab. într-un studiu prospectiv a arătat că rolul cauzal al tulburărilor de consum de alcool în depresia majoră a fost mai puternic decât rolul cauzal al depresiei majore în tulburarea consumului de alcool.

Literatura de specialitate sugerează deci faptul că cu cât o persoană bea mai mult, cu atât este mai probabil să dezvolte depresie majoră. Prezența tulburării de consum de alcool sau depresie majoră este asociată dublarea riscului pentru a dezvolta celalaltă tulburare. Persoanele care utilizează alcool pentru ameliorarea simptomelor depresive pot necesita tratament antidepressiv pentru a obține remisiunea completă după tratamentul pentru tulburarea de consum.

Diverse studii au arătat atât o legătură metabolică cât și neurofiziologică între consumul de alcool și depresie, motiv pentru care screening-ul pentru depresie ar fi o strategie de urmat la orice consumator de alcool.

Institutul Național pentru Abuzul de Droguri (NIDA) a dezvoltat un plan de tratament concomitent pentru tulburările comorbide, acesta fiind unul dintre principiile sale fundamentale privind abordarea tulburărilor induse de substanțe. Constatarea unei rate de prevalență foarte ridicată a depresiei în rândul participanților la studii (63,8%) recomandă evaluarea persoanelor pentru depresie înainte și după tratamentul dependenței de alcool. În plus, este important să fie investigate antecedentele familiale privind tulburările de dispoziție și depresie, deoarece prezența unor astfel de antecedente indică riscul mai mare al persoanei de a dezvolta depresie majoră.

Unii dintre participanții la studiu au prezentat simptome depresive la șase luni după detoxifierea pentru abuzul de alcool. A existat o asociere semnificativă statistic între a fi deprimat la șase luni și consumul de alcool la post-evaluări. Probabil că unele dintre persoanele deprimare foloseau alcool pentru ameliorarea simptomelor depresive, iar depresia majoră a fost diagnosticul lor principal. În al doilea rând, este posibil ca utilizarea continuă a alcoolului de către acești participanți să fi susținut manifestările de tip depresiv.

Alți factori, care pot contribui la o rată ridicată de recidivă după tratamentul consumului de alcool: tulburări comorbide, inclusiv consumul de droguri multiple (în special, consumul de cannabis este probabil să complice în tratamentul dependenței de alcool din cauza lipsei de motivație). Cu toate acestea, a existat o asociere semnificativă statistic între a fi deprimat și a simți dorința de a relua abuzul de alcool la șase luni de la tratamentul pentru adicția de alcool. „Pofta” a fost asociată cu dorința intensă de a reveni la abuzul de alcool. Această asociere între depresie și poftă poate fi semnalul că persoanele care sunt încă deprimare după detoxifierea post-alcoolică și aflate în curs de reabilitare, au nevoie să primească antidepressiv pentru a reduce riscul recidivelor privind consumul de alcool.

Prevalența consumului de băuturi alcoolice în rândul populației canadiene și prevalența dependenței de alcool în rândul consumatorilor de vârstă în vârstă de 18 ani sau mai mari, a fost investigată într-un studiu bazat pe un eșantion reprezentativ național al populației canadiene în 2000/01. Unul din cinci consumatori de alcool în vârstă de 18 ani sau mai mult a fost clasificat ca abuzând de alcool, în Canada. Aceasta a constituit o creștere semnificativă de aproximativ 2% în prevalența consumului de alcool din 1996/97 până în 2000/01 în Canada. Deși bărbații aveau mai multe riscuri să fie dependenți (29,0%) decât femeile (11,1%), ambele categorii au fost clasificate ca având risc mare de a deveni dependenți de alcool. Dintre persoanele care au prezentat un episod depresiv în anul anterior interviului 2000/01, prevalența dependenței de alcool a fost estimată la 32,3%.

Dependența de alcool provoacă dificultăți fizice și emoționale și are un impact uriaș asupra vieții de familie, a funcționării la locul de muncă, a violenței și a criminalității. Tratamentul pentru abuzul de alcool poate fi efectuat fie în cadrul unui spital prin internare, fie într-un program ambulatoriu. Programele de 28 de zile oferă tratamente extrem de structurate, inclusiv terapie de grup, terapie individuală și sesiuni de educație privind dependența de alcool, concepute pentru a aborda comportamentul specific al consumului, educație pentru sănătate, construirea de abilități și sfaturi practice.

În ultimii 30 de ani, în Italia s-a înregistrat o creștere treptată a programelor de reabilitare rezidențială pentru tulburările de alcool. Abordarea terapeutică este inspirată atât din experiența americană a modelului Minnesota, din studii de psihiatrie croate, cât din programele unor „clinici psihosomatice” din Germania și Austria. Toate cele șase centre de reabilitare care au participat la studiul de față sunt membri ai asociației CORRAL (COordinamento of Residenzialità Riabilitative ALcologiche) și au aderat la același model de reabilitare.

Caracteristicile specifice ale acestui model sunt:

- Scurtă spitalizare (28 de zile)
- Intensitatea intervenției (fizică, psihică și familială)
- Complexitatea intervenției în sine (cu furnizarea de servicii medicale, psihologice și educaționale)
- Elaborarea unui proiect de îngrijire ulterioară.

Scopul acestui studiu multicentric a fost evaluarea programului rezidențial în ceea ce privește funcționarea psihologică a pacienților internați dependenți de alcool. Mai mult, printre numeroasele mecanisme care pot sta la pofta, un model cognitiv-afectiv recent a sugerat o interacțiune între motivația medicamentului și simptomele afective. Aceștia au declarat importanța consolidării negative ca motiv principal pentru consumul de droguri, în cazul în care substanțele au fost folosite ca mijloc de scădere a afectelor negative. Cercetări mai recente au evidențiat, de asemenea, un nivel crescut de anxietate și pofta de alcool în recuperarea timpurie a alcoolismului, în special cu expunerea la stimuli stresanți sau legați de alcool.

Retragerea alcoolului este un pas inițial important în tratamentul dependenței de alcool, iar evaluarea modificărilor simptomelor psihologice precum anxietatea, depresia și stresul în general permit identificarea la externare a pacienților care au nevoie de mai multă îngrijire în serviciile comunitare de sănătate mintală.

Toate centrele de reabilitare implicate în studiu au respectat același model de reabilitare (Zambon et al), caracterizat prin durată scurtă și o intervenție terapeutică complexă, intensă,

adresată în principal pacienților cu o afecțiune clinică severă și un nivel scăzut de probleme sociale.

În special, această intervenție de reabilitare constă în:

- O intervenție multidisciplinară (medicală, asistență medicală, psihologică, educațională)
- Evaluarea și tratamentul simptomelor acute de sevraj
- Terapia de grup pentru susținerea și menținerea motivației schimbării, educarea asupra riscurilor legate de alcool și promovarea activării abilităților interpersonale
- Activități de grup cu diverse moduri de exprimare, cum ar fi discuții de filme, gimnastică, grupuri bazate pe teme (adică gestionarea emoțiilor, promovarea stimei de sine)
- Implicarea personală în îngrijirea pacienților, precum și grijă de ei și de mediul lor (adică menținerea camerei lor ordonată, creșterea patului)
- Întâlniri de grup cu membrii familiei (dacă există) cu funcții de sprijin, consiliere și implicare în programul de reabilitare.

După internarea în unitatea de reabilitare, pacienții au primit o evaluare inițială de către un medic sau psihiatru cu experiență în gestionarea dependenței. Această evaluare a servit pentru a ghida managementul medical în timpul dezintoxicării și planificării externării. Evaluările psihosociale au fost, de asemenea, efectuate împreună cu serviciile locale de sănătate mintală pentru a asigura tratamentul adecvat în ambulatoriu. În timpul reabilitării rezidențiale, pacienții au fost condiționați să participe la ședințe de 1 oră de terapie de grup de două ori pe zi în ceea ce privește menținerea abstenenței, educarea riscurilor legate de alcool, motivația schimbării și prevenirea recidivei. Ședințele de după-amiază au inclus activitățile de grup (discuții de film, gimnastică, tehnici de relaxare și art-terapie). Ședințele de familie au avut loc o dată pe săptămână.

Printr-un scurt interviu, realizat de medicul secției, au fost colectate informații personale, cum ar fi vârsta, nivelul de educație, starea de muncă, perioada de dependență de alcool, posibilă prezență a altei dependențe de droguri sau comorbidități psihiatrice, în evaluarea inițială efectuată. Variabila „intervenție” a fost definită ca două tipuri de intervenție: psihoterapie cu sau fără farmacoterapie. Pacienții care au primit fiecare dintre cele două intervenții au fost cei care au consumat deja medicamente pentru simptomele lor de sănătate mintală sau au necesitat medicamente pentru simptome în timpul spitalizării.

Un interviu standard a fost utilizat pentru a stabili consumul de alcool la 6 luni de la externarea subiecților care au finalizat programul de reabilitare rezidențială. Interviuurile de follow-up au fost efectuate la telefon sau prin sondaj prin e-mail de către o asistentă.

Rezultatul principal al studiului a fost îmbunătățirea funcționării psihologice a pacienților care au urmat un tratament rezidențial, mai multe studii confirmând faptul că facilitățile rezidențiale oferă o oportunitate de reabilitare pentru a gestiona mai multe nevoi ale acestor pacienți în funcție de aspectele psihologice, medicale și educaționale și că alegerea abstenenței ca obiectiv are un rezultat superior. Sănătatea psihologică este o parte integrantă a procesului de recuperare, având în vedere coexistența frecventă a anxietății și depresiei la consumatorii de alcool. De fapt, calitatea vieții tinde să se îmbunătățească după detoxifiere și tratament și se agravează în timpul recidivei.

Depresia se remite în mod normal după 2 săptămâni de detoxifiere și abstenență și se

încadrează la valori normale în 3 săptămâni. Adică, a fost observată o scădere mare a depresiei în studiile efectuate la pacienții dependenți de alcool în timpul programului de retragere și detoxifiere prelungită, precum și o scădere a poftei auto-raportate. Acest lucru poate presupune că depresia în dependența de alcool este adesea rezultatul efectelor intoxicației cronice cu alcool. În același mod, tulburările de anxietate și, în special, simptomele anxietății sociale scad în mod semnificativ în urma detoxificării alcoolului.

Diferențele dintre cei cu adicții multiple de substanțe și cei cu o adicție singulară la admitere, a fost manifestată prin: valori mai mari pe scala de anxietate, depresie și suferință psihologică și, în consecință, valorile cele mai scăzute pe scale de bunăstare și schimbare pozitivă pentru prima categorie. Aceste rezultate ar putea fi o expresie a unei deficiențe psihologice majore în grupul polibuser. Acest grup a inclus pacienți dependenți de alcool, de asemenea, dependenți de alte substanțe și de multe ori am constatat o comorbiditate psihiatrică. Mai mult decât atât, poliadictivii sunt mai impulsivi decât cei cu dependență doar de o singură substanță. Un studiu a arătat că impulsivitatea ridicată, tulburarea de personalitate din clusterul B și abuzul de mai multe substanțe au fost asociate cu recidiva timpurie. Abuzul de mai multe substanțe crește, de asemenea, probabilitatea de supradozaj și suicid și rezultate slabe ale tratamentului.

În legătură cu sexul, datele au confirmat diferențele legate de sex în alcoolism, în special înainte de tratamentul de detoxifiere. De fapt, femeile au avut cele mai slabe scoruri la scala de anxietate și depresie și au avut rezultate mai mici la scala de bunăstare și schimbări pozitive la internarea în unitățile rezidențiale. Aceste diferențe legate de sex sunt în conformitate cu prezența mai mare recunoscută a simptomatologiei depresive semnificative la femeile alcoolice. Femeile sunt mai susceptibile să îndeplinească criteriile pentru tulburările de dispoziție și anxietate, dar femeile alcoolice prezintă un prognostic mai bun, probabil datorită aderării lor mai bune la terapii de grup. La externarea din perioada de tratament de detoxifiere, s-au constatat diferențe semnificative între bărbați și femei doar pe scara bunăstării, cu un scor mai mic pentru femei.

O altă variabilă evaluată a fost diferența dintre nivelurile de educație și variabilele psihologice din timpul programului de retragere a alcoolului. Un nivel mai scăzut de educație a fost asociat cu niveluri mai mari de suferință psihologică, iar la sfârșitul tratamentului rezidențial acești subiecți aveau niveluri mai mari de anxietate și depresie. Un rezultat diferit a fost găsit pe scara bunăstării la externare: persoanele care aveau o educație universitară aveau scoruri mai mici decât cele cu doar un liceu. În Rusia, educația și facilitățile au fost invers asociate cu probleme legate de alcool. Un alt studiu efectuat asupra studenților americani a afirmat că stresul social experimentat de studenții din clasa superioară poate duce la abuzul de substanțe pentru a face față presiunii sociale.

O corelație puternică a fost găsită între severitatea depresiei și intensitatea simptomelor de abținere în timpul spitalizării, iar relația dintre depresie și poftă poate explica de ce acele persoane care încă erau deprimare după detoxifierea la alcool și reabilitare au primit antidepressive pentru a reduce probabilitatea de recidivă. În studiul nostru, atât intervențiile farmacologice, cât și cele psihologice au fost eficiente, în special în recuperarea dimensiunii bunăstării și în capacitatea de schimbare la pacienții cu simptome psihologice mai severe. Acest lucru este în concordanță cu constatările potrivit cărora marii adictivi pot intra într-un tratament cu o motivație mai mare de schimbare, poate pentru că severitatea problemelor de alcool ale pacientului poate spori motivația internă de schimbare, ceea ce duce la o mai mică ambivalență

în ceea ce privește tratamentul.

În cele din urmă, corelația dintre vârstă și variabilele psihologice la pacienții dependenți de alcool în timpul tratamentului de reabilitare a arătat că subiecții mai tineri au fost cei cu niveluri mai mari de anxietate și disconfort, dar și cei cu o probabilitate mai mare de a obține o schimbare pozitivă și o recuperare a calității vieții. Cu toate acestea, chiar dacă unele dintre aceste tulburări se remit după abstință, pare totuși important să se evalueze simptomele anxietății și depresiei în perioada inițială de abstință, având în vedere relevanța lor pentru menținerea „poftei” și recidiva precoce.

Bibliografie:

Asociația dintre dependența de alcool și depresie înainte și după tratamentul pentru dependența de alcool, Mary W. Kuria, David M. Ndeti, Isodore S. Obot, Lincoln I. Khasakhala, Betty M. Bagaka, Margaret N. . Mbugua și Judy Kamau

Dependența de alcool și depresia în rândul consumatorilor de băuturi grele din Canada, Lukassen J1, deputatul Beaudet.

Modificări psihologice la pacienții dependenți de alcool în timpul unui program de reabilitare rezidențială; Ines Giorgi, Marcella Ottonello, Giovanni Vittadini și Giorgio Bertolotti, publicat online 2015 decembrie 7

VII. ANEXE

Anexa VII.1

Ierarhia dovezilor și puterea recomandărilor

Dr. Diana Stănculeanu

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Conform NICE

Ierarhia dovezilor	Puterea recomandărilor
Nivel – tipul dovezii	Clasa – studiul pe baza căruia s-a făcut recomandarea
Ia - Dovezi obținute din recenzii sistematice și meta-analize de studii clinice controlate randomizate; Ib - Dovezi obținute din analiza a cel puțin un singur studiu clinic controlat randomizat;	A - Cel puțin un studiu clinic controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat și cu referiri consistente privind recomandarea respectivă;
IIa - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic nerandomizat, bine făcut; IIb - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic de orice tip, bine făcut, quasi-experimental;	B - Un studiu clinic bine condus dar nu un studiu clinic randomizat axat pe subiectul recomandării; - Prin extrapolare de la un studiu de tip I;
III - Dovezi obținute din studii descriptive neexperimentale, bine făcute, cum ar fi studii comparative, studii corelative și studii de caz;	
IV - Dovezi obținute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experți, sau cele provenite din experiența clinică a profesioniștilor;	C - Rapoartele sau opiniile comitetelor de experți. Această clasă indică faptul că sunt absente studiile de calitate și cu aplicabilitate directă; - Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III;

Ghidul Federației Mondiale a Societăților de Psihiatrie Biologică (The World Journal of Biological Psychiatry) - grupul de lucru a evaluat literatura disponibilă având ca obiectiv puterea dovezilor pentru eficiența fiecărei medicații. A fost elaborată o ierarhie a informațiilor în 6 nivele de evidență (de la **A** la **F**) și pe 5 nivele de recomandare (**1-5**).

Sunt grupuri de lucru care au elaborat ghiduri clinice ce utilizează și alte nivele de evidență precum:

Q - evidențe obținute din studii calitative relevante sau de calitate acceptabilă. Evaluarea a fost făcută conform listei de verificare propusă de Goldsmith și col. (2007) în CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (María Álvarez Ariza și col., 2014);

Recomandări practice bazate pe experiența clinică și consensul echipei de lucru.

Bibliografie:

Bauer et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 1: Update 2013. *World J Biol Psych* 2013; 14: 334-385. www.wfsbp.org.uk and update 2015

Goldsmith M, Bankhead C, Austoker J. Improving the quality of the written information sent to women about breast screening. *Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes*; 2007. Informe N°. 64 , [Available online]; [Accesat 10 September 2019].

María Álvarez Ariza et al., 2014. *Clinical Practice Guideline on the Management of Depression in Adults* [pdf] Disponibil: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl_en.pdf [accesat în 16 iunie 2019]

The NICE guideline on the treatment and management of Depression in adults Updated Edition 2010-2017 [pdf] Disponibil: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> [accesat în 16 iunie 2019]

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in adults. Recognition and management (CG 90) October 2009. [pdf] Disponibil: www.nice.org.uk [Accesat 10 September 2019].

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50 A guideline developer's handbook [Internet]. *Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network*; 2008 Disponibil: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf> [accesat în 16 iunie 2019]

Tratamentul depresiei la adult

Dr. Adela Ciobanu

Tratamentul farmacologic poate fi luat în considerare pentru pacienții care întrunesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră (conform ICD X / DSM IV TR). (American Psychiatric Association 2003).

Tratamentul depresiei este absolut necesar, întrucât ea antrenează gânduri și gesturi suicidare și poate deveni cronică. Un episod depresiv cu durată mare are consecințe asupra numeroaselor aspecte ale existenței individului, afectându-i negativ viața emoțională, familială și profesională, relațiile sociale și diminuarea performanței intelectuale. (Popa și Ciobanu, 2013)

Tratamentul farmacologic presupune 3 etape:

1. Tratamentul fazei acute;
2. Tratamentul de menținere (faza de platou);
3. Tratamentul de întreținere.

Este necesară o abordare terapeutică diferită pentru depresia unipolară și depresia bipolară.

La alegerea tipului de medicație vor contribui 2 factori:

- a. Factorii legați de pacient;
- b. Factorii legați de substanța utilizată.
 - a. Factorii legați de pacient sunt reprezentați de vârsta, gen, comorbidități somatice existente, subtipul de depresie, modul de răspuns la medicația anterioară.
 - b. Factorii legați de substanța utilizată sunt: toleranță, siguranță, eficacitate, mecanism de acțiune. În depresie, un rol important joacă dezechilibrul neurotransmițătorilor, cei mai importanți fiind serotonina, noradrenalina și dopamine (Bauer et al., 2013).

În alegerea antidepresivului trebuie să ținem seama de faptul că acesta trebuie să intre cât mai repede în acțiune, să asigure remisia simptomelor acute, să fie bine tolerat, cu efecte adverse minime. Pe termen lung trebuie ca antidepresivul să asigure calitatea vieții pacientului cu evitarea recăderilor, recurențelor și eventualelor manifestări de sevraj (Popa și Ciobanu, 2014).

Este necesară evitarea polipragmaziei, cu utilizarea unei doze terapeutice minime eficiente pentru evitarea apariției efectelor adverse (Predescu 1989).

În general, obiectivele principale în tratamentul depresiei bipolare sunt:

- reducerea simptomelor depresiei bipolare, fără a crește riscul de viraj maniacal, creștere a disfuncțiilor cognitive și anxietății;
- obținerea remisiunii complete, prevenirea recăderilor, a recidivelor, a recurenței și a persistenței bolii;

Siguranța și tolerabilitatea medicației specifice cu evitarea efectelor adverse și a riscurilor terapeutice. (Popa și Ciobanu, 2014).

I. **Tratamentul depresiei unipolare**

1. Tratamentul fazei acute a tulburării depresive majore

- 1.1. Antidepresive (Clasificare, mecanisme de acțiune, indicații, contraindicații, efecte adverse)
- 1.2. Terapia adjuvantă
- 1.3. Psihoterapie
- 1.4. Terapie electroconvulsivantă
- 1.5. Alte tipuri de tratament (Stimulare magnetic transcraniană, stimularea nervului vag, fototerapia)

2. Faza de menținere a tratamentului

3. Faza de întreținere terapeutică

II. **Tratamentul depresiei bipolare**

1. Particularități ale tratamentului

2. Clase de medicamente

- 2.1. Antidepresive
- 2.2. Timostabilizatoare
- 2.3. Antipsihotice

3. Alte tipuri de tratament (TEC)

III. **Particularități ale tratamentului depresiei**

1. Tratamentul depresiei în sarcină și postpartum

2. Tratamentul depresiei rezistente. Strategii de tratament

I. **Tratamentul depresiei unipolare**

1. Tratamentul fazei acute a tulburării depresive majore presupune tratament farmacologic, psihoterapie sau combinații ale acestora.

Alte metode utilizate sunt: Terapie electroconvulsivantă, Stimularea magnetică transcraniană, Fototerapia (Light –therapy).

În alegerea tipului de terapie trebuie să se țină seama de severitatea episodului depresiv, prezența unor comorbidități somatice sau psihice, complianța la tratament și existența unor factori psihosociali.

De asemenea, trebuie avute în vedere: istoricul bolii, clasele de medicamente utilizate anterior și modul de răspuns la acestea (Bauer et al., 2015).

1.1. Antidepresive.

- Clasificarea antidepresivelor după mecanismul de acțiune
 - Antidepresive triciclice și tetraciclice
 - Inhibitori ai recaptării noradrenalinei (IRN)
 - Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI)
 - Inhibitorii recaptării noradrenalinei și serotoninei (IRNS)
 - Agenți noradrenergici și serotoninergici specifici (NASSA)
 - Antagoniști ai receptorilor serotoninergici și inhibitori ai recaptării serotoninei (SARI)
 - Stimulatori de recaptare serotoninergică
 - Inhibitorii recaptării de noradrenalină și dopamină (IRND)
 - Inhibitori de monoamin oxidază (IMAO)
 - Inhibitor reversibil MAO-A (RIMA)

Antidepresive triciclice și tetraciclice

- Amitriptilina
- Clomipramina (Anafranil)
- Doxepina
- Imipramina
- Trimipramina
- Desipramina
- Maprotilina
- Nortriptilina
- Amoxapina
- **Mecanisme de acțiune:**
 - Aceste antidepresive blochează recaptarea serotoninei și norepinefrinei și sunt antagoniști competitivi ai receptorilor muscarinici pentru acetilcolină, histaminici (H1) și adrenergici ($\alpha 1$ și $\alpha 2$). Sunt metabolizați la nivel hepatic prin intermediul enzimelor citocromului P450 (CYP) (Stahl 2013).
- **Indicații:**

Antidepresivele triciclice reprezintă o alegere terapeutică de rezervă în cazul apariției simptomelor gastrointestinale produse de inhibitorii selectivi de recaptare de serotonină (SSRI).

- **Efecte adverse:**

Psihice: inducerea unui episod maniacal, agravarea simptomatologiei de intensitate psihotică.

Neurologice: convulsii.

Anticolinergice: uscăciunea mucoasei bucale, retenție urinară, constipație, încheșurarea privirii (Amitriptilina, Imipramina, Trimipramina și Doxepina).

Cardiovasculare: tulburări de ritm, efect ionotrop negativ.

Dermatologice: fotosensibilitate, vasculită.

Metabolice, endocrinologice: galactoree și amenoree, creștere ponderală.

- **Contraindicații:**

Nu se administrează ATC la pacienții care au suferit un infarct miocardic acut (Taylor, Paton și Kapur, 2018).

Inhibitori selectivi ai recaptării noradrenalinei – Clasa NRI

- Reboxetina

- **Mecanisme de acțiune:**

Inhibarea selectivă a norepinefrinei, fără a avea efect asupra recaptării serotoninei. Reboxetina nu interacționează cu receptorii adrenergici, histaminergici, dopaminergici și serotoninergici.

- **Indicații:**

NRI-urile sunt indicate atât în tratamentul depresiei în fază acută, cât și în cea cronică.

Au un rol activator ducând la creșterea energiei, atenției, la dispariția anxietății și nu determină somnolență diurnă. Comparativ cu SSRI, acestea nu determină apariția anxietății, greață și disfuncții sexuale.

- **Efecte adverse:** Cefalee, vertij, constipație, congestie nazală, perspirație, scăderea libidoului, insomnie.

- **Contraindicații:**

Este contraindicată asocierea cu IMAO.

Nu se administrează la pacienții cu glaucom cu unghi închis. (Sadock, Sadock și Ruiz, 2014)

Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei 5-HT – Clasa SSRI

- Fluoxetina
- Fluvoxamina
- Paroxetina
- Sertralina
- Citalopram
- Escitalopram

- **Mecanisme de acțiune:**

SSRI acționează prin inhibarea selectivă a recaptării serotoninei, având un efect redus asupra recaptării dopaminei sau norepinefrinei.

Sunt metabolizați la nivel hepatic prin intermediul enzimelor citocromului P450 (CYP).

- **Indicații:**

SSRI-urile reprezintă prima alegere în tratamentul depresiei, atât în forma severă cât și în cea moderată și ușoară.

- Eficacitatea acestora este asemănătoare cu cea a antidepressivelor triciclice, dar profilul de siguranță în administrarea acestora este mai favorabil.

- **Efecte adverse:**

- Tulburări gastro-intestinale: greață, diaree, constipație, anorexia, creștere în greutate, durere abdominală, vărsături, dispepsie.

Anorexia apare mai frecvent după administrarea Fluoxetinei.

S-a observat o creștere ponderală semnificativă la Paroxetină.

- Tulburări psihice și la nivelul sistemului nervos central: agitație, anxietate, somnolență, insomnie, convulsii, simptome extrapiramidale, amețeală.

Cefalee în special la Fluoxetină

Anxietate, în special în primele săptămâni după inițierea tratamentului cu Fluoxetină

Insomnia mai ales la Fluoxetină

Sedare evidențiată la Paroxetină, Citalopram

Convulsii pot apărea la Fluoxetină în doze mai mari de 100 mg/zi

- Sindrom serotoninergic.
- Disfuncții sexuale.
- Efecte anticolinergice (Paroxetina)

- **Contraindicații:**

Nu se administrează concomitent cu IMAO (Sadock, Ahmad and Sadock, 2018).

Inhibitorii recaptării noradrenalinei și serotoninei (IRNS)

- Venlafaxina
- Desvenlafaxina
- Duloxetina
- Milnacipran

- **Mecanisme de acțiune**

- **IRNS** asociază inhibiția intensă a transportorului serotoninei (TSER) specifică SSRI cu diferite grade de inhibiție pentru noradrenalină (sau transportorul noradrenalinei- TNA)
- Inhibiția TNA la care se adaugă inhibiția TSER ar trebui să reprezinte un avantaj terapeutic întrucât fiecare mecanism poate spori eficacitatea celuilalt prin extinderea accesului acestor antidepressive la sistemele de neurotransmițători monoaminici din mai multe regiuni cerebrale (Stahl 2013).

- **Indicații**

SNRI sunt eficace în tratarea simptomelor depresiei severe și ale formei melancoliforme.

Reprezintă o opțiune potrivită pentru intervenția de primă linie dacă depresia este severă, deși în unele cazuri efectele adverse pot limita administrarea ca tratament de linia a doua.

Indicate în tratamentul tulburărilor de anxietate socială și a tulburărilor de panică, cu sau fără agorafobie;

Duloxetina și-a dovedit eficacitatea nu doar în depresie, ci și la pacienții cu simptome fizice dureroase cronice asociate depresiei.

- **Efecte adverse**

Sindrom de întrerupere la întreruperea bruscă a tratamentului pe termen lung și în doze mari;

Tulburări cardiace și circulatorii: Creșterea tensiunii arteriale, înroșirea feței, palpitații;

Tulburări ale sistemului nervos: Uscarea gurii, dureri de cap;

Tulburări digestive: Greață, vărsături, constipație, scăderea poftei de mâncare;

Afecțiuni ale pielii: transpirații (inclusiv transpirații nocturne);

Tulburări de metabolism/nutriție: scăderea în greutate, creșterea nivelului colesterolului seric;

- **Contraindicații**

Tratamentul concomitent cu inhibitori de monoaminooxidază (IMAO) ireversibili este contraindicat, din cauza riscului de apariție a sindromului serotoninergic, cu simptome cum sunt agitație, tremor și hipertermie. (Taylor, Paton and Kerwin, 2003)

Antagoniști ai receptorilor serotoninergici și inhibitori ai recaptării serotoninei: Mirtazapina

- **Mecanism de acțiune**

Este un antidepresiv atipic ce blochează receptorii α_2 presinaptici, antagonizând selectiv receptorii serotoninergici $5-HT_2$ și $5-HT_3$ din sistemul central și periferic; intensifică transmisia serotoninergică la nivelul receptorilor $5-HT_1$ și antagonizează receptorii histaminergici și muscarinici, ceea ce explică acțiunea sedativă (Taylor, Paton and Kapur, 2018).

- **Indicații**

Este indicat în tratamentul episoadelor depresive majore precum și în tulburările de anxietate. Este antidepresivul de elecție în tratamentul depresiei la vârstnici. (Marinescu et al., 2008)

- **Efecte adverse:** sedare, apetit alimentar crescut cu creștere în greutate, amețală, discazie sangvină, xerostomie (Prelipceanu 2011).

- **Contraindicații:**

Nu prezintă contraindicații absolute, dar se recomandă administrarea cu precauție la persoanele cu afecțiuni reumatismale, cu dislipidemie, afectare hepatică și renală severă (Sadock, Ahmad and Sadock, 2018).

Antagoniști ai receptorilor serotoninergici și inhibitori ai recaptării serotoninei (SARI)

- **Mecanism de acțiune**

Este un antidepresiv atipic. În doze terapeutice prezintă efecte sedative marcate și ușoare efecte anxiolitice. Deși mecanismul de acțiune este incomplet cunoscut, se consideră că inhibă recaptarea serotoninei și antagonizează receptorii $5-HT_{2a}$ (Stahl 2013).

- **Indicații**

Este indicat în tratamentul depresiei, insomniei primare/secundare și în tulburările de anxietate.

- **Efecte adverse:** sedare, hipotensiune ortostatică, priapism, greață, vărsături, constipație, xerostomie, bradicardie.

- **Contraindicații:**

Nu prezintă contraindicații absolute, dar se recomandă administrarea cu precauție la pacienții cu istoric de crize epileptice, tulburare afectivă bipolară, aritmii cardiace (Sadock, Ahmad and Sadock, 2018).

Stimulatori de recaptare serotoninergică: Tianeptina

- **Mecanism de acțiune**

Este un antidepresiv greu încadrabil în categoriile menționate anterior, având o structură chimică asemănătoare tracicicelor. Determină un mod selectiv de creștere a captării serotoninei, dar fără influențarea altor receptori. (Prelipceanu 2011)

- **Indicații**

Este indicat în tratamentul episoadelor depresive majore, distimiei, precum și în tulburările de anxietate. De asemenea, este cel mai folosit antidepresiv în tratamentul alcoolismului.

- **Efecte adverse:** cefalee, sedare, amețeală, insomnia, constipație, xerostomie, hepatotoxicitate, tahicardie.

- **Contraindicații:**

Concomitent cu IMAO;

Istoric de aritmii cardiace (QTC prelungit);

Insuficiență cardiacă decompensată (Carvalho and McIntyre, 2018).

Inhibitorii recaptării noradrenalinei și dopaminei (IRND): Bupropionul

- **Mecanism de acțiune**

Ipoteza principală este ca bupropionul inhibă recaptarea atât a dopaminei (inhibiția transportorului pentru dopamină sau TDA) cât și a noradrenalinei (inhibiția transportorului pentru noradrenalină sau TNA).

- **Indicații**

Tratamentul episoadelor depresive majore în a doua linie de tratament, fiind util în ameliorarea simptomelor caracteristice "afectului pozitiv redus" din spectrul afectiv.

Tratamentul dependenței de nicotină ca suport al renunțării la fumat (Taylor, Paton and Kerwin, 2003).

- **Efecte adverse**

Tulburări psihice: insomnie, agitație, anxietate

Tulburări ale sistemului nervos: cefalee, tremor, amețeli, tulburări ale gustului

Tulburări oculare: Tulburări de vedere

Tulburări gastro-intestinale: xerostomie, greață, vărsături, dureri abdominale, constipație;

Tulburări cutanate: erupție cutanată tranzitorie, prurit, transpirații;

Tulburări vasculare: creșterea tensiunii arteriale, eritem facial;

Tulburări acustice și vestibulare: tinnitus;

- **Contraindicații**

Afecțiuni convulsive prezente sau antecedente de convulsii

Tumori ale sistemului nervos central

Ciroză hepatică severă

Diagnostic actual sau antecedente de bulimie sau anorexie nervoasă

Utilizarea concomitentă a IMAO (Sadock, Ahmad and Sadock, 2018).

Inhibitori de monoamin oxidază (IMAO)

- Fenelzina
- Tranilcipromina
- Isocarboxazidul
- Selegilina

- **Mecanism de acțiune**

- blocarea unei enzime, monoaminoxidaza, responsabilă de degradarea neurotransmițătorilor de tipul dopaminei, serotoninei și noradrenalinei (Sadock, Sadock and Ruiz, 2014).

- **Indicații**

- indicate mai ales în cazul pacienților a căror depresie este refractară la alte tratamente sau dacă pacientul are și alte tulburări psihice coexistente.

- **Efecte adverse**

IMAO pot să interacționeze, uneori letal, cu diverse substanțe (în special tiramina) ce se găsesc în alimente (mai ales brânzeturi fermentate), vin roșu, bere, sau cu alte medicamente, ca urmare este evitată utilizarea acestei clase de medicamente .

Criză hipertensivă - reacție potențial fatală caracterizată prin: durere occipitală care poate iradia frontal, palpitații, rigiditate sau durere la nivelul gâtului, greață, vărsături, transpirații, midriază, fobofobie, tahicardie sau bradicardie.

Tulburări neurologice (hiperreflexivitate, polinevrită, convulsii)

Insomnii

Hepatită fulminantă.

Interacțiunile medicamentoase pot fi severe, iar medicamentele administrate concomitent trebuie controlate cu strictețe.

Există și inhibitori reversibili MAO-A (RIMA), cum este Moclobemida. (Bauer et al., 2013)

Există două tipuri generale de interacțiuni medicamentoase cu IMAO, potențial periculoase: cele care pot crește tensiunea arterială prin acțiuni simpatomimetice și cele care pot provoca un sindrom serotoninergic cu potențial fatal prin inhibiția recaptării serotoninei. (Popa și Ciobanu, 2014)

Clasa antidepresive	Doze uzuale	Doza maximă
Antidepresive triciclice și tetraciclice		
Amitriptilina	25-150mg	300mg
Imipramina	25-150mg	300mg
Clomipramina	25-150mg	250mg
Nortriptilina	25-150mg	300mg
Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI)		
Fluoxetina	10-40mg	80mg
Paroxetina	20-40mg	50mg
Sertralina	50-200mg	200mg
Escitalopram	10-20mg	30mg
Inhibitorii recaptării noradrenalinei și serotoninei (IRNS)		
Duloxetina	30-90mg	120mg
Venlafaxina	37.5-225mg	375mg
Inhibitori de monoaminoxidază (IMAO)		
Selegelina	6mg/24h	12mg/24h
Fenelzina	15-45mg	60-90mg
Tranilcipromina	10-30mg	60mg
Inhibitorii recaptării noradrenalinei și dopaminei (IRND)		
Bupropion	100-300mg	400-450mg

Antagoniști ai receptorilor serotoninergici și inhibitori ai recaptării serotoninei		
Trazodona	25-100mg - sedativ 1 5 0 - 4 0 0 m g - antidepresiv	600mg
Inhibitori selectivi ai recaptării noradrenalinei (Clasa NRI)		
Reboxetina	4-8mg	10mg
Agenți noradrenergici și serotoninergici specifici (Clasa NASSA)		
Mirtazapina	15-30mg	45mg
Stimulatori de recaptare serotoninergică		
Tianeptina	25-37,5mg/zi	50mg/zi

(Sadock, Sadock and Ruiz, 2014)

1.2. Terapie adjuvantă

Constă în adăugarea altor terapii farmacologice (antipsihotice, anxiolitice/tranchilizante) sau non farmacologice (exerciții fizice) la tratamentul antidepresiv cu scopul de a obține efecte complementare. Acestea pot reduce anxietatea/insomnia și elementele psihotice până la recuperarea este completă.

Antipsihoticele. Episodul depresiv major poate fi asociat cu halucinații sau/și delir. Pacienții cu simptome psihotice au un răspuns considerabil mai bun atunci când se asociază și un antipsihotic la tratamentul antidepresiv. Antipsihoticele atipice (amisulprid, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone) sunt preferate celor clasice (haloperidol, clorpromazin, flufenazină) datorită riscului lor mai mic de a produce simptome extrapiramidale. Antipsihoticele, în acest caz, se prescriu într-o doză mai mică decât în tratamentul schizofreniei. (Manea, Manea și Puiu, 2019)

Tranchilizantele/anxioliticele. În ciuda faptului că tranchilizantele, în mod special benzodiazepinele sunt frecvent folosite ca medicație adjuvantă în practica clinică, experții sunt de părere că acestea în general nu interacționează cu dispoziția. Motivul pentru care acestea sunt administrate la nivel global este datorită debutului rapid de acțiune care reduce anxietatea, agitația, insomnia la majoritatea pacienților. De asemenea, există o rată foarte mare (33-85%) a anxietății asociate ca și comorbiditate tulburării depresive majore. Este recomandat ca administrarea benzodiazepinelor în depresie să nu fie mai mare de aproximativ 4 săptămâni. De asemenea, în cazul fiecărui pacient trebuie să fie evaluate, pe lângă beneficiile obținute, riscurile pe care le implică acest tratament adjuvant (sedare, deficiență psihomotorie și cognitivă, slăbirea memoriei, instalarea dependenței și a sindromului de întrerupere) (Carvalho and McIntyre, 2018).

1.3. Psihoterapie

Este recomandată în combinație cu terapia antidepresivă la pacienții ce prezintă forme moderate până la severe ale depresiei, la cei cu răspuns parțial la tratament sau pacienții la care au existat probleme cu privire la aderența tratamentului medicamentos. Aceasta va fi abordată într-un capitol separat, Psihoterapie. (Bauer et al., 2015)

1.4. Terapie electroconvulsivantă

Principalele indicații ale TEC în depresie sunt: episodul depresiv sever cu elemente psihotice, TDR refractară la tratament, riscul suicidal mare, sarcina și răspunsul pozitiv în antecedente la terapia TEC. Rămâne o terapie de rezervă și trebuie luată în considerare atunci când s-au consumat celelalte metode terapeutice ([Popa](#) și Ciobanu, 2014).

1.5. Alte tipuri de tratament (Stimulare magnetică transcraniană, stimularea nervului vag, fototerapia)

Stimularea magnetică transcraniană, stimularea nervului vag, fototerapia sunt terapii de rezervă și nu există indicații clare sau studii mari care să le dovedească eficacitatea. (Marinescu et al., 2008)

2. Faza de menținere a tratamentului

Durata fazei de menținere a tratamentului este între 4-9 luni, timp necesar de a preveni recăderile și reapariția simptomatologiei acute. Simptomele reziduale (remisiune parțială) sunt predictor puternici pentru o următoare recădere timpurie și este recomandat ca faza de menținere să fie continuată până acestea au dispărut. (American Psychiatric Association 2016)

3. Faza de întreținere terapeutică

Cu o durată de cel puțin un an, rolul fazei de întreținere terapeutică este de a preveni recurența. Recurența este un episod de depresie care apare după o perioadă complet asimptomatică ce a durat cel puțin 6 luni (recuperare). Se realizează cu ajutorul antidepresivelor și a timostabilizatoarelor. Pacienții cu un istoric de trei sau mai multe episoade depresive au un risc înalt de a dezvolta recurența și de a prezenta o evoluție cronică. Decizia de a institui tratamentul de întreținere este impusă atât de frecvența cât și de severitatea episoadelor depresive.

Caracteristicile farmacoclinice ale candidaților depresivi la tratament de întreținere sunt:

- Prezența a trei sau mai multe episoade depresive majore în antecedente;
- Risc mare de apariție a recurenței (2 episoade depresive în ultimii 5 ani)
- Preexistența distimiei
- Severitatea mare a episoadelor depresive (ideație autolitică sau simptome psihotice)
- Debutul tardiv al depresiei;

- Antecedente heredo-colaterale la rude de grad 1
- Coexistența anxietății sau a abuzului de substanțe
- Episoade individuale prelungite
- Răspuns inițial slab la tratament; (Carvalho and McIntyre, 2018)

Existența unui răspuns terapeutic bun, implică respectarea cu strictețe a fazelor terapeutice: acută, de menținere și de întreținere. Faza acută permite stabilizarea simptomelor după 2-3 luni de tratament, în faza de menținere tratamentul este continuat timp de încă 4-9 luni, timp în care se observă nivelul de stabilizare și de remisiune clinică. În perioada cea mai riscantă de apariție a recurenței se constituie faza de întreținere, durata acestei terapii fiind apreciată în funcție de numărul episoadelor anterioare. Obiectivul celei de-a treia faze, de întreținere, este menținerea aceluiași antidepresiv în doza optimă în care s-a obținut și răspunsul inițial (Sadock, Sadock and Ruiz, 2014)

II. **Tratamentul depresiei bipolare**

1. **Particularități ale tratamentului**

În tratamentul depresiei bipolare se utilizează medicamente antidepresive, timostabilizatoare și antipsihotice combinate cu intervenții psihoterapeutice recomandate ca terapie adjuvantă (autoîngrijirea/ îngrijirea sistematică, terapia de familie, terapia cognitive-comportamentală, psihoeducația).

Obiective ale abordării terapeutice:

- Reducerea simptomatologiei de tip depresiv, fără a crește riscul de apariție a maniei sau anxietății.
- Evitarea efectelor adverse, a riscurilor și a recăderilor
- Obținerea remisiunii complete.
- Asigurarea neuroprotecției

În alegerea terapiei adecvate se va ține cont de responsivitate, complianță, toleranță, eficacitatea în profilaxie, de starea fizică a pacientului cât și de vârsta acestuia dar și de riscul suicidar. (Popa și Ciobanu, 2014)

2. **Clase de medicamente**

II.1 Antidepresive - utilizarea acestei clase de medicamente în tratamentul depresiei bipolare este controversată

În monoterapie poate duce la destabilizarea dispoziției cu inducerea maniei sau hipomaniei, ciclotimie, idei autolitice.

Este preferată terapia duală, la antidepresiv asociindu-i-se un stabilizator de dispoziție.

- Studiile au arătat ca Bupropionul este cel mai frecvent antidepresiv utilizat în tratamentul

depresiei bipolare, iar antidepresive triciclice sunt cel mai puțin utilizate (Grunze et al., 2013).

II.2 Timostabilizatoare

a) Săruri de litiu

Indicații: episoadele maniacale, ca tratament de întreținere, episoadele depresive.

Efecte adverse: gastrointestinale (dispepsie, greață, vomă, diaree, creștere în greutate, acnee, tremor, sedare).

b) Carbamazepină

Indicații: tulburarea afectivă bipolară - faza maniacală, durerea neuropată.

Efecte adverse: supresia măduvei osoase, sedare, toxicitate fetală.

c) Acidul valproic

Indicații: episoadele maniacale în faza acută și de întreținere, episoadele depresive din cadrul tulburării bipolare, durerea migrenoasă.

Efecte adverse: căderea părului, creșterea în greutate, sedare, toxicitate fetală, amenoree, sindrom de ovare polichistice.

d) Lamotrigină

Indicații: prevenirea recurenței maniei și a depresiei

Efecte Adverse: eczemă, sindrom Stevens Johnson (Grunze et al., 2010)

Debutul lent al instalării efectelor terapeutice la antidepresive, duce la necesitatea suplimentarea tratamentului cu tranchilizante din categoria benzodiazepinelor (Lorazepam, Clonazepam, Diazepam) (Popa și Ciobanu, 2014).

II.3 Antipsihotice

Eficiente pentru simptomatologia psihotică a depresiei bipolare și pentru tratamentul de întreținere al acesteia, dar și în tratamentul episoadelor maniacale din tulburarea bipolară. În depresia bipolară acestea amplifică efectul antidepresivelor, reduc riscul virajului de dispoziție și corectează eventualele elemente psihotice.

Exemple de antipsihotice:

- Olanzapina cp 5 mg/zi - există dovezi clare privind eficacitatea utilizării în combinație cu Fluoxetina
- Quetiapina cp 100-200 mg/zi - în monoterapie până la 300 mg/zi
- Aripiprazol cp 5-10 mg/zi
- Amisulprid cp 50-100 mg/zi (Stahl 2013).

Alte tipuri de tratament în depresie

Terapia electroconvulsivantă (TEC)

Mecanisme de acțiune

- administrarea succesivă determină creșterea pragului convulsivant și scăderea duratei convulsiilor, efectul antidepressiv fiind direct proporțional cu creșterea pragului convulsivant;
- normalizează axul hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian în depresia majoră;
- afectează aminele biogene (scăderea sensibilității receptorilor beta-adrenergici, crește turnoverul norepinefrinei, sensibilitatea receptorilor alpha 1 adrenergici);
- întărește funcționarea sistemului serotoninergic;
- scăderea funcționalității receptorilor NMDA;
- crește secreția de norepinefrină, serotonină, dopamină;
- crește factorii neurotrofici cerebrali;

Modalități de administrare

TEC se poate administra cu un singur electrod, unilateral sau cu doi electrozi, bilateral, dar aplicarea bilaterală a demonstrat o eficacitate terapeutică mai mare.

Preferabil TEC se face asistată de către un anestezist. Se recomandă scăderea, chiar oprirea dozelor de tranchilizante, barbiturice, anticonvulsivante.

S-a constatat că pragul electroconvulsivant este mai scăzut la tineri și la femei comparativ cu bărbații.

Efecte adverse

Cele mai frecvente efecte adverse sunt din sfera cognitivă:

- confuzia interictală;
- dezorientare post-ictală;
- scăderea memoriei;

Complicații

- cardiovasculare - cea mai frecventă complicație a TEC- (creșterea TAS, aritmii bradicatie, oprire sinusală, contracții ventriculare premature, ischemie miocardică)
- cerebrale: cefalee, greață, contracții musculare;
- osoase (rare) - tasări de vertebre, fracture pe os patologic (Popa și Ciobanu, 2014).

Bibliografie

American Psychiatric Association, 2003. *DSM-4, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistica a Tulburarilor Mintale*, editia 4 revizuita, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România.

American Psychiatric Association, 2016. *DSM-5, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistica a Tulburarilor Mintale*, editia 5, Editura medicala Callisto.

Bauer M., et al., 2013, *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders*, The World Journal of Biological Psychiatry

Bauer M., et al., 2015, *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders. Part 2: Maintenance Treatment of Major Depressive Disorder-Update*, The World Journal of Biological Psychiatry, 16: 76–95

Carvalho F A., McIntyre S R., 2018. *Treatment-Resistant Mood Disorders*, Ed. Oxford University Press.

Grunze H. et al, 2010, *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression*, The World Journal of Biological Psychiatry, 11: 81–109

Grunze H. et al, 2013, *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder*, The World Journal of Biological Psychiatry, 14: 154–219

Manea M., Manea M.C., Puiu M. G. 2019. *Introduce in psihiatrie*, Volumul 1, Editura Houston.

Marinescu D. et al, 2008. *Tulburarea depresiva si anxioasa. Actualitati*, Editura AIUS Printed.

Predescu V., 1989. *Psihiatrie*, volumul 1, Editura Medicala.

Prelipceanu D., 2011. *Psihiatrie clinica*, Editura Medicala.

Popa C., Ciobanu A. M. (coord), 2013. *Tulburarea depresiva I. Noi directii de cercetare*, Editura Academiei Romane.

Popa C., Ciobanu A. M. (coord), 2014. *Tulburarea depresiva II. Elemente de psihodiagnostic, terapii moderne si studii de caz*, Editura Academiei Romane.

Sadock B. J., Sadock A. V., Ruiz P., 2014. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 11th edition, Ed. Wolters Kluwer.

Sadock B. J., , Ahmad S., Sadock A. V., 2018. *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Ed. Walters Kluwer.

Stahl M. S., 2013. *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 4th edition, ed. Cambridge University Press.

Taylor D., Paton C., Kapur S., 2018. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th edition, Ed. John Wiley & Sons.

Taylor D., Paton C., Kerwin R., 2003, *The Maudsley Prescribing Guidelines*, Ed. Taylor and Francis Group.

Anexa VII.3

Intervenții psihologice recomandate în abordarea depresiei adultului

Sinteză (Adaptare recomandări APA și NICE)

Dr. Oana Niculae

Tip de intervenție recomandată	Scurtă descriere
ADULȚI	
Terapie comportamentală	Urmărește să identifice și să sprijine schimbarea comportamentelor distructive / nesănătoase, bazându-se pe ideea că toate comportamentele sunt învățate iar cele negative pot fi schimbate. Obiectivul central al terapiei este adesea legat de probleme comportamentale curente și modalități de a le schimba/ rezolva.
Psihoterapie interpersonală	Este o abordare terapeutică de scurtă durată, concentrată pe aspecte ce țin de comunicare și atașament, având la bază modelul biopsihosocial / cultural / spiritual. Este menită să reducă simptomele, să îmbunătățească funcționarea socială și să crească suportul social. Numărul recomandat de ședințe variază între 6-20.
Terapii cognitiv comportamentale de scurtă durată	Presupun utilizarea de materiale și strategii cognitiv-comportamentale în 4-8 sesiuni de lucru, cu prioritizarea unor strategii specifice și eficiente pentru un număr limitat de dificultăți individuale.

Terapii cognitiv comportamentale	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contextul relației terapeutice dezvoltate între terapeut și client.
Terapii cognitiv comportamentale oferite în mediul virtual	Presupun accesarea în mediu digital a programelor de terapie cognitiv comportamentală.
Terapii cognitiv comportamentale de grup	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contexte de grup.
Terapiile cognitive bazate pe practicile de tip mindfulness	Aceste abordări combină tehnicile cognitiv-comportamentale cu tehnici psihologice de inspirație asiatică, precum meditația mindful. Obiectivul este de a întrerupe procesele automate de gândire distorsionată, negativă, care pot declanșa episodul depresiv, sprijinind adultul să înlocuiască reacția negativă la stimulii externi neplăcuți, cu simpla observare și acceptare a acestora, fără a atașa judecăți evaluative.
Terapii de cuplu	Se centrează pe aspecte interpersonale experimentate de două persoane în contextul unei relații de cuplu, prioritizând dificultățile emoționale care afectează negativ relația, pe termen scurt sau lung.
Psihoterapie generală pentru îmbunătățirea funcționării sociale	Are ca obiectiv îmbunătățirea funcționării sociale, adeseori afectată în cazul adulților cu depresie.
Terapiile psihodinamice de scurtă durată	Au ca obiectiv îmbunătățirea pe termen scurt și lung a dificultăților de procesare emoțională, comportamentale, de comunicare și relaționale, prin creșterea nivelului de conștientizare cu privire la emoții, gânduri și provocări.

Psihoterapie suportivă	O abordare ce integrează modele și tehnici de intervenție psihodinamice, cognitiv-comportamentale și interpersonale, cu obiectivul de a consolida tipare sănătoase și adaptative de gândire și comportament, în vederea reducerii disconfortului psihic.
Terapia sistemului de analiză cognitiv – comportamentală (CBASP)	Un model de sinteză al terapiilor interpersonale, comportamentale și cognitive
VÂRSTNICI	
Terapii cognitiv comportamentale	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contextul relației terapeutice dezvoltate între terapeut și client.
Terapii cognitiv comportamentale de grup	Utilizează strategii cognitive și comportamentale, cu precădere expunerea, restructurarea cognitivă, schimbările comportamentale, dezvoltarea abilităților de coping, pentru a aborda comportamentele învățate și condiționate, gândurile, emoțiile și răspunsurile fiziologice, în contexte de grup.
Terapii cognitiv comportamentale oferite în mediul virtual	Presupun accesarea în mediu digital a programelor de terapie cognitiv comportamentală.
Psihoterapie interpersonală	Este o abordare terapeutică de scurtă durată, concentrată pe aspecte ce țin de comunicare și atașament, având la bază modelul biopsihosocial / cultural / spiritual. Este menită să reducă simptomele, să îmbunătățească funcționarea socială și să crească suportul social. Numărul recomandat de ședințe variază între 6-20.
Intervenția multi-modală	Implică o varietate de strategii diferite metodologic.

Terapia centrată pe rezolvarea de probleme, în context de grup	Este o intervenție cognitiv-comportamentală menită să îmbunătățească abilitatea persoanei de a face față experiențelor stresante de viață, plecând de la premisa că simptomatologia clinică poate fi adesea interpretată ca o consecință negativă a stilului de adaptare disfuncțional. Își propune să ajute persoana să învețe siluri de coping realiste și optimiste, prin înțelegerea adecvată a rolului emoțiilor și dezvoltarea unui plan de acțiune menit să reducă stresul psihologic și să crească calitatea vieții.
Psihoterapie centrată pe analiza vieții	Vizează analiza retrospectivă a evenimentelor de viață cu obiectivul identificării sensului, împăcării cu și acceptării acestora, precum și creșterea sentimentului de înputernicire cu privire la desfășurarea vieții.

Anexa VII.4

Instrumente de lucru pentru profesioniștii din sănătatea mintală

Dr. Ileana-Pepita Stoica

VII.4.a PLAN DE PREVENIRE ȘI RECUNOAȘTERE PRECOCE A RECĂDERILOR ÎN DEPRESIE

Această fișă este adresată persoanelor care experimentează în prezent sau au avut în antecedente un episod de depresie. Asistenta medicală de psihiatrie va instrui persoana în vederea completării prezentului plan și prezentării acestuia la fiecare ședință de monitorizare.

Importanța autoevaluării

Autoevaluarea pe baza acestui plan este esențială pentru dumneavoastră, ca persoană care suferă din cauza depresiei, dar și pentru medicul curant căruia îi veți putea raporta la timp modificările survenite în starea dumneavoastră.

Semne și simptome ale recăderii depresive

Fiecare persoană are propria experiență în ceea ce privește debutul, formele de manifestare și evoluția depresiei. Există anumite particularități ale debutului simptomatologiei depresive care pot fi conștientizate și autoevaluate. Recunoașterea la timp a unor semne și simptome precoce ale episodului depresiv poate facilita recuperarea în urma tratamentului instituit cât mai precoce.

Dispoziția emoțional-afectivă

Descriere	Contextul apariției	Intensitate (minimă, moderată, severă, extremă)	Durata	Impact sau disconfort creat (minim, moderat, sever, extrem)

Gânduri

Descriere	Contextul apariției	Intensitate și frecvență (minimă, moderată, severă, extremă)	Durata	Impact sau disconfort creat (minim, moderat, sever, extrem)

Somn nocturn

Dificultăți, descriere	Măsuri de igienă a somnului adoptate și rezultatele acestora	

Nivel de funcționare

Activități zilnice de rutină	Activități profesionale	Activități plăcute și/sau de relaxare

Ce poate influența menținerea stării de bine și a remisiei (absența simptomelor depresive)

Continuitatea tratamentului

Respectarea controalelor planificate

Stresori identificați

Ce măsuri pot lua pentru a face față stresului

Ce măsuri s-au dovedit eficiente în trecut și cum le pot aplica /adapta la situația prezentă

Ce trebuie să fac când încep să nu mă simt bine

FIȘA SUPORT
PENTRU APARTINĂTORI/ FAMILIE/PRIETENI AI PERSOANEI CU DEPRESIE

Depresia este o tulburare psihică și **este considerată o boală ca oricare alte boli pe care le cunoașteți**. Diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, boala artrozică și alte boli somatice (fizice) sunt asemănătoare depresiei în multe aspecte cum ar fi modalitatea de debut, evoluția, necesitatea îngrijirilor specializate pe o durată de timp îndelungată sau pe termen nedeterminat.

Încercați să înțelegeți și să acceptați că depresia este o boală. Persoana apropiată dumneavoastră care a fost diagnosticată cu depresie nu a putut alege sau decide să fie sau nu bolnavă.

Oricine poate suferi la un moment dat datorită depresiei. De multe ori, debutul depresiei nu poate fi asociat cu un eveniment negativ de viață.

Nici unul din factorii precum statutul material mai bun, câștiguri în plan material sau profesional, starea generală de sănătate, forma fizică bună, nu elimină probabilitatea de a experimenta depresia.

Așadar, nu trebuie să considerați că depresia "alege" doar anumite persoane sau că este o formă de "pedeapsă".

Persoana cu depresie tinde să comunice din ce în ce mai puțin cu cei din jur, inclusiv cu persoane dragi din familie.

Încurajați comunicarea și împărtășirea emoțiilor/trăirilor/gândurilor acesteia. Ascultați fără să judecați, fără să fiți critici sau să respingeți/combateți ideile și gândurile pe care vi le împărtășește.

Fiți buni ascultători!

Dacă persoana de lângă dumneavoastră vorbește despre moarte, despre dorința sau intenția de a-și face rău în orice fel, sau dacă observați că devine mai retrasă, mai lipsită de speranță sau considerați că are un comportament îngrijorător sau periculos, solicitați ajutorul fără a intra în panică. Luați în serios orice semn și nu minimalizați dorința exprimată sau sugerată de a muri a persoanei apropiate.

Apelați la numărul unic de urgență 112 sau însoțiți persoana în cauză la cel mai apropiat serviciu de urgență. Până a ajunge la acordarea ajutorului calificat nu părăsiți persoana și vorbiți-i cu calm, înțelegere și răbdare.

Unul din simptomele de depresie este tendința la retragere sau chiar izolarea. Rămâneți cât mai aproape de persoana care are un episod depresiv, verificați dacă este în siguranță respectându-i dorința de intimitate și asigurați-o de sprijinul dumneavoastră la nevoie.

Incurajați solicitarea ajutorului profesionist, respectarea tratamentului și a programului de monitorizare recomandat de medicul curant. Însoțiți la nevoie persoana cu depresie la controalele programate, asigurând-o că prezența dumneavoastră este doar pentru suport și nu pentru a-i încălca intimitatea sau a-i restricționa libertatea.

Incurajați un stil de viață sănătos și exprimați-vă aprecierea când persoana cu depresie face schimbări pozitive în stilul de viață.

Favorizați conexiunea cu prietenii, apelarea la grupuri de suport sau reconectarea cu colegii sau alte persoane apropiate.

Oferiți feedback pozitiv de fiecare dată când observați o îmbunătățire a stării persoanei cu depresie.

A fi alături persoanei dragi care are un episod depresiv poate fi o provocare ce duce la oboseală, scăderea energiei psihice și uneori a toleranței. Nu uitați să vă îngrijiți și dumneavoastră, să adoptați măsuri de îmbunătățire a stilului de viață (igiena somnului, alimentație și hidratare corectă, mișcare, activități relaxante), iar la nevoie să apelați la suport psihologic.

Sunteți important(ă) pentru persoana de lângă dumneavoastră și îi puteți fi de ajutor păstrându-vă starea pozitivă și încrederea.

Angajament (contract) non-suicid

Subsemnata / subsemnatul sunt de acord să mă angajez în procesul terapeutic propus de medicul curant.....

Înțeleg că acest demers presupune acordul meu liber consimțit de a fi implicat(ă) activ în toate aspectele și etapele tratamentului, incluzând:

- *Respectarea programării ședințelor de monitorizare și participarea la acestea; în cazul în care intervine o situație neprevăzută care mă va împiedica să mă prezint la o ședință de monitorizare programată voi anunța echipa medicală;*

- *Stabilirea obiectivelor terapeutice împreună cu echipa de îngrijiri; aceste obiective vor fi adaptate nevoilor mele, motiv pentru care înțeleg să îmi asum responsabilitatea în ceea ce privește comunicarea acestor nevoi și probleme;*

- *Exprimarea opiniilor mele, a gândurilor și a trăirilor de orice fel cu sinceritate și claritate, în mod deschis, în fața echipei de îngrijiri;*

- *Implicarea mea activă și continuă în cadrul sesiunilor de tratament/terapie psihologică și alte terapii de reabilitare recomandate;*

- *Îndeplinirea cu responsabilitate a temelor recomandate pentru acasă;*

- *Luarea medicației conform recomandărilor medicului curant fără a interveni din proprie inițiativă asupra dozelor sau ritmului administrării;*

- *Păstrarea unui program zilnic de activități și a unui regim de viață echilibrat (inclusiv în ceea ce privește dieta/alimentația și hidratarea); discutarea programului și alegerea celor mai adecvate activități și măsuri de igienă zilnice;-*

- *Punerea în aplicare a planului de criză stabilit cu echipa terapeutică.*

Am înțeles și sunt pe deplin conștient(ă) că în mare măsură evoluția mea depinde de motivația, energia și efortul personal investite în procesul terapeutic. Dacă voi simți că intervențiile terapeutice nu dau rezultate sunt de acord să discut cu medicul curant și ceilalți membri din echipa terapeutică pentru identificarea și evaluarea posibilelor cauze și să căutăm împreună soluțiile cele mai potrivite.

Sunt de acord să fac acest angajament pentru a trăi.

Persoana de sprijin pe care o desemnez pentru a-mi oferi suport la nevoie și pentru legătură cu echipa terapeutică este....., în calitate de, având nr.telefon

Acest angajament este aplicabil pentru o perioada de.....după care va fi revizuit și continuat.

Data

Semnătura,

Martor,

Adaptare după Rudd M. D. et col, The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative, JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION, Vol. 62(2), 243–251 (2006) © 2006 Wiley Periodicals, Inc. Publicat online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.20227 Accesat la 10.01.2020

Anexa VII.4.d

Plan de răspuns la criza suicidară

Subsemnata / subsemnatul..... sunt de acord ca în situația în care gândurile mele suicidare reapar, devin mai frecvente și de durată sau/și încep să am planuri de suicid sau de autovătămare de orice fel să procedez după următorul plan stabilit de comun acord cu medicul curant:

Conform sfaturilor primite de la echipa de îngrijire voi parcurge următorii pași:

Voi face eforturi pentru a identifica natura și cauza disconfortului meu (a stării mele de rău sau supărare);

Voi lua în considerare alte alternative/opțiuni de răspuns la situația identificată în afară de gândurile de a termina cu viața;

Voi apela la alte experiențe pozitive în care am reușit să mă adaptez în situații de criză fără a-mi pune viața în pericol;

Mă voi axa pe îndeplinirea unor activități care știu din experiență că îmi fac plăcere sau mă fac să mă simt mai bine, pentru cel puțin 30 minute (de exemplu: apelarea și comunicarea cu o persoană apropiată/prieten, ascultarea de muzică; exerciții de respirație și relaxare, alte activități care nu mă pun în pericol);

Dacă gândurile suicidare nu încetează voi suna persoana desemnată de mine ca persoană de suport, ..., la nr. de telefon.....

Dacă voi începe să întocmesc orice plan pentru a pune în practică gândurile suicidare voi suna de îndată la numărul unic de urgență 112 și voi comunica dispecerei aceste simptome pentru a primi de urgență ajutor specializat sau mă voi deplasa la cea mai apropiată unitate de primiri urgențe.

Data,

Semnătura,

Martor

Traducere / adaptare după Rudd M. D. et col, The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative, JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION, Vol. 62(2), 243–251 (2006) © 2006 Wiley Periodicals, Inc.

Publicat online în Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/jclp.20227

Accesat la 10.01.2020

Anexa VII.5

Principii ale practicii în sănătatea mintală

Dr. Ileana-Pepita Stoica

Experții OMS au elaborat un document care enunță și descrie 10 principii de bază ale legislației și practicii în sănătatea mintală. Acest document este rezultatul unei analize conduse de OMS pe parcursul mai multor ani a legilor naționale privind sănătatea mintală a 45 țări. La baza documentului au stat *Prinipiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și pentru îmbunătățirea îngrijirilor de sănătate mintală (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)* adoptate în 17 decembrie 1991 de UN General Assembly Resolution 46/119.

Cele 10 principii de bază adoptate și recomandate de OMS sunt:

1. Promovarea sănătății mintale și prevenția tulburărilor psihice
2. Acces la îngrijiri bazale de sănătate mintală
3. Evaluarea sănătății mintale în accord cu principiile internaționale acceptate
4. Furnizarea celor mai puțin restrictive modele de îngrijire de sănătate mintală
5. Autodeterminarea
6. Dreptul la suport și asistență în exercițiul autodeterminării
7. Disponibilitatea procedurii de revizuire
8. Mecanism automat periodic de revizuire
9. Factori de decizie calificați
10. Respectarea legislației în vigoare

În acord cu aceste principii, majoritatea țărilor au revizuit legislația privind îngrijirile de sănătate mintală, aducând periodic îmbunătățiri în domeniile considerate esențiale sau deficitare.

Cadrul legislativ din România dedicat îngrijirilor de sănătate mintală, începând cu *Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice 487/2002* republicată în 2012, a rămas un domeniu care mai necesită completări și clarificări, dar și un grad de aplicabilitate la nivel național, astfel încât sănătatea mintală să devină, așa cum prevede primul articol al legii amintite, "o componentă fundamentală a sănătății individuale și ... un obiectiv major al politicii de sănătate publică".

Resursa umană și logistica din sistemul de îngrijiri de sănătate mintală rămâne o provocare și o nevoie fundamentală. Urmând recomandările OMS și o serie de ghiduri și standarde implementate în țări cu nivele de îngrijire superioare, am identificat câteva principii de bază ale practicii în sănătatea mintală care pot fi adoptate în toate structurile de îngrijire din România:

1. Personalul de îngrijire care face parte din echipa multidisciplinară tratează toate persoanele care solicită ajutor cu respectarea drepturilor acestora, într-o manieră cât mai puțin restrictivă și non-stigmatizatoare.
2. Consimțământul și confidențialitatea reprezintă principii etice fundamentale pentru practica medicală care este întemeiată pe respectul pentru autonomia individuală a pacientului.
3. Personalul medical și cel care participă la orice act de îngrijire manifestă empatie și deschidere, oferind îngrijiri într-un mod care să respecte toate persoanele în mod egal.
4. Personalul de îngrijire medicală își asumă responsabilitatea pentru serviciile oferite și răspunde pentru propriile decizii și acțiuni. Familiile și îngrijitorii pacienților devin parteneri activi în procesul de îngrijire într-o manieră acceptabilă și care să respecte demnitatea și libertățile persoanei.
5. Echipa multidisciplinară de îngrijire furnizează și promovează servicii care pun Pacientul în centrul procesului de îngrijire. Nevoile individuale sunt identificate, evaluate și se caută soluții pentru a le răspunde în timp real și cu profesionalism.
6. Personalul de îngrijire gestionează situațiile de risc cu maximă vigilență și păstrează pacienții în siguranță în orice structură sau context în care acordă îngrijirile medicale și cele conexe sau asociate actului medical.
7. Echipa multidisciplinară de îngrijire evaluează, înregistrează și raportează tratamentul și îngrijirile, gestionează informațiile în mod sensibil și confidențial.
8. Tot personalul de îngrijire are cunoștințe, abilități și competențe actualizate pentru a-și îmbunătăți permanent metodele și tehnicile de evaluare, intervenție sau prevenție.

9. Fiecare membru al echipei de îngrijire colaborează îndeaproape cu propria echipă și la nevoie cu alți profesioniști, asigurându-se că îngrijirea și tratamentul pacienților sunt bine coordonate, la standarde ridicate și cu cele mai bune rezultate posibile.
10. Personalul de îngrijire din sănătatea mintală se preocupă în permanență de propria dezvoltare și se implică în acțiuni de promovare a sănătății mintale cu influență benefică asupra mediului și comunității.

Bibliografie:

Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice 487/2002 republicată în 2012. Disponibil online: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/37898> [Accesat 26 nov. 2019]

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății Publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 652 din 28 august 2015 <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139> [Accesat 26 nov. 2019]

Mental health care law: ten basic principles. Disponibil https://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf [Accesat 26 nov. 2019]

NHS Core Values. Disponibil: <https://eput.nhs.uk/about-us/nhs-constitution/nhs-core-values/> [Accesat 26 nov. 2019]

Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. Disponibil: https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf [Accesat 26 nov. 2019]

LISTA ABREVIERI

- AD:** Antidepresiv(e)
- AGREE:** Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
- BDI:** *Beck Depression Inventory*
- CBT/TCC:** Cognitive behavioural therapy/ terapie cognitiv-comportamentală)
- CPG:** *Clinical practice guideline*
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- GDI:** Interviu pentru depresie geriatrică
- HAM-D:** Hamilton Depression Scale
- ICD:** International Classification of Diseases
- IMAO:** Inhibitori de monoamin oxidază
- IPT:** Interpersonal therapy (terapie interpersonală)
- IRNS:** Inhibitorii recaptării noradrenalinei și serotoninei
- MADRS:** Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
- MDD:** Major Depressive Disorder (tulburare depresivă majoră)
- NICE:** *National Institute for Health and Care Excellence*
- PHQ-9:** *Patient Health Questionnaire*
- QALY:** Quality-adjusted life year
- RCT:** *Randomised clinical trial*
- SARI:** Antagoniști ai receptorilor serotoninergici și inhibitori ai recaptării serotoninei
- SIGN:** *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
- SSRI:** Selective serotonin reuptake inhibitor (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei)
- TCA:** Antidepresive Triciclice
- TEC:** Terapie electroconvulsivantă
- WHO:** World Health Organisation

Prezentul Ghid a fost realizat de
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI LUPTĂ ANTIDROG,
în cadrul proiectului „Creșterea competențelor profesionale ale
personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective
și prevenția comportamentului suicidar”,
POCU/91/4/8/3269/22.12.2017, COD MY SMIS 111477.

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu
poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.