



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Depresia

Protocol clinic național

PCN-255

*Chișinău
2016*

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 19 februarie 2016, proces verbal nr.1**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.544 din 30.06.2016 „Cu privire la aprobarea
Protocolului clinic național „Depresia”**

Elaborat de colectivul de autori:

Anatol Nacu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Reveno	USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	USMF „Nicolae Testemițanu”
Coșciug Ion	USMF „Nicolae Testemițanu”
Garaz Grigore	USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	USMF „Nicolae Testemițanu”
Lora Gițu	USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Grigore Bivol	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Lucia Carp	IMSP SC Psihiatrie
Ghenadie Cărăușu	USMF „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	5
PREFATĂ.....	5
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ	6
Diagnosticul: Depresia (persoane adulte).....	6
Codul bolii (CIM 10): F 32.0 –32.9, F 33.0-33.9, F 41.2.....	6
Utilizatorii:.....	6
Scopurile protocolului.....	6
Data elaborării protocolului: septembrie 2015.....	6
Data revizuirii următoare: decembrie 2020.....	6
Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:	Ошибка! Закладка не определена.
Definițiile folosite în document.....	7
Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ.....	9
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	12
C. 1. 1. Etapizarea îngrijirii pacientului cu depresie	12
C. 1. 2. Diagnosticul depresiei – Algoritmul screening-ului de depresie.....	13
C. 1. 3. Algoritmul terapiei medicamentoase în dependență de etapa de intervenție	14
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	16
2.1. Clasificarea.....	16
2.2. Profilaxia	17
2.2.1. Factorii de risc	17
2.2.2. Profilaxia – recomandări generale	18
2.3. Conduita pacientului cu depresie.....	19
2.4. Anamneza.....	19
2.5. Manifestări clinice	21
2.6. Investigațiile paraclinice	22
2.7. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu).....	23
2.8. Prognosticul.....	26
2.9. Condiții de tratament	26
2.9.1. Conduita în Depresie	28
2.9.2. Tratamentul Depresiei.....	28
2.9.3. Evoluția	35
2.9.4. Tratamentul de menținere și supraveghere.....	36
2.10. Urgența în depresie	36
2.11. Complicațiile.....	37
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	39
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI	41
ANEXE.....	42
ANEXA 1. Chestionarul Pacientului Sănătos 9 (PHQ 9)	42
ANEXA 2. Scala Hamilton de evaluare a depresiei	45
ANEXA 3. Inventarul de Depresie Beck.....	48
ANEXA 4. Scala Zung de auto-evaluare a depresiei (SDS).....	52
ANEXA 5. Scala Impresiei Clinice Globale	54
ANEXA 6. Diagnostic diferențial între episodul depresiv major și episodul depresiv în cadrul tulburării afective bipolare:	56
ANEXA 7. Clasificare a psihofarmacologică a antidepresivelor	57
ANEXA 8. Acțiune a psihofarmacologică selectivă a antidepresivelor din a doua generație.....	58
ANEXA 9. Remedii antidepresive	59
ANEXA 10. Remedii cu efect timostabilizator utilizate în asocieră cu tratamentul depresiei bipolare.....	60

ANEXA 11. Ghidul pacientului cu <i>Depresie</i> (ghid pentru pacient).....	61
ANEXA 12. Ierarhia dovezilor și putere a recomandărilor (după NICE).....	63
BIBLIOGRAFIE.....	64

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
DSM- IV	<i>Manualul de diagnostic și statistică al bolilor mintale</i> , ediția a 4
ED	Episod depresiv
CCSM	Centru Comunitar de Sănătate Mintală
FACT	Tratamentul Asertiv Comunitar Flexibil
ECSM	Echipe comunitare de sănătate mintală
PCC	Psihoterapie Cognitiv Comportamentală
TIP	Terapie Interpersonală
TEC	Tratament electroconvulsivant
ISRS	Inhibitorii Selectivi ai Recaptării a Serotoninei
NRI	Inhibitori ai Recaptării de Noradrenalină
NDRI	Inhibitori ai Recaptării Dopaminei și Noradrenalinei
NSRI	Inhibitori ai de recaptării serotoninei, noradrenalinei
NaSSA	Inhibitori pre- și postsinaptici ai recaptării de serotonină
ADTc	Antidepresive tetraciclice
ADT	Antidepresive triciclice
IMAO	Inhibitorii monoaminooxidazei
YLD	Ani trăiți cu dizabilitate
PHQ	Chestionarul de Sănătate al Pacientului
AMP	Asistența Medicală Primară
MS	Ministerul Sănătății

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie cu suportul proiectului **“Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova”** implementat de către consorțiul format din Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Institutul NIVEL (Institutul Național pentru Cercetare în domeniul Serviciilor de Sănătate din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală.

Protocolul clinic este elaborat în baza sumarului următoarelor documente: a) Ghidul olandez referitor la depresie, destinat medicilor generaliști (2013); b) Ghidul multidisciplinar olandez referitor la depresie (ediția 3, 2013); c) Ghidul olandez, privind îngrijirile în caz de depresie (2012); d) Ghidul actualizat NICE, privind depresia la adulți din Marea Britanie (2010, 2013); e) Ghidul român de Practică Pentru Medicii de Familie - Depresia Adultului și, va servi drept bază pentru elaborarea protoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Depresia (persoane adulte)

Exemple de diagnostice clinice:

1. Episod depresiv ușor, primar.
2. Episod depresiv sever, cu simptome psihotice (ideație suicidală) ori, 2a. (fără simptome psihotice)
3. Episod depresiv sever, cu simptome somatice ori 3a. (fără simptome somatice)
4. Tulburare depresivă recurentă. Episod actual moderat.
5. Tulburare depresivă recurentă. Episod actual sever, fără simptome psihotice.

A.2. Codul bolii (CIM 10): F 32.0 –32.9, F 33.0-33.9, F 41.2

A.3. Utilizatorii:

1. Medici de familie, asistente medicale din oficiile medicilor de familie, centre ale medicilor de familie;
2. Psihatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale din centrele comunitare de sănătate mintală, spitale de psihiatrie, secții psihiatrice;
3. Medici ai serviciului de asistență medicală de urgență.

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului

- Depistarea precoce a pacienților cu depresie.
- Îmbunătățirea procesului de diagnosticare a depresiei.
- Managementul calității tratamentului și sporirea calității vieții pacientului cu depresie.
- Reducerea numărului de suicide și tentative de suicid la pacienții cu depresie;







A.5. Data elaborării protocolului: 2016

A.6. Data revizuirii următoare: 2018

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Anatol Nacu	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., catedra Medicina de Familie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Chihai	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Inga Deliv	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Coșciug	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asistent universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Lora Gîtu	asistent universitar, Catedra Medicina de Familie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Depresia¹ implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv (pierderea interesului și a plăcerii de la activități și experiențe obișnuite ori anterior plăcute), dispoziție proastă și un spectru de probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale asociate. Diagnosticul de Depresie majoră se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorărilor de ordin funcțional și social. Atunci când se încearcă a sistematiza depresia, necesită a fi luate în considerare așa aspecte ca: etiologia, durata, etapa bolii și istoricul tratamentului.

Actualmente este utilizat termenul de **episod depresiv**, pentru că depresia de finește o singură boală, iar tabloul clinic se manifestă printr-un șir de semne clinice.

A.9. Informația epidemiologică

- Prevalența pe parcursul vieții a tulburărilor depresive în comunitate variază între 14% și 21%.
- Prevalența printre femei este de două ori mai înaltă, decât printre bărbați. Mai frecvent debutează la vârsta de 30 ani.^{2,3,4}
- Durata medie a unui episod depresiv este de 3 luni. După jumătate de an, 63% dintre depresivi se recuperează, după un an - 76%⁵

¹ The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010, pag.17 (Dovadă de nivel C)

² Alonso, 2004 Alonso, J. Angermeyer, M.C. Bernert, S. Bruffaerts, R. Brugha, T.S. Bryson, H. et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proiect (Proiectul Prevalența tulburărilor psihice în Europa: rezultatele Studiului European privind Epidemiologia Tulburărilor Psihice). Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 21-27 (Dovadă de nivel B)

^{3,5} Graaf, R.de, Have, M.ten, Gool, C.van, Dorsselaer, S.van. (2011) Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (Prevalența tulburărilor psihice și tendințe din 1996 până în 2009. Rezultatele Studiului asupra Sănătății Mintale din Țările de Jos și ale Studiului privind Incidența -2) Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47, 203-213 (Dovadă de nivel B)

⁴ Kessler, 2005 Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (Prevalența pe durata vieții și distribuția tulburărilor DSM-IV conform vârstei declanșării în Replicarea Studiului Național privind comorbiditatea). Arch Gen Psychiatry 62(6), 593 – 602 (Dovadă de nivel B)

- Tulburările depresive constituie a doua cauză principală pentru anii de viață pierduți ca urmare a incapacității (YLD), tulburările depresive majore constituind 8.2% din numărul total de YLD și distimia - 1.4%.⁶
- Dincolo de experiențele subiective ale persoanelor cu depresie, există un impact substanțial asupra funcționalității sociale și ocupaționale, sănătății fizice și mortalității.
- Afecțiunea depresivă cauzează o deteriorare mai mare a stării sănătății, decât unele boli fizice cronice majore: angina, artrita, astmul și diabetul.⁷
- Efectele emoționale, motivaționale și cognitive reduc considerabil abilitatea persoanei de a lucra, cauzând prejudicii pentru veniturile personale și ale familiei, precum și o contribuție redusă pentru societate, în termeni de venituri provenite din taxe și abilități de angajare.
- Efectele sociale mai ample includ: o mai mare dependență de serviciile sociale, pierderea respectului de sine și a încrederii în sine; deteriorări sociale, inclusiv abilitate redusă de a comunica și de a întreține relații pe durata bolii; precum și deteriorare pe termen lung a funcționalității sociale, în special pentru persoanele cu tulburări cronice sau recurente.
- Depresia poate de asemenea accentua durerea, tristețea și incapacitatea asociată cu probleme de sănătate fizică și poate afecta nefavorabil rezultatele tratamentelor.
- Depresia combinată cu probleme cronice de sănătate fizică înrăutățește gradual sănătatea, în comparație cu boala fizică luată aparte sau chiar cu combinații din boli fizice.⁸
- Unele studii sugerează un risc sporit de deces în caz de depresie co-morbidă referitor la o serie de probleme de sănătate fizică.⁹
- Suicidul se estimează la aproape 1% din totalul deceselor și aproape 2/3 dintre suicide sunt comise de persoanele cu depresie¹⁰; cu alte cuvinte, a fi depresiv, înseamnă a fi într-un risc de suicid de 4 ori mai mare, în comparație cu populația generală.¹¹
- Relațiile matrimoniale și familiale sunt adeseori afectate în mod negativ, iar depresia parentală poate duce la neglijarea copiilor și perturbarea considerabilă a copilăriei.¹²

Nota: În Republica Moldova datele privind depresia (F32-F33) nu sunt colectate dezagregat, fiind incluse în grupa „Tulburări Mintale și de Comportament cu Caracter Nonpsihotic”.

⁵ Spijker, 2002 Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J., Nolen, W. A. (2002) Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Durata episoadelor depresive majore la populația generală: rezultatele Studiului privind Sănătatea Mintală în Țările de Jos și ale Studiului privind Incidența). *British Journal of Psychiatry (Revista Britanică de Psihiatrie)*, 181, 208 – 213 (Dovadă de nivel B)

⁶ Ferrari, 2013 Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 (Povara tulburărilor depresive pe țară, gen, vîrstă și an: concluziile Studiului global 2010 privind povara bolilor) . *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547 (Dovadă de nivel B)

⁷ Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., et al. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys (Depresie, boli cronice și deteriorarea sănătății: rezultatele Studiilor mondiale referitoare la sănătate). *Lancet*, 370, 851–858. (Dovadă de nivel B)

⁸ Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., et al. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851–858. (Dovadă de nivel B)

⁹ Cassano, P. & Fava, M. (2002) Depression and public health: an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849–857. (Dovadă de nivel C)

¹⁰ Sartorius, N. (2001) The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 15), 8–11. (Dovadă de nivel C)

¹¹ Bostwick, J. M. & Pankratz, V. S. (2000) Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932. (Dovadă de nivel B)

¹² Ramchandani, P. & Stein, A. (2003) The impact of parental psychiatric disorder on children. *British Medical Journal*, 327, 242–243. (Dovadă de nivel C)

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară:

Descriere	Motivele	Pașii
• Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> Factorii de risc personal și cei de mediu pot contribui la apariția depresiei. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea persoanelor care prezintă <i>factori de risc în sensul declanșării unei tulburări depresive (caseta nr 1, 2, 3, 4 A-D).</i>
1.3. Screening-ul	<ul style="list-style-type: none"> Depistarea precoce a pacienților cu depresie. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicarea Chestionarului Pacientului Sănătos (PHQ 9) (anexa 1, algoritm 1.2).
1.2. Profilaxia secundară	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentul pacienților cu tulburare depresivă ușoară. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea severității depresiei (caseta 8). Autocontrolul bolii.
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea tulburărilor depresive	<ul style="list-style-type: none"> Semnele depresive (caseta nr. 6). 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnezic (caseta 6). Evaluarea severității (caseta 8).
2.2. Luarea deciziei de tratament și/sau trimitere la CCSM	<ul style="list-style-type: none"> Episod ușor – indicarea PCC (caseta 16). Episod mediu (caseta 17A) Episod depresiv sever (caseta 9). Tratamentul nu este eficace, la reevaluare după 6 săptămâni (17). 	<ul style="list-style-type: none"> Recomandarea consultului specialistului din CCSM (algoritm 1.1).
3. Supravegherea clinică	<ol style="list-style-type: none"> Prescrierea preparatelor antidepresante. Evaluarea tolerabilității, complianței și eficacității tratamentului depresiei ușoare. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientarea intervenției în trepte – treapta 1 - 2 (anexa 15). Intervenții inițiale în caz de depresie ușoară (caseta 16). Monitorizarea activă a semnelor clinice și reacțiilor adverse ale remediilor farmacologice (caseta 17). Acordare de PCC (caseta 23). Prescrierea tratamentului farmacologic. Trimitere pentru evaluare la CCSM în caz de necesitate (anexa 13).

B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală):

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului depresie	<ul style="list-style-type: none"> Adresarea de la medicul de familie. Adresarea de sinestătătoare cu acuze de depresie (caseta 9). 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluare multidisciplinară (Caseta 12). Evaluarea severității (caseta 8).
Selectarea tipului de intervenție	<ul style="list-style-type: none"> Remiterea simptomelor depresive (tabelul nr. 6). 	<ul style="list-style-type: none"> Introducerea îngrijirilor pe trepte (tabelul 15).
2. Tratamentul		
Tratament biologic	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiu în rezultatul administrării tratamentului psihofarmacologic. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientarea intervenției în trepte – treapta 2 - 3 (anexa 15). Administrarea antidepresivelor în primul episod depresiv (caseta 18). Principiile de selectare a tratamentului medicamentos a episoadelor multiple recurente și rezistente (caseta 19, 20, 21).
Tratament psihologic	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe în intervenții (psihologice, sociale). 	<ul style="list-style-type: none"> Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (caseta 22), terapie cognitiv-comportamentală (caseta 23).
3. Supravegherea clinică continuă	<ul style="list-style-type: none"> Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute și managementul urgențelor în depresie. 	<ul style="list-style-type: none"> Menținerea stării de sănătate mintală, managementul complicațiilor (anexa 27) și comportamentului suicidal (anexa 25, 26).

B.3. Nivelul de staționar (secții de psihiatrie în spitalele de profil general)

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> Complicații și risc suicidal. 	<ul style="list-style-type: none"> Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM cu complicații psihotice și comportament suicidal (anexa 26, 27). Recepționarea pacienților psihotici la solicitarea serviciilor de urgență, poliției, cu informarea imediată a ECSM din CCSM Caseta 12).
2. Diagnosticul		
	<ul style="list-style-type: none"> În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective. 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (caseta 6). Evaluarea simptomelor (caseta 9). Examenul de laborator (caseta 11). Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4). Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (caseta 12).
3. Tratamentul		

Descriere	Motivele	Pașii
	<ul style="list-style-type: none"> În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericolul pentru propria persoană. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientarea intervenției în trepte – treapta 3 - 4 (anexa 15). Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (casetă 12).
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none"> Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiant). 	<ul style="list-style-type: none"> Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM (casetă 12). <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul exact detaliat. Rezultatele investigațiilor efectuate. Recomandările explicite pentru pacient. Programul psihoterapeutic de susținere, elaborat în comun cu ECSM. Recomandările pentru medicul de familie.

B.4. Nivelul de staționar (spitalul de psihiatrie)

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> Imposibilitatea managementului complicațiilor psihotice și risc suicidal, sau comportament suicidal repetat. 	<ul style="list-style-type: none"> Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice din spitalele de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz (casetă 12).
2. Diagnosticul		
	<ul style="list-style-type: none"> În caz de dubiu, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude alte tulburări afective. 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetă 6). Evaluarea simptomelor (casetă 9). Examenul de laborator (casetă 11). Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 3, 4). Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (casetă 12).
3. Tratamentul		

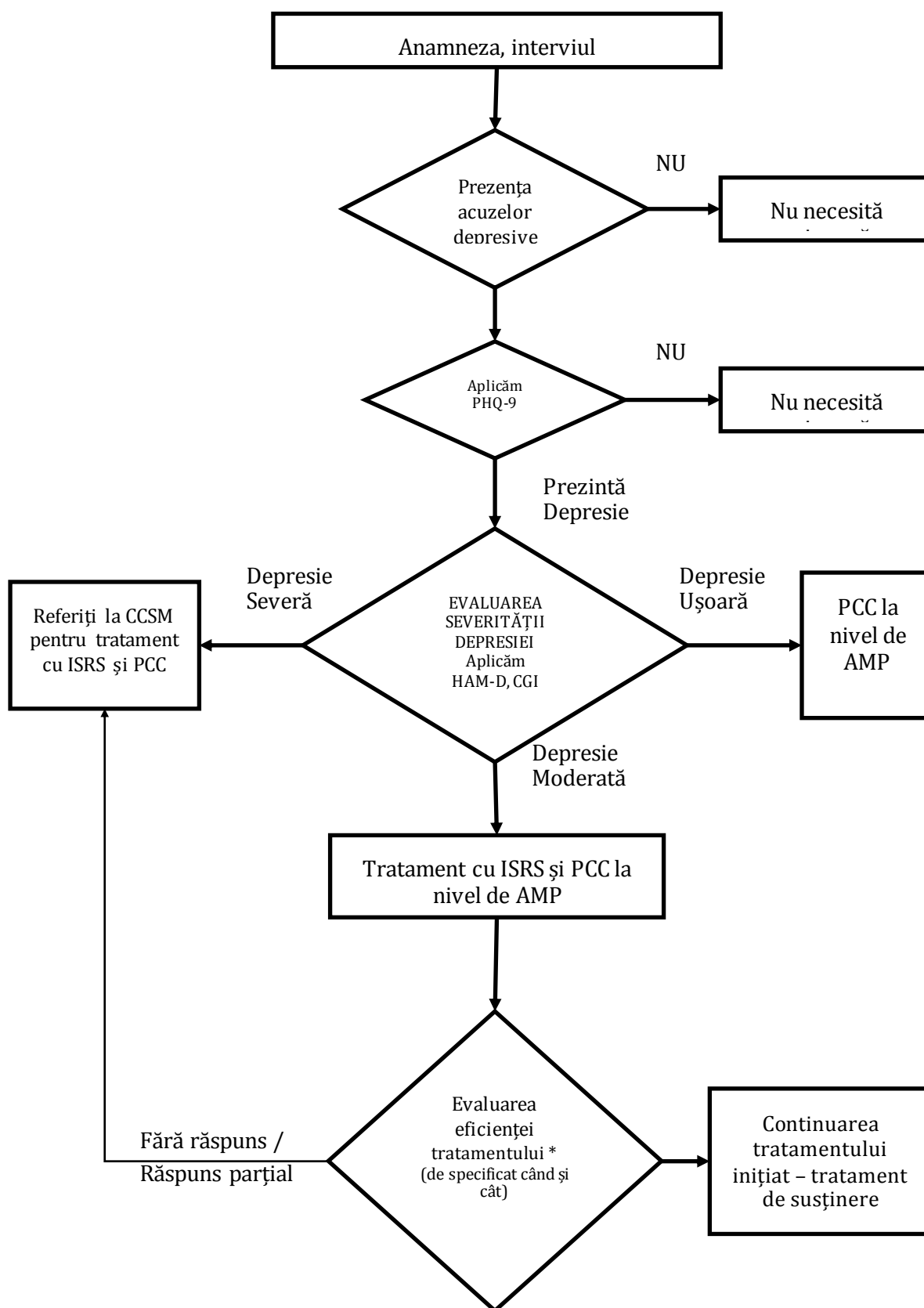
Descriere	Motivele	Pașii
	<ul style="list-style-type: none"> În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe cu asigurarea unor condiții de staționar specializat precum și siguranța în caz de pericolul pentru propria persoană. Depresie severă și complexă; risc pentru viață; auto-neglijare severă. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientarea intervenției în trepte – treapta 4 (anexa 15). Conform recomandărilor psihiatrului din echipa FACT, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (caseta 12). Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, terapie electroconvulsivă, servicii de intervenție în criză, tratamente combinate, îngrijiri multiprofesionale și spitalicești.
4. Externarea	<ul style="list-style-type: none"> Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental). 	<ul style="list-style-type: none"> Are loc conform recomandărilor, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din ECSM. <p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul exact detaliat. Rezultatele investigațiilor efectuate. Recomandările explicite pentru pacient. Programul psihoterapeutic de susținere. Recomandările pentru medicul de familie.

C. 1. ALGORITMIDE CONDUITĂ

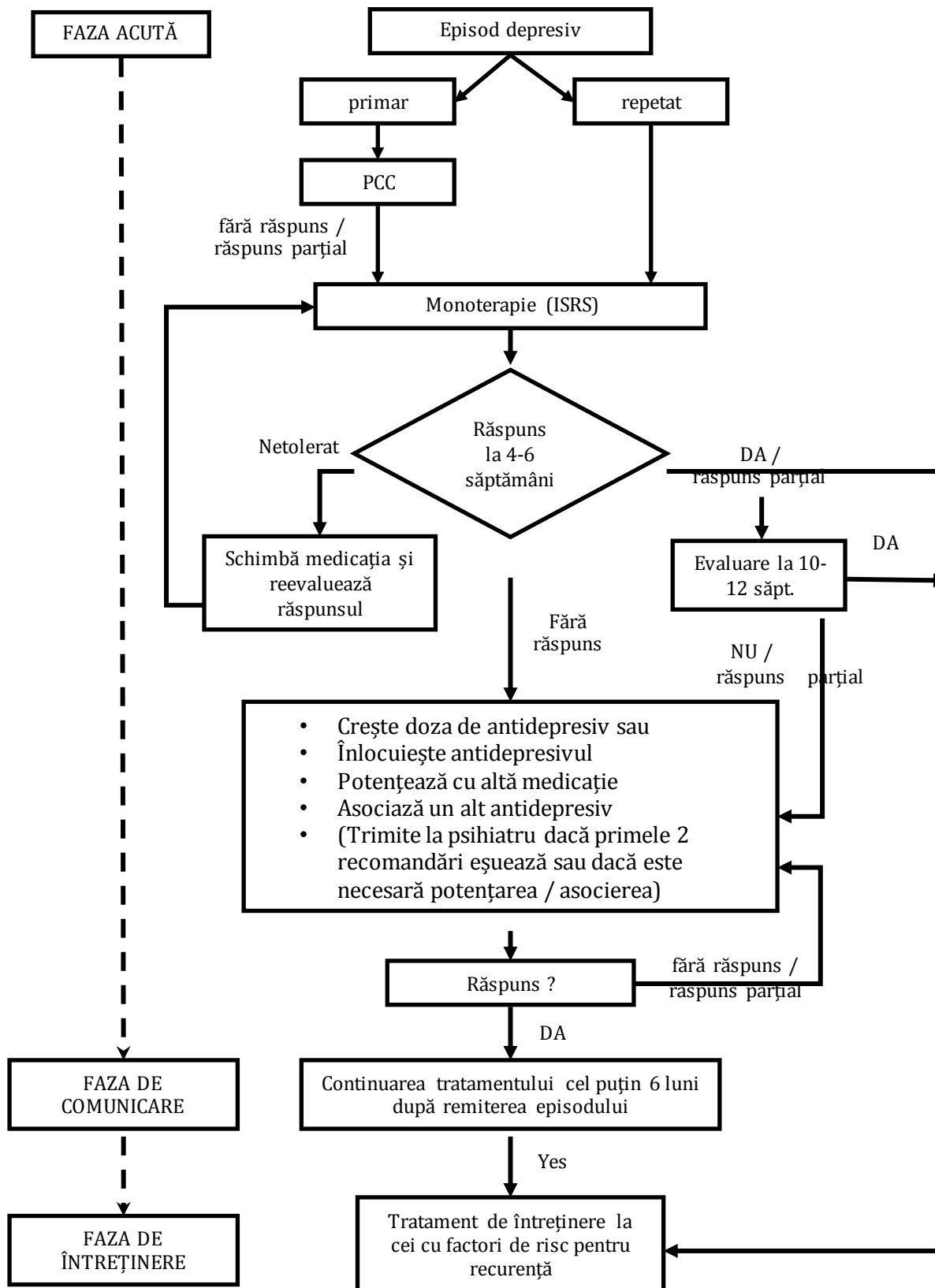
Etapizarea îngrijirii pacientului cu depresie

Cine acordă îngrijiri	Forma clinică	Intervenția
Etapa 1: Asistența medicală primară (medicul de familie, asistentul medical).	Recunoașterea depresiei.	Evaluare.
Etapa 2: Asistența medicală primară. CCSM.	Depresia ușoară.	Supravegherea atentă, PCC, exerciții fizice, scurte intervenții psihologice.
Etapa 3: Asistența medicală primară, CCSM.	Depresia moderată sau severă.	Medicație, intervenții psihologice, suport social, PCC.
Etapa 4: CCSM, secții psihiatrice în spitalele de profil general.	Depresia recurentă, atipică și psihotică.	Medicație, intervenții psihologice complexe, tratament combinat.
Etapa 5: Servicii psihiatrice spitalicești: secții psihiatrice în spitale de profil general și spitale de psihiatrie.	Depresia rezistentă la tratament, depresia cu risc suicidal, neglijare severă a propriei persoane.	Medicație, tratament combinat, TEC.

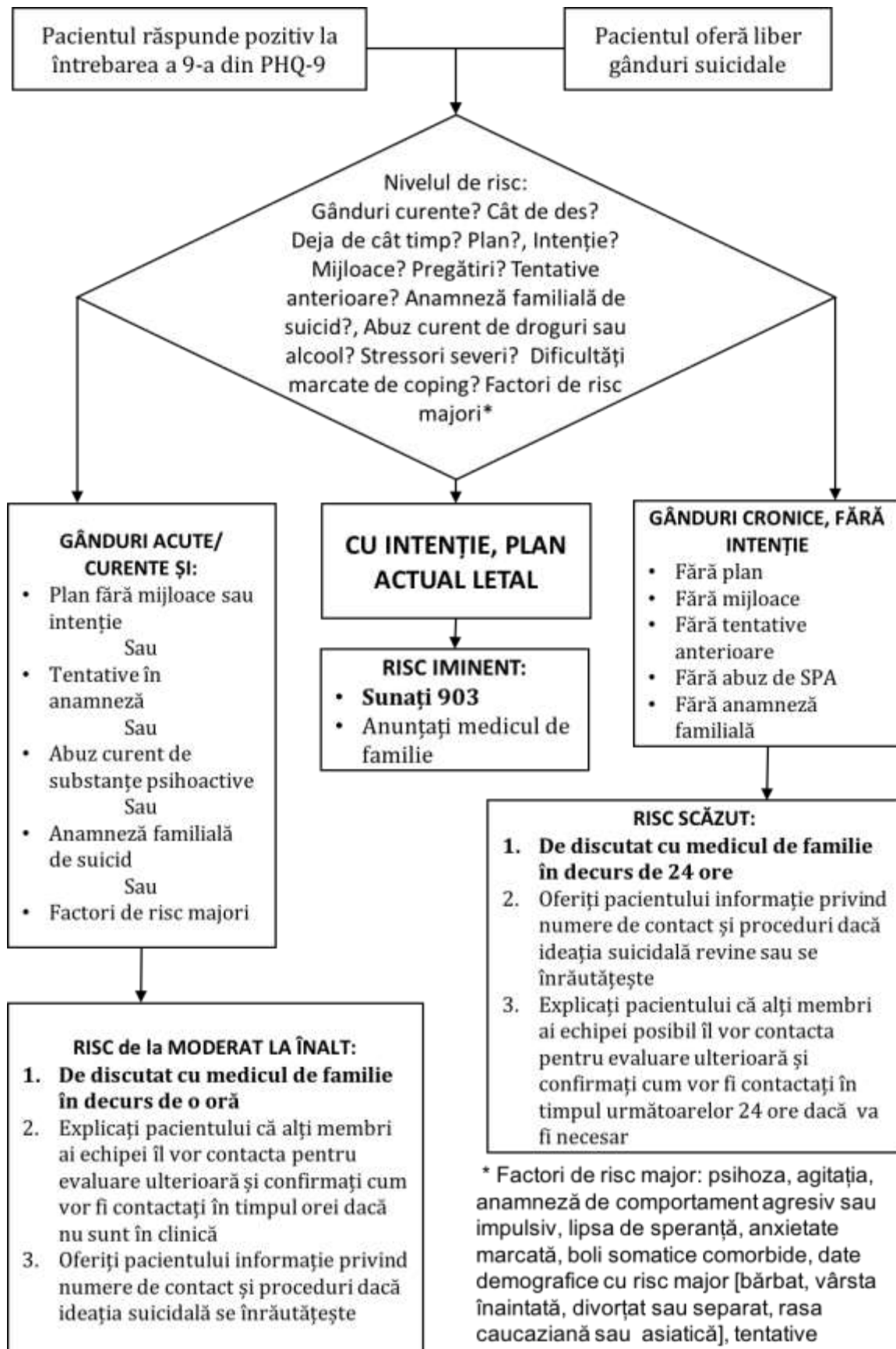
Diagnosticul depresiei – Algoritmul screening-ului depresiei



Algoritmul terapiei medicamentoase în dependență de etapa de intervenție



C. 1. 1. Algoritm în caz de pacient cu idee suicidală



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

2.1. Clasificarea

Tabelul nr. 1. *Clasificarea Depresiei*

Forma nosologică și codul clasificării CIM X	F.32.0 – episod depresiv ușor; F.32.1 – episod depresiv moderat; F.32.2 – episod depresiv sever fără simptome psihotice; F.32.3 – episod depresiv sever cu simptome psihotice ; F.32.8 – alte episoade depresive (atipice, mascate); F.32.9 – episod depresiv fără precizare; F.33.0 – tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor; (caracterizată prin apariția repetată de episoade depresive în absența episoadelor maniacale); F.33.1 – tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat; F.33.2 – tulburare depresivă recurentă, episod actual sever fără simptome psihotice; F.33.3 – tulburare depresivă recurentă, episod actual sever cu simptome psihotice; F.33.4 – tulburare depresivă recurentă în prezent în remisiune; F.33.8 – alte tulburări depresive recurente; F.33.9 – tulburare depresivă recurentă fără precizare; F.41.2 - tulburare de anxietate și depresivă mixtă.
Clasificarea în funcție de durata episoadelor depresive, severitatea episodului și a posibilelor recurențe.	<ul style="list-style-type: none">• Episod depresiv, ușor, primul episod < 3 luni;• Episod depresiv, ușor, primul episod > 3 luni sau episod recurent;• Episod depresiv, (moderat) sever, primul episod;• Episod depresiv, (moderat) sever, recurent.
Subtipuri ale episodului depresiv.	<ul style="list-style-type: none">• Depresie cu caracteristici psihotice:<ul style="list-style-type: none">○ delir sau halucinații cu teme depresive (stare de spirit congruent);○ delir sau halucinații incongruente cu teme depresive (stare de spirit incongruent);• Depresie cu caracteristici melancolice (vitale):<ul style="list-style-type: none">○ pierderea satisfacției de la aproape toate activitățile;○ nereactiv sau nu reacționează la stimulii plăcuți;○ trei sau mai multe din următoarele simptome:<ul style="list-style-type: none">▪ dispoziție depresivă, diferită de doliu;▪ cea mai proastă stare este dimineața;▪ trezire devreme;▪ inhibiție psihomotorie sau agitație;▪ anorexie sau pierderea greutatei corporale;▪ sentimente excesive de vinovăție;• Depresie cu caracteristici atipice:<ul style="list-style-type: none">○ reactiv la evenimentele plăcute;○ două sau mai multe din simptomele de mai jos:<ul style="list-style-type: none">▪ creștere în greutate;▪ hipersomnie;▪ oboseală, hipersensibilitate la rejecție.

Complicații	<ul style="list-style-type: none"> • Depresia poate influența asupra mersului bolilor somatice și vice-versa; • Alte tulburări psihiatrice: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anxietatea deseori se manifestă simultan cu depresia; ○ Simptomele depresive se manifestă simultan cu tulburarea psihotică și tulburarea bipolară; ○ Dependența și adicția pot fi cauza și efectul depresiei; • Diverse probleme severe în alte domenii ale vieții.
-------------	---

2.2. Profilaxia

2.2.1. Factorii de risc¹³

<p>Caseta 1. Factorii declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări depresive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stare scăzută de spirit; • lipsa contactului vizual, vorbire monotonă și mișcare lentă; • consultări frecvente, cu oboseală și simptome fizice inexplicabile din punct de vedere somatic; • nervozitate, anxietate, insomnie, solicitări de tranchilizante; • pierderea greutatei (persoane în vârstă); • perioada post-partum.

<p>Caseta 2. Factori de risc personali în dezvoltarea depresiei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Context genetic: <ul style="list-style-type: none"> ○ Istoria familială; • Personalitate: <ul style="list-style-type: none"> ○ Introversiune; ○ Respect de sine redus; ○ Pesimism; ○ Autocriticism exagerat; ○ Dependență de alții; • Sănătate: <ul style="list-style-type: none"> ○ Deficiență hormonală (tiroidită autoimună ex.); ○ Probleme hormonale, după sarcină; ○ Boli somatice cronice, așa ca boala Parkinson, boli de sistem, diabet, demență; ○ Atac de cord sau accident cerebral-vascular; ○ Unele medicamente; ○ Comorbiditate psihiatrică; ○ Consum de alcool și droguri.

¹³ Evans DL, Charney DS, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, Nemeroff CB. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological psychiatry*. 2005;58:175-89. (Dovadă de nivel B)

King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008;8:70. (Dovadă de nivel B)

Klein, D., Riso, L., Donaldsen, S., Schwartz, J., Anderson, R., Quimette, P. et al. (1995). Family study of early on-set dysthymia, mood & personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia & episodic major depression & normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 487-496. (Dovadă de nivel B)

Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220-9. (Dovadă de nivel B)

Middeldorp CM, Cath DC, Been AL, Willemsen G, Boomsma DI. Life events, anxious depression and personality: a prospective and genetic study. *Psychol Med* 2008;38:1557-65. (Dovadă de nivel B)

Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA* 2011;306:513-21. (Dovadă de nivel B)

Weissman, M., Leaf, P., Bruce, M., Floriol. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 815-819. (Dovadă de nivel B)

Caseta 3. Factori de risc ce țin de mediu

- Relații sociale, serviciul și familia:
 - Suport social redus (risc înalt pentru persoanele singure și persoanele divorțate);
 - Sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor;
 - Tensiune psihică înaltă la serviciu, lipsa controlului perceput, lipsa suportului la serviciu;
 - Condamnați:
 - Partener bolnav;
 - Persoane în vârstă din aziluri;
 - Persoane ai căror părinți sunt sau au fost afectați de tulburări psihiatrice;
- Evenimente ale vieții:
 - Tinerețe traumatizantă, așa ca: abuz sexual, neglijare emoțională;
 - Traumă psihologică la vârsta adultă, așa ca refugiații;
 - Alte evenimente stresante ale vieții interpersonale (în special, la femei), inclusiv divorț sau evenimente legate de sănătate (în special, la persoane în vârstă);
 - Migrația (dor de casă, discriminare, probleme de integrare și acceptare).

2.2.2. Profilaxia – recomandări generale

Caseta 4A . Recomandări generale în profilaxia depresiei

Educarea pacientului¹⁴

Medicul generalist explică și informează despre simptome și pronostic. Simptomele depresive se manifestă frecvent și deseori sunt temporare. Simptomele pot fi legate de evenimente ale vieții intervenite în familie, la serviciu sau legate de sănătate.

Explicați caracterul multifactorial (pierdere ereditară, biologică, socială, traumatică) al originii depresiei.

Informați despre derularea depresiei și influența pacienților asupra acesteia. Stilul activ de viață și reducerea consumului de alcool și droguri au un efect benefic asupra mersului depresiei.

Caseta 4B . Recomandări generale în profilaxia depresiei

Abordare generalistă

Sunt discutate problemele, situații din viață, starea sănătății, imaginea de sine a pacienților (concretizarea problemei). Pot fi utile intervențiile psihologice pe termen scurt. Intervențiile sunt centrate pe pacient și plângeri și țin cont de circumstanțele relaționale și sociale, contextul familial, serviciu, educație. O implicare activă este importantă.

Abordarea generalistă este orientată spre prevenirea unei tulburări depresive și spre reducerea simptomelor.

Caseta 4C . Recomandări generale în profilaxia depresiei

Ajutorarea de sine și auto-gestionarea

În afară de consilierea și sfaturile oferite de către medicul generalist sau nursă, prevenirea indicată poate de asemenea fi prestată ca un pachet de intervenții de auto-ajutorare și auto-gestionare bazate pe dovezi axate pe prevenirea depresiei. Intervenții disponibile pentru tineri, adulți și persoane în vârstă - prestate sub forma unor ședințe terapeutice în grup sau aplicații internet.

¹⁴ Simone v d Lindt, Danielle Volker (red.) Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie versie 5.0 [Final version of Care Standard Depression, 5.0) Trimbos Instituut, Utrecht 2011 (Dovadă de nivel C)

Caseta 4C . Recomandări generale în profilaxia depresiei

Programele individuale de auto-ajutorare ghidată bazate pe terapia cognitiv-comportamentală trebuie să includă:

- Prestarea materialelor scrise corespunzătoare vârstei;
- Să fie susținute de către un practician instruit, care facilitează programul de auto-ajutorare și analizează progresul și rezultatele acestuia.
- 6 - 8 sesiuni (față-în-față / telefonice), desfășurate de-a lungul a 9 - 12 săptămâni, inclusiv monitorizarea ulterioară.

Caseta 4D. Recomandări generale în profilaxia depresiei

Stil de viață și activități fizice

Suplimentar la intervențiile orientate spre depresie, de asemenea sunt recomandate intervenții orientate spre **stilul de viață și activitățile fizice**:

Programele de activități fizice pentru persoanele cu simptome sub-depresive persistente sau cu depresie de la ușoară spre moderată, trebuie:

1. să fie prestate în grupuri, cu suportul unui practician competent și să includă de regulă trei sesiuni pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) de-a lungul a 10 - 14 săptămâni (în medie, 12 săptămâni).

2.3. Conduita pacientului cu depresie

Caseta 5. Pași obligatorii în examinarea pacientului cu Depresie

✓ **Examene de bază:**

1. examenul clinic psihiatric, somatic și neurologic complet;
2. obținerea informației din surse suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
3. examenul paraclinic.

✓ **Examene suplimentare:**

- ✓ examenul psihologic;
- ✓ consultul medical.

2.4. Anamneza

Caseta 6. Recomandări pentru culegerea anamnezelor în Depresie

- Prima orientare: Dispoziție proastă („Aveți dispoziție proastă? / Sunteți trist?”); Lipsa interesului sau a satisfacției în viața generală („Nu aveți plăcere de la ceea ce faceți de zi cu zi?”); Dacă la ambele întrebări răspunsul este “Nu” → nu este depresie;
- Explorarea simptomelor:
Viziunea pacientului despre un posibil motiv sau cauză;
Sentimentele și stările pacientului, așa ca: tristețe, supărare, furie, vinovăție, rușine sau disperare în situația respectivă;
Ce-l deranjează mai mult pe pacient?
A face față (în mod activ sau pasiv) situației;
În practica generală utilizăm chestionarul sănătății pacientului: PHQ9 (Anexa Nr.1)
- Evaluarea severității depresiei
evaluați simptomele (vezi mai sus)
evaluați simptomele ținând cont de:
- suferință;

Caseta 6. *Recomandări pentru culegerea anamnezelor în Depresie*

- comorbiditate psihiatrică (anxietate, alcool/droguri, personalitate, stres);
- istorie de simptome psihotice, manie, tulburare bipolară;

- Suicidalitate (risc sporit de comportament suicidal)¹⁵

Risc de suicid;

Trebuie evaluată suicidalitatea pentru fiecare pacient depresiv. Trebuie evaluate următoarele puncte:

- Vulnerabilitatea pe termen lung (experiențe traumatiche, eșecuri, structură socială, istorie familială de suicid, combinație dintre depresie și dependența de alcool);
- Protecția pe termen lung (rețea socială bună, membru al unei confesiuni religioase);
- Tentative anterioare de suicid sau ideea suicidală;
- Ideea suicidală prezentă;
- Situații de risc (așa ca: imediat după externarea psihiatrică, suicidul altui pacient, perioade de vacanță).

- Comorbiditate somatică

Boală cronică, durere, tratament medicamentos (cu risc depresiv): este tratat în mod adecvat?

Posibilă tulburare somatică cu simptome asemănătoare depresiei, așa ca hipertiroidism, demență sau boala Parkinson?

Probleme legate de auto-gestionare.

- Acord cu pacientul privind definirea problemei

Caseta 7. *Evaluare pentru excluderea unei alte tulburări psihiatrice*

Pentru a exclude *tulburarea bipolară* (Tulburare bipolară I sau II ori tulburare ciclotimică), trebuie verificate următoarele simptome:

- excitare anormală, continuă sau stare agitată de spirit pe parcursul a cel puțin 4 zile;
- sentiment exagerat de respect față de sine;
- sentimente de megalomanie;
- necesitate redusă de somn;
- mai vorbăreț decât de obicei;
- experiență subiectivă de fugă de idei și gânduri;
- ușor de distras;
- sporirea activităților orientate spre un scop;
- comportament riscant de a căuta risc sau consecințe nocive;

Spre deosebire de cazul de posibilă *demență*, un pacient depresiv este conștient de perturbările sale cognitive.

Simptomele depresive pot apărea în timpul tulburărilor psihotice.

Caseta 8. *Evaluarea severității:*

Pentru evaluarea severității, adăugător la numărul de simptome, trebuie să acordăm atenție la următoarele:

- funcționare socială;
- suferințe considerabile;
- caracteristici psihotice;
- suicidalitate;

¹⁵ Marea Britanie (Ghidul NICE privind depresia; ediția 2010, 2013) (Dovadă de nivel C)

Caseta 8. Evaluarea severității:

- desfășurarea procesului (durata episoadelor, recurență);
- comorbiditate;

Severitatea poate fi măsurată prin intermediul interviului sau a scalelor de observare și chestionarelor completate de către pacient:

Chestionare disponibile:

- Scala Zung de auto-evaluare a depresiei SDS (anexa 4);
- Inventarul depresiei Beck – IBD (anexa 3);

Pentru evaluarea standard a depresiei se utilizează următoarele scale:

- Scala de Depresie Hamilton (HAM-D), (Anexa 2);
- Impresia Clinică Globală (Clinical Global Impressions CGI), (Anexa 5)
- Evaluarea cognitivă.

2.5. Manifestări clinice

Caseta 9. Simptomatologie

Simptomele tipice ale tulburării depresive sunt:

- dispoziție deprimată pentru cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, neinfluențată de circumstanțe, prezentă continuu cel puțin în ultimele **2 săptămâni**.
- pierderea interesului sau a plăcerii în activități care în mod normal erau plăcute.
- astenie, fatigabilitate.

Simptomele adiționale întâlnite frecvent în tulburarea depresivă sunt:

- pierderea încrederii în sine;
- sentimente de vinovăție, de culpabilitate, de autoreproș;
- gânduri recurente de moarte sau sinucidere sau orice comportament de tip suicidal;
- diminuarea capacității de concentrare (indecizie, șovăială);
- modificarea activității psihomotorii în sensul agitației sau inhibiției psihomotorii;
- tulburări de somn, de exemplu: insomnie, hipersomnie, somn superficial, neodihnitor;
- modificări ale apetitului în sensul scăderii sau creșterii poftei de mâncare, cu modificări corespunzătoare ale masei corporale (cel puțin 5% față de greutatea din luna precedentă).

Alte simptome întâlnite în tulburarea depresivă sunt:

- constipația, care este o consecință a sedentarismului, inhibiției psihomotorii sau este un efect secundar al tratamentului antidepressiv;
- cefalee accentuată matinal sau în urma unor situații de stres;
- dureri osteoarticulare, mai ales la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul dorso-lombar al coloanei vertebrale;
- modificări de instinct sexual, cu scăderea marcată a libidoului.

Simptomele depresive:¹⁶

CIM -10 și DSM-IV se deosebesc puțin prin definiția pe care o atribuie depresiei, dat fiind faptul că, DSM-IV cere prezența a 2 simptome de bază și a 5 simptome adiționale din 9, în timp ce CIM 10 - cere prezența a doar 4 din 10 simptome (inclusiv a 2 din 3 simptome de bază).

Tabelul nr. 2. Compararea simptomelor depresiei după CIM-10 și DSM-IV

¹⁶ NICE 2010 și protocolul Românesc de farmacoterapie în depresie. (Dovadă de nivel C)

CIM–10	DSM–IV tulburare depresivă majoră/minoră
Dispoziție depresivă*	Dispoziție depresivă prin auto-raportare sau observațiile altora *
Pierderea interesului*	Pierderea interesului sau a satisfacției*
Diminuarea energiei*	Oboseală/pierderea energiei
Lipsa încrederii sau a respectului de sine	Inutilitate / vinovăție excesivă sau neîntemeiată
Sentimente iraționale de auto-reproș sau vinovăție neîntemeiată	
Gânduri recurente despre moarte sau suicid	Gânduri recurente despre moarte, gânduri suicidale sau tentative reale de suicid
Abilitate redusă de gândire /concentrare sau indecizie	Abilitate redusă de gândire /concentrare sau indecizie
Schimbare în activitatea psihomotorie cu agitație sau retard (inhibiție motorie)	Agitație psihomotorie sau retard (inhibiție motorie)
Perturbarea somnului	Insomnie / hipersomnie
Modificarea apetitului alimentar cu schimbări ale masei corporale	Apetit alimentar considerabil crescut și/sau pierderea masei corporale

Caseta 10. Manifestările clinice mai puțin severe (nevrotice legate de stres) se caracterizează prin:

- unul sau câteva simptome de probleme psihologice (crize existențiale);
- combinate cu una sau câteva simptome corporale ;
- cauzează suferințe considerabile sau disfuncții;

Pot fi deosebite următoarele semne legate de stres:

- Necaz;
- Surmenaj;
- Simptomul burnout (ardere profesională)

Tulburare de adaptare (= mai mult sau mai puțin surmenaj / simptom de burnout)

- Simptome emoționale sau comportamentale, ca reacție la stres;
- Suferința este mai severă decât se aștepta, din cauza stresorilor;
- Tulburarea nu corespunde criteriilor unei alte tulburări psihiatrice;
- Simptomele nu durează mai mult de 6 luni după finalizarea circumstanțelor stresante.

Reacție de doliu

A. Doliu normal: neîncredere – negare – furie – stare joasă de spirit – acceptare;

B. Doliu patologic: neacceptare – comportament de evitare care duce la limitări funcționale.

2.6. Investigațiile paraclinice

Caseta 11. Investigații paraclinice

- **Testul de supresie la dexametazonă.** Nonsupresia (DST pozitiv) se datorează hipersecreției de cortizol, secundară hiperactivității axului hipotalamus–hipofiză–corticosuprarenale. DST este anormal la 50% dintre pacienții cu depresie majoră. Utilitatea clinică a DST este limitată, din cauza frecvenței rezultatelor fals–pozitive și fals–negative.
- Eliberarea redusă de TSH ca răspuns la administrarea de hormon eliberator al tirotropinei (TRH) se raportează atât în depresie cât și în manie.

Caseta 11. *Investigații paraclinice*

•Eliberarea de prolactină ca răspuns la triptofan este descrescută.

Testele respective nu sunt completamente specifice doar pentru depresie.

D. Imagistica cerebrală. Lipsesc modificările cerebrale majore. Se poate constata mărirea ventriculilor cerebrali la tomografia computerizată (CT) la unii bolnavi cu manie sau depresie psihotică; descreșterea fluxului sanguin în ganglionii bazali la unii bolnavi depresivi. Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) a arătat, de asemenea, că bolnavii cu tulburare depresivă majoră au nucleii caudați și lobi frontali mai mici decât subiecții de control.

2.7. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)

Tabelul nr. 3. *Diagnosticul diferențial al episoadelor depresive*

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosebiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
Tulburare a dispoziției datorată unei condiții medicale generale *	Tumoare cerebrală, tulburare metabolică, boala cu virusul imunodeficienței umane – HIV, sindrom Cushing, etc. Psihoza mixe de matoasă ->	Lent	- Hipotiroidism asociat cu fatigabilitate, depresie și impulsuni suicidale. Pot fi semne pseudoschizofreniforme, cu tulburări de gândire, deliruri, halucinații, paranoia și agitație. Este mai frecventă la femei.	Zile, Luni, Ani
Demența	Atrofie cerebrală (boala Alzheimer, Pick), proces organic cronic, ateroscleroză cerebrală, TCS, boala Parkinson, accident vascular acut etc.	Lent	Sindrom afato-apraxo-agnozic, afectarea funcției SNC.	Ani, luni
Pseudodemența	Atrofie cerebrală	Lent	Tulburări cognitive, vârsta înaintată (demențe senile).	Luni, ani
Retard mintal	Factori pre-, intra- și postnatali.	Lent	Tulburări cognitive, $QI < \text{norma}$	Ani
Tulburarea a dispozițională indusă de substanțe	Tulburare a dispoziției cauzată de un drog/medicament sau toxină (de ex., cocaină, amfetamină, propranolol – Inderal, steroizi).	Acut	Tulburările de dispoziție apar adesea simultan cu abuzul și dependența de substanțe.	Zile, Luni
Schizofrenia	Endogenă cu implicare genetică.	Lent	Schizofrenia poate să arate ca un episod maniacal, episod depresiv major sau episod mixt cu elemente	Luni, Ani

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosebiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
			psihotice. Diagnosticul diferențial se bazează pe factori cum ar fi antecedentele familiale, evoluția, istoricul premorbid și răspunsul la medicație. Episodul depresiv sau maniacal în care sunt prezente elemente psihotice incongruente cu dispoziția sugerează schizofrenia. Inserția sau transmiterea gândurilor, asociațiile îndepărtate, testarea necorespunzătoare a realității sau comportamentul bizar pot, de asemenea, să sugereze schizofrenia.	
Tulburarea bipolară (vezi Anexa Nr. 4)	Endogenă	Acut	Tulburarea bipolară cu depresie și cu manie se asociază mai frecvent cu halucinațiile sau delirurile congruente cu dispoziția.	Luni
Doliul	Pierderea unei persoane apropiate.	Acut	Tristețe profundă, secundară unei pierderi majore. Prezentarea poate să fie asemănătoare cu aceea a unei tulburări depresive majore, cu anhedonie, retragere și semne vegetative. Se remite cu timpul. Se diferențiază de tulburarea depresivă majoră prin absența ideății suicidale sau a sentimentelor profunde de lipsă de speranță și de devalorizare. Poate să evolueze către un episod depresiv major la persoanele predispuse.	De obicei se remite în decurs de un an.
Tulburări de personalitate	Genuină sau dobândită pe parcursul vieții.	Acut și situațional	Pattern comportamental (pe tot parcursul vieții) asociat cu stilul defensiv rigid; depresia poate să apară mai ușor după evenimente de viață stresante, din cauza inflexibilității mecanismelor de a face față (coping).	Zile, Luni
Tulburarea schizoafectivă	Endogenă	Acut	Semnele și simptomele de schizofrenie se asociază cu simptome afective marcate. Evoluția și pronosticul se situează între acelea ale schizofreniei și cele ale tulburărilor afective.	Luni

	<i>Etiologia</i>	<i>Debutul</i>	<i>Deosebiri în manifestările clinice</i>	<i>Durata</i>
Tulburări non-organice ale somnului	Cauze diferite, inclusiv un program dezordonat, boli organice, folosirea unor medicamente, ingestia unor cantități mari de alcool seara, probleme emoționale și stres.	Acut	Pot să cauzeze anergie, disomnie, iritabilitate. Se diferențiază de depresia majoră prin căutarea semnelor și simptomelor tipice ale depresiei și prin apariția anormalităților somnului numai în contextul episoadelor depresive. În cazurile de depresie refractară, la tratament se va lua în considerare efectuarea polisomnografiei.	Zile, Luni
Tulburări persistente ale dispoziției F 34.0 Ciclotimia	Neelucidată	Debutează lent și devreme în viața adultă	Oscilații persistente ale dispoziției de la episoade de elăție (încredere de sine, dispoziție bună) ușoară, spre numeroase episoade de depresie ușoară cu evoluție cronică, dar periodic, dispoziția poate fi normală și stabilă luni în șir. Oscilațiile dispoziției, de regulă nu sunt corelate cu evenimente de viață, iar stările clinice nu sunt suficient de severe ori persistente, pentru a satisface criteriile de tulburare afectivă bipolară.	Luni, ani
F 34.1 Distimia	Poate fi datorată unor trăsături specifice de caracter	Debutează lent și devreme în viața adultă	O deprimare cronică a dispoziției, trăsătura clinică principală a căreia este deprimarea foarte îndelungată a dispoziției, care însă nu întrunește criteriile pentru (F33.0-F33.1 – depresia recurentă ușoară sau moderată) ca durată și severitate. Când debutează tardiv în viața adultă, poate satisface criteriile pentru F32.x (episod depresiv), adeseori fiind asociat cu doliul ori alte stresuri distincte.	Ani, uneori indefinit

* Tabelul Nr. 4 CAUZELE MEDICALE ȘI NEUROLOGICE ALE SIMPTOMELOR DEPRESIVE

<i>Neurologice</i>	<i>Endocrinologice</i>	<i>Infecțioase și inflamatorii</i>	<i>Medicale diverse</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Boli cerebrovasculare • Demențe (inclusiv demența de tip Alzheimer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suprarenale (bolile Cushing, Addison) • Hiperaldosteronism 	<ul style="list-style-type: none"> • SIDA • Mononucleoza • Pneumonie – virală și 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Boala cardio–

<i>Neurologice</i>	<i>Endocrinologice</i>	<i>Infecțioase și inflamatorii</i>	<i>Medicale diverse</i>
<ul style="list-style-type: none"> cu dispoziție depresivă) • Epilepsie • Boala Fahr • Boala Huntington • Hidrocefalia • Infecții (inclusiv HIV și neuroleues) • Migrene • Scleroza multiplă • Narcolepsia • Neoplasme • Boala Parkinson • Paralizie supranucleară progresivă • Apnee hipnică • Traumatisme fizice • Boala Wilson 	<ul style="list-style-type: none"> • Legate de ciclul menstrual • Tulburări paratiroidiene (hiper– și hipo–) • Stări postpartum • Tulburări tiroidiene (hipotiroidism și hipertiroidismul atipic, autoimun) 	<ul style="list-style-type: none"> bacteriană • Artrita reumatoidă • Arterita Sjögren • Lupus eritematos sistemic • Arterita temporală • Tuberculoza 	<ul style="list-style-type: none"> pulmonară • Porfria • Uremia (și alte boli renale) • Deficit de vitamine (B₁₂, folat, niacină, tiamină)

2.8. Prognosticul

În cele din urmă, 15% din bolnavii depresivi se sinucid. Un episod depresiv moderat netratat durează în jur de 10 luni. Cel puțin 75% dintre pacienții afectați vor face un al doilea episod depresiv, de obicei în primele 6 luni după primul episod. Numărul mediu de episoade depresive de pe parcursul vieții bolnavului este de cinci. În general, pronosticul este bun: la 50% dintre bolnavi starea de depresie se remite, la 30% se remite parțial, iar la 20% evoluează cronic¹⁷.

2.9. Condiții de tratament

Caseta 12. Asistența etapizată a pacienților cu depresie (algoritm C1.1) și intervențiile:

- **Asistența medicală primară**
 - Evaluarea persoanelor ce prezintă *factors de risc pentru a declanșa o tulburare depresivă (caseta nr 1)*;
 - Screening-ul persoanelor ce acuză simptome depresive cu / fără patologie somatică cronică (algoritm 1.2, anexa 1 – PHQ9);
 - Educația privind depresia (caseta 4A, anexa 8 – informație pentru pacient);
 - În caz de detectare a depresiei ușoare sau moderate intervenție psihoterapeutică, în caz de ineficiență - intervenție psihofarmacologică;
 - În caz de detectare a depresiei moderate administrarea tratamentului psihofarmacologic și psihoterapeutic, iar în caz de depresie severă - trimitere la CCSM;
 - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.
- **CCSM**
 - Serviciul de bază de sănătate mintală care deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion);

¹⁷ Kaplan & Sadock Manual de buzunar de psihiatrie clinică (ediția a treia revizuită). Traducere din engleză. București, ed. Medicală, 2009 (Dovadă de nivel C)

Caseta 12. Asistența etapizată a pacienților cu depresie (algoritm C1.1) și intervențiile:

- CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de reabilitare psiho-socială;
- Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion);
- Intervenție activă în criză și, în caz de ineficiență, trimitere la secția psihiatrică din spitalele de profil general din regiunea deservită;
- Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic (caseta 18-21), tratamentului psihologic (caseta 22), psihoterapiei cognitiv-comportamentale (caseta 23);
- În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul de profil general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea în spitalele de psihiatrie;
- Serviciile în CCSM sunt prestate de ECSM:
 - Externalizare / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință.
 - Multidisciplinare: includ psihiatru, psihoterapeut, psiholog, expert de la egal-la-egal, nurse psihiatrice, asistent social.
 - Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru clienții care au devenit instabili sau sunt în risc de a intra în criză.
 - Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în tratarea fiecărui pacient.
 - Continuitate: Echipa lucrează în strânsă legătură cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Pacientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât are nevoie.
- **Secțiile psihiatrice în spitalele de profil general¹⁸**
- Recepționarea pacienților psihotici și cu risc suicidal de la CCSM;
- Recepționarea pacienților psihotici și cu risc suicidal la solicitarea serviciilor de urgență, poliției, cu înștiințarea imediată a ECSM din CCSM;
- Direcționarea pacientului în remisiune spre CCSM;
- În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalele de psihiatrie.
 - **Spitalul de psihiatrie¹⁹**
- Recepționarea pacienților psihotici cu depresie rezistenți la tratament din secțiile psihiatrice din spitale generale, cu solicitarea acordului CCSM, după caz;
- Tratament farmacologic intens, și a altor metode, după caz;
- Luarea deciziei de tratament de menținere de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial;

Caseta 13. Criterii pentru trimiterea pacienților cu Depresie la CCSM

- depresie de severitate moderată în caz dacă nu răspunde la tratament în AMP; severă, cu sau fără simptome psihotice;
- ideate suicidale;
- patologie psihiatrică asociată;
- recidive cu disfuncție socială sau suferințe severe;
- rezistență la tratamentul psihoterapeutic și / sau tratamentul antidepresiv;
- depresiile presenile;
- depresie postpartum cu sau fără simptome psihotice;
- depresia în timpul sarcinii.

¹⁸ inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

¹⁹ inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

2.9.1. Conduita în Depresie

Caseta 15. Obiectivele tratamentului

- a. Scopul tratamentului în faza acută a depresiei este de a obține remiterea simptomelor;
(Evidențele arată că, în cele mai bune cazuri, 40% nu vor fi capabili să obțină remisiune)
- b. Reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor depresiei;
- c. Reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale;
- Îngrijirile pe trepte²⁰ constituie principiul călăuzitor pentru tratamentul depresiei în practica generală și serviciile specializate. Aceasta înseamnă că, în general, tratamentul începe cu intervenții mai puțin invazive și mai puțin intensive, bazate pe dovezi, urmate de intervenții mai intensive, dacă simptomele depresiei nu cedează tratamentelor de intensitate redusă.

Tabelul Nr 5

Orientarea intervenției	Natura intervenției
Treapta 1: Toate manifestările cunoscute și suspectate ale depresiei.	Evaluare, suport, psihoeducație, monitorizare activă și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare.
Treapta 2: Simptome sub-depresive persistente; depresie de la ușoară la moderată.	Intervenții psihologice și psihosociale de intensitate redusă, medicamente și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare.
Treapta 3: Simptome sub-depresive persistente sau depresie de la ușoară la moderată cu reacție inadecvată la intervențiile inițiale; depresie moderată și severă.	Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, tratament combinat, îngrijiri colaborative (4) și referire pentru evaluare și intervenții ulterioare.
Treapta 4: Depresie severă și complexă; risc pentru viață; auto-neglijare severă.	Medicamente, intervenții psihologice de înaltă intensitate, terapie electroconvulsivă, servicii de criză, tratamente combinate, îngrijiri multiprofesionale și spitalicești.

2.9.2. Tratamentul Depresiei

În practica generală²¹, pentru diferite diagnostice stabilite conform Clasificării Internaționale a Îngrijirilor Primare (ICPC), trebuie urmată schema de tratament de mai jos.

Tabelul Nr. 6

Diagnostic (ICPC)	Intervenția inițială (1) (caseta nr. 13)	Intervenții secundare (2) după efecte insuficiente a intervenției inițiale
Simptome depresive	Educarea pacientului Structurarea zilei Programarea activităților	Structurarea zilei și programarea activităților Intervenție psihologică scurtă
Tulburare depresivă Distimie	Educarea pacientului, biblioterapie Structurarea zilei și programarea activităților Activități fizice Auto-ajutorare (biblioterapie/sănătate mintală) Intervenție psihologică scurtă	Psihoterapie si/sau medicamente antidepresive

²⁰ UK NICE Guidelines, 2010 (Dovadă de nivel C)

²¹ UK, NICE Guidelines, 2010 (Dovadă de nivel C)

Diagnostic (ICPC)	Intervenția inițială (1) (caseta nr. 13)	Intervenții secundare (2) după efecte insuficiente a intervenției inițiale
Depresie cu disfuncționalitate socială severă, suferințe sau comorbiditate psihiatrică	Educarea pacientului Structurarea zilei și programarea activităților Psihoterapie sau medicamente antidepresive	Combinatie dintre psihoterapie și medicamente antidepresive sau alte medicamente

Caseta 16. Intervenții inițiale în caz de Depresie ușoară:

Instruirea pacientului / biblioterapia

Medicul generalist îi explică pacientului și îl informează despre simptome și prognoză. Simptomele depresive apar frecvent și deseori sunt temporare. Simptomele pot fi legate de evenimentele vieții de familie, de serviciu sau de sănătate.

Explicați caracterul multifactorial (ereditar, biologic, social, pierdere traumatică) al originii depresiei.

Informați despre evoluția depresiei și influența pacienților asupra acesteia. Stilul activ de viață și reducerea consumului de alcool și droguri au un efect benefic asupra ameliorării stării emoționale.

Instruirea pacientului se poate face prin intermediul internetului.

Structurarea zilei

Structurarea regulată a zilei este benefică. Dați sfaturi referitoare la planificarea structurii zilei, stabilind un timp regulat pentru trezire și culcare, masă, posibile activități de muncă sau odihnă.

Activitate fizică

Programele de activitate fizică pentru persoanele cu simptome depresive persistente de nivel sub-prag sau depresie de la ușoară la moderată trebuie să:

- fie prestate în grupuri, cu suportul unui practician competent;
- conțină de regulă trei ședințe pe săptămână cu o durată moderată (de la 45 minute la 1 oră) pe parcursul a 10 - 14 săptămâni (în medie - 12 săptămâni).

Intervenții psihologice pe termen scurt

- **Auto-ajutorare ghidată (combinată cu aplicații internet)**

Programele individuale de auto-ajutorare ghidată bazate pe terapia cognitiv-comportamentală trebuie:

- Să presteze materiale scrise corespunzătoare vârstei;
- Să fie susținute de către un practician instruit, care facilitează programul de auto-ajutorare și examinează progresul și rezultatele;
- Să fie constituit din 6 - 8 ședințe (față-în-față / la telefon), desfășurate pe parcursul a 9-12 săptămâni, inclusiv monitorizare.

- **Tratament prin rezolvarea problemelor**

Consiliere

Pentru toate persoanele cu simptome depresive persistente de nivel sub-prag sau depresie de la ușoară la moderată care beneficiază de consiliere, durata tratamentului trebuie, de regulă, să fie de la 6 la 10 ședințe pe parcursul a 8 - 12 săptămâni.

Asemenea intervenții pot fi efectuate de către asistentele medicale din domeniul sănătății mintale sau asistenții sociali.

Caseta 17A. Principiile de prescriere a tratamentului medicamentos de către medicul de familie – Alegerea antidepresantului.

Discutați cu persoana cu depresie despre opțiunile de tratament antidepresiv, acoperind aspectele următoare:

- alegerea antidepresivului, inclusiv orice reacții adverse posibile, așa ca efecte secundare și simptome de discontinuitate și posibilele interacțiuni cu medicamentele concomitente sau problemele legate de sănătatea fizică;
- percepția sa referitor la eficacitatea și tolerabilitatea oricărui antidepresiv administrat anterior.

Când urmează a fi prescris un antidepresiv, acesta ar trebui în mod normal să fie un ISRS (Inhibitor Selectiv al Recaptării Serotoninei) în formă generică, deoarece ISRS sunt tot atât de efectivi, ca și alți antidepresanți și prezintă un raport favorabil risc-beneficiu.

Rețineți următoarele:

- ISRS sunt asociați cu un risc sporit de hemoragie, în special la persoanele în vârstă sau la persoanele care folosesc și alte medicamente ce pot afecta mucoasa gastrointestinală sau interferează cu coagularea. Examinați în special posibilitatea prescrierii unui medicament gastro-protector persoanelor în vârstă, care utilizează medicamente anti-inflamatoare ne-steroidiene sau acid acetilsalicilic.
- Fluoxetina, fluvoxamina și paroxetina sunt asociate cu o predispunere mai înaltă spre interacțiuni cu medicamentele, decât alți ISRS.
- Paroxetina este asociată cu o mai înaltă incidență a simptomelor de discontinuitate, decât alți ISRS.

La prescrierea altor medicamente, decât ISRS rețineți următoarele:

- Probabilitatea crescută ca persoana să înceteze tratamentul din cauza efectelor secundare (și necesitatea ulterioară de a mări gradual doza) după venlafaxină, duloxetină și antidepresivele triciclice.
- Precauțiile specifice, contraindicațiile și cerințele de monitorizare pentru anumite medicamente. De exemplu:
 - dozele mari de venlafaxină pot agrava aritmiile cardiace, precum și necesitatea monitorizării tensiunii arteriale a persoanei;
 - posibila agravare a hipertensiunii arteriale în urma venlafaxinei și duloxetinei;
 - posibilitatea hipotensiunii arteriale și a aritmiilor în urma antidepresivelor triciclice;
 - necesitatea monitorizării hematologice cu mianserină la persoanele în vârstă;
- Inhibitorii ireversibili ai monoaminoxidazei, așa ca fenelzina, trebuie de regulă să fie prescrisi doar de către un specialist în sănătate mintală.
- Nu trebuie prescrisă dozulepina.

Caseta 17 B. Principiile și periodicitatea evaluării eficacității tratamentului în depresie ²²

Pacienții care nu sunt cu risc de suicid și care au început să administreze antidepresive, urmează a fi consultați la interval de 2 săptămâni. Ulterior, ei necesită consultații în mod regulat; de exemplu, la intervale de 2 - 4 săptămâni în primele 3 luni ale terapiei, apoi la intervale de timp mai mari, în cazul, când răspunsul la tratament este bun.

Dacă o persoană cu depresie dezvoltă efecte secundare la începutul tratamentului antidepresiv, oferiți-i informația necesară și examinați una din următoarele strategii:

- monitorizarea minuțioasă a simptomelor atunci, când efectele secundare sunt ușoare și acceptabile pentru persoană, ori
- suspendarea administrării antidepresivului sau schimbarea cu un alt antidepresiv, dacă răspunsul

²² Evidențe Institutul TRIMBOS de Sănătate Mintală și Adicții, Utrecht, Olanda. (Dovadă de nivel C)

Caseta 17 B. *Principiile și periodicitatea evaluării eficacității tratamentului în depresie*²²

terapeutic lipsește, iar efectele secundare persistă, sau

- în discuție cu pacientul, examinați posibilitatea unui tratament psihoterapeutic concomitent, dacă anxietatea, agitația și/sau insomnia sunt problematice;
- asociați preparate adaptogene, vasoactive, antioxidante, hormonale, β -blocante în caz de necesitate (de ex., pentru a crește efectele remediului antidepressiv ori pentru a reduce fenomenele vegetative asociate).

Dacă depresia persoanei nu dă semne de ameliorare după 2 - 4 săptămâni cu primul antidepressiv, verificați dacă medicamentul a fost luat cu regularitate în doza prescrisă.

Dacă răspunsul la terapie lipsește sau este minimal după 3 - 4 săptămâni de administrare în doză terapeutică de antidepressiv, măriți nivelul de susținere (de exemplu, prin contacte săptămânale față-în-față sau telefonice) și examinați posibilitatea de a :

- mări doza, conform Sumarului Caracteristicilor Produsului, dacă nu există efecte adverse considerabile sau
- trece la un alt antidepressiv, după cum este descris în Caseta 18 dacă există efecte adverse sau dacă persoana preferă acest lucru.

Dacă depresia persoanei dă semne de ameliorare după 4 săptămâni, continuați tratamentul încă 2 - 4 săptămâni. Examinați posibilitatea trecerii la un alt antidepressiv, după cum se specifică în Caseta 18, dacă:

1. răspunsul terapeutic încă nu este suficient sau
2. se constată efecte adverse, sau
3. persoana preferă să modifice tratamentul (chiar dacă pacientul are careva preferințe, antidepressivul merită să fie schimbat cu un altul, doar în lipsa răspunsului la tratament).

Caseta 18. *Principiile de selectare a tratamentului medicamentos în primul episod*²³

Antidepressive de primă intenție (I):

Opțiunea A.	Opțiunea B.
ISRS	Trazodona
NRI	sau
NDRI	ADTc / ADT
NSRI	
NaSSA	
Tianeptina	
Agomelatina	

Opțiunea A – se folosește când criteriile de adecvanță terapeutică psihofarmacologică sunt îndeplinite pentru tulburarea depresivă, iar aceasta se află la primul sau la primele episoade. Toate antidepressivele din această opțiune prezintă siguranță și tolerabilitate bună, complianță semnificativ crescută, comparativ cu opțiunea B, și pot fi utilizate în terapia ambulatorie pe termen lung, evitându-se discontinuitățile voluntare.

Opțiunea B – atunci când criteriile de adecvanță terapeutică nu sunt sigure sau tulburarea depresivă are multiple episoade evolutive și/sau răspuns terapeutic incomplet la încercările terapeutice anterioare.

Antidepressivele triciclice și cele tetraciclice vor fi utilizate numai la pacienți de vârstă tânără, fără probleme somatice, neurologice și cognitive, sau riscuri de administrare, în special cardiovasculare. Nu se recomandă utilizarea în tratamentul ambulatoriu și sunt interzise la persoanele cu risc suicidal crescut.

²³ Ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă, România, 2010 (Dovadă de nivel C)

Caseta 18. Principiile de selectare a tratamentului medicamentos în primul episod ²³

Trazodona nu are efecte anticolinergice, are bună complianță, recomandându-se în tratamentul ambulatoriu de întreținere și la persoanele cu modificări evidente ale citoarhitecturii somnului sau la persoanele cu disfuncție cognitivă.

Notă: În depresia bipolară sau la constatarea spectrului genetic al bipolarității vor fi evitate antidepresivele ce pot induce virajul dispozițional sau vor fi asociate timostabilizatoare. Utilizarea benzodiazepinelor va fi limitată / evitată, existând atât riscul dependenței, cât și al potențării disfuncției cognitive și riscul sindromului de sevraj benzodiazepinic.

Antidepresive de intenția a II-a:

- Creșterea dozelor (maximizare) cu monitorizarea atentă a eventualelor riscuri / efecte adverse;
- Substituirea antidepresivului;
- Se recomandă trecerea de la opțiunea B la opțiunea A (de evitat trecerea A → B);
- În locul ISRS (Fluoxetină 10 - 40 mg/zi, Fluvoxamină 50 - 300 mg/zi, Paroxetină 10 - 40 mg/zi, Sertralină 50 - 150 mg/zi, Citalopram 20 - 40 mg/zi, Escitalopram 10 - 40 mg/zi) și NRI (Reboxetină 2 - 20 mg/zi) se recomandă trecerea la antidepresive cu acțiune duală – Venlafaxină (75 - 225 mg/zi), Duloxetină (60 - 120 mg/zi), Minalcipran (25 - 100 mg/zi), Mirtazapină (15 - 45 mg/zi), Tianeptină (25 - 37,5 mg/zi), Agomelatină (25 - 50 mg/zi);
- Mirtazapina, antidepresiv cu acțiune noradrenergică și serotoninergică, la necesitate poate fi înlocuit cu Venlafaxina în doze mari (225 - 300 mg/zi) ori Duloxetina (60 - 120 mg/zi), ori Agomelatina (25 - 50 mg/zi);
- Are drept țintă optimizarea dozelor terapeutice, schimbarea antidepresivului pentru realizarea în totalitate a criteriilor de adecvanță;
- Nu se recomandă trecerea de la Trazodon la antidepresive tri- și tetraciclice și este contraindică trecerea de la opțiunea A la opțiunea B. Schimbarea unui antidepresiv din grupul A se va face în cadrul aceluiași grup (switch) de la un antidepresiv cu acțiune unimodală (presinaptică) single target spre unul cu acțiune multiple target, sau la un antidepresiv dual, din noua generație (Mirtazapină, Milnacipran).
- *Notă: Se va ține cont de faptul că, în primele episoade depresive este implicată o singură linie de neurotransmisie predominant presinaptic, în timp ce la episoadele multiple sunt deficiențe biochimice în mai multe linii de neurotransmisie, implicând atât nivelul pre-, cât și nivelul postsinaptic.*

Antidepresive de intenția a III-a:

- potențarea efectelor antidepresive poate fi realizată prin asociere de precursori hormonalți tiroidieni T3 sau Buspirone;
- asocierea a două medicamente antidepresive (augmentare) din grupul A pentru potențarea și complementaritatea efectelor pe cele trei linii biochimice, 5-HT, NA sau DA, pre- și postsinaptic;

Potențarea efectelor poate fi obținută prin amplificarea semnalului presinaptic (terapie hormonală, T3, Buspirone) sau prin creșterea receptivității și capacității de transducție postsinaptică prin asocierea a două antidepresive din clase farmacologice cu acțiune complementară pre- și postsinaptică.

Preparatele cu efect Antipsihotic / Antidepresiv de intenția a IV-a:

- antipsihotice atipice, doze mici de Olanzapină (5 mg/zi), Quetiapină (100 - 200 mg/zi), Aripiprazol (5 - 10 mg/zi) sau Amisulprid (50 - 100 mg/zi) asociate sau nu unui antidepresiv din grupul A, pot amplifica efectul antidepresiv, corecta elementele psihotice și riscul virajului dispozițional.

Medicamentele listate pot fi /deveni alegerea de intenția I, în cazurile de depresie severă, cu simptome psihotice și risc suicidal înalt sau comportament autolitic recurent.

Caseta 19. Tratamentul farmacologic al episodului recurent de depresie

- se va evita reluarea tratamentului cu antidepresive triciclice sau tetraciclice;
- utilizarea antidepresivului administrat la primul episod (dacă a fost eficient) în doze crescute sau trecerea la un alt antidepresiv cu acțiune farmacologică apropiată;
- schimbarea datorită fenomenului de displasticizare sinaptică unui antidepresiv cu acțiune presinaptică cu unul din noua generație, cu acțiune duală;
- în cazul răspunsului favorabil, tratamentul va fi menținut minimum 12 - 24 luni.

Caseta 20. Tratamentul farmacologic al episoadelor depresive multiple

Fenomenul de plasticitate sinaptică indică utilizarea antidepresivelor din a doua generație, cu acțiune bimodală sau multiplă, în asociere cu timostabilizatoare și/sau antipsihotice atipice (Olanzapină, Quetiapină, Amisulprid în doze minime), în condițiile asocierii elementelor psihotice.

Caseta 21. Tratamentul farmacologic al depresiei rezistente

- reconsiderarea diagnosticului;
- reconsiderarea criteriilor de concordanță psihofarmacologică;
- reevaluarea statusului cerebral și somatic;
- utilizarea schemelor de „terapii eroice” prin asocieri a două antidepresive din noua generație, cu mecanisme psihofarmacologice diferite (ISRS + Mirtazapina; Venlafaxina + Mirtazapina; Reboxetina + Mirtazapina ori Venlafaxina). Aceste strategii terapeutice urmăresc reechilibrarea transmisiei sinaptice prin amplificarea transmisiei NA și/sau 5-HT.

Fundalul deficitului dopaminic ce se amplifică direct proporțional cu înaintarea în vârstă impune utilizarea antidepresivelor cu acțiune dopaminergică (Venlafaxina în doze mari, Bupropion) sau asocierea unor activatori DA prin stimularea autoreceptorilor D1 (Amisulprid în doze minime).

La pacienții cu depresie rezistentă și risc suicidal se recomandă utilizarea princeps a antipsihoticelor atipice.

Notă: Inițierea tratamentului cu substanțe antidepresive asociază riscuri specifice fiecărei clase de substanțe antidepresive folosite, impunând o selecție strictă pe criterii medicale, evaluându-se riscurile potențiale. Pe parcursul tratamentului, pacientul va fi strict monitorizat pentru riscurile de sindrom serotoninergic, modificări cardiovasculare (hipo- și hipertensiune, prelungirea intervalului QT, modificări discrazice sanguine sau modificări ale enzimelor hepatice). Studii recente semnalează prezența sindromului metabolic la pacienții cu depresie aflați sub tratament antidepresiv. În această direcție, recomandăm ca și o măsură suplimentară aplicarea algoritmului de monitorizare asemănător cu cel folosit pentru substanțele antipsihotice.

Caseta 22. Tratamentul non-farmacologic al depresiei - psihoterapia²⁴

Prin “Psihoterapie” definim intervențiile psihologice mai intensive, așa ca terapia cognitiv-comportamentală, terapia interpersonală sau terapia comportamentală în cuplu, executate de regulă în instituții de sănătate mintală de către psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi.

Toate intervențiile pentru depresie trebuie să fie prestate de către practicieni competenți (psihoterapeuți, psihiatri sau psihologi), de obicei în instituții de îngrijiri de sănătate mintală. Medicii generalişti trebuie să dispună de posibilitatea de a face trimitere la specialistul în psihoterapie.

²⁴ Protocolul Românesc, NICE și protocolul Olandez (Dovadă de nivel C)

Caseta 22. Tratamentul non-farmacologic al depresiei - psihoterapia²⁴

Intervențiile psihologice și psihosociale trebuie să se bazeze pe manualul (-lele) relevant (e) de tratament, care vor ghida structura și durata intervenției. Practicienii trebuie să examineze posibilitatea utilizării cadrelor de competențe elaborat în baza manualului (-lelor) relevante și pentru toate intervențiile trebuie să:

- beneficieze regulat de supraveghere de înaltă calitate;
- utilizeze măsurări de rutină a rezultatelor și să asigure implicarea persoanei cu depresie în analiza eficacității tratamentului;
- să se implice în monitorizarea și evaluarea aderenței la tratament și a competențelor practicianului - de exemplu, utilizând înregistrări video și/sau audio.

Caseta 23. Tratamentul non-farmacologic al depresiei – psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)²⁵

PCC în grup, pentru persoanele cu simptome sub-depresive persistente sau cu depresie de la ușoară la moderată, trebuie:

- să se bazeze pe un model structurat, așa ca „înfrentarea depresiei”;
- să fie prestată de către doi practicieni instruiți și competenți;
- să includă 10 - 12 întâlniri a 8 - 10 participanți;
- să se desfășoare de regulă de-a lungul a 12 - 16 săptămâni, inclusiv followup-ul (efectuarea a 3 - 4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu depresie).

Opțiuni de tratament

Pentru persoanele cu simptome sub-depresive persistente sub-prag sau cu depresie de la ușoară la moderată, care nu au beneficiat de o intervenție psihosocială de intensitate redusă, discutați cu persoana meritele relative ale diferitor intervenții și oferiți:

- un antidepresiv (de regulă, un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei [ISRS]) sau
- o intervenție psihologică de înaltă intensitate, de obicei, una din opțiunile de mai jos:
 - PCC
 - terapie interpersonală (TIP)
 - activare comportamentală (însă țineți cont că dovezile sunt mai puțin viguroase, decât pentru PCC sau TIP)
 - terapie comportamentală în cuplu, pentru persoanele care au un partener regulat, relația cu care poate contribui la dezvoltarea sau menținerea depresiei, sau în caz că implicarea partenerului este considerată un potențial beneficiu terapeutic.

Pentru persoanele cu depresie moderată sau severă, oferiți o combinație de medicamente antidepresive și intervenție psihologică de înaltă intensitate (PCC sau TIP).

Alegerea intervenției trebuie să fie determinată de:

- durata episodului de depresie și traiectoria simptomelor;
- derularea anterioară a depresiei și reacția la tratament;
- probabilitatea aderenței la tratament și orice posibile efecte adverse;
- preferințele și prioritățile persoanei privind tratamentul.

Pentru persoanele cu depresie care refuză antidepresivul, PCC, TIP, activarea comportamentală și terapia comportamentală în cuplu, examinați posibilitatea:

- consilierii, pentru persoanele cu simptome sub-depresive persistente sau cu depresie de la ușoară la

²⁵ Protocolul Românesc, NICE și protocolul Olandez (Dovadă de nivel C)

Caseta 23. Tratamentul non-farmacologic al depresiei – psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)²⁵

moderată;

- psihoterapiei psihodinamice pe termen scurt, pentru persoanele cu depresie de la ușoară la moderată.

Prestarea intervențiilor psihologice de înaltă intensitate

Pentru toate intervențiile psihologice de înaltă intensitate, durata tratamentului trebuie de regulă să se încadreze în limitele indicate în prezentul ghid. Dat fiind faptul că scopul tratamentului este de a obține ameliorarea considerabilă sau remisiunea, durata tratamentului poate fi:

- redusă, dacă s-a ajuns la remisiune;
- mărită, dacă s-au realizat progrese și dacă practicianul și persoana cu depresie convin că sesiunile suplimentare vor fi benefice (de exemplu, dacă există o tulburare de personalitate comorbidă sau factori psihosociali semnificativi, care influențează abilitatea persoanei de a beneficia de tratament).

Pentru toate persoanele cu depresie care beneficiază de PCC individuală, durata tratamentului trebuie să varieze în mod normal de la 16 la 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni. Examinați de asemenea posibilitatea prestării:

- a 2 sesiuni pe săptămână în primele 2 - 3 săptămâni de tratament pentru persoanele cu depresie moderată sau severă;
- sesiunilor de supraveghere (efectuarea a 3 - 4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu depresie).

Pentru toate persoanele cu depresie care beneficiază de TIP, durata tratamentului trebuie, în mod normal, să varieze între 16 - 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni de tratament. Pentru persoanele cu depresie severă, examinați posibilitatea prestării a 2 sesiuni pe săptămână în primele 2 - 3 săptămâni de tratament.

Pentru toate persoanele cu depresie, care beneficiază de activare comportamentală, durata tratamentului trebuie, de regulă să varieze între 16 și 20 sesiuni de-a lungul a 3 - 4 luni. Examinați de asemenea posibilitatea prestării:

- a 2 sesiuni pe săptămână în primele 3 - 4 săptămâni de tratament pentru persoanele cu depresie moderată sau severă;
- sesiuni de supraveghere (efectuarea a 3 - 4 sesiuni de-a lungul următoarelor 3 - 6 luni pentru toate persoanele cu depresie).

Terapia comportamentală în cuplu pentru depresie trebuie, în mod normal să se bazeze pe principiile comportamentale, iar un curs adecvat de terapie trebuie să fie constituit din 15 - 20 sesiuni de-a lungul a 5 - 6 luni.

2.9.3. Evoluția

Caseta 24.

În cele din urmă, 15% dintre bolnavii depresivi pot comite suicid. Un episod depresiv moderat netratat poate să dureze în jur de 10 luni. Cel puțin 75% dintre pacienții afectați vor face un al doilea episod depresiv, de obicei în primele 6 luni după primul episod. Numărul mediu de episoade depresive de pe parcursul vieții bolnavului este de aproximativ 5. În general, pronosticul este bun: la 50% dintre bolnavi starea de depresie se remite, la 30% se remite parțial, iar la 20% are evoluție cronică.

2.9.4. Tratamentul de menținere și supraveghere

Caseta 25. Tratamentul farmacologic de menținere al depresiei

În cazul responsivității terapeutice, menținerea tratamentului cu antidepresivul ales în doza care a asigurat efectul, pe o perioadă de minimum 9 luni. La pacienții la care se estimează un risc potențial de viraj hipomaniacal se vor asocia remedii timostabilizatoare.

Apariția insomniei și anxietății impune schimbarea antidepresivului.

- a) Dozele utilizate vor fi scăzute progresiv, evitându-se sindromul de discontinuitate.

2.10. Urgența în depresie

Caseta 26. Managementul comportamentului suicidal

Factori de risc suicidal

- Insomnia, rezistentă la tratament de lungă durată, mai ales cea matinală;
- Idei de culpabilitate, inferioritate, autodeprecieri;
- Halucinații imperative;
- Evitarea comunicării simptomelor proprii;
- Preocupări hipocondriace severe;
- Comiterea tentativelor suicidale, anterior;
- Prezența unui plan concret de comitere a suicidului.

Acțiuni de prevenție a suicidului, în cazul comiterii unei tentative suicidale

- Spitalizarea într-un serviciu de supraveghere clinică continuă (în cazul când la domiciliu nu este posibil de organizat supraveghere “unu-la-unu”, chiar fără liberul consimțământ al persoanei, în baza art. 28 din Legea Republicii Moldova „Privind asistența psihiatrică” Nr. 1402-XIII din 16 decembrie 1997);
- A se ține cont de cele 3 particularități ale situației de „criză suicidală”:
 - Suicidalul are nevoie să comunice cu ceilalți în etapa presuicidală,
 - Suicidalul este ambivalent și deci, accesibil abordării psihoterapeutice,
 - Suicidul survine în situații dificile, adeseori anomice și intervențiile în “criză” sunt absolut necesare.
- Suicidalului i se va acorda întotdeauna o atitudine adecvată de securizare și comprehensiune;
- Specialistul va prelua o atitudine psihoterapeutică de susținere, înțelegere, minimizare / excludere a criticilor, sfaturilor (de gen nu este bine de procedat așa, ori gândiți-vă la copii, etc., ele fiind ineficiente), minimizare a răsunetului subiectiv al evenimentelor stresorii, care au precipitat tentativa autolitică.

2.11. Complicațiile

Casea 27 A. Prevenirea recidivei după recuperare a prin farmacoterapie

Durata optimă a tratamentului nu este cunoscută și depinde de caracteristicile pacientului (natura, severitatea, derularea problemelor, comorbiditate, factorii sociali și anamneza familială).

După recuperare în urma primului episod de depresie, se recomandă continuarea administrării medicamentelor antidepresive pentru o perioadă de 6 - 12 luni. Plus la aceasta, pacientul urmează a fi instruit cu privire la necesitatea tratamentului de menținere.

Episoadele recidiviste implică un risc mai înalt de un alt episod de recidivă. Se recomandă de a continua tratamentul pentru o perioadă minimă de la unul la doi ani.

Pacienților cu simptome reziduale după un tratament acut cu antidepresanți, li se va presta terapie cognitiv-comportamentală.

Prevenirea recidivei după recuperarea prin psihoterapie

După obținerea unei reacții la tratamentul acut prin terapie cognitiv-comportamentală, se recomandă un tratament de follow-up după recuperarea prin tratament cognitiv-preventiv.

Casea 27B. Complicațiile

Condiții somatice comorbide

În caz de origine somatică a tulburării depresive, tratamentul trebuie direcționat spre originea somatică.

În caz de multi-morbiditate, este necesară o abordare multidisciplinară, conform căreia, tratamentul depresiei este adaptat la tratamentul somatic și vice-versa. Scările de evaluare pentru depresie urmează a fi adaptate pentru a evita scorurile înalte false, din cauza simptomelor somatice care pot fi atribuite afecțiunii somatice.

Intervențiile psihoterapeutice, sociale, psihosomatice și farmacologice sunt eficiente în caz de depresie cu comorbiditate somatică. Concomitent se va ține cont de faptul că, terapia farmacologică poate avea mai multe efecte adverse și interacțiuni farmacologice.

Tulburarea psihiatrică comorbidă

Tulburarea psihiatrică comorbidă nu trebuie să influențeze asupra opțiunilor specifice de tratament. În asemenea situații clinice se recomandă terapie combinată. Depresia recurentă cu comorbiditate psihiatrică necesită o abordare duală: tratamentul simptomelor depresive, precum și a stării comorbide. În caz de adicție, înainte de a trata depresia, este recomandată abținerea pentru 4 - 6 săptămâni. Diagnosticul și tratamentul tulburării de personalitate ar fi bine să fie realizat după tratamentul depresiei.

Probleme în diferite domenii ale vieții

Primele intervenții (rezolvarea problemelor, control) ar putea contribui la rezolvarea problemelor psihosociale. Problemele psihosociale care nu pot fi rezolvate (așa ca sărăcie, șomaj) pot fi un factor de menținere a depresiei. Tehnicile de recuperare și cele psihoterapeutice ar putea fi utile pentru a crește capacitățile adaptative ale pacientului cu depresie.

Tabelul Nr. 7. Recomandările bazate pe dovezi pentru evaluarea și tratamentul depresiei

Subiectul	Calitatea evidențelor	Recomandarea	Forța recomandării	Referințe relevante
Suspecți și screenați la depresie majoră	Joasă	Clinicienii trebuie să utilizeze un instrument standard pentru screenare la depresie dacă este suspectată în baza factorilor de risc sau a prezentării clinice	Puternică	Kroenke, 2010; Duffy, 2008; Gilbody, 2006; Rush, 2003
Comorbidități, populații culturale și speciale	Joasă	Clinicienii trebuie să evalueze și să trateze la pacienții cu unele comorbidități	Puternică	Kozhimmanil, 2009; Egede, 2008; Trivedi, 2006; Katon, 2004; Ciechanowski, 2000
		Clinicienii trebuie să recunoască impactul culturii sau diferențelor culturale asupra terapeutului și asupra sănătății mintale	Puternică	Karasz, 2005; Muñoz, 2005; Miranda, 2004
		În utilizarea farmacoterapie la pacienții vârstnici, medicul trebuie să ia în considerare modul în care metabolismul medicamentului poate fi afectat de schimbările fiziologice, de bolile comorbide ale acestora și medicamente utilizate pentru acestea din urmă	Puternică	Cuijpers, 2008
		Clinicienii trebuie să screeneze și să monitorizeze depresia în femeile gravide și post-partum	Puternică	Yonkers, 2009; Vesga-Lopez, 2008; Gjerdingen, 2007; Gaynes, 2005
Plan de tratament comprehensiv	Înaltă	În medicina primară este recomandată o abordare de îngrijiri colaborative pentru pacienții cu depresie	Puternică	Katon, 2008; Hunkeler, 2006; Unützer, 2006; Gilbody, 2006; Unützer, 2002; Katon, 1999;
Angajarea activă a pacientului și decizii luate în comun	Joasă	Se recomandă un plan de tratament în scris care a fost convenit de comun acord cu implicarea pacientului și familiei acestuia	Puternică	Bower, 2013; Baik, 2010; Adams, 2007; Loh, 2006; Hamann, 2005

Subiectul	Calitatea evidențelor	Recomandarea	Forța recomandării	Referințe relevante
Medicație, psihoterapie, activități fizice	Joasă	Clinicienii ar trebui să ofere medicație antidepresivă și/sau referire la psihoterapie ca tratament al depresiei majore	Puternică	American Psychiatric Association, 2013; Vollestad, 2011; Dimidjian, 2006; DeJonghe, 2004; Brown, 2000
Stabilirea unui plan de monitorizare în dinamică (follow-up). Utilizarea PHQ-9 ca instrument de gestionare și monitorizare	Joasă	Clinicienii trebuie să stabilească și să mențină monitorizarea (follow-up-ul) pacienților	Puternică	Trivedi, 2009; Trivedi, 2006; Löwe, 2004; Unützer, 2002; Duffy, 2000; Hunkeler, 2000; Simon, 2000

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Asistența medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistentă medicală.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> - tonometru; - stetofonendoscop;
	Medicamente (vezi anexele 5 - 8): <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresive (Amitriptilină, Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); - Timostabilizatoare (carbamazepina, săruri de litium derivați ai acidului valproic, lamotrigina); - Tranchilizante/anxiolitice (alprazolam, hidroxizină, diazepam, Clordiazepoxid etc.).
CCSM	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru (la 40 mii de populație); • psihoterapeut (la 40 mii de populație); • psiholog (la 25 mii de populație); • asistent social / ergoterapeut (la 25 mii de populație); • nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente (vezi anexele 5 - 8): <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Clorpromazin, Haloperidol, Clozapine, Risperidonă, Levomepromazin, Thioridazin, Clorprothixen); • Antidepresive (Amitriptilină, Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină);

	<ul style="list-style-type: none"> • Timostabilizatoare (carbamazepina, săruri de litium derivați ai acidului valproic, lamotrigina); • Tranchilizante/anxiolitice (alprazolam, hidroxizină, diazepam, Clordiazepoxid etc.).
Secțiile psihiatrice în spitalele generale	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru (la 25 mii de populație); • nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.
	<p>Medicamente (vezi anexele 1 - 7):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Clorpromazin, Haloperidol, Clozapine, Risperidonă, Levomepromazin, Thioridazin, Clorprothixen); • Antidepresive (Amitriptilină, Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); • Timostabilizatoare (carbamazepina, săruri de litium derivați ai acidului valproic, lamotrigina); • Tranchilizante/anxiolitice (alprazolam, hidroxizină, diazepam, Clordiazepoxid etc.).
Spitalul de psihiatrie	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru; • psihoterapeut; • laborant; • asistent serviciul social; • ergoterapeut; • asistente medicale; • consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog).
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, creatinina și urea); • Aparataj specific pentru efectuarea <ul style="list-style-type: none"> - SMT (stimulării magnetice transcraniene); - TEC (tratamentului electro-convulsivant).
	<p>Preparate psihotrope:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroleptice (Clorpromazin, Haloperidol, Clozapine, Risperidonă, Levomepromazin, Thioridazin, Clorprothixen); • Antidepresive (Amitriptilină, Sertralină, Escitalopram, Paroxetină, Fluoxetină, Fluvoxamină, Venlafaxină); • Timostabilizatoare (carbamazepină, săruri de litium derivați ai acidului valproic, lamotrigină); • Tranchilizante/anxiolitice (alprazolam, hidroxizină, diazepam, Clordiazepoxid etc.).

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Depistarea precoce a pacienților cu depresie.	1.1. Proporția pacienților suspectați de depresie, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an.	Numărul de pacienți suspectați cu depresie, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspectați cu depresie, care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Îmbunătățirea procesului de diagnosticare a depresiei.	2.1. Proporția pacienților suspectați de depresie, la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an.	Numărul de pacienți suspectați cu depresie, la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspectați cu depresie la care s-a aplicat screening-ul de către medicul de familie și s-a confirmat diagnosticul pe parcursul ultimului an.
3.	Managementul calității tratamentului și sporirea calității vieții pacientului cu depresie.	3.1. Proporția pacienților cu depresie tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu depresie tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu depresie tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		3.2. Proporția pacienților cu depresie tratați în spital general, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu depresie tratați în spital general, conform recomandărilor din protocolul clinic național, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de depresie, pe parcursul ultimului an.
4.	Reducerea numărului de sinucideri și tentative de suicid la pacienții cu depresie.	4.3. Proporția pacienților cu depresie care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu depresie care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de depresie, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

ANEXA 1. Chestionarul Pacientului Sănătos 9 (PHQ 9)

EVALUAREA RAPIDĂ A DEPRESIEI, CONFORM PHQ-9

Pentru diagnostic prezumtiv

1. Pacientul completează Evaluarea rapidă a depresiei conform PHQ-9;
2. Dacă în cele două coloane din dreapta sunt cel puțin 4 semne (x) (inclusiv la întrebările #1 și #2), suspectați o tulburare depresivă. Calculați scorul pentru a-i determina severitatea.
3. ***Suspectați o tulburare depresivă majoră***
 - dacă în cele două coloane din dreapta sunt cel puțin 5 semne (↓) (unul dintre care corespunde întrebărilor #1 și #2);

Suspectați o altă tulburare depresivă

- dacă în cele două coloane din dreapta sunt de la 2 la 4 semne (↓) (unul dintre care corespunde întrebărilor #1 și #2).

Notă: Dat fiind faptul că chestionarul se bazează pe auto-raportarea din partea pacientului, toate răspunsurile urmează a fi verificate de către clinician, iar diagnosticul definitiv se va face în baza unui temei clinic, ținând cont de măsura în care pacientul a înțeles chestionarul, precum și de alte informații relevante, furnizate de pacient.

Diagnosticale de Tulburare depresivă majoră sau Altă tulburare depresivă implică, de asemenea, perturbarea funcționalității sociale, ocupaționale sau în alte sfere și excluderea unui doliu normal, unei istorii de Episod maniacal (tulburare afectivă bipolară) și o tulburare fizică, tratament medicamentos sau alte medicamente ca și cauză biologică a simptomelor depresive.

Pentru a monitoriza severitatea de-a lungul timpului la pacienții nou-diagnosticați sau la pacienții ce urmează tratament curent pentru depresie:

1. Pacienții pot completa la domiciliu chestionarele la început și la intervale regulate de timp (de exemplu, la fiecare 2 săptămâni) și le pot aduce la următoarea întâlnire pentru a calcula scorul, sau pot completa chestionarul la fiecare întâlnire programată.
2. Puneți semne (↓) pe coloane. Pentru fiecare semn (↓) bifat
„Câteva zile” = 1 punct „Mai mult de jumătate din zile” = 2 puncte „Aproape în fiecare zi” = 3 puncte
3. Adăugați scorurile de la toate coloanele pentru a obține un scor TOTAL.
4. Utilizați Fișa de scoruri a PHQ-9 pentru a interpreta scorul TOTAL.
5. Rezultatele pot fi incluse în dosarele pacienților pentru a vă ajuta evaluarea eficienței tratamentului, estimarea răspunsului terapeutic, precum și în alegerea intervențiilor terapeutice.

Chestionarul sănătății pacientului (PHQ-9)

NUMELE: _____ DATA: _____

În ultimele 2 săptămâni, cât de des ați fost deranjat de una din problemele de mai jos?

(utilizați “/” pentru a indica răspunsul Dvs.)

	Lipsește	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Interes sau plăcere redusă de a face ceva				
2. V-ați simțit indispus, deprimat sau fără speranță				
3. Adormiți greu sau nu puteți dormi, ori dormiți prea mult				
4. Vă simțiți obosit sau lipsit de energie				
5. Pofță scăzută sau excesivă de mâncare				
6. Gândiți rău despre sine – sau credeți că sunteți un ratat ori că ați permis căderea dvs. ori a familiei				
7. Aveți probleme de concentrare asupra lucrurilor, așa ca citirea ziarelor sau vizionarea televizorului				
8. Vă mișcați sau vorbiți atât de lent, încât persoanele din jur au putut remarca acest lucru. Sau dimpotrivă - sunteți atât de neastâmpărat sau agitat, încât vă mișcați mult mai mult, decât de obicei				
9. Vă vin gânduri că mai bine ați muri sau de auto-vătămare				
		Adăugați scorul coloanelor <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		
<i>(Pentru specialistul în sănătate: pentru a interpreta TOTALUL, utilizați fișa de scoruri)</i>		TOTAL:		
10. Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut <i>dificilă</i> realizarea lucrului, preocuparea de lucrurile de acasă sau relațiile cu alte persoane		Defel dificil _____ Întrucâtva dificil _____ Foarte dificil _____ Extrem de dificil _____		

FIȘA DE SCORURI PHQ-9 PENTRU EVALUAREA SEVERITĂȚII DEPRESIEI

destinată pentru specialiștii în sănătate mintală

Calcularea scorului – adăugați toate casetele marcate în PHQ-9

Pentru fiecare bifare (↓): Lipsește = 0 puncte; Câteva zile = 1 punct;

Mai mult de jumătate din zile = 2 puncte; Aproape în fiecare zi = 3 puncte.

Interpretarea scorului total

Scor total	Severitatea depresiei
0 - 4 puncte	Lipsește
5 - 9 puncte	Ușoară
10 - 14 puncte	Moderată
15 - 19 puncte	Moderat severă
20 - 27 puncte	Severă

ANEXA 2. Scala Hamilton de evaluare a depresiei

Scala Hamilton de evaluare a depresiei (HAMD-17)

Instrucțiuni: Utilizați acest chestionar pentru a evalua severitatea depresiei la pacienții diagnosticați deja cu depresie. Cu cât este mai înalt scorul, cu atât este mai severă depresia.

La fiecare item, încercuiți numărul de lângă itemul corect (doar un răspuns pe item).

1. Stare de deprimare (tristețe, disperare, neajutorare, inutilitate)

0- Absentă

1- Aceste stări sunt semnalate doar la chestionare

2- Aceste stări sunt semnalate verbal în mod spontan

3- Stările sunt comunicate non-verbal, adică prin expresia feței, ținută, voce și tendința de a plânge

4- Pacienții semnalează DOAR VIRTUAL aceste stări, în comunicarea spontană verbală și non-verbală

2. Sentimente de culpabilitate

0- Absente

1- Auto-blamare, crede că a cauzat un prejudiciu oamenilor

2- Idei de culpabilitate sau ruminării asupra erorilor din trecut sau asupra unor acțiuni condamnabile

3- Boala actuală este o pedeapsă. Idei delirante de vinovăție.

4- Aude voci acuzatoare sau denunțatoare și/sau are halucinații vizuale amenințătoare

3. Suicid

0- Absent

1- Are sentimentul că viața nu merită a fi trăită

2- Ar dori să fie mort sau crede că ar putea muri

3- Idei sau gesturi suicidale

4- Tentative de suicid (orice tentativă serioasă se notează cu scorul 4)

4. Insomnie la adormire

0- Nu este greu de adormit.

1- Se plânge de unele dificultăți ocazionale de a adormi (mai mult de 1/2 oră)

2- Se plânge că în fiecare seară adoarme cu greu

5. Insomnie în timpul nopții

0- Nu există dificultăți

1- Pacientul se plânge că este agitat și perturbat pe parcursul nopții

2- Se trezește pe parcursul nopții – orice sculat din pat se notează cu 2 (excepție când se scoală pentru a merge la veceu)

6. Insomnii de trezire

0- Nu există dificultăți

1- Se trezește foarte devreme dimineața, însă adoarme din nou

2- Nu poate adormi din nou, dacă se trezește

7. Muncă și activități

0- Nu există dificultăți

1- Gânduri și sentimente de incapacitate, oboseală sau slăbiciuni în legătură cu activitățile, munca sau pasiunile

2 – Lipsa interesului în activități, pasiuni sau muncă – relatată fie direct de către pacient, sau indirect prin apatie, indecizie și ezități (simte că trebuie să se forțeze pentru a lucra, acționa)

3 – Reducerea timpului consacrat activităților sau reducerea productivității

4 – A încetat să lucreze din cauza bolii actuale

8. Încetineală: psihomotorie (lentoarea gândirii și a limbajului; reducerea capacității de concentrare; scăderea activității motrice)

0- Vorbire și ideatie normală

1- Ușoară încetinire pe parcursul conversației

2- Încetinire evidentă pe parcursul conversației

3- Interviu dificil

4- Stupoare completă

9. Agitație

0- Absentă

1- Frământare

2- Se joacă cu mâinile, părul, etc.

3- Umblă încolo și înapoi, nu poate șede liniștit

4- Își sucește mâinile, își roade unghiile, se trage de păr, își mușcă buzele

10. Anxietate (psihologică)

0- Fără dificultăți

1- Tensiune și iritabilitate subiectivă

2- Îngrijorare din motive minore

3- Atitudine anxioasă vizibilă pe față sau în vorbire

4- Frică exprimată fără a fi întrebat

11. Anxietate somatică: Simptome fiziologice concomitente ale anxietății (așa ca efecte de hiperactivitate autonomă, “fluturi”, indigestie, crampe stomacale, răgâit, diaree, palpitații, hiperventilație, parestezie, transpirație, înroșirea feței, tremor, dureri de cap, frecvența urinară). Evitați întrebările despre posibilele efecte secundare ale medicamentelor (de exemplu gură uscată, constipație)

0- Absentă

1- Ușoară

2- Moderată

3- Severă

4- Incapacitate

12. Simptome somatice (gastrointestinale)

0- Absente

1- Lipsa apetitului, însă mănâncă fără a fi îndemnat de către altcineva. Consum de alimente aproape normal

2 - Are dificultăți în a mânca fără a fi presat de către altcineva. Reducere marcată a apetitului și a consumului de alimente

13. Simptome somatice generale

0- Absente

1- Greutate în membre, în spate sau cap. Dureri în spate, de cap sau musculare. Lipsa energiei și oboseală

2- Orice simptom evident se va nota cu "2"

14. Simptome genitale (așa simptome ca pierderea libidoului; deteriorarea performanței sexuale; dereglări menstruale)

0- Absente

1- Ușoare

2- Severe

15. Ipocondria

0- Absentă

1- Concentrare asupra propriului corp

2- Preocupare față de sănătate

3- Plângeri frecvente, solicitare de ajutor etc.

4- Iluzii ipocondriace

16. Pierdere în greutate

0- Absentă

1- Pierdere în greutate asociată probabil cu boala prezentă

2- Pierdere clară (în opinia pacientului) în greutate

3- Ne-evaluată

17. Conștientizarea bolii

0- Recunoaște faptul de a fi deprimat și bolnav

1- Recunoaște boala, însă o atribuie unei alimentații proaste, climei, muncii excesive, unui virus, necesității de a se odihni etc.

2- Neagă complet faptul că ar putea fi bolnav

Scor total (totalul răspunsurilor încercuite): _____

ANEXA 3. Inventarul de Depresie Beck

INVENTARUL DE DEPRESIE BECK - BDI

Instructiuni: Aceasta este un chestionar. Acest chestionar este format din grupuri de afirmatii. Va rug sa cititi cu atentie intregul grup de afirmatii din fiecare categorie de la nr. 1 la nr. 42. Apoi va rog sa alegeti din fiecare categorie cea afirmatie care descrie cel mai bine starea Dvs din acest moment. Incercuiti cifra corespunzatoare. Daca mai multe afirmatii dintr-un grup par sa se potriveasca, alegeti numai una. Inainte de a alege, asigurati-va ca ati citit fiecare afirmatie.

1 _____

- 0 Nu ma simt trist
- 1 Ma simt trist
- 2 Sunt trist tot timpul si nu pot scapa de tristete
- 3 Sunt atat de trist si nefericit incat nu mai pot suporta

2 _____

- 0 Viitorul nu ma deranjeaza
- 1 Ma simt descurajat cand ma gandesc la viitor
- 2 Simt ca nu am ce astepta de la viitor
- 3 Simt ca viitorul e fara speranta si nu mai e nimic de facut

3 _____

- 0 Nu am sentimentul esecului sau ratarii
- 1 Simt ca am avut mai multe esecuri decat majoritatea oamenilor
- 2 Daca ma uit in spate la viata mea vad o multime de esecuri
- 3 Ma simt complet ratat ca persoana

4 _____

- 0 Lucrurile imi fac aceiasi placere ca de obicei
- 1 Nu ma mai bucur de lucruri ca inainte
- 2 Greu mai obtin o satisfactie reala
- 3 Nu am mai trait nici o satisfactie

5 _____

- 0 Nu ma simt in mod special vinovat de ceva
- 1 Ma simt rau si nemeritos in cea mai mare parte a timpului
- 2 Ma simt aproape vinovat
- 3 Ma simt tot timpul vinovat si inutil

6 _____

- 0 Nu ma simt pedepsit cu ceva
- 1 Ma gandesc ca s-ar putea sa fiu pedepsit pentru ceva
- 2 Simt ca voi fi pedepsit
- 3 Simt ca sunt pedepsit

7 _____

- 0 Nu sunt dezamagit de mine
- 1 Ma simt dezamagit de mine
- 2 Sunt dezgustat de mine insumi
- 3 Ma urasc

8 _____

- 0 Nu ma simt sa fiu mai rau decat altii
- 1 Ma critic pentru slabiciunile si greselile mele
- 2 Ma acuz tot timpul pentru greselile mele
- 3 Ma acuz pentru tot ce se intampla rau

9 _____

- 0 Nu am nici o idee de a ma sinucide
- 1 Simt ca ar fi mai bine daca as muri
- 2 Am ideia de a ma sinucide
- 3 As dori sa ma sinucid daca as avea ocazia

10 _____

- 0 Nu plang mai mult decat de obicei
- 1 Acum plang mai mult ce de obicei
- 2 Plang tot timpul
- 3 Obisnuiam sa plang dar acum nu mai pot chiar daca as vrea

11 _____

- 0 Nu sunt mai nervos ca inainte
- 1 Acum sunt mai nervos si iritabil ca inainte
- 2 Sunt nervos tot timpul
- 3 Nu mai sunt nervos de lucrurile care ma enervau inainte

12 _____

- 0 Nu mi-am pierdut interesul fata de oamenii din jur
- 1 Am mai putin interes fata de oameni ca inainte
- 2 Mi-am pierdut cea mai mare parte a interesului fata de oameni si am putine sentimente fata de ei
- 3 Mi-a pierdut total interesul fata de ceilalti si nu-mi pasa deloc de ei

13 _____

- 0 Iau decizii la fel ca inainte
- 1 Incerc sa aman cand trebuie sa hotarasc
- 2 Am mari greutatea cand trebuie sa hotarasc
- 3 Nu mai put lua nici o decizie

14

-
- 0 Cred ca nu arat mai rau ca înainte
 - 1 Sunt suparat ca am inceput sa arat mai batran sau neatractiv
 - 2 Simt ca sunt schimbari permanente in rau in aspectul meu
 - 3 Cred ca sunt urat si respingator

15

-
- 0 Pot lucra la fel de bine ca înainte
 - 1 Trebuie sa fac un efort suplimentar când încep sa lucrez ceva
 - 2 Trebuie sa ma straduiesc din greu ca sa fac ceva
 - 3 Nu pot lucra nimic

16

-
- 0 Dorm tot atât de bine ca de obicei
 - 1 Ma trezesc mai obosit dimineata ca înainte
 - 2 Ma trezesc cu 1-2 ore mai devreme decât înainte si nu mai pot adormi
 - 3 Ma trezesc foarte devreme dimineata si nu pot sa dorm mai mult de 5 ore pe noapte

17

-
- 0 Nu sunt mai obosit ca de obicei
 - 1 Obosesc mai repede decat inainte
 - 2 Obosesc facand orice
 - 3 Sunt prea obosit sa mai pot face ceva

18

-
- 0 Pofta mea de mancare este la fel ca înainte
 - 1 Nu mai am asa pofta de mancare ca inainte
 - 2 Acum pofta de mancare este mai proasta
 - 3 Mi-am pierdut pofta de mancare

19

-
- 0 Nu am slabit in ultimul timp
 - 1 Am slabit peste 1 kg in ultima luna
 - 2 Am slabit peste 2 kg in ultima luna
 - 3 Am slabit peste 5 kg in ultima luna

20

-
- 0 Nu sunt mai preocupat de sanatatea mea decat inainte
 - 1 Sunt preocupat de dureri, constipatie, tulburari ale stomacului
 - 2 Sunt foarte preocupat de starea mea de sanatate si nu pot sa ma gandesc la altceva
 - 3 Sunt atat de angrijorat de starea mea de sanatate incat nu pot sa ma gandesc la nimic altceva

21

- 0 Nu am observat schimbari recente ale interesului meu fata de sex
 1 Am un interes mai mic fata de sexul opus ca inainte
 2 Sexul opus ma intereseaza mult mai putin ca inainte
 3 Am pierdut complet interesul fata de sexul opus

FOAIA DE SCOR PENTRU INVENTARUL DE DEPRESIE BECK

Nr	Item	scor	BDI-21 Beck	DBI-12 Bech
1	Dispozitia depresiva	0-3	x	x
2	Pesimism	0-3	x	x
3	Sentimentul esecului	0-3	x	x
4	Lipsa de satisfactie	0-3	x	x
5	Sentimente de vinovatie	0-3	x	x
6	Sentimentul pedepsei	0-3	x	x
7	Auto-dezgust	0-3	x	
8	Auto-acuzare	0-3	x	
9	Dorinte auto-punitive	0-3	x	
10	Plans	0-3	x	
11	Iritabilitate	0-3	x	x
12	Retragere sociala	0-3	x	
13	Nehotarare	0-3	x	x
14	Modificarea imaginii de sine	0-3	x	x
15	Dificultati in munca	0-3	x	x
16	Tulburari de somn	0-3	x	
17	Fatigabilitate	0-3	x	x
18	Pierderea apetitului	0-3	x	
19	Pierderea in greutate	0-3	x	
20	Preocupari somatice	0-3	x	x
21	Pierderea libidoului	0-3	x	
	TOTAL	0-63		

ANEXA 4. Scala Zung de auto-evaluare a depresiei (SDS).

SCALA ZUNG DE AUTO-EVALUARE A DEPRESIEI

SDS

ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

	rareori	uneori	adesea	totdeauna
1. Ma simt abatut si trist	1	2	3	4
2. Dimineata ma simt mai bine	4	3	2	1
3. Plang sau ma simt ca plangand	1	2	3	4
4. Dorm rau	1	2	3	4
5. Mananc tot atat de mult ca si inainte	4	3	2	1
6. Ma bucur privind, vorbind sau fiind in compania unui barbat (femei) atractiv(e)	4	3	2	1
7. Am slabit	1	2	3	4
8. Sunt constipat	1	2	3	4
9. Inima mea bate mai repede ca deobicei	1	2	3	4
10. Ma simt obosit fara motiv	1	2	3	4
11. Mintea mea este tot atat de limpede ca deobicei	4	3	2	1
12. Gasesc ca este usor sa fac lucurile ca deobicei	4	3	2	1
13. Sunt agitat si nu pot sta linistit	1	2	3	4
14. Am incredere in viitor	4	3	2	1
15. Sunt mai iritabil decat deobicei	1	2	3	4
16. Este usor sa hotarasti	4	3	2	1
17. Am sentimentul ca sunt util si necesar	4	3	2	1
18. Viata mea este suficient de implinita	4	3	2	1
19. Am sentimentul ca ar fi mai bine sa fi fost mort	1	2	3	4
20. Eu ma bucur de lucruri ca mai inainte	4	3	2	1

SDS contine 20 itemi selectati din experienta clinica a autorului si din literatura de specialitate, itemi ce acopera trei domenii: afectivitate (2 itemi: 1, 17), concomitente somatice (8 itemi: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13) si concomitente psihologice (10 itemi: 2, 3, 6, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20). Subiectul este rugat sa evalueze fiecare item pe o scala cu 4 ancore in functie de frecventa simptomului (1 = niciodata sau rar, 2 = uneori, 3 = o buna parte din timp, 4 = majoritatea timpului). Scorul total este obtinut prin adunarea scorului fiecarui item si impartirea lui la scorul maxim posibil de obtinut (respectiv 80) si multiplicarea cu 100. Scorul obtinut se poate intinde de la 25 la 100. Zung (1974)⁴⁰ a furnizat pragurile scor (*cut-off points*) pentru mai mult nivele de severitate a depresiei: sub 50 = scor normal; 50-59 = depresie minima sau usoara; 60-69 = depresie moderata; 70-99 = depresie severa.

ANEXA 5. Scala Impresiei Clinice Globale

Evaluările CGI

• CGI este o evaluare globală a Simptomatologiei curente, Comportamentului, Funcțiilor. Severitatea bolii se bazează pe IMPACTUL simptomelor curente asupra comportamentului și funcțiilor recente.

Clinical Global Impression (impresia clinică globală) legată de ameliorare (CGI-I)

• Măsoară schimbarea clinică globală în cursul ultimelor șapte zile folosind evaluarea de bază ca punct de referință;

CGI - Improvement (CGI- Ameliorare, CGI-I)

• CGI-I măsoară schimbarea globală de la începerea tratamentului (ameliorare, nici o schimbare sau înrăutățire);

-CGI-I compară severitatea globală în timpul săptămânii precedente comparativ cu prima evaluare



• CGI-I evaluează, indiferent de credința dvs. că este legată sau nu de medicație de studiu sau de orice altă intervenție (fără atribuirea simptomelor)

-Luați în considerare AMBELE:

• Schimbarea simptomatică detectabilă față de aprecierea inițială

• Impactul acestei modificări asupra statutului clinic al subiectului (capacitatea de a funcționa, nivelul de stres)

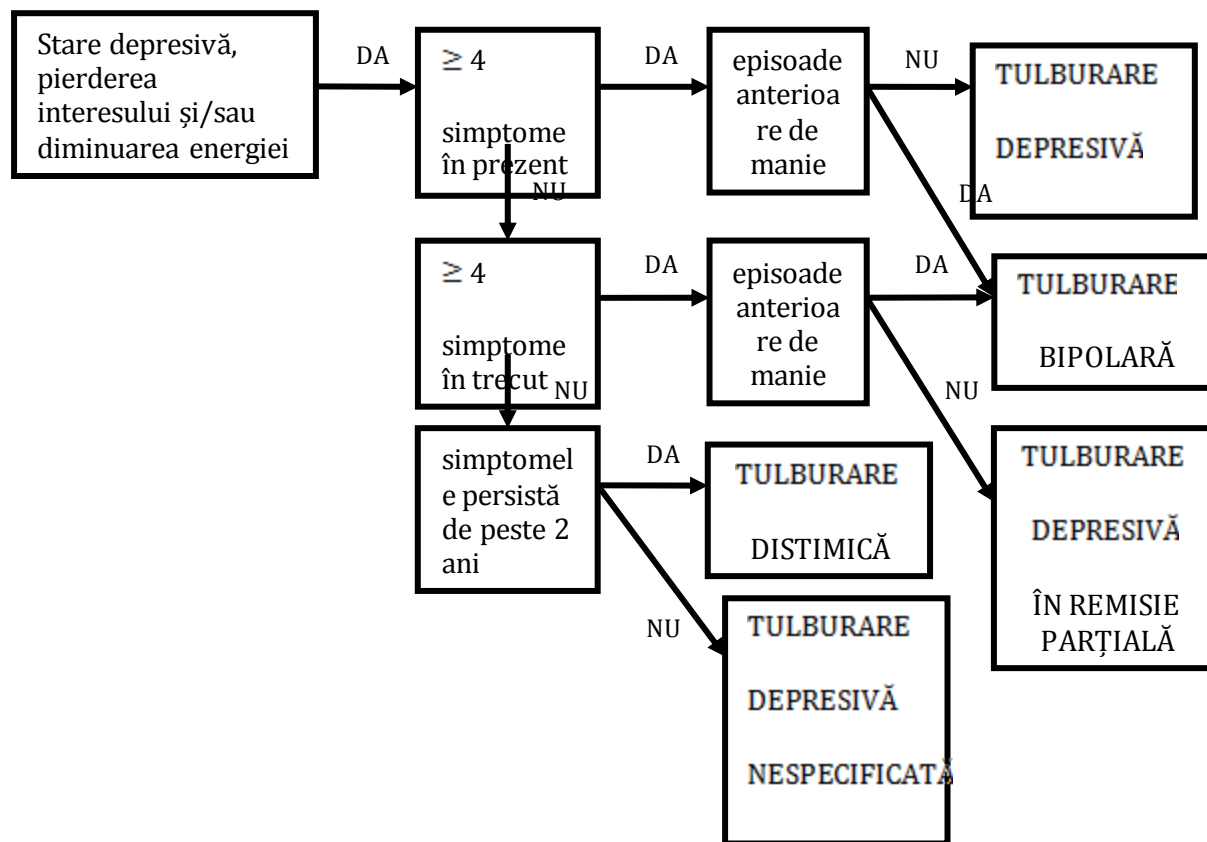
Se evaluează ameliorarea totală, indiferent dacă după aprecierea dvs. ea se datorează în întregime tratamentului medicamentos. Cât de mult s-a schimbat pacientul (pacienta) în comparație cu starea sa din momentul inițierii tratamentului?

0 = Nu s-a evaluat		Reflectă ameliorarea
1= Foarte mult ameliorat		
2 = Foarte ameliorat		
3 = Ameliorat minimal		
4 = Fără schimbare		
5 = Minimal mai rău		Reflectă înrăutățirea
6 = Mult mai rău		
7 = Cât se poate de rău		

Principii directoare CGI-I

1.	Cât se poate de ameliorat	Mai bine în mai toate privințele: bun nivel de funcționare: simptome minimale: reprezintă o schimbare foarte substanțială
2.	Mult ameliorat	Notabil mai bine, cu o reducere semnificativă a simptomelor: creșterea nivelului de funcționare, dar anumite simptome persistă
3.	Minimal ameliorat	Ceva mai bine cu o mică reducere semnificativă a simptomelor sau fără reducere. Poate reprezenta o foarte mică schimbare a statutului clinic de bază, a nivelului de îngrijire sau a capacității funcționale
4.	Fără schimbare	Simptomele rămân esențial neschimbate
5.	Minimal mai rău	Ceva mai rău, dar posibil fără semnificație clinică, poate reprezenta o foarte mică schimbare a statutului clinic de bază sau a capacității funcționale
6.	Mult mai rău	Clinic semnificativă a simptomelor și diminuarea funcțiilor
7.	Cât se poate de rău	Exacerbare severă a simptomelor și pierderea funcțiilor

ANEXA 6. Diagnostic diferențial între episodul depresiv major și episodul depresiv în cadrul tulburării afective bipolare:



ANEXA 7. Clasificarea psihofarmacologică a antidepresivelor

- **Antidepresive cu acțiune predominant presinaptică (unimodale):**
 - acțiune asupra unui singur neurotransmițător (single target):
 - ISRS: Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Paroxetine, Citalopramum, Escitalopramum;
 - NRI: Reboxetine.
 - acțiune multiplă (multiple target):
 - SNRI: Venlafaxine, Duloxetine, Minalcipran;
 - NDRI: Bupropion.
 - **Antidepresive cu acțiune pre- și postsinaptică (duale) noradrenergică și serotoninergică:**
 - triciclice:
 - Imipramine;
 - Clomipramine;
 - Trimipramine;
 - Nortriptiline;
 - Amitriptyline;
 - Doxepine.
 - tetraciclice:
 - Mianserine;
 - Maprotiline.
 - **Antidepresive cu structură ciclică „atipică” (non-triciclice, non-tetraciclice, non-IMAO):**
 - Trazodone;
 - Tianeptine;
 - Agomelatine.
 - **Antidepresive NaSSA**
 - Mirtazapine.
- 1. Anxiolitice non-benzodiazepinice, dopaminomimetice**
- Buspirone;

Notă: prescurtările utilizate în clasificarea antidepresivelor, ce reprezintă „acronimul” acțiunii farmacologice sunt utilizate și la prezentarea algoritmului terapeutic.

ANEXA 8. Acțiunea psihofarmacologică selectivă a antidepresivelor din a doua generație

	Serotonină 5-HT	Noradrenalină NA	Dopamină DA
Bupropion	0 / +	+	++
Fluoxetine	++++	0	0 / +
Fluvoxamine	++++	0	0 / +
Mirtazapine	+++	++	0
Paroxetine	++++	0	0 / +
Reboxetine	0	++++	0
Sertraline	++++	0	0 / +
Trazodone	++	0	0
Venlafaxine	++++	+++	0 / +

Legendă: ++++ - înaltă; +++ - moderată; ++ - slabă; + - foarte slabă; 0 - nulă

- *Notă: Acțiunea farmacologică selectivă a Milnacipranului este etalonată de Moret, 1985 și Stahl, 2005 – rezultând o acțiune echilibrată 5HT/NA și fără a influența DA*

ANEXA 9. Remedii antidepresive

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Triciclice	
Imipramin	25 - 400
Clomipramine	25 - 300
Tetraciclice	
Maprotilinum	25 - 150
Mianserin	15 - 90
Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei	
Paroxetine	10 - 80
Sertraline	50 - 200
Fluvoxamine	50 - 400
Fluoxetine	20 - 80
Citalopram	20 - 60
Escitalopramum	5 - 20
Alte remedii antidepresive	
Reboxetine	2 - 20
Mirtazapine	15 - 45
Tianeptine	12,5 - 37,5
Milnacipran	25 - 100
Trazodonum	150 - 450
Venlafaxin	37,5 - 325
Agomelatine	25 - 50
Dupoxetine	60 - 120

ANEXA 10. Remedii cu efect timostabilizator utilizate în asociere cu tratamentul depresiei bipolare

Remedii	Doza clinică diurnă recomandată (mg/zi)
Carbamazepine	400 - 600
Litiu și săruile de Litiu	300 - 1200
Derivați ai acidului valproic	500 - 1000
Lamotrigine	100 - 300

ANEXA 11. Ghidul pacientului cu Depresie (ghid pentru pacient)

Depresia nu înseamnă pur și simplu a te simți nefericit sau plictisit de toate pe parcursul a câtorva zile.

Toți noi trecem prin perioade de deprimare, însă atunci ești în depresie, te simți trist permanent pe parcursul a câtorva săptămâni sau luni, nu doar a câtorva zile.

Unele persoane cred că depresia este ceva neînsemnat, nu o stare reală de sănătate. Aceste persoane n-au dreptate. Depresia este o adevărată boală, cu adevărate simptome, ea nu este un semn de slăbiciune sau ceva din ce-ți poți "reveni" "luându-te în mâini".

Partea bună este că, prin tratament și suport adecvat, majoritatea persoanelor se pot recupera completamente.

Cum să-ți dai seama că treci prin depresie?

Depresia afectează oamenii în mod diferit și poate cauza o largă varietate de simptome.

Acestea diferă de la sentimente durabile de tristețe sau disperare, la pierderea interesului în lucrurile care produceau plăcere, cât și dorința de a plânge. Multe persoane cu depresie prezintă de-asemenea simptome de anxietate.

Ce este depresia?

Depresia este o tulburare, care vă face trist, însă este diferită de tristețea obișnuită. Din cauza depresiei, vă poate fi greu să lucrați, să învățați sau să îndepliniți sarcini cotidiene.

Cum pot ști dacă sunt deprimat?

Persoanele deprimare se simt triste în majoritatea timpului pe durata a cel puțin 2 săptămâni. La fel, manifestă cel puțin 1 din aceste 2 simptome:

- Nu se mai bucură sau nu se mai preocupă de lucrurile, hobby-urile, activitățile plăcute anterior.
- Se simt triste, indispuse, frustrate, dezamăgite, melancolice, disperate sau irascibile în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi.

De asemenea, depresia vă poate face:

- Să pierdeți sau să acumulați în greutate;
- Să dormiți prea mult sau prea puțin (în special, să vă treziți mult mai devreme decât vă puteți permite să o faceți);
- Să vă simțiți obosit(ă) sau lipsit(ă) de energie;
- Să vă simțiți vinovat(ă) sau inutil(ă);
- Să uitați unele lucruri sau să vă simțiți confuz(ă);
- Să vă gândiți la moarte sau la suicid.

Dacă credeți că ați putea fi deprimat(ă), vizitați medicul sau nursele dumneavoastră. Doar cineva cu instruire în domeniul sănătății mintale vă poate spune dacă starea Dvs. satisface cu adevărat criteriile specifice pentru depresie, sau poate că starea Dvs. este o simplă mâhnire, tristețe obișnuită.

Mergeți imediat să vă întâlniți cu cineva, dacă doriți să vă vătămați sau să vă omorâți! —

Chiar și atunci când doriți să vă vătămați pe sine sau pe altcineva, întreprindeți una din acțiunile de mai jos:

- Apelați medicul sau nursele și spuneți-le că e o urgență;
- Apelați 903;
- Mergeți la secția de urgențe a spitalului local;
- Apelați Linia fierbinte națională pentru prevenirea suicidului.

Care sunt tratamentele împotriva depresiei?

Persoanele cu depresie pot:

- Lua medicamente, care atenuază depresia;

- Vizita un consilier (așa ca psihiatru, psihoterapeut, psiholog, nursă sau lucrător social);
- Întreprinde ambele acțiuni de mai sus.

Persoanele cu depresie nu prea severă își pot îmbunătăți starea luând medicamente sau vizitând un consilier. Persoanele cu depresie severă au, de regulă, nevoie de medicamente pentru a se simți mai bine și pot de asemenea avea nevoie să viziteze un consilier.

Când mă voi simți mai bine?

Ambele opțiuni de tratament necesită ceva timp înainte de a începe să dea rezultate.

1. Multe persoane care iau **medicamente** încep să se simtă mai bine în aproximativ 1- 2 săptămâni de tratament, însă ar putea trece între 4 și 8 săptămâni până când medicamentul își va face pe deplin efectul.
2. Multe persoane, care vizitează un **consilier** încep să se simtă mai bine deja după câteva discuții terapeutice.

Dacă primul tratament pe care îl încercați nu vă ajută, spuneți-i medicului sau nursei despre acest fenomen, însă nu renunțați la continuarea tratamentului din proprie inițiativă. Unele persoane au nevoie să încerce diferite tratamente sau combinații de tratamente, pentru a găsi abordarea care va funcționa. Medicul, nursa sau consilierul pot lucra cu dumneavoastră pentru a depista tratamentul care vi se potrivește. Ei vă pot de asemenea ajuta să înțelegeți cum să acționați atunci, când sunteți în căutarea tratamentului adecvat sau când sunteți în așteptarea efectelor tratamentului.

Cum să decid ce tratament trebuie să iau?

Va trebui să lucrați împreună cu medicul sau nursa pentru a alege tratamentul. Medicamentele ar putea funcționa puțin mai rapid, fiind asociate cu consiliere. Însă, medicamentele pot de asemenea cauza efecte secundare. Plus la aceasta, unele persoane nu agreează ideea de a lua medicamente (există și soluții naturiste). Pe de altă parte, a merge la un consilier implică a vorbi cu o persoană străină despre propriile sentimente. Acest lucru este dificil pentru unele persoane.

Este depresia la fel la adolescenți?

Nu. Simptomele depresiei la adolescenți diferă puțin de simptomele la adulți. Unii adolescenți sunt indispuși sau triști majoritatea timpului. Din acest motiv, este dificil să spunem când ei sunt cu adevărat deprimați. Adolescenții care sunt deprimați deseori par irascibili. Ei ușor de vin “supărați” sau “deranjați.” Ei chiar se pot lua la ceartă, bătaie cu alte persoane. La fel, atunci când tratează un adolescent, medicii și nursele de obicei sugerează de a încerca mai întâi consilierea, înainte de a încerca medicamentele, deoarece medicamentele pentru depresie pot cauza probleme unor adolescenți. Cu toate acestea, unii adolescenți deprimați au nevoie de medicamente. Majoritatea experților consideră că medicamentele pentru depresie sunt sigure și este oportun să fie utilizate la adolescenții care au cu adevărat nevoie de ele.

Ce se întâmplă dacă iau medicamente pentru depresie, însă doresc să rămân însărcinată?

Unele medicamente pentru depresie pot cauza probleme pentru copiii nenăscuți. Însă, o depresie netratată pe parcursul sarcinii poate de asemenea cauza probleme, uneori mai grave, decât cele induse de medicament. Dacă doriți să rămâneți însărcinată, vorbiți cu medicul, însă nu încetați să luați medicamentele. Împreună puteți planifica cea mai sigură cale pentru dumneavoastră spre a avea un copil.

ANEXA 12. Ierarhia dovezilor și puterea recomandărilor (după NICE)

Puterea recomandărilor apare în dreapta textului fiecărei recomandări în paranteză.

IERARHIA DOVEZILOR	PUTEREA RECOMANDARILOR
NIVEL – TIPUL DOVEZII	CLASA – STUDIUL PE BAZA CARUIA S-A FACUT RECOMANDAREA
<p>Ia - Dovezi obținute din recenzii sistematice și meta-analize de trialuri (clinice) controlate randomizate</p> <p>Ib - Dovezi obținute din analiza a cel puțin un singur trial controlat randomizat</p>	<p>A - Cel puțin un trial controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat și cu referiri consistente privind recomandarea respectivă</p>
<p>Ila - Dovezi obținute din cel puțin un trial clinic nerandomizat, bine făcut</p> <p>Ilb - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic de orice tip, bine făcut, quasi-experimental</p>	<p>B - Un studiu clinic bine condus dar nu un trial clinic randomizat axat pe subiectul recomandării</p> <p>- Prin extrapolare de la un studiu de tip I</p>
<p>III - Dovezi obținute din studii descriptive neexperimentale, bine făcute, cum ar fi studii comparative, studii corelative și studii de caz</p>	
<p>IV - Dovezi obținute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experți, sau cele provenite din experiența clinică a personalităților</p>	<p>C - Rapoartele sau opiniile comitetelor de experți. Această clasă indică faptul că sunt absente studiile de calitate și cu aplicabilitate directă</p> <p>- Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III</p>

Anexa 13. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru Depresie

Domeniul Prompt	De definiții și note
Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
Consultarea	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistenta medicala primara	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Centrul Comunitar de Sanatate Mintala	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Asistenta medicala spitaliceasca	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Aplicarea Chestionarelor:	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
in AMP - Pacientului Sănătos (PHQ 9)	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
în servicii specializate - HAM-D, BDI	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Psihoeducatia pacienților	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
psihoterapii de scurta durata	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
- semne de pericol vital	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- stări grave după tentative de suicid	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea factorii declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări depresive:	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examenul clinic psihiatric	nu = 0; da = 1;
Examenul clinic somatic	nu = 0; da = 1;
Examenul clinic neurologic complet	nu = 0; da = 1;
Examenul paraclinic.	nu = 0; da = 1;
TRATAMENTUL	
Tratamentul in trepte	nu=0; treapta I=1; treapta II = 2; treapta III = 3; treapta IV= 4.
Administrarea preparatelor antidepresante	nu = 0; da = 1;
ISRS	nu = 0; da = 1;
Antidepresanți tri- și tetraciclici	nu = 0; da = 1;
Benzodiazepine	nu = 0; da = 1;
Durata administrării tratamentului antidepresiv - 3 luni	nu = 0; da = 1;
Durata administrării tratamentului antidepresiv - 6 luni	nu = 0; da = 1;
Psihoterapie	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZAREA ȘI MEDICAȚIA	
Prescrierea tratamentului de lunga durata	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	0= da; 1= nu;
Prescrierea tratamentului de lunga durata	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DECESUL PACIENTULUI	
Decesul în spital	0= da; 1= nu;

BIBLIOGRAFIE

1. Alexopoulos G., Kasper S., Möller Hans-Jürgen, *Moreno Carmen Ghidul scalelor de evaluare a tulburării depresive majore*. Tg.-Mureș, Farmamedia, 2015, 102 p. ISBN: 978-606-8215-49-5.
2. CIM-10 *Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic)*. București, Ed. ALL, 1998, 419 p.
3. Fairburn Christopher G. *Terapia cognitiv-comportamentală și Tulburările de comportament alimentar*. Traducere din limba engleză de Mihaela Marian Mihăilaș. Ed. Asociației de științe cognitive din România, Cluj-Napoca, 2014, 400 p.
4. Kaplan & Sadock *Manual de buzunar de psihiatrie clinică* (ediția a treia revizuită). Traducere din engleză. București, ed. Medicală, 2009, 558 p.
5. Lam Raimond W. *Depression*. Oxford University Press, Second Edition, 2012, 139 p.
6. Osborne L.M. *Antidepressants, Pregnancy and Stigma. How We Are Failing Mothers and Babies*. The Journal of Nervous and Mental Disease. V. 203, nr. 3, March, 2015, p. 164-66.
7. Robinson C.E. *Controversies About the Use of Antidepressants in Pregnancy*. The Journal of Nervous and Mental Disease. V. 203, nr. 3, March, 2015, p. 159-63.
8. Stahl Stephen M. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press, 2014, 600 p.
9. Nica-Udangiu Lidia, Prelipceanu Dan, Mihailescu Radu. *Ghid de urgențe în psihiatrie*. București, Ed. Scripta, 2000, p. 197-207.
10. Udriștoiu T., Marinescu D., *Ghiduri de terapie farmacologică în tulburările psihiatrice majore*. Editura Medicală Universitară, Craiova, p. 53-147, 2014.
11. Смулевич А.Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. Москва, изд-во, МИА, 2003, 432 с.