



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Tulburarea afectivă bipolară**

## **Protocol clinic național**

**PCN- 292**

*Chișinău, 2017*

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 22.11.2017, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii  
Moldova nr. 1061 din 26.12.2017 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național  
„Tulburarea afectivă bipolară”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<b>Anatol Nacu</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Mircea Revenco</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Ralph Kupka</b>	Professor, Psychiatrist and expert on bipolar disorder, VU University Dept. of psychiatry, Amsterdam, The Netherlands consultant for Trimbos Institute.
<b>Jana Chihai</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Coșciug Ion</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Deliv Inga</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Grigore Garaz</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Alexandr Dorosevici</b>	doctorand USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Anatol Nacu</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Mircea Revenco</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”

**Recenzenti oficiali:**

<b>Victor Ghicavii</b>	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Ghenadie Curocichin</b>	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Valentin Gudumac</b>	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Vladislav Zara</b>	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
<b>Maria Cumpăna</b>	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
<b>Iurie Osoianu</b>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<b>Gheorghe Ciobanu</b>	Catedra Urgențe medicale, USMF „Nicolae Testemițanu”

## CUPRINS

Cuprins .....	2
Abrevierile folosite în document .....	5
Prefață.....	6
A. Partea introductivă.....	7
A.1. DIAGNOSTICUL: TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ (PERSOANE ADULTE) .....	7
A.2. CODUL BOLII (CIM 10): F30 – F39 .....	7
A.3. UTILIZATORII:.....	7
A.4. SCOPURILE PROTOCOLULUI: .....	7
A.5. DATA ELABORĂRII PROTOCOLULUI: SEPTEMBRIE 2017 .....	7
A.6. DATA URMĂTOAREI REVIZUIRI: SEPTEMBRIE 2021 .....	7
A.7. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CARE AU PARTICIPAT LA ELABORAREA PROTOCOLULUI: .....	8
A.8. DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT .....	8
A.9. INFORMAȚIE EPIDEMIOLOGICĂ.....	10
B. Partea generală.....	12
B.1. NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE: .....	12
B.2. NIVELUL CONSULTATIV SPECIALIZAT DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ): .....	12
B.3. NIVELUL DE STAȚIONAR (SECȚII DE PSIHIATRIE ÎN SPITALELE DE PROFIL GENERAL) .....	13
B.4. NIVELUL DE STAȚIONAR (SPITALUL DE PSIHIATRIE) .....	14
C.1. Algoritmi de conduită.....	17
C.1.1. ALGORITMUL GENERAL DE CONDUITĂ AL PACIENTULUI - MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU RISC DE TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ .....	17
C.1.2. ALGORITMUL INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL.....	18
C.1.3. ALGORITMUL DIAGNOSTICĂRII TULBURĂRII AFECTIVE BIPOLARE .....	19
C.1.4. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA PENTRU EPISOD MANIACAL .....	20
C.1.5. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ -PREZENTAREA GENERALĂ ..	22
C.1.6. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ-PRIMUL PAS .....	23
C.1.7. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ- PAȘII URMĂTORI .....	23
C.1.8. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA LA CICLURI RAPIDE- PREZENTARE GENERALĂ.....	24
C.1.9. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA LA CICLURI RAPIDE- PRIMUL PAS ( DECIDEȚI CARE ESTE TIPUL CICLURILOR).....	25
C.1.10. ARBORELE DECIZIONAL: INDICAȚII PENTRU FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE .....	25
C.1.11. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE.....	26
C.1.12. ARBORELE DECIZIONAL: NIVELELE SANGVINE ALE STABILIZATORILOR DE DISPOZIȚIE .....	27
C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor .....	28
C.2.1. CLASIFICAREA .....	28
C.2.2. PROFILAXIA .....	29
C.2.2.1. Factorii de risc .....	29
C.2.2.2. Profilaxia – recomandări generale .....	29
C.2.2.3. Screening-ul .....	31
<b>C.2.3 CONDUITA PACIENTULUI CU TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ .....</b>	<b>31</b>
C.2.3.1 Anamneza [Sursa Sadock&Kaplan] .....	32
C.2.3.2 Manifestări clinice .....	34
C.2.3.3. Investigații paraclinice.....	37
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial .....	41
C.2.3.5. Pronosticul tulburării afectiv bipolare .....	47
C.2.3.6. Condițiile de tratament .....	47
C.2.3.7. Tratamentul TAB.....	52

C.2.3.8. Evoluția TAB.....	57
C.2.3.9. Tratatamentul de menținere și supraveghere .....	58
C.2.3.10. Recuperarea (la necesitate) .....	60
C.2.3.10.1 Recuperarea psiho-socială .....	60
C.2.3.10.2. Psihoterapia .....	63
C.2.4. COMPLICAȚIILE.....	64
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI .....	68
D.1. Instituțiile consultativ-diagnostice (CCSM).....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
D.2 Secțiile de psihiatrie .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI .....	71
ANEXE .....	72
ANEXA 1 .....	72
ANEXA 2 .....	74
ANEXA 3. ....	82
ANEXA 4. ....	82
ANEXA 5. ....	83
ANEXA 6. ....	83
ANEXA 7. ....	84
ANEXA 8. ....	84
ANEXA 9. ....	84
ANEXA 10. ....	85
ANEXA 11. ....	85
ANEXA 12. ....	88
ANEXA 13. ....	90
ANEXA 14. ....	98
ANEXA 15. ....	100
ANEXA 16.....	103
BIBLIOGRAFIE .....	<b>106</b>

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
TAB	Tulburare Afectivă Bipolară
TB-I	Tulburarea bipolară tip I
TB-II	Tulburarea bipolară tip II
CCSM	Centrul Comunitar De Sănătate Mintală
FACT	Tratamentul Asertiv Comunitar Flexibil (conform prevederilor autorului, acronimul rămâne englez: Flexible Assertive Community Treatment)
ECSM	Echipele comunitare de sănătate mintală
SIA	Suport individual pentru angajare
TC	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
SMT	Stimulare magnetică transcraniană
MS	Ministerul Sănătății
PCC	Psihoterapie cognitiv-comportamentală
TEC	Terapie electro-convulsivă
HoNOS	Scală de evaluare a funcționării medicale și sociale a persoanelor cu boli psihice severe.
MANSA	Scală de evaluare a calității vieții (The Manchester Short Assessment Of Quality of Life)
QLS	Scala Calității Vieții
MZ	Gemeni monoziгоți
BZ	Gemeni bizigoți
ADHD	Hiperactivitate cu Deficit Atențional
TBP	Tulburarea borderline de personalitate
MDQ	Chestionarul tulburărilor de dispoziție
ISRS	Inhibitori selectivi ai recăptării serotoninei
AVP	Acid Valproic
Lmt	Lamotrigină
Li	Săruri de Litium
Cbz	Carbamazepină
AP	Antipsihotic
Que	Quetiapină
Olz	Olanzapină
Ari	Aripiprazol
AD	Antidepresante
TSH	Hormon de stimulare tiroidiană
FOC	Combinatia Fluoxetină – Olanzapină
PGA	Prima Generație de Antipsihotice
SD	Stabilizator de dispoziție
SMTr	Stimulare Magnetica Transcranială Repetitivă
IRAP	Injecție Risperidonă cu Acțiune Prolungată
TCC	Trauma Cranio-cerebrală
NICE	Ghidurile NICE al National Institut for Health and Care Excellence
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
DSM-5	Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, ediția a 5-a
SCAN	Scală Clinică de Evaluare Neuropsihiatrică SCAN
YMRS	Scală de Evaluare de Manie al lui Young
ADHD	Tulburare prin Deficit Atențional/Hiperactivitate
TBP	Tulburare Borderline de Personalitate

## **PREFATĂ**

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 consorțitul 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) a summary of the NICE guideline Psychosis and schizophrenia in adults (2014); b) a summary of the Dutch Multidisciplinary guideline Schizophrenia (2013); c) a quality assessment (QUARTS) based on the Dutch Multidisciplinary guideline Schizophrenia (2013); d) the Dutch quality standard for Early psychosis, based on the Handbook for Early psychosis (2013) și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. DIAGNOSTICUL: TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ (PERSOANE ADULTE)**

#### **Exemple de diagnostic clinic:**

1. Tulburare afectivă bipolară, episod actual hipomaniacal.
2. Tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal, fără simptome psihotice.
3. Tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal, cu simptome psihotice.
4. Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv, ușor sau moderat.
5. Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever, fără simptome psihotice.
6. Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever, cu simptome psihotice.
7. Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt.
8. Tulburare afectivă bipolară, în prezent în remisiune.
9. Tulburare afectivă bipolară, nespecificată.

### **A.2. CODUL BOLII (CIM 10): F30 – F39**

#### **A.3. UTILIZATORII:**

1. oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
2. centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali);
3. centrele de sănătate (medici de familie);
4. cabinetele de consultanță psihiatrică în centrele consultative raionale (medici psihiatri);
5. secțiile de psihiatrie în spitalele de profil general (municipale, raionale);
6. spitalele de psihiatrie (medici psihiatri, medici rezidenți);
7. centrele medicinii de urgență (medici ai serviciului urgență);
8. centrele de intervenție în criză (medici psihiatri, psihoterapeuți, toxicoreanimatori, reanimatori, psihologi, asistente medicale).

**Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști implicați în acordarea asistenței medicale pacienților cu tulburare afectivă bipolară și alte tulburări de spectru afectiv.

#### **A.4. SCOPURILE PROTOCOLULUI:**

1. Facilitarea procesului de diagnostic al tulburării afective bipolare.
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și calității vieții pacientului cu tulburare afectivă bipolară.
3. Depistarea precoce a pacienților cu tulburare afectivă bipolară.
4. Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării datorate efectului dezadaptativ în aspect social al instituționalizării pacienților cu tulburare afectivă bipolară.




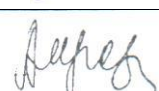
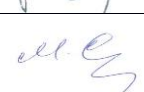

### **A.5. DATA ELABORĂRII PROTOCOLULUI: SEPTEMBRIE 2017**

### **A.6. DATA URMĂTOAREI REVIZUIRI: SEPTEMBRIE 2019**

**A.7. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CARE AU PARTICIPAT LA ELABORAREA PROTOCOLULUI:**

<b>Numele</b>	<b>Funcția</b>
Anatol Nacu	șef catedră, dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	dr. hab. în med., prof. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ralph Kupka	Professor, Psychiatrist and expert on bipolar disorder, VU University Dept. of psychiatry, Amsterdam, The Netherlands consultant for Trimbos Institute.
Jana Chihai	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Coșciug Ion	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Deliv Inga	dr. în med., conf. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Garaz	asist. univ., Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandr Dorosevici	psihiatru, doctorand USMF „Nicolae Testemițanu”, SCP

**Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:**

<b>Denumirea</b>	<b>Numele și semnătura</b>
Comisia Științifico-metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

**A.8. DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

**Tulburare afectivă bipolară** este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Recuperarea sindroamelor este de obicei completă între episoade. [CIM – 10]



**Depresia**<sup>1</sup> 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.

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

The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010, pag.17

**Episod maniacal** – stare caracterizată de dispoziție elevată și o creștere a volumului și vitezei activității fizice și mentale. [CIM - 10].

**Episodul maniacal** – o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormală și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată, în caz dacă este necesară spitalizarea). [DSM - 5].

**Hipomanie** – un grad mai ușor de manie, în care anormalitățile dispoziției și comportamentului sunt prea persistente și marcate pentru a fi definite ca ciclotimie, dar nu este însoțită de halucinații sau deliruri [CIM - 10].

**Episodul hipomaniacal** - o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormală și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate sporit direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, care durează cel puțin 4 (patru) zile consecutiv și este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic. [DSM - 5].

**Tulburarea bipolară tip I** – Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea. Pot să apară și episoade depresive majore sau episoade hipomaniacale.

**Tulburarea bipolară tip II** - Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal, dar fără episoade maniacale în anamneză.

**Tulburarea bipolară cu ciclare rapidă** – 4 (patru) sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni.

[Kaplan Sadock].

**Ciclotimia** – este o instabilitate persistentă a dispoziției, implicând numeroase perioade de depresie și elafie ușoară, nici una dintre ele nefiind suficient de severă sau de prelungită pentru a întruni criteriile pentru tulburarea afectivă bipolară.

---

<sup>1</sup> The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010, pag.17

## A.9. INFORMAȚIE EPIDEMIOLOGICĂ

- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea bipolară tip I este de 0,4 – 1,6%, iar pentru Tulburarea bipolară tip II este aproximativ 1-2%.
- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea bipolară tip I sau bipolară tip II, cu ciclare rapidă este 5-15% din persoanele cu tulburare bipolară.
- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea ciclotimică este de 0,4 – 1,0%.
- Incidența (cazuri noi pe an) pentru Tulburarea bipolară tip I este 1,2/100 la bărbați și 1,8/100 la femei.
- Prevalența (cazuri existente) pentru Tulburarea bipolară I tip este 1/100 la bărbați și femei.
- Distribuția pe sexe identică (poate ceva mai frecventă la femei în caz de - II).
- Vârsta critică este de 30 ani pentru bărbați și femei.
- Nu sunt diferențe epidemiologice în funcție de rasă.
- Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate.
- Risc crescut când sunt prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară.
- Risc de 20-25% pentru rudele de gradul I; 50% din bolnavii bipolari au un părinte cu tulburare a dispoziției. Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 25% de a face boala. Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 50-75% de a face boala. Concoranță MZ bipolari=40-70%, Concoranță BZ bipolari=20%.  
[Kaplan Sadock].
- Vârsta medie la debutul primului episod maniaco-depresiv sau depresiv major este de aproximativ 18 ani pentru tulburarea bipolară tip I. Pentru a pune în evidență acest diagnostic la copii sunt necesare investigații speciale. Întrucât copiii de aceeași vârstă cronologică se pot afla în diferite stadii de dezvoltare, este dificil de definit cu precizie ce este "normal" sau "așteptat" la un anumit moment al evoluției. Din acest motiv, fiecare copil trebuie raportat la nivelul său de bază.
- Debutul poate avea loc oricând pe parcursul vieții, chiar și la vârsta de 60-70 de ani.
- Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniaco-depresiv vor prezenta ulterior episoade depresive recurente.
- Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înaintea unui episod depresiv major.
- Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții.
- Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală.
- Riscul de suicid pe tot parcursul vieții, la indivizii cu tulburare bipolară a fost estimat ca fiind de cel puțin 15 ori mai mare decât în populația generală. De fapt, tulburarea bipolară contribuie la un sfert din totalul tentativelor de suicid reușite.
- Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniaco-depresiv care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară
- Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afecti-

ve poate fi cuprinsă între 3% și 5%.

- Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.
- La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani. [DSM - 5].

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE:

Descriere	Motivele	Pașii
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară.	Evaluarea persoanelor cu risc înalt și a semnelor prodromale ce permit suspectarea tulburării afective bipolare.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educația privind tulburarea afectivă bipolară (Anexa 1).</li> <li>Descurajarea consumului de droguri (C1.2).</li> </ul>
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1. Suspectarea și detectarea tulburării afective bipolare.	Anamneza permite suspectarea tulburării afective bipolare la persoanele din grupul de risc.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (caseta 6, 7).</li> <li>Examenul fizic.</li> <li>Trimiterea la CCSM (caseta 17,18)</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Referire pentru tratament.		<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trimiterea la CCSM (caseta 17, 18)</li> </ul>
<b>4. Supravegherea clinică</b>	Prevenirea recidivelor.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizarea sănătății fizice.</li> <li>Trimiterea la CCSM (caseta 17, 18)</li> </ul>

### B.2. NIVELUL CONSULTATIV SPECIALIZAT DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ)

Descriere	Motivele	Pașii
<b>1. Diagnosticul</b>		
Confirmarea diagnosticului de tulburare afectivă bipolară.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nu există simptome tipice pentru tulburarea afectivă bipolară.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluare multidisciplinară (Caseta 8)</li> </ul>
Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prezentarea simptomelor <u>afective sau afectiv-psihotice (ușoare)</u> se vor utiliza niște chestionare scurte de auto-evaluare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicarea Chestionarului Tulburărilor dispoziției (MDQ, QIDS-RR, IMRS (anexa 11, 12,15).</li> </ul>
Selectarea tipului de intervenție.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervențiile adecvate sunt posibile în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice a persoanei.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea etapei și tipului de îngrijire (tabelul 18).</li> </ul>
<b>2. Tratamentul</b>		

Tratament biologic.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiu ca rezultatul al administrării remediilor timostabilizatoare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea pacientului despre tulburarea de care suferă și decizia luată de comun acord referitor la necesitatea inițierii tratamentului (anexa 1).</li> <li>• Farmacoterapie în dependență de tipul tulburării (anexa 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).</li> </ul>
Tratament psihologic.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inițierea și menținerea tratamentului psihologic (caseta 43, 44), terapie cognitiv-comportamentală (caseta 45), terapie vocațională, ocupațională și profesională (caseta 41, 42), activități de reintegrare în comunitate (caseta 38), recuperare profesională (caseta 35, 36, 37), grupurile de suport de la egal-la-egal (caseta 39).</li> </ul>
<b>3. Supravegherea clinică continuă</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentru a asigura stabilitatea statutului psihic obținut prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă cu ECSM, inclusiv după depășirea stării de criză.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor respectând recomandările (anexele 32, 33, 34).</li> </ul>
<b>4. Reabilitarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în caz de TAB oferă beneficii.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei; includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (anexele 35, 36, 37).</li> </ul>

### **B.3. NIVELUL DE STAȚIONAR (SECȚII DE PSIHIATRIE ÎN SPITALELE DE PROFIL GENERAL)**

<b>Descriere</b>	<b>Motivele</b>	<b>Pași</b>
<b>1. Spitalizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, în caz că, predomină simptomatologia afectiv-psihotică, este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate după episodul morbid, când intervențiile la nivelul etapelor anterioare nu au fost eficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar de la CCSM</li> <li>• Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM (Caseta 18).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma tulburarea afectivă bipolară.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza.</li> <li>• Evaluarea simptomelor.</li> <li>• Examenul de laborator.</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial.</li> <li>• Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (caseta 18).</li> </ul>
<b>3. Tratatamentul</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat – spitalul de psihiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului are loc spitalizarea în spitalul de psihiatrie (caseta 18).</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, sindromului de hospitalism, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din CCSM. La fel, se discută externarea cu soțul/soție și/sau membrii familiei. (casetele 30, 40).</li> </ul> <p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul exact detaliat.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient.</li> <li>• Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa comunitară de sănătate mintală.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>

#### **B.4. NIVELUL DE STAȚIONAR (SPITALUL DE PSIHIATRIE)**

<b>Descriere</b>	<b>Motivele</b>	<b>Pașii</b>
<b>1. Spitalizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice în caz că predomină riscul suicidar, simptomele psihotice sub nivelul remisiunii cu multiple recidive, ciclicitatea rapidă, handicapul funcțional și cognitiv, după primul episod cu eșec la nivelul etapelor anterioare precum și în cazul, când persoana prezintă pericol pentru sine sau/și societate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice ale spitalelor de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz (caseta 18).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		

Descriere	Motivele	Pașii
	În caz de dubii, vizând diagnosticul pozitiv sau diagnosticul concomitent care necesită intervenții/ investigații suplimentare pentru a exclude/ confirma tulburarea afectivă bipolară.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza.</li> <li>• Evaluarea simptomelor.</li> <li>• Examenul de laborator.</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial.</li> <li>• Evaluarea dosarului din CCSM după caz (caseta 18).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unele stări necesită intervenții / investigații mai complexe și asigurarea condițiilor de staționar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se va efectua ținând cont de recomandările psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului.</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din CCSM. La fel, se discută externarea cu soțul/soție și/sau membrii familiei .</li> </ul> <p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul exact detaliat.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient.</li> <li>• Programul individual de reabilitare.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie</li> </ul>

#### **B.5. NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE URGENTE (ANEXA 1A)**

Descriere	Motivele	Pașii
<b>1. Diagnostic</b>		
1.1. Suspectarea tulburării afective bipolare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestarea tulburării afective bipolare la persoanele din grupul de risc.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (caseta 6, 7).</li> <li>• Evaluarea simptomelor. (caseta 9, 11, 12, 13).</li> </ul>
1.2. Detectarea tulburării afective bipolare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezentarea acutizării sau recăderii simptomelor tulburării afective bipolare.</li> <li>• Manifestarea simptomelor specifice episodului maniacal cu sau fără simptome psihotice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (caseta 6, 7).</li> <li>• Evaluarea simptomelor. (caseta 9, 11, 12, 13).</li> <li>• Trimiterea la CCSM pentru evaluare multidisciplinară.</li> </ul>

Descriere	Motivele	Pașii
1.3. Referire pentru stabilirea diagnosticului de TAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma tulburarea afectivă bipolară.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza.</li> <li>Evaluarea simptomelor.</li> <li>Efectuarea diagnosticului diferențial.</li> <li>Trimiterea la CCSM.</li> <li>Spitalizarea cu acordul beneficiarului.</li> </ul>
<b>2. Tratamentul</b>		
2.1. Intervenție activă în criză	Stabilizarea stării psihice	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenție de urgență (Casetă 17, 23)</li> <li>Farmacoterapie în dependență de tipul tulburării (anexa 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).</li> </ul>
2.2. Referire pentru tratament.	La prezentarea simptomelor afective sau afectiv-psihotice, care nu prezintă pericol pentru sine sau pentru cei din jur.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trimiterea la CCSM.</li> </ul>
2.3. Spitalizarea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Predomină simptomaticele afectiv-psihotice, este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate.</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transportul și spitalizarea pacienților psihotici în secțiile psihiatrice ale spitalelor de profil general, sau spitalul de psihiatrie.</li> </ul>
2.4 Terapie de conținție	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persoana prezintă comportament violent (agresiv).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Managementul verbal;</li> <li>Imobilizarea fizică;</li> <li>Imobilizarea medicamentoasă.</li> <li>Spitalizare.</li> </ul>



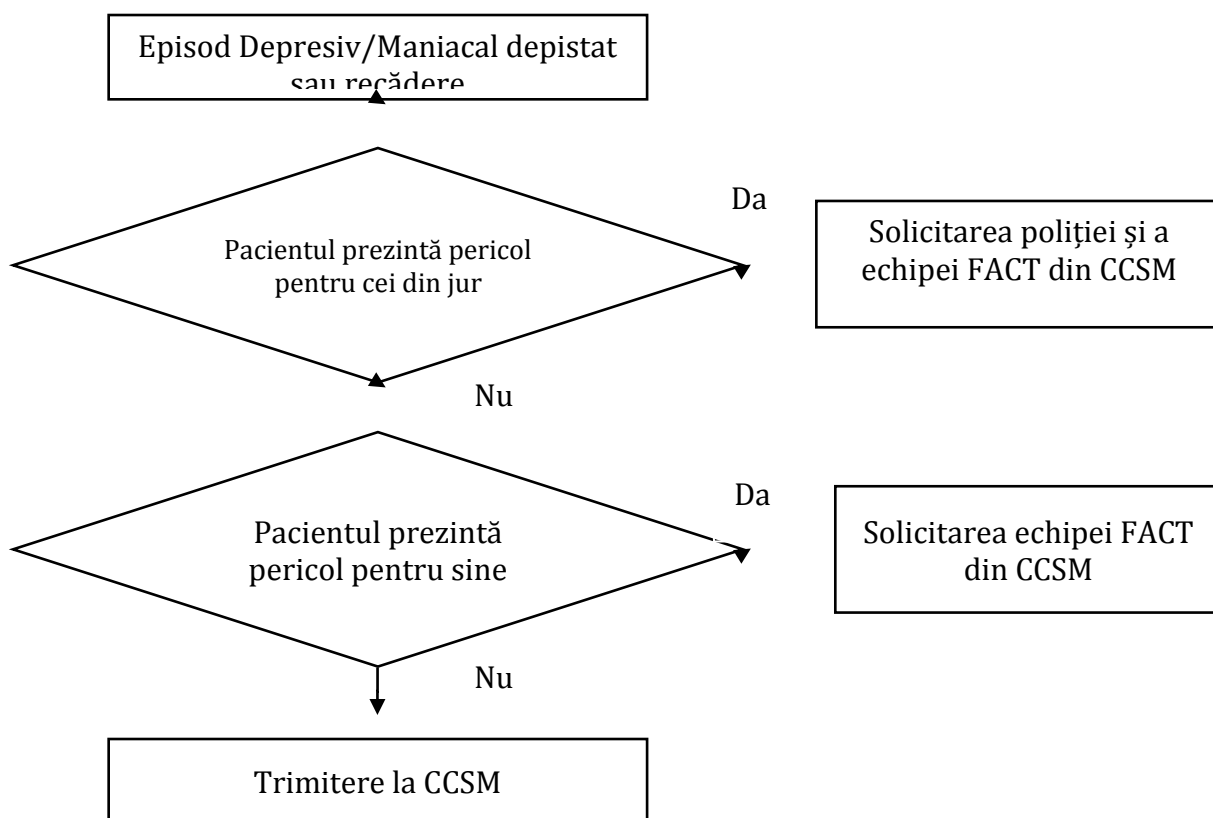
## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. ALGORITMUL GENERAL DE CONDUITĂ AL PACIENTULUI - MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU RISC DE TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

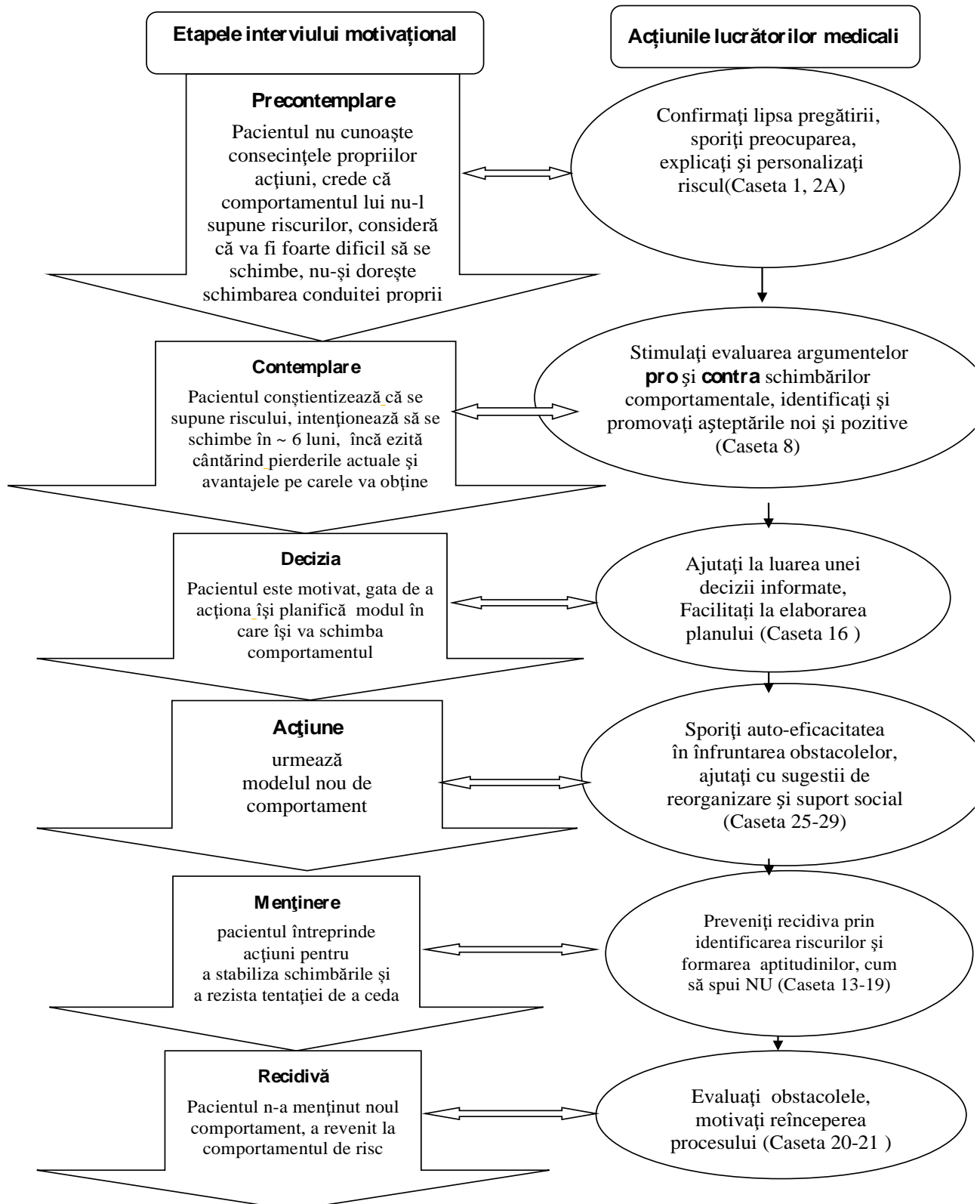
\* Gradarea riscului de Tulburare Afectivă Bipolară

**Risc de dezvoltare a Tulburării Afective Bipolare :** rudă de gradul întâi cu Tulburare Afectivă Bipolară, gemeni MZ sau BZ, care nu prezintă simptome sau are simptome ușoare; episod depresiv anterior până la vârsta de 25-30 ani; episod hipomaniacal, sau maniacal în anamneză; simptome afectiv-psihotice, posibil comportament autolitic sau dezorganizat cu acțiuni nechibzuite (dăruirea nemotivată a bunurilor materiale proprii persoanelor necunoscute; cheltuieli bănești inutile, etc.). Posibil comportament de solicitare a ajutorului din partea aparținătorilor, mai rar din partea pacientului.

Asistența medicală primară și/sau Centrul Comunitar de Sănătate Mintală	→	Evaluati persoana cu risc înalt și foarte înalt de psihoză și schizofrenie *
	→	Educați pacientul și rudele privind factorii de risc înalt și foarte înalt de psihoză și schizofrenie; manifestările prodromale ale acestora. Recomandarea PCC.
	→	Descurajați consumul de alcool și/sau droguri
	→	

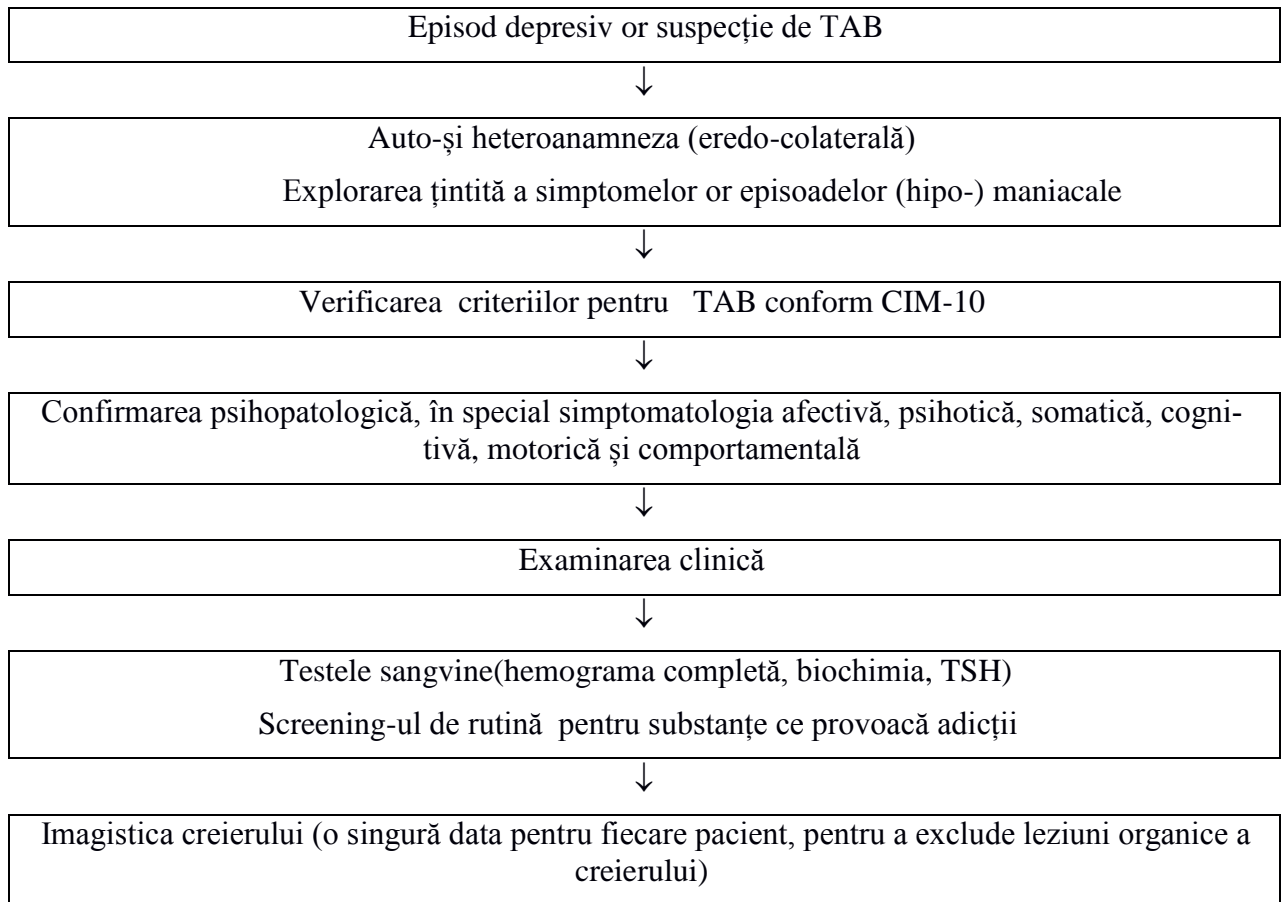


## C.1.2. ALGORITMUL INTERVIULUI MOTIVAȚIONAL



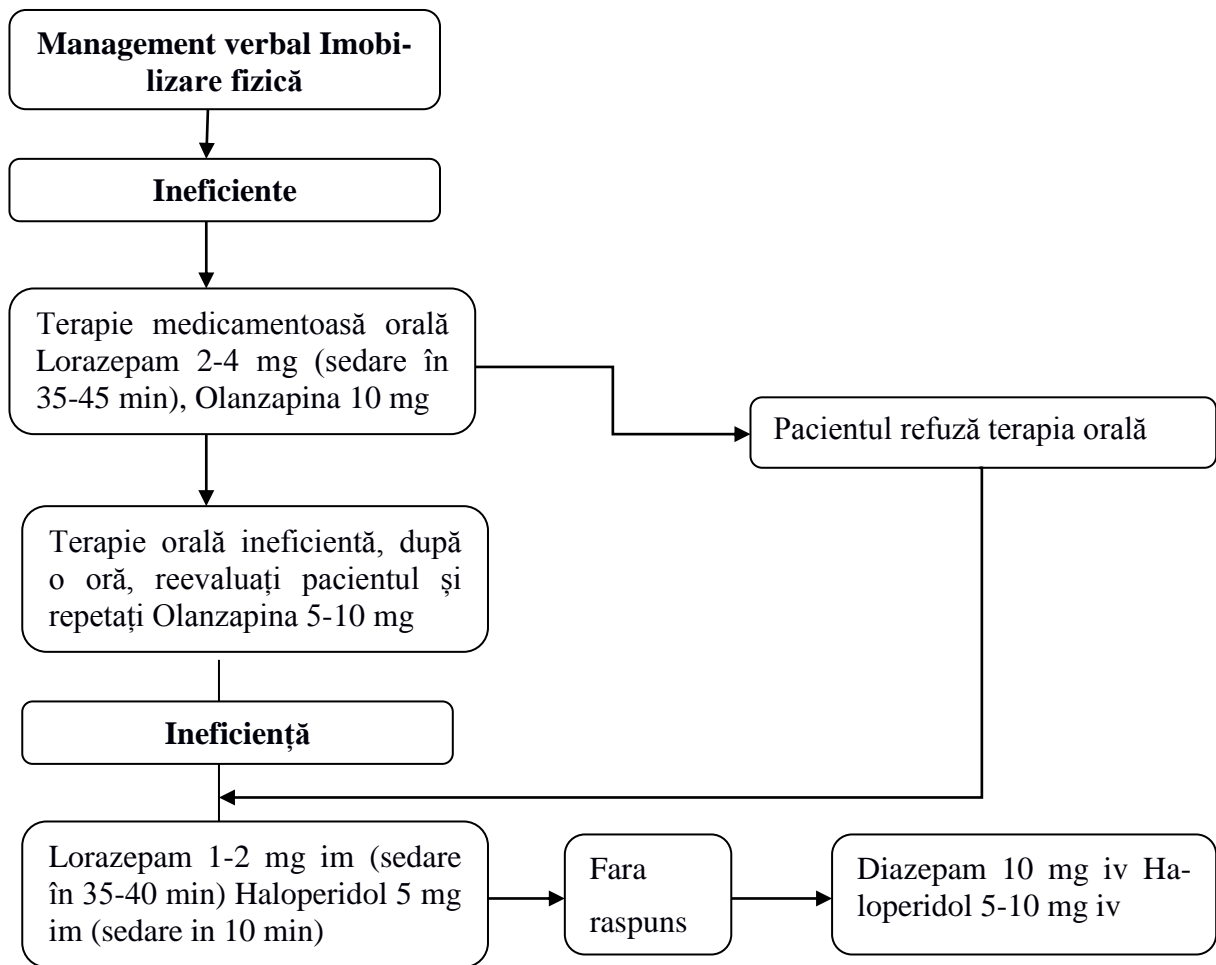
### C 1.3. ALGORITMUL DIAGNOSTICĂRII TULBURĂRII AFECTIVE BIPOLARE

#### Diagnostic de Tulburare Afectivă Bipolară<sup>2</sup>



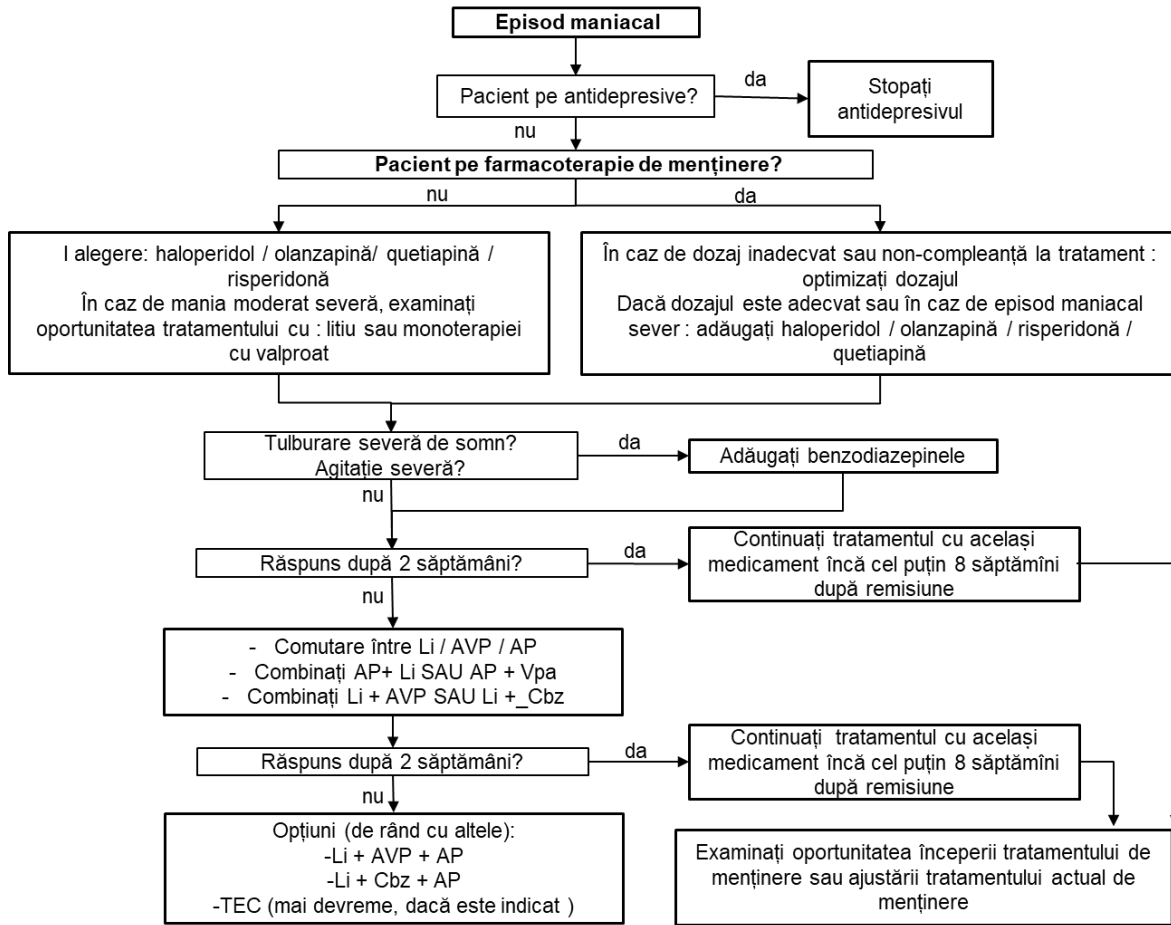
<sup>2</sup> [Bschor Tom, Rub Andreas Bazele clinico-terapeutice ale tulburărilor afective. Ed. Farmamedia, Tg.-Mureș, 2010, p. 77]

### C 1.4. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL PACIENTULUI VIOLENT<sup>3</sup>

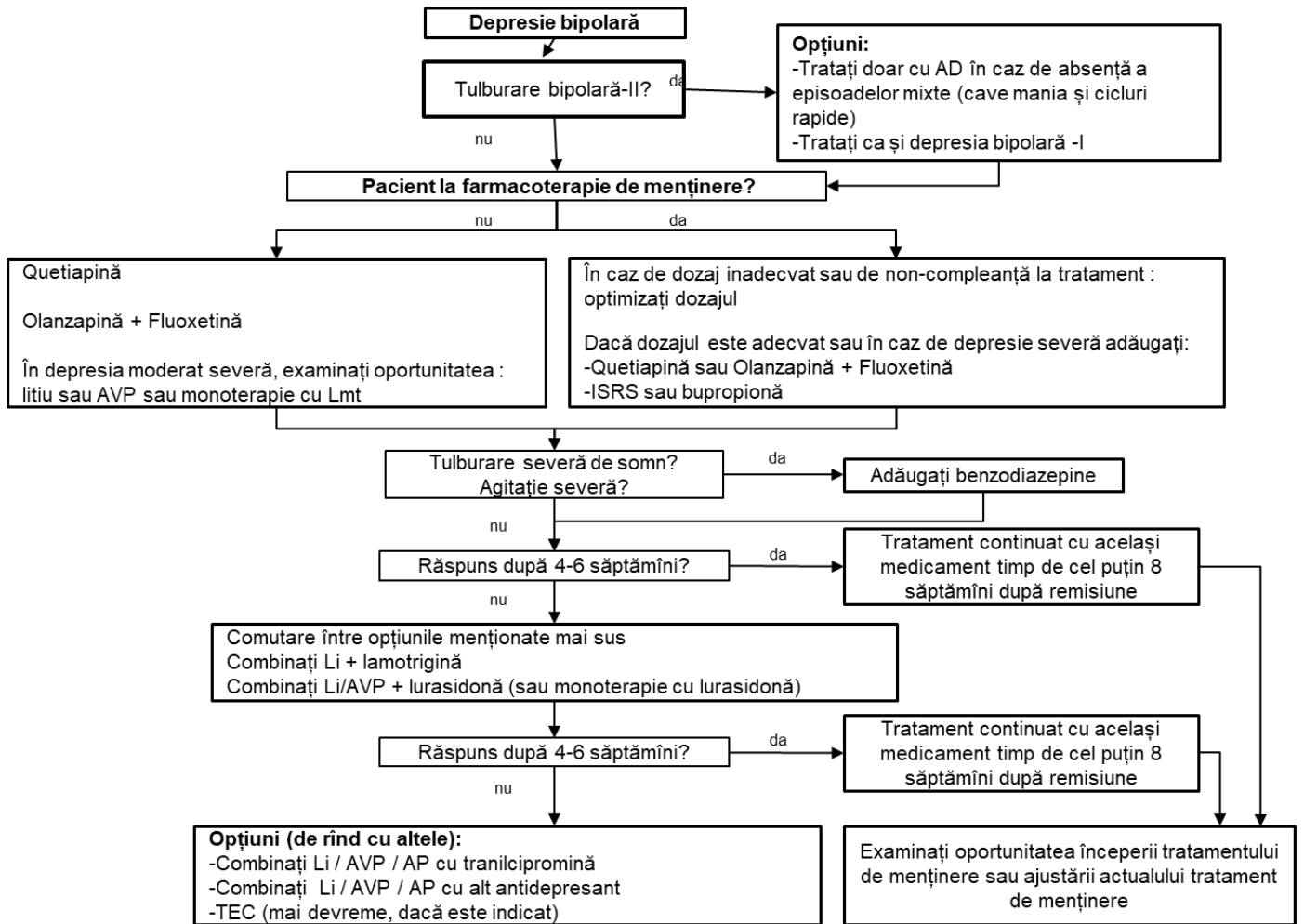


<sup>3</sup> Dartford D, Gravesham D. Short Term Clinical Guidelines on the Management of Disturbed/Violent Behaviour of Patients in A&E and Emergency Situations (including the use of Rapid Tranquilisation

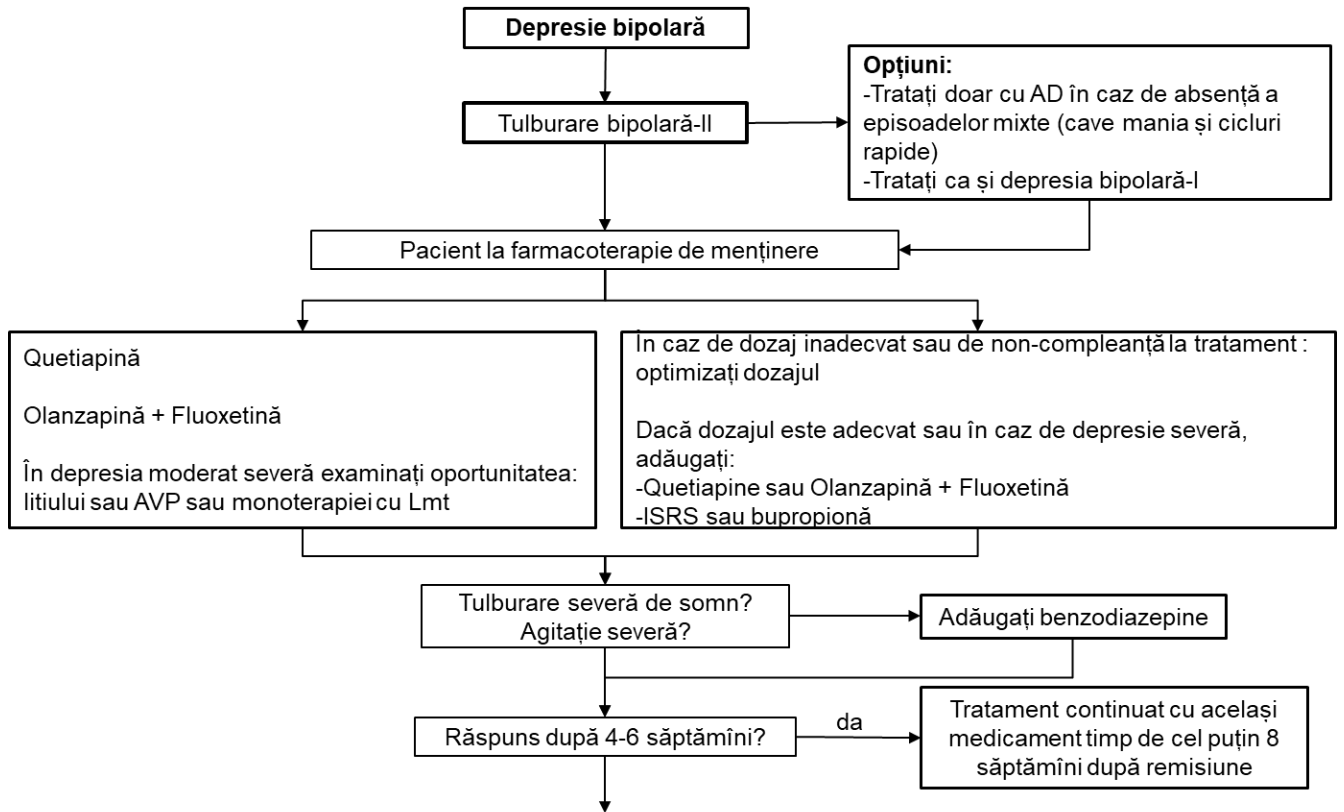
**C.1.5. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA PENTRU EPISOD MANIACAL**



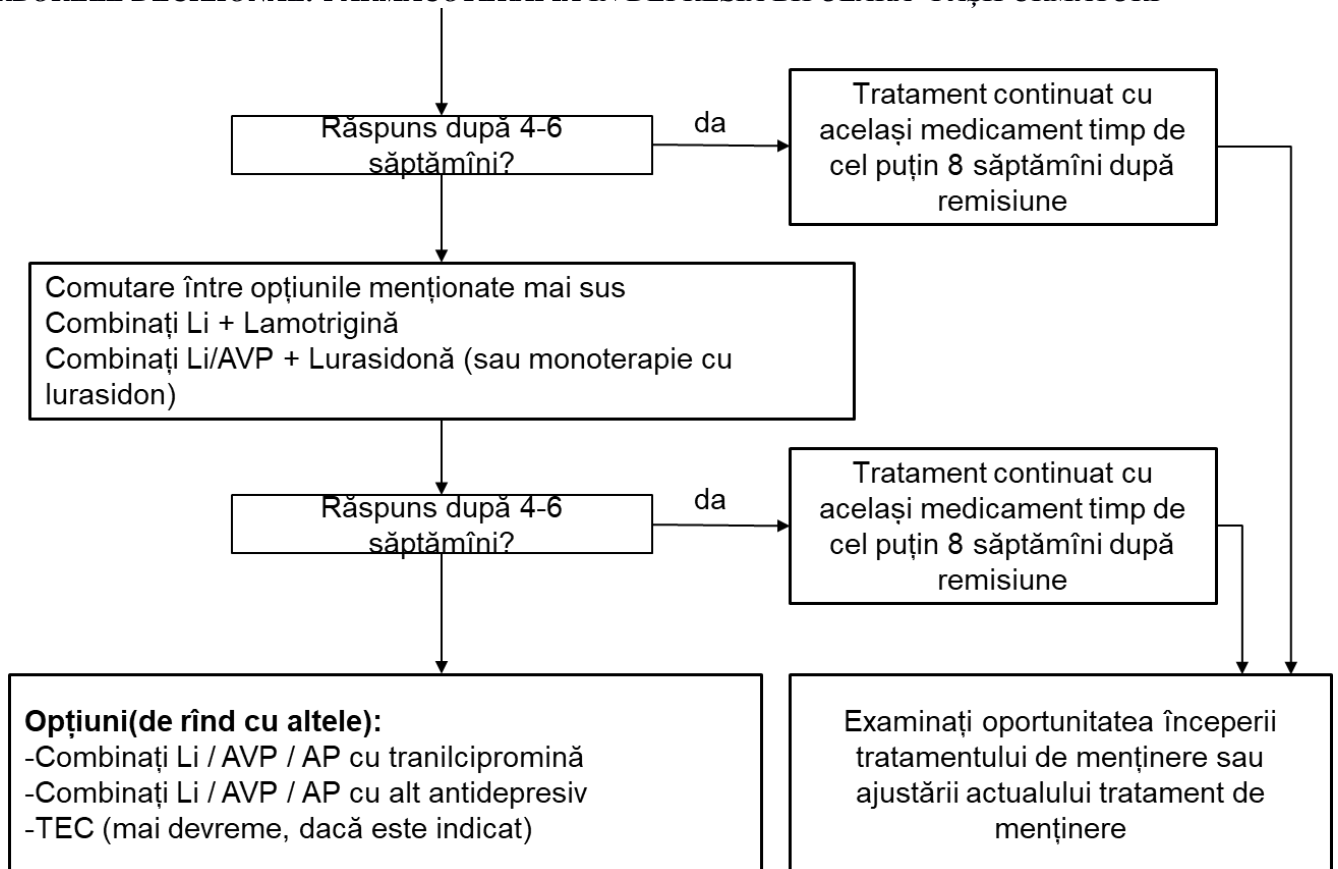
**C.1.6. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ -PREZENTAREA GENERALĂ**



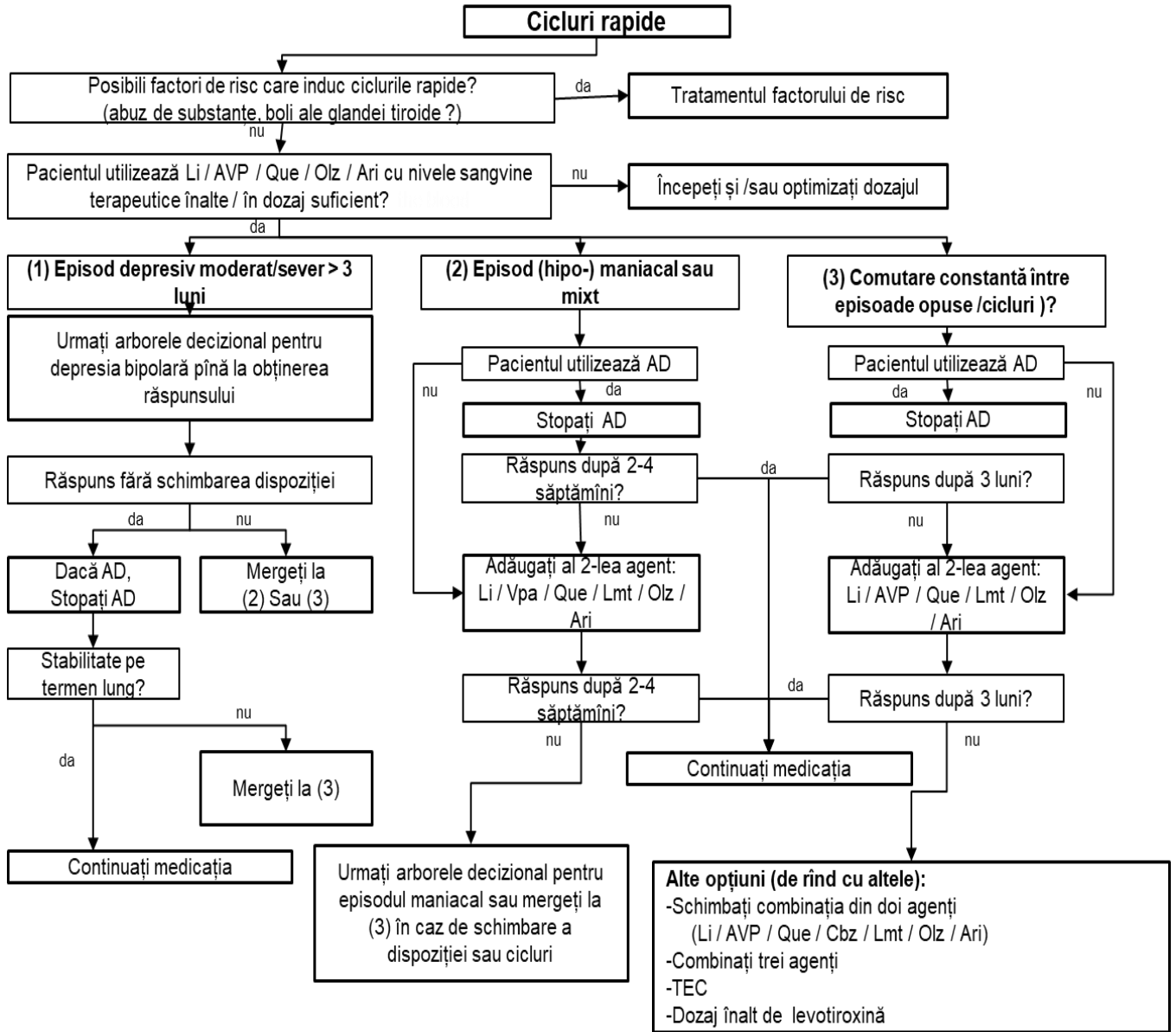
### C.1.7. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ- PRIMUL PAS



### C.1.8. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ- PAȘII URMĂTORI

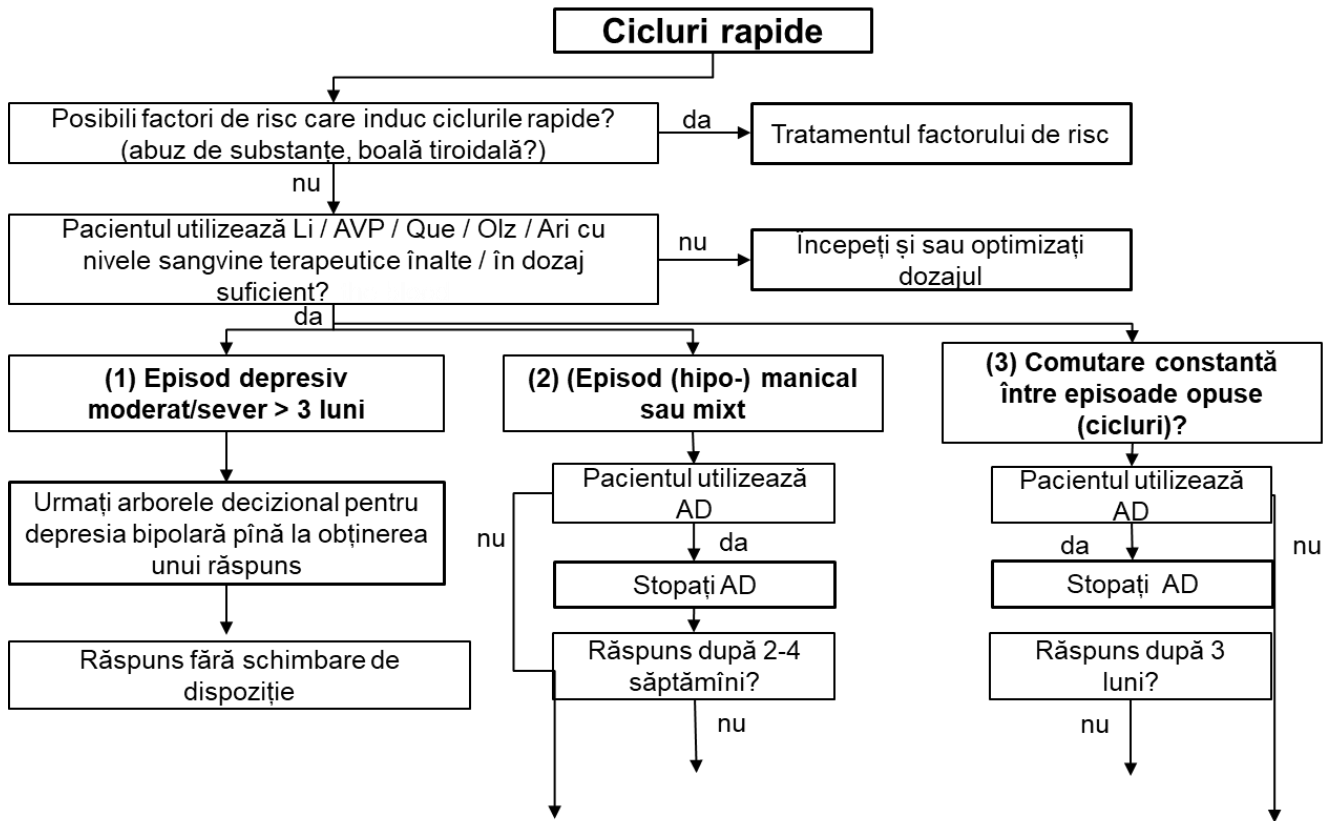


**C.1.9. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA LA CICLURI RAPIDE- PREZENTARE GENERALĂ**

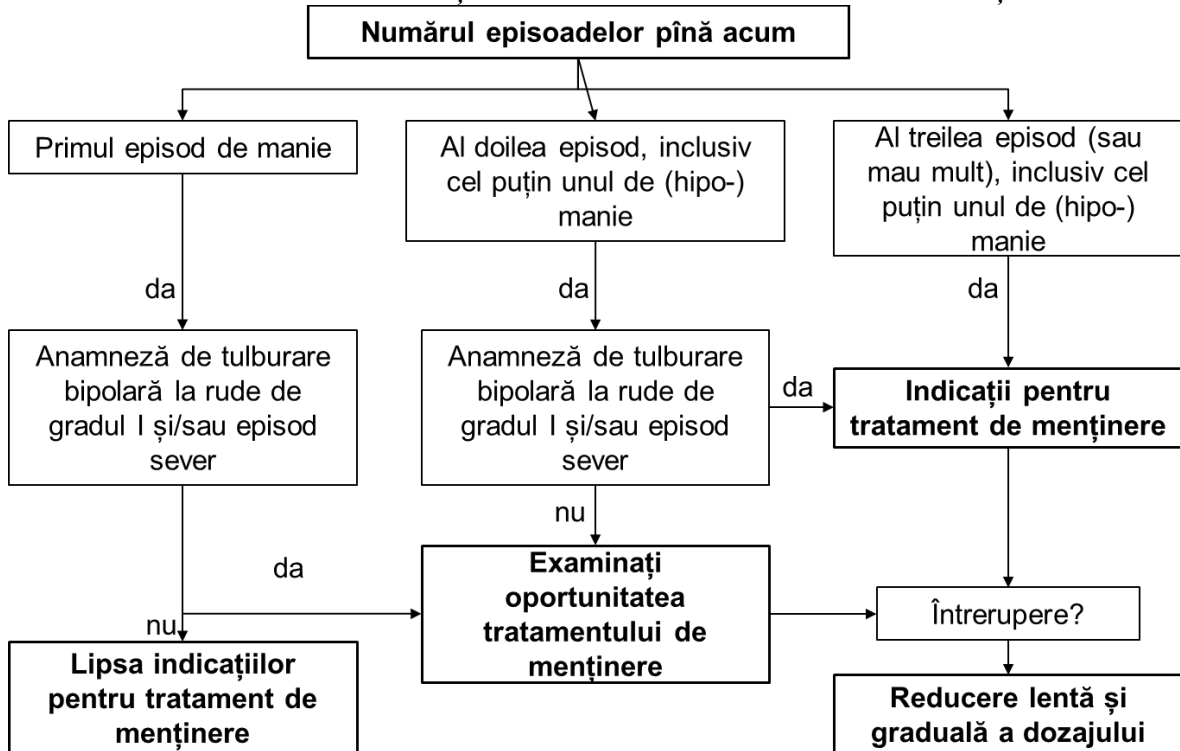




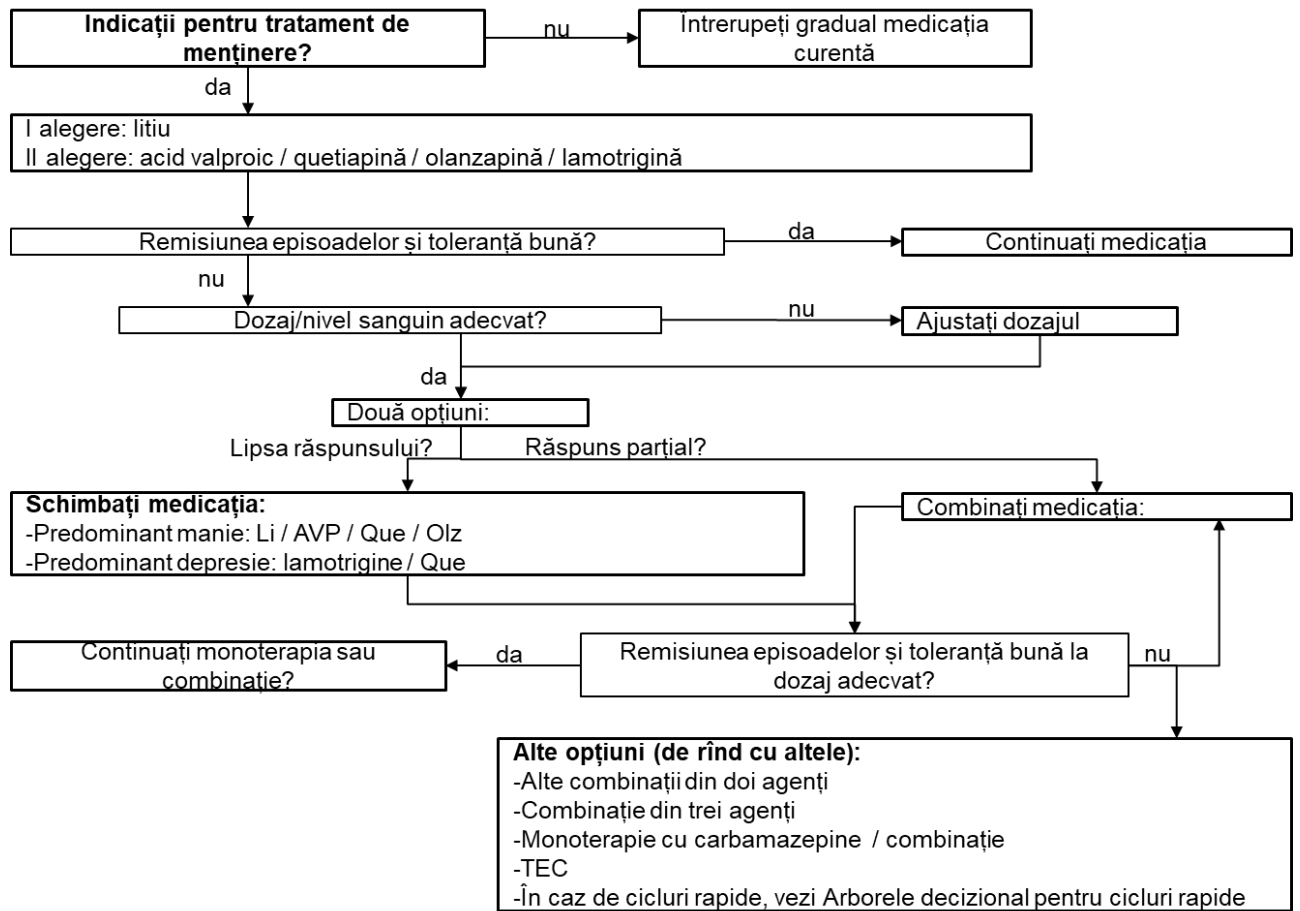
**C.1.10. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA LA CICLURI RAPIDE- PRIMUL PAS ( DECIDEȚI CARE ESTE TIPUL CICLURILOR)**



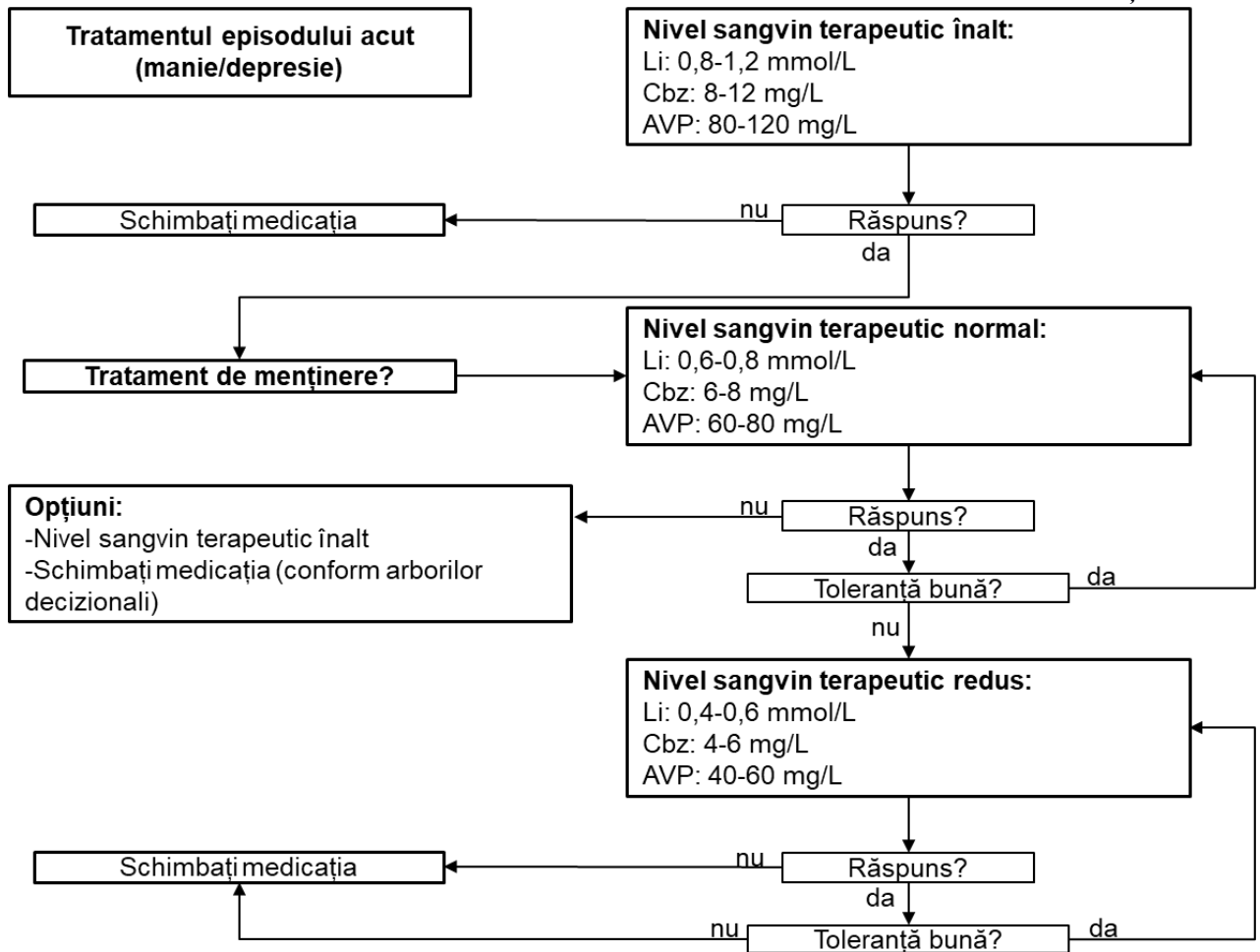
**C.1.11. ARBORELE DECIZIONAL: INDICAȚII PENTRU FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE**



**C.1.12.ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE**



**C.1.13. ARBORELE DECIZIONAL: NIVELELE SANGVINE ALE STABILIZATORILOR DE DISPOZIȚIE**



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. CLASIFICAREA

**Tabelul 1 Clasificarea tulburărilor afective bipolare**

Forma nosologică și codul clasificării	
ICD - 10	DSM - 5
<b>F31 Tulburarea afectivă bipolară</b>	<b>Tulburare bipolară tip I</b>
F 31.0 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal	Episodul hipomaniacal actual sau cel mai recent (296.40)
F 31.1 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacoal fără simptome psihotice	Episodul maniacoal actual sau cel mai recent ușor (296.41), moderat (296.42), sever (296.43)
F 31.2 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacoal cu simptome psihotice	Episodul maniacoal actual sau cel mai recent cu elemente psihotice (296.44)
F 31.3 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv ușor sau moderat .30 Fără simptome somatice .31 Cu simptome somatice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent ușor (296.51), moderat (296.52),
F 31.4 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever fără simptome psihotice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent sever (296.53)
F 31.5 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever cu simptome psihotice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent cu elemente psihotice (296.54)
F 31.6 Tulburare afectivă bipolară - episod actual mixt	Hipomanie, manie, depresie specificată cu elemente mixte
F 31.7 Tulburare afectivă bipolară în prezent în remisiune	Episodul maniacoal actual sau cel mai recent în remisiune parțială (296.45), Episodul depresiv actual sau cel mai recent în remisiune parțială (296.55), Episodul maniacoal actual sau cel mai recent în remisiune completă (296.46) Episodul depresiv actual sau cel mai recent în remisiune completă (296.56)
F 31.8 Alte tulburare afective bipolare (include tulburarea bipolară de tip II)	Tulburare bipolară II (296.89) Altă tulburare specifică bipolară și tulburări înrudite specificate (296.89)
F 31.9 Tulburare afectivă bipolară, nespecificată	Alte tulburări bipolare nespecificate și tulburări înrudite specificate (296.80) Episodul maniacoal actual sau cel mai recent nespecificat (296.40) Episodul depresiv actual sau cel mai recent nespecificat (296.50) Episod actual sau cel mai recent nespecificat (296.7)
F34 Tulburări persistente ale dispoziției afective F 34.0 Ciclotimie	Tulburarea ciclotimică (301.13)

## C.2.2. PROFILAXIA

### C.2.2.1. Factorii de risc

#### Caseta 1 Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea Tulburării afective bipolare

Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate [Kaplan Sadock].

- Risc crescut când sun prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară [Kaplan Sadock].
- Riscul estimativ morbid de 3-8% la rudele de generația I a probandului cu TAB.[Kaplan Sadock];
- Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 10-25% de a face boala [Kaplan Sadock].
- Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 20-50% de a face boala [Kaplan Sadock].
- Concordanță gemeni MZ bipolari=40-70%, Concordanță gemeni BZ bipolari=20% [Kaplan Sadock].
- Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniacal vor prezenta ulterior episoade depresive recurente.
- Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înainte unui episod depresiv major.
- Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții.
- Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală.
- Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniacal care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară
- Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%.
- Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.

La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani. [DSM - 5].

### C.2.2.2. Profilaxia – recomandări generale

#### Caseta 2 Recunoașterea grupului cu risc vizând dezvoltarea tulburării afective bipolare

1. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele cu rude de gradul I suferinde cu tulburări de dispoziției afective.
2. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la gemenii mono- sau bizi-goți dacă unul din gemeni suferă de tulburare afectivă.
3. Monitorizarea minuțioasă a adulților cu depresie, care se prezintă la serviciile de asistență primară (întrebați-i dacă n-au avut anterior perioade de dispoziție ridicată, hiperactivitate sau comportament dezinhibat. În ultimele 4 sau mai multe zile).
4. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele care au suferit un episod de depresie cu debut timpuriu – până la vârsta de 25 – 30 ani, inclusiv.
5. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele diagnosticate cu ciclotimie.

Scopul identificării grupului de risc:

- Inițierea timpurie a tratamentului timostabilizator.
- Limitarea severității episoadelor de tulburare a dispoziției afective.
- Prevenirea episoadelor depresive / maniacale severe cu simptome psihotice.

### **Caseta 3 Managementul persoanelor din grupul de risc în sensul dezvoltării tulburării afective bipolare**

- Nu oferiți medicamente antidepresive, antipsihotice sau timostabilizatoare:
  - În caz de simptome psihotice sau schimbări ale stării mintale care nu sunt suficiente pentru diagnosticarea tulburării afective bipolare, sau
  - În scopul reducerii riscului unui episod de boală.
- Dacă o persoană se consideră a fi în situație de risc înalt de dezvoltare al TAB: aplicați o terapie cognitiv-comportamentală individuală (PCC) cu sau fără intervenția familiei, în scopul reducerii riscului unui episod morbid.

### **Caseta 4 Recomandări generale cu privire la profilaxia Tulburării afective bipolare**

1. **Profilaxia primară** are ca scop: depistarea și atenuarea/excluderea acțiunii unor factori de risc din mediul înconjurător, care sunt cunoscuți că pot produce îmbolnăvirea și, se realizează prin screening-urile care se fac în populație.<sup>4</sup>
  - Screening-ul și monitorizarea în timp a persoanelor depresive de vârstă relativ tânără vizând dispoziția afectivă, cu scopul depistării timpurii a tulburării și intervenției precoce.
2. **Profilaxia secundară** are scopul de a depista acutizările/riscul de recidivă în stadiul precoce, pentru a reduce durata și severitatea episoadelor, de a preveni complicațiile și recidivele și se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată.
  - Se recomandă screening-ul tuturor persoanelor diagnosticate cu tulburare afectivă bipolară, care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor afective și/sau psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar ( Chestionarul tulburărilor dispoziției MDQ, vezi anexa 12, IMRS anexa 11, QIDS-RR anexa 15)
3. **Profilaxia terțiară** are scopul de a recupera și a readapta pacientul ajuns într-o stare avansată de boală și de a-l reintegra în familie, la locul de muncă, în societate.
  - Se recomandă ca după remiterea simptomelor afective ori/și psihotice să se elaboreze împreună cu pacientul un profil individual al riscului de recidivă, în baza simptomelor de înaintea primului episod și a factorilor de risc pentru recidivă, în special semnele de avertizare precoce (de exemplu, hiperactivitate neproductivă asociată cu lipsa necesității de somn în manie). Dacă pacientul nu este motivat să facă acest lucru, se propune de a elabora un asemenea profil împreună cu colegii din echipa multidisciplinară în colaborare cu familia.
  - Se recomandă cu insistență de a nu înceta intervențiile după întreruperea administrării medicamentelor. Oferiți oportunități ușor accesibile de contactare a clinicienilor în primii cinci ani după remiterea episodului.
  - restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale;
  - de asigurat pacientului: condiții igienice generale bune, un regim individual, cu excluderea pe cât este posibil a supraefortului mental și a stresurilor psihoemoționale; pentru profilaxie maximă, pacientul trebuie să fie încadrat într-un regim de lucru și odihnă rațional;

---

<sup>4</sup> Tintiuc Dumitru, Sănătate Publică și Management, Chișinău, 2007, ISBN – 978-9975-918-90-9

### C 2.2.3. Screening-ul<sup>5</sup>

#### Caseta 5 Instrumente de screening

- Când adulți cu depresie se prezintă la serviciile de asistență primară, întrebați-i dacă n-au avut anterior perioade de dispoziție ridicată, hiperactivitate sau de comportament dezinhibat. Dacă hiperactivitatea sau comportamentul dezinhibat au durat 4 zile sau mai mult, examinați oportunitatea referirii pentru o evaluare specializată de sănătate mintală.
- Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ, vezi anexa 12 ) poate fi utilizat pentru screening-ul tulburării bipolare. Un rezultat pozitiv al testului nu indică cu certitudine prezența tulburării bipolare, însă este un semnal pentru o evaluare ulterioară în scop de diagnostic. Un rezultat negativ la test implică neapărat absența tulburării și face stabilirea diagnosticului de TAB mai puțin probabil.
- În cazul unui rezultat pozitiv la testul MDQ, este necesară efectuarea unei evaluări psihiatrice suplimentare. O asemenea evaluare se va baza pe istoria longitudinală, istoria longitudinală din partea unui informator, examinarea fizică.
- Chestionarul de tulburare de dispoziție (MDQ) (Hirschfeld, si al. 2000) este un instrument de screening scurt, de auto-raportare din spectrul bipolar al tulburărilor. Calitatea psihometrică a fost evaluată (Hirschfeld, et al., 2003) în rândul populației generale (SUA) (sensibilitate = 0,28 și specificitate = 0,97). Datorită sensibilității scăzute, instrumentul nu este potrivit pentru testarea populației generale. MDQ este potrivit pentru monitorizarea tulburării bipolare la adulții cu simptome depresive sau diagnostic de depresie majoră (de exemplu, pacienți cu risc înalt).<sup>6</sup>
- Scala Young De Evaluare A Maniei (YOUNG MANIA RATING SCALE-YMRS) (vezi anexa 11) - este cea mai utilizată scala de evaluare a simptomelor maniacale. Ea a fost publicată în 1978 (Young și colab. 1978) cu intenția de a oferi o scala de observație așa cum există o scala de observație pentru depresie. Ea este construită pentru a evalua severitatea simptomelor și a evalua eficacitatea tratamentului antimaniacal. Itemii scalei au fost selectați pe baze descrițiilor clinice ale maniei și reflectă simptomele existente atât în formele ușoare cât și în cele severe de manie (Young și colab. 2000).
- Inventar rapid al simptomatologiei depresive (auto-raportare) – QIDS – este cel mai des utilizat pentru evaluarea depresiei în cadrul TAB, (vezi anexa 15).

### C.2.3 CONDUITA PACIENTULUI CU TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ

#### Caseta 6 Pașii obligatorii în examinarea pacientului cu Tulburare Afectivă Bipolară

- **Examene de bază:**
  - ✓ examenul clinic psihiatric și somatic, neurologic complet;
  - ✓ anamneza (colectarea informației de la rude, prieteni, vecini, colegi etc.- heteroanamneza);
  - ✓ examenul paraclinic.
- **Examene suplimentare:**
  - ✓ examenul psihologic;
  - ✓ consultul medical.

5 Ghidul Olandez-TAB

6 Hirschfeld, R., Williams, J., Spitzer, R., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E. Jr. e.a. (2000). Development and validation of screening instrument for bipolar spectrum disorder: the mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.

Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., e.a. (2003a). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 178-80.

### C.2.3.1 Anamneza [Sursa Sadock&Kaplan]

#### Caseta 7 Recomandări pentru culegerea anamnezelor în Tulburarea Afectivă Bipolară

- Ereditatea (rude cu tulburări psihice, în special ale spectrului afectiv).
  - A. Depistarea simptomelor specifice episodului Depresiv**
    - 1. Informații obținute din istoric**
      - a. Dispoziție depresivă –sentiment subiectiv de tristețe, de a i se fi „scufundat corăbiile” sau de „inimă albastră” pentru o perioadă prelungită de timp.
      - b. Anhedonie – incapacitatea de a resimți plăcere.
      - c. Retragere socială.
      - d. Lipsa motivației, toleranță la frustrare redusă.
      - e. Semne vegetative.
        - (1) Pierderea libidoului.
        - (2) Pierdere în greutate și anorexie.
        - (3) Creștere în greutate și hiperfagie.
        - (4) Nivel scăzut al energiei; fatigabilitate.
        - (5) Tulburări menstruale.
        - (6) Treziri matinale (insomnie terminală – trezire mai devreme decât î-și poate permite să doarmă); aproximativ 75% dintre pacienții depresivi au tulburări de somn – fie insomnie, fie hipersomnie,
        - (7) Variație diurnă (circadiană) a dispoziției (simptomele depresiei fiind mai intense dimineața).
      - f. Constipație.
      - g. Uscăciunea gurii.
      - h. Cefalee.
    - 2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente**
      - a. **Aspectul și comportamentul general** – inhibiție sau agitație psihomotorie, contact ocular deficitar, plâns spontan, deprimare, inatenție vis-a-vis de aspectul personal.
      - b. **Afect** – conștientat sau labil.
      - c. **Dispoziție** – deprimată, iritată, frustrată, tristă.
      - d. **Vorbire** – spontanietate redusă sau absentă, monosilabică, pauze lungi, voce slabă, lipsită de forță, monotona.
      - e. **Conținutul gândirii** – ideea suicidară afectează 60% dintre pacienții depresivi, iar 15% încearcă să se sinucidă; rumații obsesive; sentimente atotcuprinzătoare [pervazive] de lipsă de speranță, de lipsă de valoare, de vinovăție; preocupări somatice; indecizie; sărăcie a conținutului gândirii și sărăcie a vorbirii; halucinații și deliruri congruente cu dispoziția.
      - f. **Cognițe** – distractibilitate, dificultăți de concentrare, acuze de memorie, aparentă dezorientare; poate fi dereglată gândirea abstractă.
      - g. **Critica vis-a-vis de boală și judecata** – sunt modificate din cauza distorsiunilor cognitive în sensul devalorizării personale (pacientul î-și poate privi boala ca pe o pedeapsă meritată; frecvent se consideră incurabil).
    - B. Depistarea simptomelor specifice episodului Maniacal**
      - 1. Informații obținute din istoric**
        - a. Comportament dezordonat (dezorganizat) și dezinhibat:
          - (1) Cheltuirea excesivă a banilor sau jocuri de noroc excesive.
          - (2) Călătorie impulsivă.
          - (3) Hipersexualitate, promiscuitate.
        - b. Extinderea excesivă a activităților și responsabilităților
        - c. Intoleranță la frustrare cu iritabilitate, izbucniri de mânie.
        - d. Semne vegetative:
          - (1) Libido crescut.
          - (2) Pierdere în greutate, anorexie.
          - (3) Insomnie (manifestată prin lipsa necesității de a dormi).
          - (4) Energie excesivă.



## 2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente

- a. **Prezentare și comportament general** – agitație psihomotorie; seductivitate, îmbrăcăminte colorată, machiaj excesiv, inatenție față de aspectul personal sau combinații vestimentare bizare; intruziv; distractiv; amenințator; hiperexcitat.
- b. **Afectul** – labil, intens (poate avea treceri rapide la depresie).
- c. **Dispoziția** – euforică, expansivă, iritabilă, solicitantă [exagerat de prietenoasă], flirtantă.
- d. **Vorbirea** – logoreică, zgomotoasă, dramatică, exagerată, poate deveni și incoerentă.
- e. **Conținutul gândirii** – stimă de sine intens crescută, grandiozitate, egocentrism intens; deliruri și, - mai puțin frecvent, - halucinații (tematici congruente cu dispoziția – valoare de sineși putere inflaționată; cel mai adesea grandioase și paranoide).
- f. **Procesele de gândire** – fugă de idei (dacă este severă, poate să conducă la incoerență); gânduri care “aleargă”, neologisme, asociații, asociații prin asonanță, circumstanțialitate, tangențialitate.
- g. **Sensorism** – foarte distractiv, dificultate de a se concentra; memoria, dacă bolnavul nu este prea distractiv, este în general intactă; analizează situațiile, fenomenele, etc. doar superficial; gândirea abstractă este în general intactă.
- h. **Critica și judecata** – extrem de deteriorate; adesea există negarea totală a bolii și incapacitatea de a lua orice fel de decizii organizate sau raționale.

### Caseta 8

**Efectuarea unei evaluări multi-disciplinare comprehensive a persoanelor cu tulburare afectivă bipolară în cadrul asistenței comunitare de sănătate mintală. Aceasta include evaluarea persoanelor cu TAB de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursă. Evaluarea trebuie să acopere următoarele domenii:**

- psihiatric (probleme de sănătate mintală, risc de vătămare a propriei persoane sau a altor persoane, consum de alcool și istorie de consum de droguri prescrise și ne-prescrise, precum și domeniile forte, talente și scopuri de viață).
    - Utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică.
    - utilizați scalele recomandate ca *standard de aur* ce evaluează ariile importante ale TAB: YMRS, Scala Manchester de Evaluare Scurtă a Calității Vieții (MANSA), HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)– vezi Anexa 11., Anexa 13., Anexa 14.
    - Lucrați cu diagnosticul categorial și dimensional (vezi mai jos)
  - medical, inclusiv istoria medicală și examinarea fizică completă în vederea identificării bolilor fizice (inclusiv tulburări cerebrale organice) și tratamentelor medicamentoase prescrise care pot induce stări psihotice.
  - sănătatea fizică și bunăstarea (inclusiv, masa corporală, fumatul, nutriția, activitatea fizică și sănătatea sexuală).
  - Psihologic și psihosocial, inclusiv rețelele sociale, relațiile și istoricul de traume precum și domeniile forte, -talente și scopuri de viață.
  - Particularitățile dezvoltării persoanei (dezvoltarea și abilitățile sociale, cognitive și motorii, inclusiv condițiile coexistente de neuro-dezvoltare).
  - statutul social (loc de trai, cultură, etnie, activități de divertisment și recreaționale, responsabilități față de un copil sau în calitate de îngrijitor).
  - Ocupațional și educațional (frecventarea unui colegiu, nivel de studii, activitate de muncă și activități cotidiene).
- calitatea vieții, situația economică<sup>7</sup>.**



### C.2.3.2 Manifestări clinice <sup>8</sup>

#### Caseta 9 Principii și criterii generale de diagnostic

Conform studiului efectuat de National Depressive and Manic Depressive Association pe 500 bolnavi bipolari, 60% din ei nu primesc nici un diagnostic în primele 6 luni de la debut, trec în medie 5 ani de la debut până când se pune un diagnostic corect, 34% dintre bipolari primesc alte diagnostice, iar 73% dintre pacienții cu TAB sunt greșit diagnosticați măcar o dată (Lish et al. 1994). Înainte de a fi diagnosticați corect, bipolarii primesc în medie 3,5 alte diagnostice clinice și sunt văzuți în medie de patru specialiști (Bruckmuller & Meyer, 2009). Toate acestea subliniază cât de important este diagnosticul diferențial al acestei tulburări pentru a o distinge cu certitudine dintre alte tulburări, cu care ar putea fi confundată.

Printre factorii care provoacă subdiagnosticarea tulburării bipolare, depresia este cel mai des menționată, aceasta pentru că depresia îi determină pe indivizii bipolari să caute ajutor medical mai repede, pe când mania, dacă nu este asociată cu tulburări de funcționare socială, nu conduce în aceeași măsură la prezentarea la medic și astfel, bipolarii vor purta mai mult timp diagnosticul de depresie (Hirshfeld & Vornik, 2004; Bowden, 2005).

Al doilea factor ar fi vârsta timpurie de debut. La aceasta vârstă timpurie clinicienii sunt mai curând dispuși să justifice simptomele maniacale ale adolescenților ca fiind ale schizofreniei, tulburării schizoafective sau ADHD (Evans, 2000).

Alt factor frecvent invocat în ignorarea diagnosticului de tulburare bipolară ar fi comorbiditatea cu abuzul de alcool și droguri. Astfel, studiul ECA evidențiază că, 60% din bipolarii tip I au asociat abuz de substanțe din care 46% alcoolism și 40,7% droguri, iar la bipolarii tip II, abuzul de substanțe este de aproape 50%; alcoolismul este prezent la 38% pacienți, iar abuzul de droguri la 9% dintre aceștia (Brady & Sonne, 1995).

Printre alți factori ai subdiagnosticării tulburării bipolare mai sunt menționați consumul anumitor medicamente, comorbiditatea cu unele afecțiuni somatice sau coexistența anumitor tulburări de personalitate.

În opinia lui Bruchmuller și Meyer (2009) cel mai des diagnosticul diferențial eșuează în evidențierea discrepanțelor dintre categoriile clinice luate în calcul din lipsa unor informații clinice relevante, atât din cauza culegerii defectuoase sau superficiale a datelor clinice, cât și datorită ignorării surselor documentare sau colaterale.

Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare pornește de la episodul curent așa cum și definiția acestei tulburări se bazează pe identificarea episodului afectiv.

- a. Evaluarea (diferențială) de diagnosticare a tulburării bipolare trebuie efectuată de către un psihiatru.
- b. În evaluarea unei tulburări bipolare suspectate, se va ține cont de următoarele aspecte:
  - a. efectuați o evaluare psihiatrică completă, documentând istoria detaliată a perioadelor de schimbare în dispoziție, activitatea sporită, dezinhibiția, simptomele dintre episoade, factorii declanșatori ai episoadelor anterioare și modelele de recidivă;
  - b. istoria psihiatrică familială, în special, cu referință la tulburările depresive și bipolare și la suicid;
  - c. încurajați persoanele să invite orice membru al familiei sau îngrijitorii să ofere o istorie coroborativă;
  - d. evaluați potențialele comorbidități psihice și somatice;
  - e. evaluați nivelul funcționalității sociale, profesionale și personale;
  - f. discutați posibilitățile factori psiho-sociali și factorii de menținere a stilului de viață;
  - g. discutați despre istoria tratamentului și identificați: intervențiile anterioare au fost eficiente sau ineficiente;
  - h. analizați medicația curentă și efectele adverse;
  - i. identificați așteptările personale vizând diagnosticul și tratamentul;

- j. executați evaluarea de diagnostic diferențial axat pe tulburarea depresivă unipolară recurentă, tulburările psihotice, tulburările de personalitate, abuzul de substanțe și ADHD;
  - k. excludeți factorii fizici (inclusiv funcționarea tiroidei) pentru schimbările de dispoziție, în special în primele episoade.
- c. Se recomandă monitorizarea evoluției tulburării bipolare prin intermediul instrumentelor specializate, din punct de vedere al severității simptomelor, precum și al evoluției în timp.
- d. La evaluarea unei tulburări bipolare suspectate în prezența abuzului de alcool sau droguri, este preferabil să fie efectuată într-o perioadă de abținere totală de la consumul de substanțe

#### **Caseta 10. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU HIPOMANIE F30.0 [CIM-10]**

- Hipomania este un grad mai ușor de manie (F30.1), în care anormalitățile dispoziției și comportamentului sunt prea persistente și marcate pentru a fi incluse la ciclotimie (F34.0), dar nu este însoțită de halucinații sau deliruri.
- Există o elevație ușoară, persistentă a dispoziției (pentru cel puțin câteva zile succesive), energie și volum al activității crescut, și, de obicei sentimente marcate de „bine” și eficiență mentală și fizică (pe care pacientul le percepe ca pe ceva absolut firesc).
- Crește sociabilitatea, comunicativitatea verbală, hiperfamiliaritatea, deseori sexuală crește, iar nevoia de somn se reduce, dar toate acestea nu sunt în măsură să afecteze grav capacitatea de muncă sau să conducă la rejecție socială. Iritabilitatea, îngâmfarea și comportamentul grosolan pot lua locul obișnuitei sociabilități euforice.
- Tulburările de dispoziție și de comportament nu sunt însoțite de halucinații sau delir.

#### **Caseta 11. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU EPISODUL MANIACAL FĂRĂ SIMPTOME PSIHOTICE F30.1 [CIM-10]**

(1) Dispoziția este elevată fără a ține cont de circumstanțele individuale și poate varia de la o jovialitate nepăsătoare la o excitație aproape incontrollabilă. Elevația este însoțită de o creștere a energiei, rezultând în hiperactivitate, presiune a vorbirii și nevoie scăzută de somn. Inhibițiile sociale normale se pierd, atenția nu poate fi păstrată și există deseori o distractibilitate marcată.

(2) Autoaprecierea este, de obicei, exagerată și sunt exprimate liber idei grandioase sau supra-optimiste.

(3) Pierderea inhibițiilor sociale normale poate duce la un comportament frivol, necontrolat, sau inoportun și deplasat, în raport cu circumstanțele.

#### **Caseta 12. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU EPISODUL MANIACAL CU SIMPTOME PSIHOTICE F30.2 [CIM-10]**

Suplimentar față de criteriile pentru F30.1, apar deliruri (în special deliruri de grandoare, filiație, inovație) sau/și halucinații (cel mai adesea voci, care vorbesc nemișlocit pacientului).

În plus, iritabilitatea, activitatea fizică accentuată și fuga de idei pot fi atât de intense, încât pacientul va fi incapabil să comunice normal.

**Include:** stuporul maniactal

### **Caseta 13. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU TULBURAREA AFECTIVĂ BIPO-LARĂ F31. [CIM-10]**

- Tulburarea este caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate.
- Această perturbare constă în unele episoade de elevarea dispoziției, energie și activitate crescute (manie sau hipomanie), iar în alte episoade – de scăderea dispoziției, precum și de o scădere a energiei și activității (depresie).
- Episoadele (hipo)maniacale trebuie clasificate, de asemenea, ca bipolare.

**Include:** tulburarea afectivă bipolară, psihoza sau reacția maniaco-depresivă.

**Exclude:**

- Tulburarea bipolară, episod maniacal singular (F30.)
- Ciclotimia (F34.0)

#### **F31.0 Tulburare afectivă bipolară, episod actual hipomaniacal**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru hipomanie (F30.0)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.1 Tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal fără simptome psihotice**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru manie fără simptome psihotice (F30.1)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.2 Tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal cu simptome psihotice**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru manie cu simptome psihotice (F30.2)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.3 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv ușor sau moderat**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru un episod depresiv fie ușor (F32.0), fie moderat (F32.1) ca severitate și,
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.4 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever fără simptome psihotice**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru un episod depresiv sever fără simptome psihotice (F32.2)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.5 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever cu simptome psihotice**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru un episod depresiv sever cu simptome psihotice (F32.3)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

#### **F31.6 Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt**

- Pacientul a avut cel puțin un episod clar hipomaniacal, maniacal, sau mixt (afectiv) în trecut, și în prezent manifestă o combinație, fie o alternare rapidă de simptome maniacale, hipomaniacale și depresive.

**Exclude:** episod afectiv mixt unic (F38.0)

#### **F31.5 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever cu simptome psihotice**

- Episodul actual întrunește criteriile pentru un episod depresiv sever cu simptome psihotice (F32.3)
- A existat cel puțin un alt episod (afectiv) hipomaniacal, maniacal, sau mixt în trecut.

**Pentru diagnosticarea Episoadelor depresive (F32.x; F33.x) vezi protocolul clinic național Depresie 255**

#### **Caseta 14. CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU TULBURĂRI PERSISTENTE ALE DISPOZIȚIEI (AFECTIVE) F34 [CIM-10]:**

- În acest caz e vorba de tulburări afective de durată și de obicei fluctuante, iar episoadele nu sunt suficient de severe pentru a fi considerate hipomaniacale sau depresive ușoare.
- Durează adeseori ani în șir și, majoritatea vieții de adult, aduce cu sine suferință subiectivă semnificativă și o serie de deficiențe.
- Uneori pe fondalul unei tulburări afective cronice se pot suprapune episoade maniacale sau depresive, unice sau recurente.

##### **F34.0 CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU CICLOTIMIE [CIM-10]:**

- În acest caz e vorba despre o continuă instabilitate afectivă, cu numeroase episoade depresive și hipomaniacale, dar nici unul dintre ele nu este suficient de sever și nici destul de prelungit pentru a îndeplini criteriile pentru tulburarea afectivă bipolară (F31.-) sau pentru o tulburare depresivă recurentă (F33.-).
- Această tulburare apare frecvent la rudele pacienților cu tulburare afectivă bipolară.
- Unii dintre pacienții ciclotimici dezvoltă ulterior o tulburare afectivă bipolară.

##### **Inclusiv:**

- tulburarea de personalitate afectivă.
- personalitatea cicloidă.
- personalitatea ciclotimică.

##### **F34.1 CRITERII DE DIAGNOSTIC PENTRU DISTIMIE [CIM-10]:**

- În acest caz este vorba despre o dispoziție depresivă cronică, care
- Durează câțiva ani, dar
- Nu este suficient de severă, iar
- Episoadele nu sunt suficient de prelungite pentru a îndeplini criteriile unei tulburări depresive recurente, fie ca severă, moderată sau ușoară (F33.-).

##### **Inclusiv:**

- depresia anxioasă persistentă.
- nevroza depresivă.
- tulburarea depresivă de personalitate.
- depresia nevrotică (cu durata de peste 2 ani)

##### **Exclusiv:**

- Depresia anxioasă ușoară (nepersistentă) (F41.2)
- Reacția la doliu, ce durează sub 2 ani (F43.21, reacție depresivă prelungită).
- Depresia post-schizofrenă (F20.4)

Investigații paraclinice și de laborator de rutină la persoanele cu tulburare bipolară pe perioada administrării farmacoterapiei [Sursa - Ghidul Olandez]

**Tabelul 2. Examenе somatice și de laborator de rutină la persoanele cu tulburare bipolară pe perioada administrării farmacoterapiei (CH. 9)**

Această tabelă prezintă examenеle minimale de rutină; la indicație, parametrii specifici trebuie măsurați mai frecvent și/sau se va efectua un examen mai detaliat. (AF = fosfataza alcalină, ALAT = alanin aminotransferaza [pentru a testa leziunile hepatice], ASAT = aspartat aminotransferază [pentru a testa leziunile hepatice], Ca = calciu [nivelul], CG = Cockcroft-Gault [formula], diff = număratoarea diferențială a celulelor albe în sânge [sistemul imun], FT4 = tiroxina liberă, GFR= rata de filtrare glomerulară, gGT = gamma-glutamyl transferaza [canalele hepatice și biliare], Hb = hemoglobina, Ht = hematocritul, MDRD = Modificarea dietei în boala renală [formula], TPO = peroxidaza tiroidiană, TSH = hormon de stimulare tiroidiană.

Medicamente	Examen	
În general, la început (la toți pacienții, înainte sau imediat după includerea unui nou medicament)	Înălțime, greutate, circumferința taliei, tensiunea arterială, puls	
	Sânge (pe nemâncate)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoleucograma (Hb, Ht, leucocite, diff-?, numărul trombocitelor)</li> <li>• Electroliți (Na, K, Ca) și albumina</li> <li>• Funcția renală (creatinina, ureea, GFR, conform formulei CG- of MDRD-formula)</li> <li>• Funcția hepatică (AF, ALAT, ASAT, gGT)</li> <li>• Funcția tiroidiană (TSH; dacă se constată o deviere, este anormal, verificați FT4, ulterior verificați anticorpii TPO)</li> <li>• Nivelul glucozei</li> <li>• Lipide (trigliceride, colesterol, LDL, HDL)</li> </ul>
	Dacă este indicat (de exemplu, nivel deviant de Ca), măsurați nivelul hormonului paratiroidian (PTH)	
	În caz de suspectare a insuficienței renale; urina din 24 ore, Natriu plasmatic și osmolalitate, osmolaritatea urinei de dimineață	
	Întrebați femeile de vârstă reproductivă despre posibilitatea unei sarcini și, dacă este indicat, un test de sarcină	
	La anamneză cardiacă sau vârsta > 60 ani; electrocardiografia (ECG)	
În general, anual (anual la toți pacienții, dacă este indicat)	Dacă este indicat, repetați anual (sau în cazul când o cere starea clinică, mai des) parametrii somatici descriși la rubrica "În general, la început"	

Litiu	Înainte (sau imediat după inițierea tratamentului)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vezi „În general, la început”</li> <li>• Urina (calitativă): creatinină, albumină, glucoză; sediment; osmolaritatea</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-7 zile după fiecare schimbare a dozajului (doza de litiu se ajustează corect, dacă nivelul dorit în sânge este atins la două măsurări consecutive)</li> <li>• După începerea/stoparea/schimbarea dozei medicației cu care interacționează</li> <li>• În cazul comorbidității relevante (disfuncție renală, infecție)</li> <li>• După atingerea și stabilizarea nivelului dorit de litiu, verificați nivelul de litiu seric cel puțin la fiecare șase luni</li> <li>• În cazul suspectării unui nivel excesiv de litiu seric sau a intoxicației cu litiu</li> </ul>	Nivelul de litiu seric 12 (+/- 1) ore după administrare
	3-6 lună după începerea tratamentului	(1) Nivelul de litiu seric <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masa corporală</li> <li>• Electroliți (Na, K, Ca) și albumina</li> <li>• Funcția renală (creatinina, GFR, ureea)</li> <li>• Funcția tiroidă (TSH; când este deviant, de-asemena și FT4)</li> <li>• Leucocite și diff</li> </ul>
	Cel puțin o dată la 6 luni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivelul de litiu seric</li> <li>• Funcția renală (creatinina, GFR, ureea)</li> </ul>
	Cel puțin anual	(1) Greutatea și tensiunea arterială (2) Electroliți (Na, K, Ca) și albumina (3) Leucocite și diff (4) Funcția tiroidiană (TSH; când este deviant, de-asemena și FT4) (5) La indicație (de exemplu, când nivelul de Ca este deviant), hormonul paratiroidian (PTH) (6) Dimensiunea taliei, presiunea arterială, glucoza și spectrul de lipide pe nemâncate
	Anual, când parametrii funcției renale sunt devianți sau când se suspectează o disfuncție renală	Urina din 24 ore, plasma-Na și osmolaritatea, urina de dimineață și osmolaritatea



Carbamazepină	<p>Înainte (sau imediat după începerea tratamentului)</p> <p>(7) 5-7 zile după primul dozaj</p> <p>(8) 5-7 zile după fiecare schimbare a dozajului</p> <p>(9) 4-6 săptămâni după începerea tratamentului (în rezultatul efectului de reducere a enzimelor)</p> <p>(10) După atingerea nivelului seric dorit stabil, apoi la indicație</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- După începerea/stoparea/schimbarea dozajului medicației cu care interacționează</li> </ul>	<p>Vezi “În general, la început”</p> <p>Nivelul seric al carbamazepinei la 12 (+/- 1) ore după administrare</p>
	4-6 săptămâni după începerea tratamentului	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivelul seric al carbamazepinei (în rezultatul efectului de reducere a enzimelor)</li> <li>- Hemoleucograma (Hb, Ht, leucocite, diff, numărul de trombocite)</li> <li>- Electroliți (Na, K, Ca) și albumina</li> <li>- Funcția renală (creatinina, ureea, GFR)</li> <li>- Funcția hepatică (AF, ALAT, ASAT, gGT)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 luni după începerea tratamentului</li> <li>- Iar ulterior anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masa corporală</li> <li>- hemoleucograma (Hb, Ht, leucocite, diff, numărul trombocitelor)</li> <li>- Electroliți (Na, K, Ca) și albumina</li> <li>- Funcția renală (creatinina, ureea, GFR)</li> <li>- Funcția hepatică (AF, ALAT, ASAT, gGT)</li> <li>- Dimensiunea taliei, presiunea arterială, glucoza și spectrul de lipide pe nemâncate</li> <li>- La indicație: funcția tiroidiană (TSH; când este deviant, de asemenea și FT4)</li> </ul>
Acid valproic	Înainte (sau imediat după începerea tratamentului)	Vezi “În general, la început”
	<p>a. 5-7 zile după prima doză</p> <p>b. 5-7 zile după fiecare schimbare de doză</p> <p>c. După atingerea unui nivel seric dorit stabil, ulterior la indicație</p> <p>d. După începerea/ stoparea/ schimbarea începea dozajului medicației de interacțiune</p>	Nivelul seric al acidului valproic, 12 (+/- 1) ore după administrare

	e. 3 luni după începerea tratamentului f. Iar ulterior anual	g. Masa corporală h. Hemoleucograma (Hb, Ht, leucocite, diff, numărul trombocitelor) i. Electroliți (Na, K, Ca) și albumina j. Funcția renală (creatinina, ureea, GFR) k. Funcția hepatică (AF, ALAT, ASAT, gGT) l. La femeile de vârstă reproductivă: ciclul menstrual m. Mărimea taliei, presiunea arterială, glucoza și spectrul de lipide de nemâncate
Lamotrigină	Înainte (sau imediat după începerea tratamentului)	Vezi “ În general, la început “
	La indicație	Nivelul seric sangvin al lamotriginei, 12 (+/-1) ore după administrare
Antipsihotice	Înainte (sau imediat după începerea tratamentului)	Vezi “ În general, la început “
	n. După 1, 2, 3 și 6 luni a. Iar ulterior anual	Observații asupra tulburărilor de mișcare
	b. După 6 săptămâni și 3 luni c. Iar ulterior anual	d. Masa corporală, dimensiunea taliei, presiunea arterială și pulsul e. Glucoza și spectrul de lipide pe nemâncate f. Pentru a monitoriza complianța la tratament poate fi utilizat nivelul seric al medicamentului g. Pentru clozapina: urmați instrucțiunile privind utilizarea clozapinei
Antidepresive	Înainte (sau imediat după începerea tratamentului)	a. Vezi “ În general, la început “ b. Evaluarea nivelului de Na seric la persoanele cu vârsta de peste 75 ani, care utilizează diuretice sau cu alți factori de risc

#### ***C.2.3.4. Diagnosticul diferențial***

- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea depresivă majoră
- Diagnosticul diferențial al episodului de mânie și hipomanie
- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea ciclotimică
- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu psihoza (schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburările delirante)
- Diagnosticul diferențial al TAB tip II și tulburarea de personalitate borderline
- Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare cu tulburarea de panică și alte tulburări anxioase
- Diagnosticul diferențial al TAB tip II și tulburarea de atenție cu hiperactivitate (ADHD)
- Diagnosticul diferențial al TAB cu abuzul de substanțe psihoactive

### Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea depresivă majoră [DSM-V, 2016]

Tulburarea depresivă majoră poate fi însoțită de simptome hipomaniacale sau maniacale, care nu îndeplinesc criteriile complete (de ex., fie mai puține simptome, fie o durată mai scurtă decât cele/cea specifice(ă) pentru un episod hipomaniacal). Trebuie luat în considerare în special, în evaluarea indivizilor cu simptome de iritabilitate, care se pot asocia cu tulburarea depresivă majoră, fie cu tulburarea bipolară tip II.

[*Radu Vraști și Ioan Papava*]

Diagnosticul de “pseudodepresie” poate fi luat în considerare când există o pierdere funcțională datorită unei tulburări somatice, tulburări vegetative (pierderea apetitului, pierdere în greutate, tulburări de somn, etc.) ca manifestări ale bolii somatice subjacente, stress și pierderea speranței din cauza bolii somatice și tratamentelor ei, durere sau reacții medicamentoase adverse somatice prezente la bolnav, pentru că există o serie întreagă de medicamente care induc depresia. În aceste condiții, depresia poate fi determinată direct de boala somatică prin mecanisme fiziopatologice specifice, poate fi doar favorizată de boala somatică la indivizi cu vulnerabilitate genetică pentru depresie sau poate fi un răsunset psihologic la suferința organică.

(2) **Printre cele mai frecvente boli somatice, care generează depresie secundară organică** amintim accidentele vasculare cerebrale, boala Alzheimer, boala Parkinson, epilepsia, diabetul, tulburările endocrine tiroidiene și suprarenaliene, cardiopatia coronariană cronică și infarctul miocardic, lupusul eritematos diseminat, porfîria cronică, fibromialgia. Eliminarea acestor boli organice se poate face printr-o anamneză deatăliată, examen clinic minuțios și examinări paraclinice și, nu în ultimul rând printr-un consult interclinic.

Atunci când se ia în considerare probabilitatea unei tulburări organice subjacente trebuie să se culegă și informații asupra tratamentelor, ținând cont de **Medicamentele care induc depresia** (vezi tabelul nr. 3).

**Tabelul 3. Medicamente asociate cu depresia (Goldstein & Gruenberg, 2006)**

Medicamente cardiovasculare	Hormoni	Psihotrope	Altele
Metildopa	Contraceptive orale	Benzodiazepine	Levodopa
Rezerpinum	Glucocorticoizi	Neuroleptice	Cimetidinum
Propranololum	Steroizi anabolizanți		Ranetidinum
Guanetidinum			Antiinflamatoarele
Clonidinum			Etambutolum
Diuretice tiazidece			Disulfiramum
Digitalicele			Sulfonamidele
Medicamente anticanceroase			Baclofenum
Metildopa	Contraceptive orale	Benzodiazepine	Levodopa

Pentru Moller et al. (2001), depresia bipolară nu poate fi deosebită de depresia unipolară. Aproximativ 75% dintre depresivii bipolari experimentează scăderea apetitului și insomnie în timp ce 25% dintre ei au simptome atipice precum creșterea apetitului și somnolență (Robertson et al, 1996). Bowden (2005) într-o trecere în revista a literaturi și, ulterior Perlis et al. (2006), utilizând scalele Montgomery-Asberg și Hamilton de evaluare a depresiei, găsesc câteva criterii de diferențiere între cele două tipuri de depresie care sunt prezentate în tabelul nr. 4.

**Tabelul 4. Criterii clinice de diferențiere între depresia bipolară și depresia unipolară**

<b>Depresia bipolară</b>	<b>Depresia unipolară</b>
Rata Masculin/Feminin echilibrată	Rata M/F mult în favoarea femeilor
Istorie familială de tulburări bipolare	Lipsa istoriei familiale de tulburare bipolară
Debut timpuriu	Debut tardiv
Episoade hipo/maniacale în antecedente	Lipsa antecedentelor de hipo/manie
Episoade depresive anterioare numeroase	Episoade puține și bine conturate în antecedente
Labilitatea dispoziției în timpul episodului depresiv	Tristețe accentuată
Hipersomnie	Insomnie accentuată
Lentoare motorie accentuată	Lentoare cognitivă accentuată
Plângeri somatice puține	Plângeri somatice frecvente
Creșterea apetitului și a greutateii corporale	Scăderea apetitului și a greutateii corporale
Asociere frecventă a consumului de substanțe	Asociere redusă cu consumul de substanțe
Scor înalt la extraversie	Scor înalt la neuroticism

**Diagnosticul diferențial al episodului de manie/hipomanie [Radu Vrasti și Ioan Papava]**

Diagnosticul diferențial al episodului de manie/hipomanie începe cu eliminarea cauzelor organice care ar putea conduce la apariția unui sindrom clinic asemănător. Această formă de manie a fost denumită “manie secundară” de Krauthammer și Kereman (1978).

O listă a acestor afecțiuni ce conduc la manie secundară este prezentată în tabelul nr. 5 .

**Tabelul 5. Condiții clinice somatice care pot genera manie secundară**

<b>Boli neurologice</b>	<b>Boli endocrine</b>	<b>Alte condiții clinice</b>
Accidente vasculare cerebrale	Hipertiroidism	Diabet
Traumatisme cerebrale	Stări postpartum	Neoplasme
Tumori cerebrale		Infecții
Sindromul paraneoplazic		Hemodializă
Scleroza multiplă		
Boala Huntington		

Rămâne deschisă problema dacă o stare maniacală poate fi declanșată de administrarea de antidepressive, ceea ce se numește “manie farmacologică”. În tabelul nr. 6 sunt expuse remediile farmacologice asociate cu risc de manie.

**Tabelul 6. Lista medicamentelor și terapiilor ce pot induce manie (Bauer, 2008)**

<b>Agenți antidepressivi</b>	<b>Agenți dopaminergici</b>	<b>Agenți adrenergici</b>	<b>Stimulanți</b>	<b>Alți agenți</b>
Antidepressive	Levodopum	Decogestionați	Alcoolum	Izoniazidum
Terapia electroconvulsivă		Bronhodilatatori	Cocainum	Corticosteroizi
Terapia prin lumină			Amfetaminum	Steroizi anabolizanți
			Cofeinum	Disulfiramum

### **Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea ciclotimică [DSM-V, 2016]**

În tulburarea ciclotimică sunt prezente numeroase perioade cu simptome hipomaniacale și altele cu simptome depresive, care nu îndeplinesc criteriile de simptome sau durată pentru un episod depresiv major. Tulburarea bipolară tip II se deosebește de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau mai multor episoade depresive majore. Dacă după primii 2 ani de evoluție a tulburării ciclotimice apare un episod depresiv major, diagnosticul va fi cel de tulburare bipolară tip II.

### **Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu psihoza (schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburările delirante) [Radu Vrasti și Ioan Papava]**

Atât tulburarea bipolară tip I, cât și celelalte psihoze pot avea deliruri cu teme de grandoare sau persecutorii. La fel, gândirea poate prezenta dezorganizare conceptuală sau relaxarea asociațiilor de idei. Ambele mai pot include iritabilitate și agitație. În conformitate cu studiile realizate de Reiser și Thompson (2005), criteriile de diferențiere dintre tulburarea bipolară (TAB) și psihoze (P) ar putea fi:

- (1) - predominanța simptomelor afective (TAB > P)
- (2) - între episoade continuă simptome psihotice în absența simptomelor afective (TAB < P)
- (3) - istoric familial de tulburări afective la rudele de gradul întâi (TAB > P)
- (4) – funcționare premorbidă mai înaltă (TAB > P)
- (5) – întoarcerea postcritică (după episod) la nivelul premorbid de funcționare (TAB > P)
- (6) - comportament dezorganizat (TAB < P)
- (7) - debut lent sau insidios (TAB < P)

În opinia lui Marneros (2003), tulburarea schizoafectivă se deosebește de tulburarea bipolară, mai ales prin aspectul “mixt” al simptomelor afective, prin suicidalitatea ridicată și prin afectarea funcționării mult mai devreme decât la bipolari.

### **Diagnosticul diferențial dintre tulburarea bipolară tip I, tip II și tulburarea borderline de personalitate (TBP) [Radu Vrasti și Ioan Papava]**

Diferențierea tulburării bipolare, fie de tip I sau de tip II de TBP prezintă dificultăți pentru orice clinician deoarece, multe dintre criteriile de diagnostic sunt împărtășite de ambele entități clinice. Diagnosticul diferențial devine și mai problematic dacă ne aflăm în fața unei tulburări bipolare cu cicluri rapide.

Frank (2005) susține că, trăsăturile cardinale care deosebesc cele două entități ar fi pentru bipolari perioadele afective mai lungi acompaniate de modificări vegetative în cazul depresiei sau de tulburări de judecată în manie, iar pentru TBP ar fi mai specifice, eforturile disperate de a preveni abandonul și comportamentul parasuicidar. În tabelul nr. 7 prezentăm după Frank (2005), caracteristicile comune și particulare ale tulburării bipolare și a tulburării borderline de personalitate.

Studiile realizate de Reiser și Thompson (2005), demonstrează că, cele două entități s-ar mai deosebi prin faptul că TBP prezintă impulsivitate, semnificative perioade de depresie și dificultăți majore de controlare a emoțiilor. Acești pacienți mai prezintă frecvent accese de manie și ideate suicidară, sentiment de neîmplinire și instabilitate în formarea de relații interpersonale.

**Tabelul 7. Caracteristici comune și particulare ale tulburării afective bipolare și a tulburării borderline de personalitate - TBP (Frank, 2005)**

<b>Simptom</b>	<b>Bipolar</b>	<b>Ambele</b>	<b>Borderline</b>
Dispoziție depresivă		x	
Instabilitate afectivă		x	
Perioadă distinctă și persistentă de dispoziție crescută		x	

<b>Simptom</b>	<b>Bipolar</b>	<b>Ambele</b>	<b>Borderline</b>
Instabilitate afectivă datorată reactivității emoționale crescute			x
Stimă de sine crescută	X (manie)		
Stimă de sine scăzută		x	
Tulburări de identitate (instabilitate a sinelui)			x
Grandiozitate	X (manie)		
Sentimente cronice de gol interior			x
Insomnie		x	
Hipersomnie	X (depresie)		
Descreșterea nevoii de somn	X (manie)		
Excesiva implicare în activități generatoare de placere, dar și de consecințe negative		x	
Agitație psihomotorie		x	
Presiunea vorbirii	X (manie)		
Episoade de manie și dificultăți de control al acesteia		x	
Oboseală și pierderea energiei		x	
Fuga de idei	x		
Distractibilitate	x		
Simptome disociative			x
Comportament suicidar		X(depresie)	
Instabilitate în relațiile interpersonale			x
Automutilare			x
Hiperactivitate		X (manie)	

### **Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare cu tulburarea de panică și alte tulburări anxioase [DSM-V, 2016]**

Tulburările anxioase trebuie avute în vedere în diagnosticul diferențial și pot fi deseori prezente ca tulburări comorbide cu tulburarea afectivă bipolară.

### **Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare tip I sau II și tulburarea de atenție cu hiperactivitate (ADHD) [DSM-V, 2016]**

Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) poate fi diagnosticată eronat ca tulburare bipolară tip II, în special la adolescenți și copii. Multe simptome aparținând ADHD cum ar fi: vorbirea rapidă, fuga de idei și nevoia redusă de somn se suprapun peste simptomele hipomaniacale. Atribuirea dublă a simptomelor, atât ADHD, cât și tulburării bipolare tip II, poate fi evidentă atunci, când medicul concretizează dacă simptomele reprezintă un episod distinct și dacă este prezentă o creștere considerabilă față de nivelul obișnuit (de bază), necesară pentru diagnosticul de tulburare bipolară tip II.

[Citat după *Radu Vraști și Ioan Papava*] În tabelul nr. 8 sunt prezentate succint simptomele comune și cele specifice celor două afecțiuni după Frank (2005) și Birmaher (2004).

**Tabelul 8. Caracteristici comune și particulare ale tulburării bipolare și a ADHD**

<b>Simptom</b>	<b>Tulburare bipolară (manie)</b>	<b>Tulburare de atenție cu hiperactivitate (ADHD)</b>
Debut foarte timpuriu		x
Hiperactivitate	x	x
Distractibilitate	x	x

Impulsivitate	x	x
Idei de grandoare	x	
Stima de sine crescută	x	
Fuga de idei	x	
Incapacitate de a fi atent		x
Descreșterea nevoii de somn	x	x
Perioade de veselie patologică	x	
Idei delirante	x	
Raspunde la administrarea de stimulanti		x
Istoric familial de tulburări afective	x	

#### **Diagnosticul diferențial cu alte tulburări bipolare [DSM-V, 2016]**

Tulburare bipolară tip II trebuie diferențiată de tulburare bipolară tip I prin investigarea prezenței în trecut a unor episoade de manie, dar și de alte tulburări bipolare specificate și nespecificate și, tulburări înrudite prin confirmarea prezenței unui sindrom hipomaniacal și depresiv complet.

**Diagnosticul diferențial al TAB cu abuzul de substanțe psihoactive** [Sursa - Lakshmi N. Yatham, Gin S. Malhi *Bipolar disorder. Oxford University Press, 2011, 76 p.*]

**Tabelul 9. Diagnosticul diferențial al TAB cu abuzul de substanțe psihoactive**

	<b>Tulburarea bipolară</b>	<b>Abuzul primar de substanțe</b>
<b>Substanța</b>	Cocaină sau altele	Pluritoxicomanie
<b>Frecvența</b>	Episodic	Continuu
<b>Utilizare legată de...</b>	Probleme de dispoziție	Anxietate ori tulburări de comportament
<b>Hipo- / mania</b>	Prezentă	Absentă
<b>Istoric familial</b>	De TAB sau probleme de dispoziție	De probleme exterioare (ambientale) ori tulburări de anxietate

### C.2.3.5. Pronosticul tulburării afectiv bipolare<sup>9</sup>

#### Caseta 16. Pronosticul TAB

Când simptomatologia depresivă este pe prim plan:

- Estimativ 5%- 15% dintre pacienții depresiv bipolar comit suicidul.
- Un episod depresiv mediu (în sensul de “obișnuit”, nu în sensul intensității, ca în CIM-10) netratat durează în jur de 10 luni.
- Cel puțin 75% dintre bolnavi vor face un al doilea episod depresiv, de obicei în primele 6 luni după episodul inițial.
- Numărul mediu de episoade depresive pe parcursul vieții pacientului este de cel puțin 5
- **În general prognosticul este bun:** 50% dintre bolnavi se remit, 30% au remisiuni parțiale, iar 20% evoluează cronic.

Când simptomatologia maniei este pe prim plan:

- Circa 20-30% dintre pacienții distimici dezvoltă în ordine descrescătoare a frecvenței, - tulburare depresivă majoră (denumită “dublă depresie”), tulburare bipolară de tip II sau tulburare bipolară de tip I.
- Circa o treime (33%) dintre bolnavii cu tulburare ciclotimică dezvoltă o tulburare dispozițională majoră, de obicei – tulburare bipolară de tip II
- Recurența episoadelor maniacale este de 45%.
- Netratate, episoadele maniacale durează între 3 și 6 luni, cu o rată de recurență mare (în medie 10 (zece) recurențe).
- Circa 80-90% dintre pacienții maniacali fac în cele din urmă un episod depresiv complet.
- **Prognosticul este moderat:** 15% dintre bolnavi se remit, 50-60% se remit parțial (recăderi multiple, cu funcționare interepisodică, relativ bună), iar la o treime (33%) persistă anumite semne de simptomatologie cronică și de deteriorare socială.

### C.2.3.6. Condițiile de tratament

#### Caseta 17. Managementul pacienților cu tulburare afectivă bipolară (stări acute, inclusiv psihotice, cu comportament violent sau autolitic)

##### Recomandări generale

- a. Oferiți pacienților și îngrijitorilor lor psihoeducație, informații și suport atât, cât este necesar, pentru a le permite să-și identifice propria modalitate de auto-gestionare a bolii lor.
- b. Faceți o inventariere a necesităților de îngrijire ale pacientului, țineți cont de ele și actualizați-le cu regularitate.
- c. Elaborati un plan de urgență împreună cu fiecare pacient și îngrijitorii lor și utilizați-l pe parcursul tratamentului.
- d. Examinați oportunitatea utilizării experților prin experiență pentru a promova auto-gestionarea.
- e. La elaborarea planului de urgență și la utilizarea diagramelor dispoziției, se recomandă ajustarea la programul și ritmul fiecărui pacient. A învăța cum să faci față bolii este un proces, în care programarea intervențiilor are o foarte mare importanță.
- f. Acordați-le pacienților și îngrijitorilor suport în luarea deciziilor referitoare la strategia de tratament.

#### Caseta 18. Servicii și criterii de intervenție în caz de tulburare afectivă bipolară

##### Asistența medicală urgentă:

- Evaluarea persoanelor cu risc de dezvoltare a TAB.
- Suspectarea semnelor de TAB de către medicul de urgență.

<sup>9</sup>

[Sursa - Sadock Kaplan]



- În cazul depistării TAB sau dacă sunt dubii trimitere la CCSM.
- Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită sau trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie. (Casetă 23)
- Tratament farmacologic pentru stabilizarea stării psihice (anexa 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).
- Terapie de contenție (imobilizare fizică, medicamentoasă) în caz de beneficiar violent și sau agresiv.
- **Asistența medicală primară**
  - Evaluarea persoanelor cu risc de dezvoltare a TAB.
  - Suspectarea semnelor de TAB de către medicul de familie.
  - Educația, privind TAB.
  - Descurajarea consumului de droguri; PCC.
  - În cazul depistării TAB trimitere la CCSM.
  - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.
- **CCSM**
  - Serviciul de bază de sănătate mintală ce deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
  - CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de recuperare psiho-socială.
  - Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
  - Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar de auto-evaluare, Chestionarul tulburărilor de dispoziție (CTD).
  - Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită. (Casetă 23)
  - Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic (Casetă 19, 20, anexa 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), tratamentului psihologic (Casetă 43, 44), psihoterapie cognitiv-comportamentală (Casetă 45), terapie ocupațională (Casetă 41, 42), activități de reintegrare în comunitate (Casetă 38), recuperare psiho-socială (Casetă 35, 36, 37), grupurile de suport de la egal-la-egal (Casetă 39) în baza evaluării calității vieții după scalele HoNOS și MANSA (Anexa 13. , Anexa 14.).
  - În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie
  - Serviciile în CCSM sunt prestate prin ECSM:
    - Externalizate / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință de către asistentele medicale și alți specialiști din echipă, la necesitate.
    - Multidisciplinare: includ –managerul de caz, psihiatrul, psihologul, expertul de la egal-la-egal, nursele psihiatrice, asistentul social.
    - Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru beneficiarii care au devenit clinic instabili sau prezintă risc de a intra în criză.
    - Programe de suport în vederea auto-gestionării: MRB se orientează spre recuperare și îi învață pe pacienți a elabora strategii de control a simptomelor lor și de re-integrare în viața cotidiană.

Programul poate fi prestat persoanelor sau grupurilor de către specialiști sau experți prin experiență.<sup>10</sup>

- Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în asistarea clinico-recuperativă a fiecărui pacient.
- Continuitate: Echipa lucrează în strânsă colaborare cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Pacientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât este nevoie.
- **Secțiile psihiatrice în spitalele generale<sup>11</sup>**
  - Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM.
  - Recepționarea pacienților maniacali sau depresivi psihotici, a celor cu comportament auto-(suicidal) sau/și heteroagresiv la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a ECSM din CCSM.
  - Tratament farmacologic în condiții de staționar.
  - Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune, spre CCSM.
  - În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie.
- **Spitalul de psihiatrie<sup>12</sup>**
  - Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu comportament auto-(suicidal) sau/și heteroagresiv din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM, în caz de siguranță limitată, precum și, pericol pentru persoană
  - Tratament farmacologic intensiv și alte metode invazive după caz.
  - Luarea deciziei privind tratamentul de menținere, de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial.
  - La diminuarea simptomelor psihotice, a comportamentului auto- și/sau heteroagresiv, trimiterea la CCSM teritorial.

### **Caseta 19. Criterii de conduită și tratament a pacienților cu tulburare bipolară**

- a. Diagnosticul și tratamentul tulburării bipolare trebuie să se efectueze în cadrul unui serviciu specializat de sănătate mintală.
- b. Pacientul tratat în cadrul unui serviciu specializat de sănătate mintală este consultat de psihiatru cel puțin o dată pe an, preferabil mai frecvent la începutul tratamentului.

<sup>10</sup> Cook J.A., Copeland M.E., Floyd C.B., Jonikas J.A., Hamilton M.M., Razzano L., e.a. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatric Services*, 63, 541-547.

Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62, 606-612.

Garber-Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S., & Roe, D. (2013). Comparative impact of professional mental health background on ratings of consumer outcome and fidelity in an illness management and recovery program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 236-242.

Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58, 1461-1466.

Levitt, A.J., Mueser, K.T., Degenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., e.a. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60, 1629-1636.

<sup>11</sup> inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

<sup>12</sup> inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de Legea privind sănătatea mintală

- c. Psihiatrul este responsabil de planul de tratament.
- d. Psihiatrul va examina pacientul cel puțin o dată pe an, în cazul când pacientul este tratat și de către un alt specialist.
- e. Medicul de familie trebuie să raporteze despre evoluția pacientului cel puțin o dată pe an.
- f. În cazul când se decide de a-i încredința tratamentul medicului de familie sau unui specialist de profil general (ne-specializat în sănătate mintală), se vor lua de asemenea în considerare următoarele aspecte:
  - a. Dispoziția este stabilă cel puțin timp de doi ani (pacienții nu au avut episoade maniacale, hipomaniacale sau depresive și nu manifestă deteriorări psihosociale sau cognitive progresive legate de tulburarea survenită).
  - b. Pentru a obține aceasta, pe parcursul acestor 2 ani n-au fost efectuate intervenții importante, așa ca modificarea semnificativă a tratamentului medicamentos de menținere, adăugarea altor medicamente din cauza riscului unui nou episod, începerea unei psihoterapii legate de tulburare sau intensificarea îngrijirilor de nursing.
  - c. Întâlnirile bianuale de menținere s-au dovedit a fi suficiente pentru a menține o situație stabilă pentru pacient.
  - d. Atât gradul de înțelegere a bolii, cât și auto-gestionarea se află la un așa nivel, care îi permite pacientului să identifice schimbările în dispoziție la o etapă timpurie și să solicite ajutor.
  - e. Nu există o comorbiditate psihiatrică care influențează asupra bunăstării și funcționării pacientului (de exemplu, tulburare de anxietate, abuz de substanțe sau tulburare de personalitate).
  - f. Nu există probleme psiho-sociale care necesită supraveghere din partea serviciilor specializate de sănătate mintală (de exemplu, legate de relație, copii, loc de muncă, loc de trai, finanțe, etc.).
  - g. Pacientul nu utilizează medicamente complexe, așa ca litiu, clozapină, tranilcipromină sau fenelzină.
  - h. Pacientul, îngrijitorii și medicul de familie sunt de acord cu transferul.
- g. Un pacient cu tulburare bipolară care este tratat doar de către medicul de familie sau un serviciu ne-specializat de sănătate mintală este referit din nou către serviciile specializate de sănătate mintală în caz de:
  - a. lipsa răspunsului sau răspuns parțial la tratament;
  - b. deteriorarea progresivă a funcționalității;
  - c. suspectarea comorbidității (abuz de substanțe);
  - d. dorința pacientului de a reduce sau înceta tratamentul medicamentos după o perioadă de relativă stabilitate în dispoziție și funcționare;
  - e. dorința de a avea copii sau sarcină.
- h. În cadrul serviciilor specializate de sănătate mintală, se va elabora împreună cu pacientul un plan de urgență, în care vor fi enumerate semnele precoce ale unui episod de tulburare de dispoziție și care va descrie acțiunile necesare în caz de recidivă sau criză. Asistența primară trebuie să fie la curent cu acest plan. Pacientului și îngrijitorilor, în caz de necesitate le vor fi acordate îngrijiri flexibile și rapide. Toate persoanele implicate trebuie să fie la curent cu existența planului de urgență.
- i. La fel ca și în cazul serviciilor specializate de sănătate mintală, medicul de familie și serviciile generale de sănătate mintală trebuie să efectueze examinarea somatică, după cum este descris în acest ghid.
- j. Pentru tratamentul unui pacient care suferă de tulburare bipolară, se recomandă schimb de cunoștințe dintre medicul de familie și serviciile generale de sănătate mintală, pe de o parte, și serviciile specializate de sănătate mintală, pe de altă parte.

### **Caseta 20. Continuitatea îngrijirilor**

- (1) Tratamentul tulburării bipolare trebuie să fie prestat la nivel multidisciplinar.
- (2) Esența tulburării necesită îngrijiri ușor accesibile.
- (3) Psihiatrul din serviciul specializat trebuie să examineze pacienții cel puțin o dată pe an pentru a evalua mersul tratamentului.
- (4) Pentru toate părțile implicate trebuie să fie clar cine este responsabil de coordonarea tratamentului.
- (5) Se recomandă de a organiza îngrijiri somatice pentru pacienții cu tulburare bipolară în strânsă cooperare cu medicul de familie, internistul, dieticianul și laborantul.
- (6) Personalul medical trebuie să fie capabil de a presta supravegherea pe termen lung a pacienților și îngrijitorilor în vederea asigurării continuității îngrijirilor și valorificării experienței anterioare împreună cu pacienții.

### **Caseta 21. Îngrijiri comunitare în cadrul CCSM**

Pacienții cu tulburări bipolare (suspectare) sunt tratați de regulă în servicii de ambulatoriu, care dispun de competență în tulburările de dispoziție (bipolare).

Tratamentul trebuie să fie multidisciplinar și să includă următoarele elemente:

- a. Diagnosticul (vezi Caseta, 10, 11, 12, 13, 14).
- b. Informare și psihoeducație (vezi Anexa 1).
- c. Tratamentul psihologic în caz de simptome continue sau complicații (vezi Caseta 43, 44).
- d. Farmacoterapie, în caz de episoade acute și în scopul prevenirii unor noi episoade (vezi Caseta 26, 27, 28, anexa 2, 3, 4 5, 6, 7, 8, 9, 10).
- e. Monitorizarea somatică, parțial cu referire la farmacoterapie (vezi Caseta 15).
- f. Tratamentul simptomelor reziduale între episoade, limitând consecințele acestora pentru pacient și persoanele implicate.
- g. Profilaxie sistematică pe termen mediu și termen lung (Caseta 4).
- h. Intervenții în vederea reintegrării în viața cotidiană și înfruntării deteriorărilor (temporare sau permanente) (vezi Caseta 38).
- i. Suport în vederea recuperării funcționalității sociale și reintegrării sociale (vezi Caseta 35, 36, 37).

Data fiind derularea instabilă a tulburării bipolare, organizarea îngrijirilor trebuie să fie flexibilă, asigurând în același timp continuitatea tratamentului (și, dacă este posibil, a medicului specialist - psihiatru).

În cazul când pacienții manifestă tendința de a ieși din câmpul de vedere al personalului medical, este necesară o monitorizare activă. Ar trebui de străduit de acordat îngrijiri de outreach (de exemplu, îngrijiri prestate la domiciliu, vezi Caseta 22) pentru o perioadă limitată de timp pentru a asigura stabilirea unei relații dintre pacient și personalul medical. Această sarcină ar putea fi, de exemplu, atribuită, echipei pentru îngrijiri psihiatrice intensive la domiciliu.

### **Caseta 22. Îngrijiri outreach (vizite la domiciliu) prestate de CCSM<sup>13</sup>**

Externalizarea îngrijirilor socio-psihiatrice, care poate fi efectuată cu o intensitate flexibilă, este recomandată pentru pacienții cu tulburări bipolare (sau pacienții cu tulburare schizoafectivă de tip bipolar) care au probleme în diverse domenii ale vieții, în special pentru pacienții care ies din viziunea personalului medical.

<sup>13</sup> Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336-342.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roora, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 105-112

### **Caseta 23. Intervenția în criză (episod maniacal, depresie psihotică)**

- a. Evaluarea situației psihiatrice a pacientului se bazează întotdeauna pe prezentarea curentă a pacientului pe parcursul crizei, precum și pe informațiile oferite de către îngrijitorii lor<sup>14</sup> și de către prestatorii ordinari de tratament referitor la comportamentul recent și riscurile acestuia, precum și evoluția episoadelor anterioare.
- b. Dacă este posibil, criza trebuie tratată la domiciliu, iar controlul și tratamentul trebuie ulterior transferate către un serviciu de ambulatoriu sau un serviciu de tratament socio-psihiatric, care dispune de cunoștințe specializate în domeniul tulburărilor bipolare.
- c. Planul de tratament în perioada acută (inclusiv spitalizarea) trebuie să țină cont de evoluția episoadelor anterioare și riscurile pentru securitatea (pacientului/apartinătorilor, altor persoane care vin în contact cu pacientul), precum și de eficiența intervențiilor anterioare.
- d. La o etapă ulterioară, se va discuta cu toate persoanele implicate despre impactul episodului de criză asupra pacientului și se va evalua și ajusta planul de intervenție în criză .

### **Caseta 24. Îngrijiri la nivel de spital**

- a. Spitalizarea constituie un interval temporar în traiectoria unui tratament ambulatoriu. Tratamentul în secție are scopul de a atinge o remisiune rapidă a simptomelor episodului de tulburare de dispoziție, utilizând medicamente și asigurând un mediu sigur, liniștit, cu nivel redus de stimulare.
- b. Examinarea somatică trebuie să se efectueze cu scopul de a exclude cauzele somatice ale simptomelor, în special la pacienții care n-au mai fost diagnosticați anterior cu o tulburare bipolară. Se recomandă de a discuta despre aceasta cu medicul de familie.
- c. Într-o secție, tratamentul și supravegherea pacienților în criză se efectuează în deosebi de către nurse. Este important ca echipa să funcționeze fără ambiguitate, fiind bine-informată. În vederea ghidării și evaluării acestui proces, se recomandă coaching și intervizie între membrii echipei, dat fiind faptul că comportamentul unui pacient maniacal poate avea un impact asupra secției.
- d. Trebuie întreprinse măsuri în vederea asigurării securității pacientului acut maniacal sau depresiv și a persoanelor din jurul său. Pacientul trebuie să fie descurajat de a lua decizii (sau chiar să fie oprit din luarea deciziilor) care ar putea avea prea multe consecințe.
- e. Trebuie depuse eforturi pentru a realiza o tranziție calmă către o altă instituție de tratament. Pentru a optimiza trecerea de la secție la domiciliu, s-ar putea recurge la utilizarea temporară a îngrijirilor psihiatrice la domiciliu. Îngrijirile de zi pot de asemenea ajuta la realizarea rectilinie a acestei tranziții.
- f. De asemenea, pe parcursul spitalizării, echipa de prestatori de îngrijiri de sănătate mintală trebuie să acorde atenție membrilor familiei pacientului, care sunt implicați în situația dată.

### **Caseta 25. Criteriile de spitalizare în secțiile de TI și reanimare a pacienților cu TAB**

- Semne de pericol vital (decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: patologii somatice grave asociate, refuzul de durată al alimentației, cu consecințe grave (dismetabolice, cașexie etc.) pentru statutul somatic (negativism în cadrul schizofreniei catatonice).
- Stări grave după tentativele de suicid.

#### ***C.2.3.7. Tratamentul TAB<sup>15</sup>***

### **Caseta 26. Tratament farmacologic a tulburărilor bipolare**

#### ***Tratament farmacologic – la toate etapele TAB***

Alegerea medicamentului trebuie să fie efectuată în comun de către utilizatorul de servicii și

<sup>14</sup> Prin îngrijitori, sub-înțelegem membrii familiei, partenerii sau prietenii apropiați ai pacientului, care joacă un anumit rol în îngrijirea acestuia.

specialistul în medicină, ținând cont de viziunile îngrijitorului, dacă utilizatorul de servicii î-și dă acordul informat. Oferiți informații vizând atât beneficiile, cât și efectele adverse ale fiecărui medicament, inclusiv:

- dismetabolice (inclusiv creșterea masei corporale și diabet);
- extrapiramidale (inclusiv akatisie, dischinezie, distonie și sindrom neuroleptic malign) în cazul necesității administrării remediilor neuroleptice;
- cardiovasculare (inclusiv prelungirea intervalului QT);
- hormonale (inclusiv creșterea nivelului plasmatic al prolactinei);
- altele (inclusiv experiențele subiective neplăcute).

- **Farmacoterapie, episoade acute**

- ***Recomandări generale referitoare la episodul maniacal***

- Observațiile și opiniile îngrijitorului trebuie luate în calcul, atât în procesul de evaluare a severității episodului maniacal, cât și în luarea deciziei privind necesitatea unei intervenții medicale.
- Un episod maniacal trebuie tratat cu medicație și intervenții de suport și protective, fără amânare și cu suportul unui îngrijitor.
- Tratamentul unui episod maniacal sever este preferabil prestat în condiții de staționar, parțial pentru a reduce povara asupra îngrijitorului. În cazul când acest lucru este inevitabil, se va face involuntar.
- **Un episod maniacal cu caracteristici mixte (depressive) este tratat ca și mania.**
- Alegerea strategiei de tratament (farmacologic) și a medicației trebuie efectuată în baza experiențelor anterioare ale pacientului și ale posibilelor rude de gradul întâi cu tulburare bipolară, ținând cont de preferințele pacientului.
- Pacientul și îngrijitorul (-ii) trebuie să fie informați despre etapele tratamentului de la bun început (*de exemplu, tratament în faza acută, tratament de consolidare a răspunsului terapeutic și tratament de menținere*) pentru a lua în calcul așteptările lor și, pentru a-i informa despre aspectele de care s-a ținut cont la luarea deciziilor. La finele tratamentului de consolidare, se va lua o decizie privind tratamentul de menținere, cu acordul pacientului și a îngrijitorului.

- ***Recomandări specifice referitoare la episodul maniacal***

*Vezi Arborele decizional Tratamentul episodului maniacal*

- În cazul când pacienții maniacali nu utilizează medicația de menținere, o **medicație de primă alegere va fi (în ordine alfabetică): haloperidol, olanzapine, quetiapine, risperidone (toate în calitate de mono-terapie).**
- În cazul intoleranței unui anumit antipsihotic, sunt eligibile toate celelalte antipsihotice, având în vedere profilul efectelor lor secundare; în cazul când toate acestea sunt ineficiente, poate fi examinată oportunitatea administrării clozapinei
- În cazul când pacientul maniacal utilizează medicamente de menținere în doze adecvate pentru un episod maniacal acut, va fi adăugat unul din medicamentele de primă alegere menționate mai sus.
- În caz de non-complianță la terapie sau în caz de stopare a terapiei de menținere de către

pacient, sau în caz de dozaj prea mic, medicația de menținere trebuie reluată, în așa mod, încât dozajul trebuie optimizat; în caz de manie severă sau de răspuns insuficient se va adăuga unul din medicamentele de primă alegere menționate mai sus.

- În cazul când pacientul maniacal urmează deja tratament cu un antidepresiv, antidepresivul va fi oprit (cu excepția cazului când este evident că încetarea antidepresivului ar putea avea consecințe negative pe termen lung); în caz de manie severă sau de răspuns insuficient, se va adăuga unul din medicamentele de primă alegere menționate mai sus.
- În caz de manie moderat-severă, în faza acută se va examina oportunitatea tratamentului prin monoterapie cu litiu sau acid valproic.
- Tulburarea de somn și agitația pot fi temporar tratate cu benzodiazepine ca supliment.
- În lipsa dovezilor de eficiență în mania acută, nu se recomandă de a utiliza lamotrigine, gabapentin și topiramate.
- În cazul când episodul maniacal sever manifestă un răspuns insuficient la farmacoterapie, se va examina oportunitatea utilizării terapiei electro-convulsive (TEC).
- La estimarea eficienței strategiei de tratament selectate și a farmacoterapiei, utilizați un cadru clar de timp:
- În caz de dozaj adecvat, răspunsul trebuie să apară după aproximativ două săptămâni;
- În caz de lipsă evidentă a răspunsului, tratamentul trebuie continuat cu un alt remediu de primă alegere sau cu o combinație de medicamente.
- **După remisiunea episodului maniacal în urma tratamentului acut, întotdeauna se va presta tratament de follow-up timp de cel puțin 8 săptămâni.**
- Pe durata tratamentului de follow-up (de consolidare a efectului), vor fi alese aceleași medicamente, ca și în faza acută, cu ajustarea posibilă a dozajului în caz de efecte secundare deranjante care sunt determinate de doză.

## **Caseta 27. Aspecte de tratament în perioada pre-sarcina, sarcina și perioada postpartum în caz de pacient cu TAB**

### **Dorința de a avea copii**

- Femeile cu potențial fertil, dar suferă de tulburare bipolară trebuie să utilizeze mijloace de contracepție de eficiență înaltă dacă nu doresc să aibă copii (încă).
- Consecințele posibile ale unei sarcini asupra evoluției și tratamentului tulburării bipolare și vice versa trebuie discutate în mod sistematic cu femeile care suferă de tulburare bipolară (și partenerii lor) care doresc să aibă copii.
- Femeile cu tulburare bipolară (și partenerii lor) care doresc să aibă copii trebuie informate despre faptul că planificarea minuțioasă și pregătirea pentru sarcină reduce riscul complicațiilor.
- Pentru femeile cu tulburare bipolară care ar putea rămâne însărcinate pe parcursul tratamentului, se va ține cont de acest lucru la alegerea tratamentului (de menținere).

### **Sarcina**

- Pentru femeile cu tulburare bipolară care sunt (încearcă să devină) însărcinate, este recomandabil de a elabora un plan de tratament, care va include medicația de înainte, în timpul și după sarcină.
- La prescrierea medicației, alegeți medicamentele care s-au dovedit a fi eficiente anterior la pacient, cu condiția că medicamentul poate fi considerat (relativ) sigur.
- Atunci când este necesar de a prescrie stabilizatori ai dispoziției pe parcursul sarcinii, este preferabilă monoterapia (cu litiu ca prima alegere).
- În cazul continuării utilizării litiului pe parcursul sarcinii, dozajul și frecvența verificării concentrației sanguine a litiului trebuie ajustate.
- Examinarea prenatală cu ultrasunet și testul lichidului amniotic poate indica prezența anomaliei Ebstein ca consecință a utilizării litiului sau spina bifida ca consecință a anticonvulsivantelor.
- Este important de a discuta la o etapă precoce cu un ginecolog și/sau moașă despre diagnostica prenatală, supravegherea primară sau specializată a sarcinii, precum și despre sarcină, posibila inducere a travaliului și perioadă imediat postpartum.
- Utilizarea stabilizatorilor de dispoziție pe parcursul sarcinii este o indicație pentru naștere în spital, dat fiind riscul de complicații atât pentru mamă, cât și pentru copil. În caz de utilizare a ISRS, nou-născutul trebuie să rămână sub observație la spital timp de cel puțin 12 ore după naștere din cauza riscului de hipertensiune pulmonară persistentă (HPP) și simptome de discontinuare .

### **Perioada postpartum**

- Perioada postpartum este o perioadă de risc sporit pentru femeile cu tulburare bipolară. Se recomandă de a prescrie medicamente pentru această perioadă, chiar dacă pe parcursul sarcinii n-au fost administrate medicamente. Există dovezi că acest lucru ar putea reduce considerabil riscul de psihoză postpartum (Bergink e.a., 2012).



### ***Screening și diagnostic la adolescenți***

- a. Screeningul pentru tulburarea bipolară este util doar în rândul populației cu risc înalt (nu la populația normală) și trebuie efectuat într-o instituție specializată de sănătate mintală.
- b. Diagnosticul trebuie efectuat doar de către un psihiatru specializat pentru copii, care dispune de experiență în acest domeniu.

### ***Farmacoterapie pentru manie la adolescenți***

- (1) În tratamentul (hipo-) / maniei la adolescenți sunt preferabile antipsihoticele și se recomandă de a urma ghidul pentru adulți, ținând cont de diferențele în dozaj pentru adolescenți și diferențele în ceea ce privește efectele secundare .

### ***Farmacoterapia pentru depresia bipolară la adolescenți***

- (2) Tratamentul depresiei bipolare este în primul rând ne-medicamentos. Se recomandă o intervenție psihologică de 3 luni, preferabil terapie cognitiv-comportamentală (TCC).
- (3) În caz de depresie de la ușoară la severă cu răspuns limitat la TCC, poate fi examinată oportunitatea adăugării farmacoterapiei, urmând ghidul pentru adulți (ținând cont de ajustările necesare pentru adolescenți).
- (4) **Monoterapia cu un antidepresiv trebuie evitată; doar în combinație cu olanzapine sau litiu ISRS (sau fluoxetină) pot face parte din planul de tratament pentru depresia bipolară acută.**

### ***Menținerea farmacoterapiei la adolescenți***

- (5) În caz de efecte secundare nefavorabile ale antipsihoticelor (sedare și creșterea greutății), se recomandă de a nu continua utilizarea acestor medicamente în tratamentul de menținere.
- (6) Recomandările privind tratamentul de menținere pentru adulți pot fi urmate și pentru adolescenți, cu condiția că se va ține cont de diferențele în dozaj și efectele secundare .
- (7) **La fetele adolescente nu se recomandă utilizarea acidului valproic.**
- (8) Plus la farmacoterapie, trebuie prestat suport individual sau în familie, ca parte a planului de tratament.
- (9) În Olanda, medicamentele pentru tulburarea bipolară sunt disponibile doar off-label și pot fi prescrise doar dacă este menționat că sunt prescrise off-label.

### ***Intervențiile psihosociale și psihologice la adolescenți***

(10) Atât la faza acută a tulburării bipolare, precum și ulterior pe parcursul tratamentului de menținere, părinții, frații și surorile și posibil școala trebuie implicați în tratamentul adolescentului, de exemplu, prin intermediul psiho-educației, suport de la egal-la-egal sau suport din partea sistemului ori parental. Tuturor persoanelor implicate trebuie să li se explice diferențele dintre comportamentul specific vârstei (pubertate) și simptomele tulburării bipolare.

(11) Adolescentul, părinții săi și profesorii trebuie să fie informați privind severitatea și durata posibilă a disfuncțiilor cognitive după un episod acut și despre efectele medicamentelor. Se recomandă de a efectua examenele neuropsihologice după remisiunea episodului acut pentru a-i da adolescentului, părinților și profesorilor sfaturi privind nivelul școlar și capacitatea mintală a pacientului.

### ***Alte recomandări pentru adolescenți***

- (12) Se recomandă de a include membrii echipei care dispun de expertiză psihiatrică sistemică sau de lucru cu tineri în centrele clinice care tratează adolescenții cu tulburări (bipolare) de dispoziție.
- (13) În tratamentul adolescenților cu tulburare bipolară (la fel ca și pentru alte tulburări specifice copilăriei sau de dezvoltare) este necesară o abordare sistemică.
- (14) Tranziția spre îngrijirile psihiatrice pentru adulți trebuie pregătită minuțios, în comun cu toate persoanele implicate, pentru a garanta continuitatea îngrijirilor pentru pacienți și familiile lor.
- (15) Pe parcursul adolescenței, se recomandă monitorizarea cu frecvență redusă a copiilor și adolescenților în situație de risc înalt (ținând cont de predispunerea familiei și/sau de patologia de dispoziție).
- (16) Intervențiile ne-medicamentoase sunt preferabile în caz de comorbiditate, așa ca ADHD, tulburări opoziționale de sfidare și alte tulburări comportamentale.
- (17) Se cere o monitorizare minuțioasă a eficienței și efectelor secundare ale medicamentelor în combinație cu examene fizice.
- (18) Nu se recomandă consumul de substanțe și alcool. Dat fiind faptul că deseori la adolescenți nu se ajunge

la abstență completă, este necesară informarea lor despre consumul de substanțe și/sau alcool în combinație cu medicamente și posibilele interacțiuni.

### **Caseta 29. Durata asistenței în serviciile de sănătate mintală în caz de pacient cu TAB**

- În *CCSM* – după necesitate.
- În *secția psihiatrică din spitalul de profil general* – până la 2 săptămâni.
- În *spitalul de psihiatrie* – până la 30 zile (după necesitate)

### **Caseta 30. Criterii de evaluare a eficacității terapiei în TAB**

- ✓ Normalizarea comportamentului, dispariția agitației sau a inhibiției psihomotorii.
- ✓ Atenuarea simptomelor psihotice/afective.
- ✓ Restabilirea atitudinii critice și conștientizarea maladiei.
- ✓ Restabilirea rolului social.

### **C.2.3.8. Evoluția TAB**

#### **Caseta 31. Evoluția clinică a tulburării bipolare**

Evoluția clinică - Evoluția tulburării bipolare I este marcată de recăderi și remisiuni, cu episoade maniacale ce alternează frecvent cu cele depresive. 90% din persoanele care au un episod maniacal vor trece prin alt episod de acest gen în decursul unei perioade de cinci ani<sup>16</sup>. 90% din persoanele cu tulburare bipolară au cel puțin o spitalizare psihiatrică și două treimi din ele au două sau mai multe spitalizări în decursul vieții lor<sup>17</sup>. Tulburarea bipolară II este mai puțin studiată, iar evoluția acesteia este mai puțin înțeleasă.

În tulburarea bipolară, simptomele depresive sunt mai frecvente, decât cele maniacale, deși acestea din urmă definesc tulburarea<sup>18</sup>. Pacienții cu tulburare bipolară de tip I trec printr-o depresie de trei ori mai frecvent, decât prin manie; pacienții cu tulburare bipolară II au o depresie de 37 de ori mai frecvent, decât o hipomanie<sup>19</sup>.

Episoadele hipomaniacale pot perturba funcționalitatea pacientului, dar sunt mai puțin severe, decât episoadele maniacale care apar în tulburarea bipolară I. Nivelul de deteriorare funcțională la pacienții cu tulburare bipolară II este strâns legat de severitatea episoadelor depresive<sup>20</sup>.

Evoluția tulburării bipolare este influențată de ratele înalte ale abuzului comorbid de alcool sau substanțe. De-a lungul vieții, aproape două treimi din pacienții cu tulburare bipolară vor întruni criteriile de diagnosticare pentru o tulburare de dependență<sup>21 22</sup>. Atât abuzul de substanțe, cât și tulburarea de dispoziție ar trebui să fie abordate în timpul tratamentului. Tulburarea comorbidă de anxietate este de asemenea frecventă<sup>23 24</sup>.

<sup>16</sup> Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatr Serv* 1999; 50:201

<sup>17</sup> Woods SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:38.

<sup>18</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000

<sup>19</sup> Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:261.

<sup>20</sup> Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1322.

<sup>21</sup> Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:23.

<sup>22</sup> Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatr Serv* 1999; 50:201.

<sup>23</sup> Nease DE Jr, Volk RJ, Cass AR. Investigation of a severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12:21.

Evoluția bolii este definită ca având cicluri rapide, dacă pe parcursul a 12 luni anterioare au avut loc patru sau mai multe episoade de tulburare de dispoziție<sup>25</sup>.

### C.2.3.9. *Tratamentul de menținere și supraveghere*

#### Caseta 32. **Principiile terapiei de menținere**

##### **Farmacoterapia, tratamentul de menținere**

##### *Recomandări bazate pe consensul dintre experți*

- (1) În acord cu pacientul și îngrijitorul (-ii), la finele tratamentului continuat se va lua o decizie privind planificarea unui tratament preventiv de menținere: în acest scop, pacientul și îngrijitorul (-) trebuie să beneficieze de psihoeucație individuală sau în grup privind severitatea și evoluția tulburării, riscul de recidivă și durata tratamentului de menținere.
- (2) **Indicațiile pentru tratamentul de menținere se bazează pe: 1) numărul total al episoadelor maniacale, hipomaniacale și depresive; 2) severitatea acestor episoade; 3) istoria tulburărilor de dispoziție (bipolare) la rudele de gradul I (vezi arborele decizional).**
- (3) La alegerea strategiei de tratament și a medicației pentru tratamentul de menținere, se va ține cont de următoarele aspecte:
  - a. Experiențele anterioare ale pacientului (sau ale membrilor familiei cu tulburare bipolară);
  - b. Efectele farmacoterapiei la fazele de tratament acut și continuat (de consolidare a efectului);
  - c. Preferințele pacientului.

##### *Recomandări bazate pe dovezi științifice*

- (4) Conform dovezilor disponibile, **litiul este cel mai eficient agent în tratamentul pe termen lung și a redus nu doar recidivele maniacale și depresive, dar și riscul de suicid.** Din aceste motive, **litiul este un tratament de menținere de primă alegere.** În cazul pacienților care nu utilizează litiu în faza acută, trebuie discutată posibilitatea tratamentului cu litiu.
- (5) În cazul când este preferată profilaxia cu litiu, medicația din faza acută va trece treptat la monoterapia cu litiu.
- (6) **Tratamentul de menținere cu olanzapinum sau quetiapinum poate fi considerat drept o alternativă pentru litiu,** în special când olanzapine și quetiapine au fost eficiente în faza acută.
- (7) **Lamotrigina s-a dovedit a fi eficientă doar pentru prevenirea episoadelor depresive.**

##### *Recomandări bazate pe dovezi științifice limitate*

- (8) În cazul când monoterapia cu litiu este insuficient de eficientă, se va examina oportunitatea adăugării acidului valproic sau, în caz de necesitate, a carbamazepinei.
- (9) Datorită eficienței lamotriginei în prevenirea depresiei, aceasta poate fi utilizată ca terapie de menținere în tulburarea bipolară -II.
- (10) **Tratamentul pe termen lung cu antidepresive în combinație cu remedii anti-maniacale este indicat doar atunci, când întreruperea tratamentului a condus la recidivarea depresiei și când nu există cicluri rapide.**
- (11) În cazul când **un remediu este parțial eficient,** poate fi examinată oportunitatea combinării cu

<sup>24</sup> Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Am J Psychiatry 2004; 161:2222.

<sup>25</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000

un alt remediu, așa ca **combinarea litiului cu acid valproic, și a litiului cu lamotriginum** (vezi arborele decizional).

### **Recomandări suplimentare**

- (12) Monitorizarea somatică trebuie efectuată în dependență de remediu administrat, iar pacientul să fie informat despre aceasta.
- (13) Pe parcursul tratamentului de menținere, trebuie acordată frecvent atenție echilibrului dintre eficiența tratamentului și efectele sale adverse (pe termen scurt și termen lung).
- (14) În caz de eficiență satisfăcătoare și bună toleranță la monoterapie, se recomandă de a continua tratamentul o perioadă îndelungată sau chiar permanent.
- (15) În cazul tratamentului combinat, nu se poate prezice dacă va fi necesar de continuat tratamentul cu ambele remedii și dacă este sigur de a-l stopa gradual pe unul dintre ele.
- (16) **La pacienții la care stabilizatorii de dispoziție (inclusiv antipsihoticele) n-au fost eficiente, trebuie examinată oportunitatea clozapinei.**
- (17) La pacienții cu episoade predominant maniacale și cu non-complianță persistentă confirmată la terapie poate fi examinată oportunitatea tratamentului cu antipsihotice depot.
- (18) În cazul când se decide privind întreruperea tratamentului de menținere, se recomandă de a reduce gradual dozele.
- (19) În cazul când se decide de a întrerupe tratamentul de menținere, se recomandă de a continua celelalte tratamente (non-farmacologice) încă cel puțin 2 (doi) ani.
- (20) La pacienții după tratament cu terapie electroconvulsivă (TEC) pentru depresie, manie sau episoade mixte și la pacienții care au avut anterior recidive și care utilizează farmacoterapia poate fi examinată oportunitatea tratamentului de menținere cu TEC.
- (21) Pacienții care suferă de cicluri rapide pot manifesta ameliorări urmând tratament de menținere cu TEC (Minnai et al., 2011).
- (19) Minnai et al., 2011).
- (20) **Alte tratamente biologice**

### **Recomandări referitoare la TEC**

- (21) TEC poate fi recomandată pentru episoadele maniacale, depresive și mixte ale tulburării bipolare, datorită efectului rapid și efectelor adverse limitate, în special în cazul rezistenței la tratament.
- (22) TEC poate fi o opțiune bună de tratament în cazul când este necesară reducerea rapidă a simptomelor, de exemplu, în cazul riscului înalt de suicid sau refuzului de alimente și apă.
- (23) Se recomandă de a examina oportunitatea TEC la o fază mai precoce în caz de depresie rezistentă la terapie.
- (24) Poate fi examinată oportunitatea tratamentului de menținere cu TEC după un tratament eficient cu TEC pentru depresie, manie sau episod mixt, în special la pacienții care au recidivat utilizând conștiincios medicamente adecvate situației clinice.

### **Recomandări privind fototerapia**

- (25) La pacienții cu tulburare bipolară și cu episod depresiv sezonier (depresie bipolară de iarnă) poate fi examinată oportunitatea fototerapiei.
- (26) Aspectele ce urmează, necesită a fi luate în considerare în sens de eficiență, indicații și risc de trecere la (hipo-) manie, fiind comparabile cu antidepressivele.
- (27) Fototerapia este efectuată la indicația psihiatrului implicat.
- (28) În special la pacienții cu tulburare bipolară –I, este necesar tratamentul simultan cu un stabilizator de

dispoziție (cum ar fi un remediu anti-maniacal).

### **Caseta 33. Principiile terapiei profilactice cu antipsihotice**

- Tratamentul este direcționat spre prevenirea episoadelor afective (maniacale, hipomaniacale, depresive) repetate, încetinirea tempoului de progresie a maladiei și menținerea unui nivel optim de funcționarea pacientului în societate.
- În acest scop sunt utilizate remediile timostabilizatoare, care au fost eficiente în tratamentul episodului psihotic. Prioritate se va acorda timosatabilizatoarelor (antipsihoticelor) de generația II (“atipice”), în special, celor cu eliberare prelungită Quetiapinum XR; în cazul recăderilor și recidivelor frecvente, tratamentul antipsihotic poate fi asociat cu timostabilizatori (săruri de Litiu, Carbamazepinum, derivați ai acidului valproic, Lamotriginum).
- Terapia de susținere antirecidivantă la bolnavii cu TAB se poate aplica prin două metode de bază:
  - terapia continuă – bolnavul administrează medicamentele continuu (este mai sigură, dar la aplicarea ei, îndeosebi utilizând neuroleptice convenționale, se asociază cu risc crescut de dezvoltare a așa efecte secundare ca dischinezii tardive);
  - terapia periodică – pacientul administrează periodic remedii antipsihotice (doar atunci, când apar primele simptome de destabilizare a stării psihice – neliniște, activitate motorie neproductivă, comportamente bizare lipsite de sens, indispoziție, dereglarea somnului). Acest gen de terapie nu întotdeauna asigură o profilaxie eficientă a recăderilor și recidivelor.
- **Decizia vizând metoda optimă de tratament va fi selectată individual pentru fiecare pacient!**

### **Caseta 34. Supravegherea pacienților cu TAB**

- ✓ Pacienții cu TAB sunt supravegheați de psihiatrul din CCSM: după externare – 1 dată în săptămână, pe parcursul primei luni, apoi de 2 ori pe lună, pe parcursul următoarelor 5 luni, apoi 1 dată în lună începând cu luna a 6-a până la sfârșitul anului; consultația – la necesitate, după perioada menționată.

#### ***Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu TAB de către medicul de familie***

- Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru a evita dezvoltarea efectelor adverse ale remediilor antipsihotice, timostabilizatoare administrate de către pacient.

**Notă:** Bolnavii cu TAB pot frecvent dezvolta tulburări endocrine (diabet zaharat tip 2, hiperprolactinemie simptomatică etc.), de aceea, la necesitate, se recomandă consultația endocrinologului.

#### ***C.2.3.10. Recuperarea (la necesitate)***

##### **C.2.3.10.1 Recuperarea psiho-socială**

La bolnavii cu TAB va fi efectuată începând cu etapele precoce de dezvoltare ale maladiei și procesul de recuperare va continua în etapele ulterioare ale maladiei.

### **Caseta 35. Prima etapă de recuperare psiho-socială**

- Vizează prevenirea formării fenomenului de instituționalizare, care adeseori accelerează izolarea socială și conduce la invalidizarea pacientului.
- Are loc în condiții de staționar și CCSM, concomitent cu metodele de terapie biologică.
- Presupune diferite tipuri de activități psihosociale (socioterapie, psihoterapie individuală și în grup, ergoterapie, stimularea activității sociale, aptitudinilor habituale).

### **Caseta 36. Etapa a doua de recuperare psiho-socială**

- Vizează adaptarea persoanei la condițiile vieții în societate, la activitățile ocupaționale și profesionale în comunitate.
- La această etapă terapia biologică continuă.
- Sunt binevenite diverse modalități de implicare psiho-socială pentru a stimula activitatea socială a pacientului. Se va asigura suportul psiho-emoțional (grupul de susținere); se va încuraja autoafirmarea bolnavului (intervenții organizatorice, metodice).
- Se pune accent pe angajarea persoanelor în câmpul muncii.

### **Caseta 37. Etapa a treia de recuperare psihosocială**

- Se promovează în comunitate.
- Predomină diferite tipuri de activități psiho-sociale care în această etapă au un rol decisiv la nivelul reinsertiei microsociale și presupun lucrul cu mediul ambiental apropiat pacientului (membrii familiei, vecini, colegi de serviciu etc.). Se va utiliza preponderent psihoinstruirea, activarea rețelei naturale de suport social, crearea unui mediu socioterapeutic artificial – cămine pentru persoanele singuratice, socialmente vulnerabile, apartamente protejate etc.; implicarea pacienților în activități de grup, de exemplu, grupuri de autosusținere, cluburi de interes ș.a.

### **Caseta 38. Intervenții recomandate pentru a promova reintegrarea în comunitate**

1. Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale).
2. Grupul de suport din partea aparținătorilor și îngrijitorilor
3. Reabilitarea vocațională și profesională (lucru și educație).

### **Caseta 39. Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale)**

1. Examinați posibilitatea acordării suportului de la egal-la-egal persoanelor cu TAB pentru a-i ajuta utilizatorului de servicii să-și îmbunătățească experiența și calitatea vieții. Suportul de la egal-la-egal trebuie oferit de către un lucrător de la egal-la-egal instruit, care s-a recuperat după episodul morbid și este în stare stabilă. Lucrătorii de la egal-la-egal trebuie să beneficieze de suport din partea întregii echipe, precum și suport și supervizie din partea lucrătorilor de la egal-la-egal cu experiență.
2. Programele de suport de la egal-la-egal trebuie să includă informații și recomandări despre:
  - Tulburarea afectivă bipolară, inclusiv cu simptome psihotice
  - utilizarea medicamentelor
  - identificarea și managementul simptomelor
  - accesarea serviciilor de sănătate mintală și a altor servicii de suport
  - înfruntarea stresului și a altor probleme
  - acțiunile în caz de criză
  - crearea unei rețele de suport social
  - prevenirea recidivelor și stabilirea scopurilor personale de recuperare

#### **Caseta 40. Grupul de suport pentru aparținători**

- (1) Se recomandă de a implica îngrijitorii în tratamentul pacientului și de a motiva pacientul în acest sens.
- (2) Specialiștii trebuie să fie ușor accesibili pentru îngrijitori.
- (3) Cursurile de psiho-educație prestate pacienților și îngrijitorilor lor, suportul individual pentru familie aduc o valoare adițională în promovarea cooperării în cadrul triadei pacient-îngrijitor-specialist.
- (4) Specialiștii în sănătate mintală trebuie să monitorizeze sarcina ce le revine îngrijitorilor și să se asigure că ei nu sunt supraîncărați.
- (5) Elementele de mai jos sunt importante pentru specialiștii care lucrează cu îngrijitorii:
  - a. Asigurați-vă că tratamentul și supravegherea sunt în unison și că ambele părți au aceleași scopuri.
  - b. Atrageți atenție necesităților sociale și celor clinice ale pacientului.
  - c. Aveți grijă să asigurați un bun regim de medicație.
  - d. Ascultați-i pe îngrijitori și implicați-i ca egali în tratamentul și supravegherea pacientului.
  - e. Explorați așteptările pacientului și ale îngrijitorilor referitoare la planul de tratament.
  - f. Examinați posibilitățile și limitările familiei în ceea ce privește îngrijirea pacientului.
  - g. Încercați să rezolvați conflictele ținând cont de sentimentele reciproce ale pacienților și îngrijitorilor lor.
  - h. Recunoașteți sentimentele de pierdere a sănătății.
  - i. Oferiți informații adecvate pacienților și îngrijitorilor lor.
  - j. Motivați pacientul și îngrijitorii lor să elaboreze un plan de urgență și acordați suport profesionist în situațiile de criză.
  - k. Încercați să îmbunătățiți comunicarea dintre pacient și îngrijitor.
  - l. Îmbunătățiți abilitățile de rezolvare a problemelor ale îngrijitorilor.
  - m. Încurajați îngrijitorii să-și extindă rețeaua lor (de exemplu, în cadrul unei organizații a pacienților).
  - n. Fiți flexibili în satisfacerea necesităților îngrijitorilor.
  - o. Asigurați-vă că veți dispune de un alt punct de contact, în caz de blocaj a contactelor cu un îngrijitor.
- (6) Acordați atenție copiilor pacienților care suferă de tulburare bipolară, dat fiind faptul că familia poate avea dificultăți în gestionarea situației. Prestați îngrijiri suplimentare.
- (7) Se recomandă de a examina oportunitatea utilizării în cadrul echipelor multidisciplinare a îngrijitorilor care sunt experți prin experiență.

#### **Caseta 41. Reabilitarea vocațională, ocupațională și profesională (muncă și educație)**

Examinați posibilitatea efectuării altor activități ocupaționale sau educaționale, inclusiv instruirea profesională, pentru persoanele incapabile de a lucra sau care nu-și pot găsi un loc de muncă.

- Prestați programe de susținere la angajare a persoanelor cu TAB, care doresc să-și găsească un loc de muncă sau să revină la serviciu.
- Recomandați din prima zi incluziunea socială și angajarea în câmpul muncii, în special pentru a preveni recăderile; dorința pacientului fiind importantă.
- Evitați căile lungi de instruire profesională, inițial ajutați persoana să se angajeze ulterior ajutați la menținerea serviciului.
- Alegeți o metodologie de reabilitare specifică și individualizată pentru fiecare beneficiar în parte.

**Caseta 42. Caracteristicile Suportului individual pentru angajare (SIA) – reabilitarea vocațională**

1. Scopul principal îl constituie lucrul regulat plătit sau educația sistematică.
2. Mentorul pentru SIA face parte din echipa de sănătate mintală, prin urmare, recuperarea vocațională poate fi bine aliniată la tratamentul de sănătate mintală.
3. Fiecare beneficiar care dorește să lucreze poate beneficia de ghidare prin SIA, indiferent de locul de muncă, abuz de substanțe sau alte simptome.
4. Mentorul SIA le ajută în mod eficient clienților să-și găsească un loc de muncă plătit. Nu există cursuri lungi de pregătire cu evaluări extensive, instruire sau proiecte de muncă de voluntariat.
5. Clientul și mediul său (familia, angajatorii, colegii) sunt susținuți de către mentorul SIA (atât timp, cât au nevoie și, cât este rațional).
6. Mentorul SIA le ajută clienților să se elibereze de la un loc de muncă și să-și găsească un alt loc. Majoritatea oamenilor î-și găsesc un loc de muncă potrivit după câteva încercări.
7. Preferințele clientului au importanță primordială. Mentorul și clientul lucrează împreună pentru a găsi un loc de muncă corespunzător abilităților, intereselor și experienței clientului.
8. Mentorul SIA lucrează asupra "creării locurilor de muncă"; consacră timp și atenție pentru crearea unei rețele de angajatori.

**C.2.3.10.2. Psihoterapia**

**Caseta 43. Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de TAB – intervenții recomandate**

<b>Intervenții recomandate</b>	<b>Efect</b>
<b>Psiho-educație</b> - individuală - orientată spre formarea capacității de luare a deciziilor pe parcursul tratamentului - focusare pe abilitare și recuperare	ședințe individuale, ca parte a informării suficiente privind boala, tratamentul și efectele acestuia.
<b>Intervenții ale familiei</b> - minimum 10 ședințe - de la 3 luni la un an - preferabil să fie prezent și clientul și familia - aceasta ar putea începe sau în faza acută, sau mai târziu, inclusiv în staționare.	- reducerea frecvenței recidivelor - reducerea ratelor de re-spitalizare și a duratei internării
<b>Terapie cognitiv-comportamentală (PCC), - individuală</b> - minimum 16 ședințe - atât în faza acută, cât și în stadiile ulterioare - de către terapeuți PCC instruiți	- reducerea ratelor de re-spitalizare și a duratei internării - severitatea simptomelor (delir, halucinații, simptome maniacale, simptome depresive)

**Caseta 44. Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de TAB – intervenții în condiții specifice**

<b>Intervenții recomandate în condiții specifice</b>	<b>Efect</b>
<b>Art terapia</b>	Examinați posibilitatea aplicării art terapiilor (muzică, dans, pictură) la toate persoanele cu TAB. Aceasta poate începe sau în faza acută, sau mai târziu, inclusiv în staționare.



<b>Terapie psihomotorie</b> <b>Indicată la:</b> - exces de greutate - simptome de stres / anxietate	- funcționare psihomotorie - funcționare globală - nivel de stres / tensiune - IMC (indicele masei corporale)
--	--

#### Caseta 45. Psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)

PCC este recomandată la toate etapele. Pentru prima psihoză sunt recomandate ajustări minore:

3. Terapia cognitiv-comportamentală trebuie să fie disponibilă pentru fiecare pacient. Se utilizează pentru tratamentul simptomelor psihotice/afective, anxietății, depresiei și altor tulburări psihiatrice comorbide.
4. În tratamentul psihologic, se recomandă de a acorda atenție în mod sistematic suferințelor, respectului față de sine, auto-definirii și rezilienței sociale în raport cu limitările percepute.

### C.2.4. COMPLICAȚILE

#### Caseta 46. Efecte secundare ale antidepressivelor

Substanța	Tulb. centrale	Tulb. SN autonom	Reacții cutanate	Tulb. hepatice	Tulb. digestive	HTA	Tulb. cardiace	Tulb. sanguine
Amitriptilinum	++	+	+	+	+	+	+	±
Clomipraminum	+++	++	±	+	+	±	+	0
Dibenzepinum	++	++	+	+	+	±	+	0
Doxepinum <sup>1</sup>	++	+	+	±	+	+	+	±
Maprotilinum	+++	+	++	±	±	±	+	±
Mianserinum	+	±	+	+	+	+	+	+
Fluoxetinum	+	±	+	+	±	0	±	+
Amitriptilinum	++	0	++	+	++	0	0	+
Clomipraminum	+	0	?	+	++	0	0	±

#### Caseta 47. Principalele efecte secundare ale terapiei cu antidepressive ISRS

- Tulburări gastro-intestinale (greață, vărsături, dureri abdominale, diaree, constipații)
- Tulburări psihice (agitație, anxietate, insomnie, viraj maniacal, iritabilitate)
- Tulburări de somn
- Fatigabilitate / astenie / apatie
- Reacții alergice
- Creștere / scădere ponderală
- Disfuncții sexuale
- Tulburări neurologice (tremurătură și simptome extrapiramidale)
- Disfuncții cognitive și / sau psihomotorii
- Interacțiuni medicamentoase (dependență de acțiunea asupra izoenzimelor citocromului P450)
- Sindromul de discontinuitate.

### Caseta 48. Interacțiuni medicamentoase ale antidepresivelor

Substanța reactivă	Acțiunea substanței asupra activității antidepresivului	Acțiunea antidepresivului asupra activității substanței
Epinephrinum		Potențarea efectului hipertensiv, risc de
Spiritus aethylicus	<nivel plasmatic >eficacitatea	Potențarea efectului în administrare acută (amitriptilina, mianserina)
Metilfenidatum	> eficacitatea, > TA	
Anticoagulante orale		Scad eliminarea, risc de supradozare
Anestezice generale		HT oscilantă, tulburări de ritm
Anticolinergice		Stări confuzionale, ileus paralytic
Antiepileptice	< nivel plasmatic, <eficacitatea	<pragul epileptogen
Barbiturice	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Clonidinum	<efectul antidepresiv	<efectul antihipertensiv
Contraceptive orale	>nivel plasmatic, >eficacitatea	
Disulfiramum	>nivel plasmatic, risc de supradozare	
Diuretice	Aditivarea acțiunii hipotensoare	
Dopaminum		Antagonizarea efectelor
Guanetidinum		<efect antihipertensiv
Glutetimidum	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Methyldopum		<efect antihipertensiv
Chlorodehydromethyltestosteronum	în unele cazuri, bufee delirante	
Neostigmini methylsulphas		>anomalii unde ST, T aritmii
Neuroleptice	>nivel plasmatic, >eficacitatea	Recrudescența delirului
Estrogeni	Scădere reciprocă a eficacității; somnolență, greață, cefalee, tremor, hipotensiune, sindrom de depersonalizare-derealizare	
Phenytoinum		>toxicitatea
Reserpinum	Diaree, neliniște psihomotorie, hipomanie	
Nicotinum	< nivel plasmatic, <eficacitatea	

### Caseta 49. Activitatea sedativă și anticolinergică a medicamentelor antidepresive

Preparat	Efect sedativ	Activitatea anticolinergică
1. Doxepinum*	+++	++
2. Trimipraminum	+++	++
3. Amitriptilinum	+++	+++
4. Nortriptilinum	++	++
5. Imipraminum	++	++
6. Desipraminum	+	+
7. Protriptilinum	+	+++
8. Maprotilinum	++	+++
9. Amoxepinum	++	+
10. Trazodonum	+++	0
11. Fluoxetinum	+	0
12. Viloxazinum	+	0
13. Fluvoxaminum	++	0
14. Paroxetinum	++	0
15. Sertralinum	++	0
16. Medifoxaminum	++	0
17. Reboxetinum	++	0
1. Doxepinum*		0
2. Trimipraminum		0

**Legendă:** +++ - maxim; ++ - mediu; + - scăzut; 0 – nul

**Notă.** După Akiskal, 1991

### **.Caseta 50. Semnele și simptomele sindromului Rebound**

- Viraj hipomaniacal, iritabilitate
- Prăbușire bruscă a dispoziției
- Atacuri de panică
- Perioade de incontinență afectivă
- Agitație
- Depersonalizare, derealizare
- Dificultăți de concentrare
- Hipomnezie
- Oscilații dispoziționale
- Tulburări de somn, insomnie
- Creșterea producției de vise, coșmaruri
- Transpirație, tremurături
- Tensiune, dureri, crampe musculare
- Fatigabilitate, astenie
- Ticuri, dizartrie, cefalee
- Necoordonare motorie
- Nervozitate, anxietate
- Hipersalivație, vertigo, rinoree
- Senzație de lipsă de aer
- Frisoane, febră
- Senzație de greață, vomă, diaree  
Crampe abdominale
- Paretezii, hiperestezie auditivă
- Iluzii vizuale, auditive și olfactive

**Caseta 51. Primul ajutor în caz de apariție a efectelor secundare la administrarea medicamentelor antidepresive**

Informarea pacientului asupra efectelor secundare potențiale, inclusiv a celor severe.

Monitorizarea apariției efectelor secundare.

În cazul prezenței efectelor secundare majore, se vor considera următoarele opțiuni:

Supraveghere;

Scăderea dozei, frecvenței sau momentului administrării;

Schimbarea medicației;

Inițierea tratamentului specific de combatere a efectelor secundare

Continuarea monitorizării efectelor secundare:

Evaluarea riscului medical;

Interferența cu complianța la tratament;

Aprecierea stării generale a pacientului.

## D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<b><i>D.1. Asistența medicală primară</i></b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ medic de familie;</li> <li>✓ asistentă medicală.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop.</li> </ul>
	<b>Medicamente (vezi anexa 2-10):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timostabilizatoare;</li> <li>• Tranchilizante;</li> <li>• Antipsihotice.</li> </ul>
<b><i>D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice (CCSM)</i></b>	<b>Personal:</b> psihiatru (la 25 mii de populație); psihoterapeut (la 25 mii de populație); psiholog (la 25 mii de populație); asistent social / ergoterapeut (la 25 mii de populație); nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop.</li> </ul>
	<b>Medicamente (vezi anexa 2-10):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timostabilizatoare (Litiu, Carbamazepinum, Oxcarbazepinum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum)</li> <li>• Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpriduum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum);</li> <li>• Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.);</li> <li>• Antidepresive (Amitriptilinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatium, Mirtazapinum, Tranilciprominum).</li> <li>• Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexol, um Bromcriptinum)</li> <li>• Levotiroxinum</li> </ul>
<b><i>D.3. Secțiile de psihiatrie în spitalele generale</i></b>	<b>Personal:</b> psihiatru (la 25 mii de populație); nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop.</li> </ul>

	<p><b>Medicamente</b> (vezi anexa 2-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timostabilizatoare (Litiu, Carbamazepinum, Oxcarbazepinum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum)</li> <li>• Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpriduum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum);</li> <li>• Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.);</li> <li>• Antidepresive (Amitriptilinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatinum, Mirtazapinum, Tranilciprominum).</li> <li>• Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexol,um Bromcriptinum)</li> <li>• Levotiroxinum</li> </ul>
<p><b>D.4. Secțiile de psihiatrie în spitalele de psihiatrie</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psihiatru;</li> <li>• psihoterapeut;</li> <li>• laborant;</li> <li>• asistent serviciul social;</li> <li>• ergoterapeut;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog).</li> </ul>
	<p><b>Dispozitive medicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• glucometru portabil;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat de dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, creatinina și urea);</li> <li>• Aparataj specific pentru efectuarea</li> <li>• SMT (stimulării magnetice transcraniene);</li> <li>- TEC (tratamentului electro-convulsivant).</li> </ul>
	<p><b>Medicamente</b> (vezi anexa 2-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timostabilizatoare (Litiu, Carbamazepinum, Oxcarbazepinum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum)</li> <li>• Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpriduum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum);</li> <li>• Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.);</li> <li>• Antidepresive (Amitriptilinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatinum, Mirtazapinum, Tranilciprominum).</li> <li>• Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexol,um Bromcriptinum)</li> <li>• Levotiroxinum</li> </ul>
<p><b>D.5. Asistența Medicală de Urgență</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psihiatru;</li> <li>• psiholog;</li> <li>asistente medicale;</li> </ul>

	<p><b>Dispozitive medicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> </ul> <p>glucometru portabil;</p>
	<p><b>Medicamente</b> (vezi anexa 2-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timostabilizatoare (Litiu, Carbamazepinum, Oxcarbazepinum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum)</li> <li>• Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpriduum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum);</li> <li>• Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.);</li> <li>• Antidepresive (Amitriptilinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinum, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatinum, Mirtazapinum, Tranilciprominum).</li> <li>• Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexol,um Bromcriptinum)</li> </ul> <p>Levotiroxinum</p>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN

No	Scopurile PCN	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a TAB.	1.1. Proporția pacienților suspecți de TAB, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an.	Numărul de pacienți suspecți cu TAB, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți suspecți cu TAB care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu TAB.	2.1. Proporția pacienților cu TAB tratați în condiții de ambulator în CCSM, conform recomandărilor din PCN TAB, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TAB tratați în condiții de ambulator în CCSM conform recomandărilor din PCN TAB, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu TAB tratați în condiții de ambulator în CCSM, pe parcursul ultimului an.
		2.2. Proporția pacienților cu TAB tratați în spital general conform recomandărilor din PCN TAB, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu TAB tratați în spital general conform, recomandărilor din PCN TAB, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital general, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.
		2.3. Proporția pacienților cu TAB tratați în spital de psihiatrie conform recomandărilor din PCN TAB, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TAB tratați în spital de psihiatrie conform, recomandărilor din TAB pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți tratați în spital de psihiatrie, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.
		2.4. Proporția pacienților cu TAB cu o remisiune completă, pe parcursul unui an.	Proporția pacienților cu TAB cu o remisiune completă, pe parcursul unui an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnoza de TAB, pe parcursul ultimului an.
3.	Depistarea precoce a pacienților cu un debut insidios al TAB.	3.1. Proporția pacienților depistați cu TAB, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți depistați cu TAB, pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu TAB, pe parcursul ultimului an.
4.	Evitarea dezvoltării dizabilității și a stigmatizării bazate pe efect de „instituționalizare” la pacienții cronici.	4.1. Proporția pacienților cu TAB care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TAB care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.
		4.2. Proporția pacienților cu TAB care, pe parcursul unui an nu au primit tratament staționar.	Numărul de pacienți cu TAB care nu au primit tratament staționar, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.
		4.3. Proporția pacienților cu TAB care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TAB care au efectuat tentative sinucidere și/sau suicid, pe parcursul unui an.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.



**ANEXA I**

**GHIDUL PACIENTULUI CU TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ (GHID PENTRU PACIENT)**

**Introducere**

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul *Tulburării afective bipolare* în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Este destinat pacienților, dar poate fi util și familiilor acestora și celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această tulburare.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detalii sau investigațiile și tratamentul necesar. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul de familie, psihiatrul, psihologul. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament.

**Indicațiile din ghid acoperă:**

1. modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de *Tulburare afectivă bipolară*;
2. modul în care stilul de viață poate influența evoluția acestei tulburări;
3. prescrierea medicamentelor pentru tratamentul *Tulburării afective bipolare*;
4. modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu *Tulburare afectivă bipolară*.

**Asistența medicală de care trebuie să beneficiați**

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să țină cont de necesitățile și de preferințele dvs. personale. Dvs. aveți dreptul să primiți informații pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă acordă suport. În acest scop, personalul medical trebuie să vă ofere informații accesibile și relevante, să vă trateze cu respect, sensibilitate și loialitate și, să vă explice pe înțeles ce prezintă această maladie și care este tratamentul recomandabil. Informația oferită de cadrele medicale trebuie să includă detalii despre avantajele și eventualele riscuri în administrarea diferitelor tratamente. În tratamentul și în asistența medicală de care beneficiați, e necesar să se țină cont și de alte aspecte: religie, etnie etc., precum și de alți factori suplimentari, cum sunt dizabilitățile fizice, problemele de vedere sau de auz, dificultățile de vorbire.

**Ce este Tulburarea afectivă bipolară?** — Tulburarea afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade morbide repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Vindecarea este de obicei completă între episoade.

**Care sunt simptomele Tulburării afective bipolare?** — în cadrul *tulburării afective bipolare* pot fi prezente episoade de depresie, hipomanie, manie:

**Depresia** cel mai frecvent se manifestă prin pierderea interesului și a plăcerii de la activități și hobby-uri obișnuite ori anterior plăcute asociat cu dispoziție proastă și probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale. Depresia poate avea diverse nivele de severitate, persistență a simptomelor, dar și a nivelului de funcționare socială, familială, profesională. Actualmente, când se suspectată ori diagnosticată tulburarea afectivă bipolară este utilizat termenul de **episod depresiv**.

**Episod maniacal** – este o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această

stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată). În asemenea cazuri poate fi necesară spitalizarea.

**Episodul hipomaniacal** - o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormală și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, care durează cel puțin 4 (patru) zile consecutive și este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic.

**Episodul mixt** - este existența simptomelor depresive în stările maniacale. Stările de depresie și manie, hipomanie pot alterna de la o zi la alta la același pacient.

**Ce tipuri de Tulburare afectivă bipolară sunt cunoscute azi ?**

**Tulburarea bipolară tip I** – Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea. Pot să apară și episoade depresive majore sau episoade hipomaniacale.

**Tulburarea bipolară tip II** - Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal, dar nici un episod maniacal.

**Tulburarea bipolară cu ciclare rapidă** – 4 (patru) sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni.

**Există vreo investigație specifică, care să confirme diagnosticul de tulburare afectivă bipolară?** — Nu. Nu există nici o investigație specifică. Însă medicul dumneavoastră sau asistenta medicală trebuie să vă poată explica dacă aveți această tulburare, analizând simptomele și efectuând un examen clinic. Medicul, psihologul ar putea avea nevoie să vă supună unor testări pentru a se asigura că simptomele nu sunt cauzate de o altă problemă medicală.

**Cum se tratează Tulburarea afectivă bipolară?** — *tulburarea afectivă bipolară* se tratează cu medicamente care asigură controlul simptomelor emoționale/psihotice/comportamentale și cu diferite tipuri de consiliere și suport, precum și cu alte metode non-medicamentoase în asociere, precum cele psihologice.

Medicamentele pentru *tulburarea afectivă bipolară*, de regulă reduc și chiar înlătură simptomele. Uneori, este necesar să fie administrate câteva medicamente, până când se va găsi medicamentul cel mai potrivit, care asigură cel mai bine controlul simptomelor și, evident, cauzează cele mai puține efecte nedorite.

Medicamentele utilizate pentru tratamentul *tulburării afective bipolare* pot cauza efecte adverse neconfortabile. Dacă medicamentele pe care le luați cauzează efecte adverse, vorbiți-i medicului despre acestea. Medicul ar putea reduce doza, trece la un alt medicament sau poate să vă ajute să gestionați în alt mod efectele adverse.

Pentru a controla simptomele *tulburării afective bipolare*, de obicei este nevoie de a lua remedii stabilizatoare de dispoziție pe tot parcursul vieții. Este deosebit de important să fie respectate dozele, modul și ritmul de administrare a medicamentelor, recomandat de către medicul Dvs. În caz contrar, simptomele ar putea să se agraveze.

Pentru dumneavoastră și pentru familia dumneavoastră poate fi util să participați la un tip specific de terapie, numită “psihoeucația familiei.” Acest gen de terapie vă poate învăța pe dumneavoastră și pe persoanele dragi să însușiți unele lucruri utile ca, de exemplu:

- *Tulburarea afectivă bipolară* este o boală biologică și nu este greșea cuiva
- Modalitățile de a nu permite agravarea stării dumneavoastră
- Modalitățile de a face față simptomelor, astfel încât ele să fie mai puțin stresante

**Și dacă îmi doresc o sarcină ?** — Dacă vă doriți o sarcină, vorbiți cu medicul înainte de a încerca să rămâneți însărcinată. Majoritatea femeilor cu tulburare bipolară au nevoie să continue administrarea medicamentelor înainte și în timpul sarcinii. Însă, unele femei trebuie să treacă la

medicamente, care au o probabilitate redusă de a cauza probleme copilului.

A-ți putea fi tentată să renunțați la medicamente pentru a vă proteja copilul. Dar țineți cont că, în acest mod puteți face mai mult rău, decât bine. Femeile care încetează să-și ia medicamentele înaintea și în timpul sarcinii deseori au simptome severe de tulburare bipolară și ajung să necesite mai multe medicamente, decât dacă ar fi continuat administrarea obișnuită (așa cum le administra până a purcede gravidă) a medicamentelor.

## **ANEXA IA**

### **MANAGEMENTUL PACIENTULUI VIOLENT (AGRESIV)**

Managementul pacientului agitat și violent începe cu încercarea de a controla verbal situația. Personalul trebuie să evite să se pună în pericol și săși comunice întotdeauna preocuparea pentru binele pacientului. Accentul se pune în general pe strategiile verbale. Nu trebuie neglijată posibilitatea existenței unor afecțiuni medicale care să cauzeze sau să potențeze comportamentul violent. Medicația se utilizează când controlul verbal e incomplet sau a eșuat. Metoda sedării rapide este sigură și eficientă. Uneori poate fi utilă asocierea dintre imobilizarea fizică și medicație. Când se utilizează imobilizarea fizică, este obligatorie consemnarea în fișa pacientului a motivelor ce au dus la această decizie.

#### **1. Managementul verbal**

Evitați confruntarea directă, dar impuneți limite.

Subliniați consecințele comportamentului violent.

Empatizați cu problemele pacientului și implicați și alți membri ai personalului.

Subliniați faptul că tot personalul vrea sa-i ajute.

Fiți atenți la limbajul corpului: brațele încrucișate, mâinile la spate, postura de aplecat înainte, contactul vizual intens sau prelungit, pot fi percepute ca amenințătoare sau provocatoare.

Când vorbiți cu un pacient potențial violent este important să mențineți un ton calm.

Încercați să nu exprimați mânie sau ostilitate și niciodată nu minimizați sau neglijați temerile și sentimentele pacienților.

Fiți atenți la schimbările de dispoziție ale pacientului, vorbirea agresivă sau cu tonalitate ridicată, creșterea activității psihomotorii, care pot semnifica pierderea controlului de către pacient.<sup>26</sup>

#### **2. Imobilizarea fizică**

Medicii trebuie să specifice clar motivele imobilizării chiar și atunci când pacientul nu aude sau nu înțelege.

Toate deciziile de imobilizare trebuie consemnate în scris.

Imobilizarea fizică nu trebuie aplicată ca pedeapsă sau din comoditate.

*Criterii de aplicare a imobilizării fizice (Asociația Americană de Psihiatrie)<sup>27</sup>:*

---

<sup>26</sup> Ghid de abordare a pacientului agresiv și violent în urgență. Alina Petrica, Mihai Grecu. Timisoara 2008

<sup>27</sup> American Psychiatric Association Task Force on the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint : Seclusion and Restraint: The Psychiatric Uses. 1985. Washington DC: American Psychiatric Association. 8. Annas GJ. The last resort - the use of physical restraints in medical emergencies. N Engl J Med 1999; 341(18): 1408-12

- pentru a preveni autovătămarea sau vătămarea altor persoane când au eșuat alte metode de control, mai puțin severe
- pentru a preveni perturbarea activității din departamentul de urgență și distrugerea aparaturii sau mobilierului
- pentru a diminua stimularea pacientului
- la cererea pacientului

*Modul de aplicare a imobilizării fizice:*

- Ideal, imobilizarea trebuie asigurată de 5 persoane, uzând cât mai puțin de forță.
- Dacă pacientul este de sex feminin, cel puțin o femeie trebuie să participe la imobilizare.
- Imobilizarea se face în patru puncte cu pacientul în poziție culcat sau decubit lateral.
- Se pot utiliza gulerul cervical și curelele suplimentare peste pelvis și genunchi. Curelele se leagă de așa natură încât să nu afecteze circulația (cca 1 cm între piele și curea).
- Se ridică ușor capul pacientului pentru a diminua riscul de aspirație.
- După imobilizare, la fiecare 15 min. trebuie monitorizate perfuzia periferică, mobilitatea, postura și statusul mental. Se evaluează pacientul periodic pentru a aprecia oportunitatea continuării imobilizării.<sup>28</sup>

În fișa pacientului trebuie specificate motivul imobilizării, motivul pentru care nu s-au putut utiliza alte metode mai puțin restrictive, medicația administrată, răspunsul la tratament.

### **3. Imobilizarea medicamentoasă**

Se realizează cu barbiturice, neuroleptice, benzodiazepine și, în condiții extreme, blocante neuromusculare .

Are același impact asupra pacientului ca și imobilizarea fizică, dar scade riscul apariției leziunilor traumatice în urma imobilizării și este de preferat<sup>29</sup>.

Avantajele tratamentului medicamentos:

- controlează comportamentul violent și pacientul agitat;
- diminuează necesitatea imobilizării fizice;
- permite examinarea și efectuarea investigațiilor radiologice<sup>30</sup>.

Dezavantajele tratamentului medicamentos:

- poate determina complicații precum depresia respiratorie și pierderea reflexului de deglutiție;
- ocazional, reacții paradoxale de accentuare a agitației;
- limitează examinarea neurologică și a statusului mental pe durata sedării<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. J Emerg Med 2003; 24(2):119-24.

<sup>29</sup> Allen MH, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med Spec 2001; 1:1-88.

<sup>30</sup> Battaglia J, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. Am J Emerg Med 1997; 4 (15):335-40.

<sup>31</sup> Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Emerg Med J 2003; 20:339-46.

Personalul medical al serviciului de urgență de la locul chemării va solicita poliția în următoarele cazuri:

- Bolnavul s-a încuiat sau s-a baricadat în odaie (apartament, sau altă încăpere) sau a izolat rudele (vecinii, sau alte persoane) și le amenință cu moartea;
- Bolnavul amenință cu suicid;
- Bolnavul este înarmat, prezentând pericol pentru cei din jur sau pentru personalul medical;
- În odaia bolnavului este un câine ce nu permite acțiunea serviciului medical;
- Bolnavul se află la înălțime (balcon, acoperiș, ș.a.) și refuză de a coborî, amenințând că va sări dacă se vor apropia de el;
- Bolnavul se află în cadrul instituției de serviciu (laborator), și amenință că va folosi pentru a se proteja diferite obiecte și substanțe (acizi, baze, toxine, electricitate, gaze, etc.). Asigurarea asistenței de urgență în asemenea cazuri se va efectua și cu solicitarea reprezentanților administrației instituției.

## ANEXA 2.

### RECOMANDĂRI PENTRU TRATAMENTUL FARMACOLOGIC A TULBURĂRILOR BIPOLOARE LA ADULȚI

Din: International Journal of Neuropsychopharmacology Advance Access published December 10, 2016

The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: The clinical guidelines.

În tabelele 1, 4, 7 – doze/intervenții în manie, depresie, remisiune respectiv

În tabelele 2, 5, 8 – pașii de inițiere a tratamentului în manie, depresie, remisiune respectiv

În tabelele 3, 6, 9 – comparația evidențelor pentru un tratament în diferite ghiduri în manie, depresie, remisiune respectiv

**Tabelul 10.** Nivelul recomandărilor privind monoterapia în mania acută și mixtă și dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

Preparatul / procedura	Mania Acută						Episod Mixt				Dozele reco- mandate (mg/zi)
	Mo- no tera- pie	Combi-na- ție					Monoterapie		Combi-na- ție cu SD		
		S D	L i	A VP	C bz	PG A	Com- pon- ent mania- cal	Com- pon- ent depre- siv	Com- pon- ent mania- cal	Com- pon- ent depre- siv	
Aripiprazolum	1	2	-	-	-	-	3	3	-	-	15-30 mg/zi
Asenapinum	1	2	-	-	-	-	3	3	-	-	10-20 mg/zi
Cariprazinum	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3-12 mg/zi

Preparatul / procedura	Mania Acută						Episod Mixt				Dozele reco- mandate (mg/zi)
	Mo- no tera- pie	Combinăție					Monoterapie		Combinăție cu SD		
		S D	L i	A VP	C bz	PG A	Com- ponent mania- cal	Com- ponent depre- siv	Com- ponent mania- cal	Com- ponent depre- siv	
Paliperidonum	1	5	-	-	-	-	3	5	-	-	3-12 mg/zi
Quetiapinum	1	2	2	-	-	-	5	-	-	-	400-800 mg/zi
Risperidonum	1	2	-	5	-	-	3	-	5	5	2-6 mg/zi
Acidum Valpro- icum	1	-	-	-	-	2	3	4	-	-	1200-3000 mg/zi (doza de încărcare inițială: 20-30 mg/kg a ma- sei corporale, nivelul în ser 75-150 mg)
Carba- mazepinum	2	-	-	-	-	-	3	3	-	-	600-1200 mg/zi (nivelul în ser de 4-15 mg/l)
Haloperidolum	2	2	2	2	2	-	-	-	5	5	5-20 mg/zi
Litium	2	-	-	-	2	-	5	-	-	-	600-1200 mg/zi (nivelul în ser de 0.8- 1.3 mmol)
Olanzepinum	2	2	-	2	5	-	3	3	2	2	10-20 mg/zi
TEC	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oxcarbazezinum	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	900-1800 mg/zi
Clorpromazinum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	300-1000 mg/zi
Pimozidum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2-16 mg/zi
Tamoxifenum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	40-80 mg/zi
Ziprasidonum	4	5	-	-	-	-	4	4	-	-	80-160 mg/zi
FOC	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	6 și 25, 6 și 50, 12 și 50 mg/zi

	Mania Acută						Episod Mixt				
	Mo- no tera- pie	Combinăție					Monoterapie		Combinăție cu SD		
Preparatul / procedura		S D	L i	A VP	C bz	PG A	Com- ponent mania- cal	Com- ponent depre- siv	Com- ponent mania- cal	Com- ponent depre- siv	Dozele reco- mandate (mg/zi)
Medroxiprogesteronum	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	20 mg/zi
Allopurinolum	-	5	2	-	-	5	-	-	-	-	300-600 mg/zi
Celecoxibum	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-
Eslicarbazepinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabapentinum	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lamotriginum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Licarbazepinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SMTr	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Topiramatum	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verapamilum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FEWP	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepină

FEWP – Free and Easy Wanderer Plus este un preparat din medicina tradițională Chineză

FOC – Combinăția Fluoxetină – Olanzapină

Li – Litiul

PGA – Prima Generație de Antipsihotice

SD – Stabilizator de dispoziție

SMTr – Stimulare Magnetica Transcranială Repetitivă

TEC – Tratament Electroconvulsiv

AVP

–

Acid

valproic

Tabelul 11. Nivelul recomandărilor privind monoterapia și terapia combinată în depresia bipolară acută și de asemenea pentru anxietatea comorbidă. Dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

	Preparatul / procedura	Monoterapie				Combinatie					Dozele recomandate (mg/zi)
		În general (global)	BP-I	BP-II	Anxietate comorbidă	SD	Cbz	Lmt	Li	Val	
(1)	Quetiapinum	1	3	3	3	-	-	-	-	-	300-600 mg/zi
(2)	FOC	2	3	-	-	2	-	-	-	-	6+25; 6+50; 12+50 mg/zi
(3)	Lurasidonum	2	-	-	3	2	-	-	-	-	20-120 mg/zi
(4)	Escitalopramuum	2	-	3	-	-	-	-	-	-	10 mg/zi
(5)	Fluoxetinum	2	-	3	-	-	-	-	4	-	20-80 mg/zi
(6)	Acidum Valproicum	3	3	5	3	-	-	-	-	-	500-2500 mg/zi (50-100mcg/ml)
(7)	Aripiprazolum	3	3	-	-	-	-	-	5	-	5-30 mg/zi
(8)	Imipraminum	3	-	-	-	-	-	-	5	-	75-300 mh/zi
(9)	Fenelzinum	3	-	-	-	-	-	-	-	-	15-90 mg/zi
(10)	Olanzapinum	4	4	-	-	-	-	-	-	-	5-20 mg/zi
(11)	Lamotriginum	4	4	4	-	-	-	-	4	-	50-200 mg/zi
(12)	Tranilciprominum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	20-30 mg/zi
(13)	Venlafaxinum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	75-225 mg/zi
(14)	Carbamazepinum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	300-800 mg/zi
(15)	Litium	4	-	4	5	-	-	2	-	-	600-1800 mg/zi
(16)	Paroxetinum	5	5	5	3	5	5	-	5	5	20 mg/zi
(17)	Gabapentinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(18)	SMTr	5	-	4	5	-	-	-	-	-	-
(19)	Ziprazidonum	5	5	-	5	5	-	5	5	5	-
(20)	FEWP	-	-	-	-	-	1	-	-	-	36 g/zi
(21)	Levotiroxinum (L-T4)	-	-	-	-	2	-	-	-	-	300 mcg/zi
(22)	Modafinilum	-	-	-	-	2	-	-	-	-	100-200 mg/zi
(23)	Pioglitazonum	-	-	-	-	-	-	-	2	-	30 mg/zi
(24)	Pramipexolum	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1-3 mg/zi
(25)	Armodafinilum	-	-	-	-	4	-	-	-	-	150 mg/zi
(26)	Ketaminum	-	-	-	-	4	-	-	-	-	0.5 mg/kg i.v. (o singură doză)
(27)	L-sulpiridum	-	-	-	5	-	-	-	3	-	50-75 mg/zi
(28)	Oxcarbazezinum	-	-	-	3	-	-	-	2	-	600-1200 mg/zi
(29)	Agomelatinum	-	-	-	-	5	-	-	5	5	25 – 50 mg/zi



	Preparatul / procedura	Monoterapie				Combinatie					Dozele recomandate (mg/zi)
		În general (global)	BP-I	BP-II	Anxietate comorbidă	SD	Cbz	Lmt	Li	Val	
(30)	Imipraminum	-	-	-	-	-	-	-	5	-	125-200 mg/zi
(31)	Memantinum	-	-	-	-	-	-	5	-	-	10 – 20 mg/zi
(32)	Levetiracetamum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	
(33)	Bupropionum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	
(34)	Celecoxibum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	
(35)	Risperidonum	-	-	-	5	5	-	-	-	-	4 – 8 mg/zi

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepină

FEWP – Free and Easy Wanderer Plus este un preparat din medicina tradițională Chineză

FOC – Combinația Fluoxetine – Olanzapină

Lmt - Lamotrigină

Li – Litiu

PGA – Prima Generația de Antipsihotice

SD – Stabilizator de dispoziție

SMTr – Stimulare Magnetica Transcraniană Repetitivă

TEC – Tratament Electroconvulsiv

AVP

–

Acid

Valproic

Tabelul 12. Nivelul recomandărilor privind faza de menținere/remisiune și eficiența în prevenirea episoadelor maniacale, mixte sau depresive, precum și dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

	Preparatul / procedura	Monoterapie			Combinatie					Dozele recomandate (mg/zi)
		Manie	Depresie	Mixt	SD	Cbz	Lmt	Li	AVP	
(1)	Quetiapinum	2	2	-	1	-	-	-	-	300-800 mg/zi
(2)	Olanzapinum	2	2	2	4	-	-	-	-	5-20 mg/zi
(3)	Litium	2	3	-	-	-	-	-	-	0.6-1.2 mEq/l
(4)	Lamotriginum	4	4	-	-	-	-	-	-	50-400 mg/zi
(5)	Psihoeducație	-	-	-	3	-	-	-	-	-
(6)	Aripiprazolum	1	5	-	2	-	5	-	5	10-30 mg/zi
(7)	IRAP	1	5	-	2	-	-	-	-	25.-50 mg/2 săptămâni
(8)	Paliperidonum	2	5	-	-	-	-	-	-	3-12 mg/zi
(9)	Acidum valproicum	4	3	-	-	-	-	-	-	45-100 mg/l
(10)	Carbamazepinum	4	4	-	-	-	-	-	-	4-12 mg/l
(11)	Ziprasidonum	-	-	-	4	-	-	-	-	80-160 mg/zi
(12)	Fluoxetinum	-	2	-	-	-	-	-	-	10-40 mg/zi
(13)	PCC	-	-	-	2	-	-	-	-	-
(14)	Fenitoinum	-	-	-	2	-	-	-	-	Media studiată e de 380mg/zi (nivelele sanguine: 10 micrograme/mL)
(15)	Paroxetinum	-	-	-	3	-	-	-	-	20 mg/zi
(16)	N-acetilcisteinum	-	-	-	4	-	-	-	-	2 g/zi
(17)	Imipraminum	5	5	-	-	-	-	5	-	-
(18)	Memantinum	-	-	-	5	-	-	-	-	-
(19)	Oxcarbazepinum	-	-	-	-	-	-	5	-	-
(20)	Perphenazinum	-	-	-	5	-	-	-	-	-

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepină

IRAP – Injecție Risperidonă cu Acțiune Prolungită

Lmt – Lamotrigină,

Li – Litiu

PCC – Psihoterapie Cognitiv Comportamentală

SD – Stabilizator de dispoziție

AVP – Acid valproic

**ANEXA 3.**

**TERAPIA DE URGENȚĂ – STAREA DE AGITAȚIE ÎN MANIE <sup>32</sup>**

	<b>Clasa substanței</b>	<b>Substanța activă</b>	<b>Dozare</b>
	Benzodiazepinele	Diazepamum	10 mg p.o. sau i.v. lent (Atenție: detresă respiratorie); cu posibilă repetare după 30 min; nu și în caz de intoxicație cu alcool/droguri
<b>Sau</b>	Benzodiazepinele	Lorazepamum	1 – 2,5 mg p.o. sau i.v. lent (Atenție: detresă respiratorie); cu posibilă repetare după 30 min; nu și în caz de intoxicație cu alcool/droguri
<b>+ eventual</b>	Neuroleptice incisive	Haloperidolum	10 mg p.o. sau i.m.
<b>Sau</b>	Neuroleptice Depot cu efect rapid	Zuclopentixolum	100 – 200 mg i.m.; durata efectului 3 zile
<b>+ eventual</b>	Neuroleptice sedative	Levomepromazinum, Prometazinum	50 – 500 mg/zi p.o. sau i.m.; 50 – 100 mg i.m.

**ANEXA 4.**

**SPECTRUL DE ACȚIUNE CLINICĂ AL ANTIPSIHOTICELOR (NEUROLEPTICE-LOR)**

<b>Medicamentul</b>	<b>Acțiunea sedativă</b>	<b>Acțiunea antipsihotică</b>	<b>Acțiunea anti-delirantă</b>
Clorpromazinum	++++	++	+
Levomepromazinum	++++	+	+
Tioridazinum	+++	+	+
Clorprotixenum	+++	++	+
Zuclopentixolum	+++	+++	+++
Periciazinum	+++	+	+
Alimemazinum	++	+	+
<b>Preponderent cu o acțiune antipsihotică</b>			
Trifluoperazinum	++	+++	++++
Haloperidolum	++	+++	++++
Flufenazinum	+	+++	+++
<b>Preponderent cu o acțiune stimulatorie</b>			
Sulpiridum	-	++	+
<b>Neuroleptice atipice</b>			

<sup>32</sup> [Bschor T., Rub A. Bazele clinico-terapeutice ale tulburărilor afective. Ed. FaramaMedia, Tg.-Mureș, 2010, 122 p.]

Medicamentul	Acțiunea sedativă	Acțiunea antipsihotică	Acțiunea anti-delirantă
Clozapinum	++++	+++	+++
Quetiapinum	+	++	+++
Risperidonum	+	++	+++
Olanzapinum	++	+++	+++
Amisulpridum	+	++	++
Aripiprazolum	+	+++	+++
Asenapinum	+++	++	++
++++ – acțiune maximă; +++ – acțiune exprimată; ++ – acțiune moderată; + – acțiune slabă; - – acțiunea lipsește.			

#### ANEXA 5.

#### REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)

Remediul antipsihotic	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Haloperidolum	1 – 4
Alimemazinum	10 - 30
Trifluoperazinum	5 - 60
Levomepromazinum	25 - 800
Clorpromazinum	25 - 800
Tioridazinum	50 - 600
Sulpiridum	50 – 800
Clorprotixenum	50 - 300
Risperidonum	2 – 8
Olanzapinum	5 – 20
Clozapinum	25 - 600
Amisulpridum	400 – 1200
Aripiprazolum	10 – 30
Asenapinum	10 - 20
Paliperidonum	3 – 12
Quetiapinum	300 – 750
Sertindolum	12 – 20
Ziprazidonum	40 - 160

#### ANEXA 6.

#### REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE) CU ELIBERARE PRELUNGITĂ

Remediul antipsihotic	Doze clinice recomandate (mg)
Flufenazinum decanoat	12,5 – 100 (1 doză la 3-4 săptămâni)

<b>Remediul antipsihotic</b>	<b>Doze clinice recomandate (mg)</b>
Haloperidolum decanoat	50 – 300 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Rispoleptum Consta	25 – 37,5 – 50 mg (1 doză la 2 săptămâni)
Zuclopetixolum decanoat	50 – 600 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Paliperidonum	50 – 75 – 100 – 150 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Olanzapinum	150 – 210 – 300 – 405 mg (1 doză la 2 săptămâni)

**ANEXA 7.**

**Remedii pentru tratamentul efectelor extrapiramidale induse de antipsihotice (neuroleptice)**

<b>Remedii</b>	<b>Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)</b>
Trihexifenidilum	5-20
Akinetonum	2 – 16

**ANEXA 8.**

**REMEDII TRANCHILIZANTE ȘI HIPNOTICE**

<b>Remedii</b>	<b>Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)</b>
Alprazolamum	0,25 - 4
Bromazepamum	3 - 18
Diazepamum	5 – 60
Zolpidemum	5 - 20
Zopiclonum	3,75 - 15
Clonazepamum	0,5 – 16
Medazepamum	10 – 60
Nitrazepamum	2,5 – 10
Oxazepamum	10 – 60
Temazepamum	7,5 -30
Tofizopamum	50 – 300
Fenazepamum	0,5 - 8
Clordiazepoxidum	20 - 60

**ANEXA 9.**

**REMEDII ANTIDEPRESIVE**

<b>Remedii</b>	<b>Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)</b>
<b>Triciclice</b>	
Imipraminum	25 - 400

<b>Remedii</b>	<b>Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)</b>
Clomipraminum	25 - 300
<b>Tetraciclice</b>	
Maprotilinum	25- 150
Mianserinum	15-90
<b>Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei</b>	
Paroxetinum	10 - 80
Sertralinum	50 - 200
Fluvoxaminum	50 - 400
Fluoxetinum	20 - 80
Citalopramum	20 - 60
Escitalopramum	5 - 20
<b>Alte remedii antidepresive</b>	
Reboxetinum	2 - 20
Mirtazapinum	15 - 45
Tianeptinum	12,5 – 37,5
Milnacipranum	25 -100
Trazodonum	150 - 450
Venlafaxinum	37,5 - 325
Agomelatinum	25 - 50

#### **ANEXA 10.**

##### **DOZELE PRINCIPALELOR REMEDII CU EFECT TIMOSTABILIZATOR UTILIZATE ÎN ASOCIERE CU TRATAMENTUL ANTIPSIHOTIC**

<b>Remedii</b>	<b>Doza clinică diurnă recomandată (mg/zi)</b>
Carbamazepinum	400 – 600 până la 1200 mg/zi în dependență de răspuns și concentrația sangvină.
Litiu și săruile de Litiu	300 – 1200 până la 1600 mg/zi în dependență de răspuns și concentrația sangvină.
Derivați ai acidului valproic	500 – 1000 până la 3000 mg/zi în dependență de răspuns și concentrația sangvină.
Lamotriginum	100 – 300 până la 400 mg/zi în dependență de răspuns.

#### **ANEXA 11.**

##### **SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI (YOUNG MANIA RATING SCALE-YMRS)**

Daca scala lui Beigel (BSMR) este cea mai veche, scala lui Young este cea mai utilizata scala de evaluare a simptomelor maniacale. Ea a fost publicata in 1978 (Young si colab. 1978) cu intentia de a oferi o scala de observatie asa cum exista o scala de observatie pentru depresie. Ea este construita pentru a evalua severitatea simptomelor si a evalua eficacitatea tratamentului an-

timaniacal. Itemii scalei au fost selectati pe baze descripiilor clinice ale maniei si reflecta simptomele existente atat in formele usoare cat si in cele severe de manie (Young si colab. 2000).

Scala cuprinde 11 itemi, sapte dintre ei sunt cotate de la 0 la 4 in functie de severitate si patru itemi (iritabilitatea, presiunea vorbirii, continutul vorbirii si comportamentul destructurat-agresiv) sunt cotate de la 0 la 8 in functie de descrierea fiecarei trepte de evaluare. Scorul de poate intinde de la 1) al 60.

Se recomanda ca YMRS sa fie completata de medici sau surori de psihiatrie cu experienta clinica adecvata. Completarea scalei ia in jur de 15-20 minute. Fiind o scala de observatie, cotarea se face in functie de starea in timp real a pacientului si nu dupa cum el s-a prezentat intr-un alt cadru de timp.

Scala prezinta calitati psihometrice foarte bune atat pentru validitate (Spearman  $r= 0,67-0,95$ ,  $p<0,001$ ) cat si pentru confidenta determinata prin corelatia cu alte trei scale de manie (Polsup si colab. 1999). Prin analiza factoriala s-a demonstrat ca scala genereaza trei factori: tulburari de gandire, comportament hipereactiv si destructurat si dispozitie crescuta. Autorii recomanda cu precautie necesara diferite scoruri prag pentru evaluarea severitatii: manie minima scor 13, manie usoara scor 20, manie moderata scor 26 si manie severa scor 38 si peste. Azorin si colab. (2007) fac o analiza mult mai sofisticata pe un esantion de 1.090 subiecti pentru a gasi un scor prag care sa deosebeasca mania severa de celelalte forme si gasesc ca la scorul de 39 scala YMRS prezinta cel mai favorabil raport intre senzitivitate si specificitate cu care deceleaza cazurile de manie severa. Ca o recunoastere a robustetii sale psihometrice, scala YMRS este folosita pentru evaluarea remisiei clinice a episodului maniacal, un scor mai mic de 4 (Berk si colab. 2008) sau 5 (Baldessarini, 2003) evidentiind revenirea la eutie a unui pacient maniacal.

Exista si o versiune a YMRS pentru evaluarea maniei la copii si care este de fapt un chestionar pentru parintele copilului presupus maniacal. Aceasta scala numita PYMRS contine tot 11 itemi sunt forma de intrebare si parintele trebuie sa aleaga pentru fiecare intrebare un raspuns preformat cotate pentru 7 itemi cu 0-4 si pentru 4 itemi cu 0-8. Aceasta scala este mai mult folosita cu scopuri de cercetare decat in rutina clinica de zi cu zi (Gracious si colab. 2002). O alta scala pentru evaluarea maniei la copii prin chestionarea parintelui a fost dezvoltata de Pavaluri si colab. (2006) Child Mania rating Scale-Parent Version si care cuprinde 21 itemi iar ulterior Henry si colab. (2008) construieste o scala mai scurta doar cu 10 itemi bazati pe scala anterioara.

## **SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI**

### **(Young Mania Rating Scale-YMRS)**

Ghid pentru evaluarea itemilor:

Scopul fiecarui item este sa evalueze severitatea simptomelor pacientului. Pentru fiecare item sunt furnizate mai multe grade de severitate si este necesar sa fie aleas un anumit grad pentru ca itemul respectiv sa fie evaluat. Astfel, alegeti un grad de severitate in acord cu perceptia fata de starea pacientului. Fiecarui grad de severitate ii corespunde un scor, pentru unii itemi puteti alege si un scor intre treptele de severitate furnizate.

#### **1. Dispozitie crescuta**

1. 0 Absent
2. 1 Posibila sau usoara crestere a dispozitiei cand este intebat
3. 2 Crestere subiectiva bine definita: optimistic, confident, bucuos, conform cu contextul
4. 3 Crescuta; veselie; neconform cu contextul
5. 4 Euforic; ras nepotrivit; canta

## **2. Cresterea energiei – activitatii motorii**

1. 0 Absent
2. 1 Crestere afirmata
3. 2 Animat, gesticulatie
4. 3 Energie excesiva; perioade de hiperactivitate; se misca continuu (poate fi calmat)
5. 4 Excitatie motorie; hiperactivitate continua (nu poate fi calmat)

## **3. Interesul sexual**

1. 0 Normal; nu este crescut deloc
2. 1 Posibil sau usor crescut
3. 2 Afirmativ crescut
4. 3 Continut sexual spontan; discuta subiecte sexuale; raporteaza hipersexualism
5. 4 Actiuni sexuale deschise (fata de personal, alti pacienti, etc.)

## **4. Somn**

1. 0 Nu raporteaza descresterea nevoii de somn
2. 1 Doarme mai putin decat normal pana la o ora
3. 2 Doarme mai putin decat normal (mai mult decat o ora)
4. 3 Raporteaza descresterea nevoii de somn
5. 4 Neaga nevoia de somn

## **5. Iritabilitate**

- 0 Absent
- 2 Afirmativ crescut
- 4 Iritabil in timpul interviului; recente episoade de minie sau cearta in spital
- 6 Frecvent iritabil in timpul interviului; comportament necivilizat, vulgar
- 8 Ostil, necooperant; interviul este imposibil

## **6. Vorbire (frecventa si cantitate)**

- 0 Necrescuta
- 2 Crede ca este vorbaret
- 4 Perioade de crestere a frecventei si a cantitatii; vorbaret in timpul interviului
- 6 Crestere evidenta a frecventei si cantitatii vorbirii, nu poate fi oprit
- 8 Nu poate fi intrerupt, vorbește incontinuu

## **7. Tulburarea gandirii – limbajului**

- 0 Absent
- 1 Circumstantial, usoara distractibilitate, gandire rapida
- 2 Distractibil, pierde firul gandirii, schimba subiectul des, gandurile zboara,
- 3 Fuga de idei, tangentialitate, dificil de urmarit, echolalie
- 4 Incoerent, comunicatie imposibila

## **8. Continut**

- 0 Normal
- 2 Planuri vagi, noi interese
- 4 Proiecte speciale; hiper-religios
- 6 Grandios sau paranoid; idei de referinta
- 8 Delirant; halucinatii

## **9. Comportament destructurat – agresiv**

- 0 Absent; cooperant
- 2 Sarcastic, circumspect
- 4 Solicitant, amenintator
- 6 Ameninta intervievatorul, imbranceste, interviu dificil



- 8 Agresiv, distructiv, interviu imposibil

#### 10. Aparenta

- 0 Imbracaminte si aparenta corespunzatoare
- 1 Usoara dezordine in imbracaminte si aparenta
- 2 Moderata dezordine, murdarie, imbracaminte neadecvata
- 3 Dezmatat; partial imbracat; impopotonat, machiat neportivit
- 4 Complet murdar si dezmatat, imbracat bizar, machiat strident; poata decoratii si insigne

#### 11. Insight (constiinta bolii)

- 0 Prezent; adminte existenta bolii; de acord cu tratamentul
- 1 Admite ca posibila boala
- 2 Admite modificarile comportamentale dar neaga existenta bolii
- 3 Admite unele modificari comportamentale dar neaga existenta bolii
- 4 Neaga orice schimbare comportamentala

### ANEXA 12.

#### CHESTIONARUL TULBURĂRILOR DISPOZIȚIEI (MDQ-Mood Disorders Questionnaires)

Instrucțiuni: Vă rugăm să răspundeți la fiecare întrebare după cele mai bune abilități ale dumneavoastră.

A existat vreodată o perioadă de timp când nu erați dumneavoastră însăși și ... DA NU

...v-ați simțit atât de bine sau atât de excitat încât alte persoane au crezut că nu sunteți în starea voastră firească sau ați fost într-atât de excitat încât să aveți neazuri?

...ați fost atât de iritat încât ați strigat la alte persoane sau ați început să vă bateți sau să aduceți argumente?

...v-ați simțit mult mai încrezător în sine decât de obicei?

...ați dormit mai puțin decât de obicei și ați constatat că de fapt nici nu aveți nevoie de somn?

... ați devenit mult mai vorbăreț sau ați vorbit mult mai rapid decât de obicei?

...ați avut gânduri accelerate sau nu puteați să le încetiniți?

...ați fost atât de ușor distras de la lucrurile din jur încât ați avut probleme de concentrare sau să rămâneți focusat?

...ați avut mult mai multă energie decât de obicei?

...ați fost mult mai activ sau ați făcut mai multe lucruri decât de obicei?

...ați fost mult mai sociabil sau deschis decât de obicei, de exemplu, ați telefonat prietenii în mijlocul nopții?

...ați devenit mult mai interesat de sex decât de obicei?

...ați făcut lucruri neobișnuite sau pe care alte persoane le-au crezut excesive, prostești sau riscante?

...cheltuierea banilor a provocat neplăceri dumneavoastră și familiei?

Dacă ați bifat DA mai mult de o dată la cele de mai sus, ați avut mai multe dintre acestea întâmplare vreodată în aceeași perioadă de timp?

Cât de mult o problemă din oricare dintre acestea v-a cauzat - ca fiind incapabil de a lucra; de a avea familie, bani sau probleme juridice; de a aduce argumente sau de a avea lupte?

*Încercuiți doar un singur răspuns.*

Nici o problemă / Problemă minoră / Problemă moderată / Problemă gravă

A avut cineva din rudele dumneavoastră (de exemplu copii, frați, părinți, bunici, mătuși, unchi) boala maniaco-depresivă sau tulburare bipolară?

V-a spus vreodată un specialist medical că aveți boala maniaco-depresivă sau tulburare bipolară?

## PUNCTAJUL CHESTIONARULUI TULBURĂRILOR DISPOZIȚIEI (MDQ)

MDQ a fost elaborat de o echipa de psihiatri, cercetători și reprezentanții consumatorilor pentru a aborda o necesitate critică de diagnosticare timpurie corectă a tulburării bipolare, care poate deveni fatală dacă este lăsată netratată. Chestionarul durează aproximativ cinci minute pentru a-l completa și poate oferi informații importante asupra diagnosticului și tratamentului. Studiile clinice au indicat că MDQ are o rată ridicată de precizie; este capabil să identifice șapte din zece persoane care au tulburare bipolară și să excludă nouă din zece persoane care nu o au.<sup>33</sup>

Un studiu recent al Asociației Naționale pentru Depresie și Depresie Maniacală a arătat că aproape 70% dintre persoanele cu tulburare bipolară au primit cel puțin un diagnostic greșit și mulți au așteptat mai mult de 10 ani de la debutul simptomelor lor înainte de a primi un diagnostic corect. Asociația Națională pentru Depresie și Depresie Maniacală speră că MDQ va scurta această amânare și va ajuta mai multe persoane să obțină tratamentul de care au nevoie, atunci când au nevoie de el.

---

<sup>33</sup> Hirschfeld, Robert M.A., M.D., Janet B.W. Williams, D.S.W., Robert L. Spitzer, M.D., Joseph R. Calabrese, M.D., Laurie Flynn, Paul E. Keck, Jr., M.D., Lydia Lewis, Susan L. McElroy, M.D., Robert M. Post, M.D., Daniel J. Rapport, M.D., James M. Russell, M.D., Gary S. Sachs, M.D., John Zajecka, M.D., Dezvoltarea și validarea unui instrument de screening pentru Tulburarea Afectivă Bipolară: Chestionarul pentru Tulburarea de Dispoziție.” *Revista Americană de Psihiatrie* 157:11 (Noiembrie 2000) 1873-1875.

Asociația Națională pentru Depresie și Depresie Maniacală; Robert M. Post, MD – Institutul Național pentru Sănătate Mintală; Gary S. Sachs, MD – Școala Medicală a Universității Harvard; Robert L. Spitzer, MD – Universitatea Columbia; Janet Williams, DSW – Universitatea Columbia și John M. Zajecka, MD – Rush Presbyterian-Centrul Medical St. Luke.

MDQ verifică prezența Tulburării Afective Bipolare, (care include Bipolară I, Bipolară II și Bipolară nespecificată în altă parte).

Dacă pacientul răspunde:

„Da” la șapte sau mai mult din cele 13 puncte la întrebarea numărul 1;

ȘI

„Da” la întrebarea numărul 2;

ȘI

„Moderat” sau „Grav” la întrebarea numărul 3;

aveți o evaluare inițială pozitivă. Toate cele trei din criteriile de mai sus trebuie să fie prezente. O evaluare pozitivă ar trebui să fie urmată de o evaluare medicală comprehensivă pentru Tulburarea Afectivă Bipolară.

RECUNOAȘTERE: Acest instrument a fost elaborat de către un comitet format din următoarele persoane: Președinte, Robert M.A. Hirschfeld, MD – Facultatea de Medicină a Universității din Texas; Joseph R. Calabrese, MD - Scoala de Medicină Case Western Reserve; Laurie Flynn - Alianța Națională pentru Boli Mintale; Paul E. Keck, Jr., MD – Colegiul de Medicină al Universității din Cincinnati; Lydia Lewis -

### **ANEXA 13.**

### **SCALELE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII: HoNOS.**

### **HoNOS**

**Numele** \_\_\_\_\_

**HoNOS Completat de (Numele):** \_\_\_\_\_

HoNOS - Foaia de stabilire a scorului - Introduceți rata severității pentru fiecare item în caseta corespunzătoare în partea dreaptă a itemului. Evaluează cu 9 dacă răspunsul este „nu știu” sau „nu se aplică”.

		<b>Evaluează cu 9 dacă răspunsul este „nu știu”</b>	<b>Scorul</b>
<b>1</b>	Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator	0 1 2 3 4	
<b>2</b>	Auto-vătămare ne-accidentală	0 1 2 3 4	

<b>3</b>	Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor	0 1 2 3 4	
<b>4</b>	Probleme cognitive	0 1 2 3 4	
<b>5</b>	Boală fizică sau dizabilitate	0 1 2 3 4	
<b>6</b>	Probleme cu halucinațiile și ideile delirante	0 1 2 3 4	
<b>7</b>	Probleme cu dispoziție depresivă	0 1 2 3 4	
(Specificați tulburarea A,B,C,D,E,F,G,H,I, ori J)			
<b>8</b>	Alte probleme mintale sau comportamentale	0 1 2 3 4	
<b>9</b>	Probleme cu relațiile	0 1 2 3 4	
<b>10</b>	Probleme cu activitățile din viața de zi cu zi	0 1 2 3 4	
<b>11</b>	Probleme cu condițiile de trai	0 1 2 3 4	
<b>12</b>	Probleme cu ocupația și activitățile	0 1 2 3 4	
	<b>Total</b>	0-48	

### **Ce este HoNOS?**

Este un set de 12 scale, fiecare din ele măsoară un tip de problemă frecvent prezentată de către pacienți / clienți în centrele de îngrijire a sănătății mintale. O foaie de punctaj HoNOS completată oferă un profil de 12 evaluări ale severității și un scor total. Este o înregistrare numerică a unei evaluări clinice, dar nu înlocuiește notițele clinice sau orice alte înregistrări. Se intenționează ca aceasta să devină o parte integrată a unui set de date minim și o componentă de bază a APC.

### **Cum sunt măsurate rezultatele utilizând HoNOS?**

Prin compararea severității fiecărei probleme înregistrate la prima evaluare (Timpul 1) cu evaluările efectuate la a doua sau la o subsecventă ocazie (Timpul 2).

### **Cum este măsurată severitatea?**

Severitatea este măsurată pe o scară de cinci puncte (0,1,2,3,4).

**0 = nici o problemă în perioada evaluată**

**1 = problemă sub prag**

**2 = ușoară, dar cu siguranță prezentă**

**3 = moderat severă**

**4 = de la severă până la foarte severă**

**Exemple scurte ale fiecărui punct de evaluare sunt oferite pentru fiecare din cele 12 scale în Glosar, care este folosit alături de foaia de evaluare.**

### **Ce perioadă acoperă fiecare evaluare?**

Cele mai grave probleme prezente în 2 săptămâni anterioare sau un o perioadă de timp relevantă pentru pacient, de exemplu de la ultima revizuire sau pe parcursul ultimei luni sunt evaluate.

### **Cine completează HoNOS și când?**

HoNOS este recomandat pentru utilizare de către practicieni calificați din domeniul îngrijirilor în sănătatea mintală, numiți Evaluatori. Cu toate acestea, orice lucrător cu experiență în domeniul sănătății mintale, care a fost instruit în utilizarea HoNOS și atinge scoruri similare cu alți practicieni calificați din sănătate, poate folosi HoNOS. Dacă HoNOS este completat, ca parte a unei revizuirii CPA / turei de secție, un consens va fi atins pe evaluarea HoNOS de către echipa care va include practicieni calificați din domeniul sănătății mintale, deși persoana care înregistrează evaluarea decisă nu va fi neapărat un medic calificat. Scalele ar trebui să fie completate de către aceeași persoană sau o echipă similară la fiecare moment de timp, deoarece aceasta este o bună practică. Dar acest lucru nu este întotdeauna posibil, în special în centrele de spitalizare în stare acută. Formarea ajută evaluatorii să dea scoruri similare, și deci asigură, astfel, o fiabilitate.

### **Când este completat HoNOS?**

Acesta este completat imediat după o evaluare de rutină / revizuirea CPA / tura în secție etc.

### **Ce întrebări se adresează în evaluare?**

HoNOS nu este un interviu structurat. Evaluarea se face în mod obișnuit. Ar putea fi nevoie să fie discutate mai multe probleme decât au fost inițial necesare și/sau informații de la alți membri ai echipei de îngrijire sau îngrijitorul, ar putea fi luate în considerație.

### **Sunt opiniile pacienților/clientilor incluse în rating?**

Evaluările fiecărui item se fac în baza judecății clinice și nu în baza percepțiilor pacienților/clientilor.

### **Cum este completat HoNOS?**

Fiecare item este descris în Glosar. Începe întotdeauna cu itemul 1 și continuă să lucrezi cu itemii următori în jos în foaia de evaluare. Alege un scor de severitate pentru fiecare item și introdu-l în caseta punctului corespunzător de pe foaia de evaluare. Itemii propuși referitori la informația de fond au propria lor pagină de definiții.

### **Cum pot să știu unde să evaluez o anumită problemă pe foaia de evaluare?**

Itemii HoNOS sunt aranjați într-o ordine specială, astfel încât să se evite evaluarea dublă a conținutului unuia dintre aceștia. Toți itemii sunt evaluați la fiecare punct de evaluare. Aceștia sunt întotdeauna evaluați în ordinea de la 1 la 12. Când un item a fost evaluat, conținutul acestuia nu este luat în considerare atunci când se evaluează alt item de mai jos în foaia de evaluare. De exemplu, în cazul în care există un pacient/client care are halucinații și este agresiv, severitatea "comportamentului agresiv" este evaluat la itemul 1. La itemul 6, numai gravitatea/impactul halucinațiilor este evaluat. În mod similar, "comportamentul suicidar" este evaluat la Scala 2 și severitatea stării depresive, dacă este prezentă, la Scala 7. În Glosar este prevăzută îndrumarea.

### **Ce se întâmplă dacă două probleme sunt prezente pe aceeași scală, dar țin de diferite severități?**

Acest lucru se întâmplă destul de des, deoarece unele scale reprezintă o gamă largă de probleme. Evaluează întotdeauna problema cea mai gravă, care a avut loc în timpul perioadei date a evaluării.

### **Perioada de timp inclusă în evaluare**

Atunci când se evaluează fiecare din cei 12 itemi, evaluatorul este de obicei rugat să ia în considerare perioada de două săptămâni, imediat înainte de data evaluării. Atunci evaluatorul înregistrează sub fiecare rubrică un scor al celui mai grav simptom/problemă care a avut loc, în orice moment al acestei perioade de două săptămâni. Evaluatorul nu încearcă să înregistreze o estimare de funcționare medie sau globală a pacientului.

**Vă rugăm să rețineți:** aceasta "regulă de două săptămâni" nu se aplică dacă cele două evaluări au loc la mai puțin de două săptămâni între acestea. În astfel de cazuri, evaluarea se face pe baza celui mai grav simptom/problemă, de la evaluarea precedentă.

- 1- **Evaluează** fiecare scară, în ordinea de la 1-12
- 2- **Nu** include informații evaluate într-un item anterior, cu excepția itemului 10, care este un scor de ansamblu
- 3- **Evaluează** problema CEA MAI GRAVĂ care a avut loc în timpul perioadei de evaluare
- 4- **Toate scalele** respectă formatul: 0 = nici o problemă
- 5- 1 = problemă minoră care nu necesită o acțiune
- 6- 2 = problemă ușoară, dar cu siguranță prezentă
- 7- 3 = problemă moderat-severă
- 8- 4 = problemă severă până la foarte severă

● **Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator**

- Include un astfel de comportament datorat oricărei cauze, de exemplu, droguri, alcool, demență, psihoze, depresie etc.
- Nu includeți comportament bizar, evaluat la scala a 6-a.

<b>0</b>	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
<b>1</b>	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
<b>2</b>	Include gesturi agresive, împingând sau sâcâind pe alții; Amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei căni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
<b>3</b>	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
<b>4</b>	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

**2. Auto-vătămare ne-accidentală**

● Nu includeți auto-vătămarea accidentală (de exemplu, ca urmare a demenței sau a dizabilități severe de învățare); problema cognitivă este evaluată de Scala 4 și vătămarea de Scala 5.

● Nu includeți boala sau accidentul ca o consecință directă a consumului de droguri/alcool evaluat de Scala 3: (de exemplu ciroza hepatică sau prejudiciul rezultat din conducerea sub influența alcoolului sunt evaluate de Scala 5).

<b>0</b>	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
----------	---

<b>1</b>	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
<b>2</b>	Include gesturi agresive, împingând sau sâcâind pe alții; amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei căni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
<b>3</b>	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
<b>4</b>	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

### 3. Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor

- Nu includeți comportament agresiv /distructiv cauzat de consumul de alcool sau de droguri, evaluat de Scala 1.
- Nu includeți boală fizică sau dizabilitate ca urmare a consumului de alcool sau de droguri, evaluat la Scala 5.

<b>0</b>	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
<b>1</b>	Uneori consum excesiv, dar în limitele normelor sociale.
<b>2</b>	Pierderea controlului în consumul de alcool sau de droguri, dar nu o dependență gravă.
<b>3</b>	Dorință marcată sau dependența de alcool sau de droguri, cu pierderea frecventă a controlului, comportament riscant sub influență etc.
<b>4</b>	În incapacitate din cauza problemelor cu alcoolul / drogurile.

### 4. Probleme cognitive

- Includ probleme de memorie, orientare și înțelegere, asociate cu orice tulburare; dizabilitate de învățare, demență, schizofrenie etc.
- Nu includeți probleme temporare (de exemplu, mahmureala) rezultate din consumul de droguri/alcool, evaluate de Scala 3.

<b>0</b>	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată
<b>1</b>	Probleme minore cu memoria sau înțelegerea, de exemplu, uită ocazional nume.
<b>2</b>	Probleme ușoare, dar definite, de exemplu s-a rătăcit într-un loc cunoscut sau nu poate să recunoască o persoană cunoscută; uneori este confuz cu decizii simple.
<b>3</b>	Dezorientare marcată în timp, spațiu sau persoană, uimit de evenimentele zilnice; discursul este uneori incoerent; încetinire mentală.
<b>4</b>	Dezorientare severă, de exemplu nu este capabil de a recunoaște rudele, cu un risc crescut de accidente, discursul este de neînțeles; tulburare sau stupoare.

### 5. Boală fizică sau problemă cu dizabilitatea

- Include boala sau dizabilitatea din orice cauză care limitează sau împiedică mișcarea, sau afectează vederea sau auzul, sau interferează cu funcționarea personală.
- Include efecte secundare de la medicamente; efectele consumului de droguri /alcool; dizabilități fizice ca urmare a accidentelor de auto-vătămare asociate cu probleme cognitive, conducerea sub influența alcoolului etc.

- Nu includeți probleme mintale sau de comportament evaluate de Scala 4.

<b>0</b>	Nu sunt probleme de acest gen în perioada evaluată.
<b>1</b>	Iritabilitate, certuri, neliniște etc. care nu necesită o acțiune.
<b>2</b>	Include gesturi agresive, împingând sau sâcâind pe alții; Amenințări sau agresiune verbală; daune mai mici a bunurilor (de exemplu stricarea unei câni, ferestre); hiperactivitate marcată sau agitație.
<b>3</b>	Agresiv fizic față de alții sau animale (scurt din scorul 4); manieră amenințătoare; hiperactivitate mai gravă sau distrugerea de bunuri.
<b>4</b>	Cel puțin un atac fizic grav asupra altora sau asupra animalelor; distrugerea bunurilor (de exemplu, incendiere); intimidare gravă sau comportament obscen.

### 6. Probleme asociate cu halucinații și idei delirante

- Include halucinații și idei delirante, indiferent de diagnostic.
- Include un comportament ciudat și bizar asociat cu halucinații sau idei delirante.
- Nu includeți comportamente agresive, distructive sau hiperactive atribuite halucinațiilor sau ideilor delirante, evaluate de Scala 1.

<b>0</b>	Nici o dovadă de halucinații sau idei delirante în timpul perioadei evaluate.
<b>1</b>	Convingeri oarecum ciudate sau excentrice, nu în conformitate cu normele culturale.
<b>2</b>	Ideii delirante sau halucinații (de exemplu voci, viziuni) sunt prezente, dar există puțină suferință la pacient sau manifestare în comportamentul bizar, adică prezente clinic, dar ușoare.
<b>3</b>	Preocupare marcată cu idei delirante sau halucinații, provocând mult stres și/sau manifestă evident un comportament bizar, adică problemă clinică moderat-severă.
<b>4</b>	Starea mintală și comportamentul este grav și negativ afectat de idei delirante sau halucinații, cu impact grav asupra pacientului.

### 7. Probleme cu dispoziția depresivă

- Nu includeți hiperactivitatea sau agitația, evaluate de Scala 1.
- Nu includeți ideea tentativei de suicidare, evaluate de Scala 2.
- Nu includeți idei delirante sau halucinații, evaluate de Scala 6.

<b>0</b>	Nu sunt probleme asociate cu dispoziția depresivă în perioada evaluată.
<b>1</b>	Sumbrou sau modificări minore în dispoziție.
<b>2</b>	Depresie ușoară, dar clar definită și suferință: de exemplu, sentimente de vinovăție; pierderea stimei față de sine.
<b>3</b>	Depresia cu auto-învinuire necorespunzătoare, preocupat cu sentimentele de vinovăție.
<b>4</b>	Depresie severă sau foarte severă, cu vinovăție de auto-acuzare.

### 8. Alte probleme mintale și comportamentale

- Evaluează doar cele mai severe probleme clinice care nu sunt luate în considerare de itemii 6 și 7, după cum urmează. Precizați tipul problemei prin introducerea literei corespunzătoare: A fobică; B anxietate; C obsesiv-compulsivă; D stres; E disociativă; F Somatoformă; G Mâncare; H Somn; I sexuală; J altele, specificați.



0	Nici o dovadă de oricare din aceste probleme în perioada evaluată.
1	Probleme minore non-clinice.
2	O problemă este prezentă clinic la un nivel ușor, de exemplu, pacientul /clientul are un grad de control.
3	Atac sever ocazional sau primejdie, cu pierderea controlului, de exemplu trebuie să evite anxietatea provocând situații, apel la vecin pentru a ajuta etc. adică nivel moderat-sever al problemei.
4	Problema severă domină majoritatea activităților.

### 9. Probleme cu relațiile

● Evaluează problema cea mai severă a pacientului, asociată cu retragerea activă sau pasivă din relațiile sociale, și/sau relații în care lipsește susținerea, distructive sau auto-vătămătoare.

0	Nu sunt probleme semnificative în timpul perioadei.
1	Problemă minoră non-clinică.
2	Probleme clare în crearea sau susținerea relațiilor de suport; pacientul se plânge și/sau problemele sunt evidente pentru alții.
3	Probleme persistente, majore din cauza retragerii active sau pasive din relațiile sociale, și/sau relații care oferă puțin sau deloc confort sau sprijin.
4	Izolare socială severă și dureroasă din cauza incapacității de a comunica social și/sau retragerea din relațiile sociale.

### 10. Probleme cu activitățile cotidiene

● Evaluați rata de funcționare per ansamblu în activitățile cotidiene (AC): de exemplu, probleme cu activitățile de bază de auto-îngrijire, cum ar fi mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, toaleta; cât și aptitudini complexe, așa ca bugetarea, organizarea traiului, ocupație și recreere, mobilitatea și utilizarea transportului, cumpărături, auto-dezvoltare etc.

● Includeți orice lipsă de motivație pentru utilizarea oportunităților de auto-ajutor, deoarece aceasta contribuie la un nivel global mai scăzut de funcționare.

● Nu includeți lipsa de oportunități pentru exercitarea abilităților și competențelor intacte, evaluate de Scalele 11-12.

0	Nu sunt probleme în timpul perioadei evaluate; bună capacitate de a funcționa în toate domeniile.
1	Doar probleme minore: de exemplu dezordonat, dezorganizat.
2	Auto-îngrijire adecvată, dar lipsa importantă de performanță a unei sau a mai multor competențe complexe, (vezi mai sus).
3	Probleme majore în unul sau mai multe domenii de auto-îngrijire (mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, toaleta), precum și incapacitatea majoră de a efectua mai multe competențe complexe.
4	Dizabilitate severă sau incapacitate în toate sau aproape toate domeniile de auto-îngrijire și abilități complexe.

### 11. Probleme cu condițiile de trai

- Evaluează severitatea generală a problemelor cu calitatea condițiilor de trai și rutina cotidiană de acasă.
- Sunt necesitățile de bază respectate (căldură, lumină, igienă)? Dacă este așa, există ajutor pentru a face față dizabilității și o gamă de oportunități pentru a folosi abilitățile și pentru a dezvolta altele noi?
- Nu evalua nivelul dizabilității funcționale în sine, evaluat de Scala 10.
- **NB: evaluează locul de trai obișnuit al pacientului. Dacă se află într-o secție de psihoze acute, evaluează locul de trai de acasă. Dacă informațiile nu sunt disponibile, evaluează cu 9.**

0	Locul de trai și condițiile de viață sunt acceptabile; de ajutor în menținerea oricărei dizabilități evaluat de Scala 10 la cel mai mic nivel posibil, și de suport în auto-ajutor.
1	Locul de trai este rezonabil acceptabil, deși există probleme minore sau tranzitorii (de exemplu, nu este ideal localizat, opțiunea nepreferată, nu-i place mâncarea etc.).
2	Probleme semnificative cu unul sau mai multe aspecte ale locului de trai și /sau regimului: de exemplu, alegerea restrânsă; personalul sau casa au puțină înțelegere a modului de a limita dizabilitatea, sau cum să ajute să utilizeze sau să dezvolte abilități noi sau intact.
3	Probleme multiple dureroase cu locul de trai; de exemplu, unele necesități de bază absente; mediul de locuit are facilități minime pentru a îmbunătăți independența pacientului sau acestea nu există.
4	Locul de trai este inacceptabil: de exemplu lipsa necesităților de bază, pacientul este la risc de evacuare, sau "fără adăpost", sau condițiile de viață sunt de altfel intolerabile, făcând problemele pacientului să fie și mai grave.

## 12. Probleme cu ocupația și activitățile

- Evaluați nivelul general de probleme cu calitatea mediului în timpul zilei. Există ajutor să facă față dizabilităților și oportunităților pentru menținerea sau îmbunătățirea competențelor profesionale și recreative?
- Luați în considerare astfel de factori cum ar fi stigmatizarea, lipsa de personal calificat, accesul la instituții de susținere, de exemplu, personal și echipamente pentru centrele de zi, ateliere, cluburi sociale etc. Nu evaluați nivelul de dizabilitate funcțională în sine, evaluată de Scala 10.
- **NB Evaluați situația obișnuită a pacientului. Dacă acesta este internat în secția de psihoză acută, evaluați activitățile din timpul perioadei de până la internare. Dacă nu este disponibilă informația, evaluează cu 9.**

0	Mediul din timpul zilei a pacientului este acceptabil: de ajutor în menținerea oricărei dizabilități evaluat de Scala 10 la cel mai mic nivel posibil, și de suport în auto-ajutor.
1	Probleme minore sau temporare; de exemplu, verificări cu întârziere; instituții rezonabile disponibile, dar nu întotdeauna la momentul dorit etc.
2	Alegere limitată de activități; de exemplu, există o lipsă de toleranță rezonabilă (de exemplu, refuzat pe nedrept la intrarea în biblioteca sau băile publice etc.); sau dizabilitat de lipsa de adresă permanentă; sau sprijin insuficient din partea îngrijitorului sau sprijin profesional insuficient; sau instituție de zi de ajutor disponibile, dar pentru ore foarte limitate.

3	Deficiență marcată în servicii calificate disponibile pentru a ajuta la minimizarea nivelului de dizabilitate existent; nu există oportunități de a folosi abilitățile intacte, de a adăuga noi; îngrijire necalificată, dificil de accesat.
4	Lipsa de oportunitate pentru activități în timpul zilei fac ca problemele pacientului să fie mai grave.

## ANEXA 14.

### SCALELE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII: MANSĂ.

#### Scala Manchester de Evaluare Scurtă a Calității Vieții (MANSĂ)

MANSĂ constă din 3 secțiuni:

Detalii personale care ar trebui să fie consistente de-a lungul timpului (data nașterii, sex, origine etnică și diagnostic).

Datele personale care pot varia potențial în timp și trebuie să fie re-documentate dacă schimbarea a avut loc (educație; statutul profesional, inclusiv un fel de ocupație și ore de lucru pe săptămână; venitul lunar, beneficii de la stat, situație de viață, inclusiv numărul de copii, oamenii cu care pacientul locuiește și tipul de reședință).

Doar 16 întrebări trebuie să fie adresate de fiecare dată când se aplică instrumentul. Patru dintre aceste întrebări sunt denumite obiective și trebuie să se răspundă cu „da” sau „nu”. Douăsprezece întrebări sunt strict subiective. Itemii obiectivi evaluează existența unui ”prieten apropiat”, numărul de contacte cu prietenii pe săptămână, acuzație de crimă și victimizare a violenței fizice. Întrebările subiective obțin date despre satisfacția de viață ca un întreg, loc de muncă (sau de muncă acoperită, sau de formare /educație, sau șomaj /pensie), situația financiară, numărul și calitatea de prietenii, activități de agrement, cazare, siguranța personală, oameni cu care pacientului trăiește împreună (sau locuiesc singure), viața sexuală, relația cu familia, starea de sănătate fizică și de sănătate mintală. Un manual prezintă explicație la întrebări și operaționalizarea lor (a se vedea, de asemenea, Priebe și CZL. În presă b). Ca și în LQLP, satisfacția este evaluată pe o scală de 7 puncte (1 = extrem de negativă, 7 = extrem de pozitivă).

#### Secțiunea 1

Data nașterii \_\_\_\_\_, sexul \_\_\_\_\_, originea etnică \_\_\_\_\_,  
diagnosticul \_\_\_\_\_

#### Secțiunea 2

În primul interviu, puneți toate întrebările 1-9. În interviul repetat, întrebați dacă a avut loc vreo schimbare în circumstanțele respondentului. Dacă răspunsul este „da”, completați întrebările de la 1 la 9. Dacă răspunsul este „nu”, treceți la secțiunea 3 (întrebarea 10).

1) Vârsta la care a terminat educația zi la zi.

2) Statutul de muncă \_\_\_\_\_

Dacă este angajat, puneți întrebările 3 și 4, dacă nu este angajat, puneți întrebarea 5

3) Care este ocupația dumneavoastră?

4) Câte ore pe săptămână lucrați?

- 5) Care este venitul dumneavoastră lunar după impozite?
- 6) Primiți beneficii de la stat, care?
- 7) Aveți copii, dacă da, câți?
- 8) Cu cine mai locuiți? (dacă locuiți cu cineva)
- 9) În ce tip de reședință locuiți?

### Secțiunea 3

- 10) Cât de satisfăcut sunteți astăzi de viața dumneavoastră în întregime?\*
  - 11) Cât de satisfăcut sunteți de serviciul dumneavoastră? (training/educație/, ca activitate principală?)\*
  - Dacă sunteți șomer sau pensionar, cât de satisfăcut sunteți de acest statut? \*
  - 12) Cât de satisfăcut sunteți de situația dumneavoastră financiară?\*
  - 13) Aveți pe cineva pe care l-ați putea numi "prieten apropiat"? Da/Nu
  - 14) V-ați văzut cu vreun prieten săptămâna trecută? (ați vizitat pe cineva, ați fost vizitat de un prieten, din afara serviciului sau casei) Da/Nu
  - 15) Cât de satisfăcut sunteți de numărul și calitatea prietenilor?\*
  - 16) Cât de satisfăcut sunteți de activitățile de recreare?\*
  - 17) Cât de satisfăcut sunteți de locul de trai?\*
  - 18) Ați fost acuzat de vreo crimă pe parcursul anului trecut? Da/Nu
  - 19) Ați fost victima violenței fizice pe parcursul anului trecut? Da/Nu
  - 20) Cât de satisfăcut sunteți de siguranța personală? \*
  - 21) Cât de satisfăcut sunteți de oamenii cu care locuiți?\*
  - Dacă locuiți singur, cât de satisfăcut sunteți ?\*
  - 22) Cât de satisfăcut sunteți de viața sexuală?\*
  - 23) Cât de satisfăcut sunteți de relația cu familia?\*
  - 24) Cât de satisfăcut sunteți de starea sănătății?\*
  - 25) Cât de satisfăcut sunteți de sănătatea mintală?\*
- \* folosiți Scala de Satisfacție de mai jos

### Scala de satisfacție

**1                      2                      3                      4                      5                      6                      7**

- Mai rău de atât nu poate fi
- Nemulțumit
- Per total nesatisfăcut
- Mixt
- Per total satisfăcut
- Mulțumit
- Mai bine de atât nu poate fi

**DESPRE INVENTARUL AL SIMPTOMATICII DEPRESIEI IDS ȘI INVENTARUL  
SCURT AL SIMPTOMATICII DEPRESIEI QIDS**

Inventarul din 30 de itemi al simptomatiei depresiei (IDS) (Rush et al. 1986, 1996) și cel din 16 itemi Inventarul scurt al simptomatiei depresiei (QIDS) (Rush et al. 2003) au fost concepute pentru a evalua severitatea simptomelor depresiei. Atât IDS cât și QIDS sunt disponibile în versiunea clinică (IDS-C30 și QIDS-C16) cât și în versiunea de auto-evaluare (IDS-SR30 și QIDS-SR16). IDS și QIDS evaluează toate criteriile pe domeniile de simptome desemnate de către Asociația Americană de Psihiatrie și Manualul Statistic al tulburărilor de sănătate mintală ediția a IV-a (APM 1994) pentru a diagnostica un episod depresiv major. Aceste evaluări pot fi utilizate pentru depistarea depresiei, deși au fost utilizate în mod predominant ca instrumente de măsurare a severității simptomelor. Perioada de șapte zile anterioară evaluării este intervalul obișnuit de timp pentru evaluarea severității simptomelor. QIDS-C30 și QIDS-SR16 acoperă doar cele nouă domenii de simptome utilizate pentru a caracteriza un episod depresiv major, fără elemente pentru a evalua simptomele atipice, melancolice sau simptomele asociate frecvent cu aceasta. Toate cele 16 elemente de pe QIDS sunt incluse în IDS. IDS-C30 și IDS-SR16 includ criteriile de simptome, precum și simptomele asociate frecvent (de exemplu, anxietate, iritabilitate) și elemente relevante pentru caracteristicile melancolice sau a simptomelor atipice.

Atât IDS cât și QIDS sunt ușor de administrat fie în versiunile clinice IDS-C30 și QIDS-C16, fie în versiunea de autoevaluare (IDS-SR30 și QIDS-SR16); acestea necesită o pregătire minimă. Ambele versiuni sunt sensibile la schimbare, cu medicamente, psihoterapie sau tratamente somatice, făcându-le utile atât în scopuri de cercetare, cât și în scopuri clinice. Proprietățile psihometrice ale IDS și QIDS au fost stabilite în diverse eșantioane de studiu.

Pentru PCN în TAB tindem să utilizăm QIDS-C16 pe care îl puteți găsi mai jos.

## INVENTAR RAPID AL SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE (AUTO-RAPORTARE)

### ACEASTĂ SECȚIUNE VA FI UTILIZATĂ DOAR DE CĂTRE PERSONALUL DE CERCETARE.

Chestionarul completat la data vizitei ✂ sau specificați data completării: \_\_\_\_\_  
Ziua/Luna/Anul

**Doar pacientul (subiectul) trebuie să completeze acest chestionar.**

**PENTRU FIECARE ITEM, BIFAȚI RĂSPUNSUL CARE DESCRIE CEL MAI BINE STAREA DVS. DIN ULTIMELE 7 ZILE.**

#### 1. Cum adormiți:

- 0 Niciodată nu-mi ia mai mult de 30 minute să adorm.
- 1 În mai puțin de jumătate din cazuri (3 zile sau mai puțin în ultimele 7 zile), îmi ia cel puțin 30 minute să adorm.
- 2 În mai mult de jumătate din cazuri (4 zile sau mai mult în ultimele 7 zile), îmi ia cel puțin 30 minute să adorm.
- 3 În mai mult de jumătate din cazuri (4 zile sau mai mult în ultimele 7 zile), îmi ia mai mult de 60 minute să adorm.

#### 2. Somnul din timpul nopții:

- 0 Nu mă trezesc noaptea.
- 1 Am un somn agitat, ușor, mă trezesc pentru puțin timp de câteva ori în fiecare noapte.
- 2 Mă trezesc cel puțin o dată pe noapte, dar readorm ușor.
- 3 În mai mult de jumătate din cazuri (4 zile sau mai mult în ultimele 7 zile), mă trezesc mai mult de o dată pe noapte și rămân treaz/ă pentru 20 minute sau mai mult.

#### 3. Trezire foarte devreme:

- 0 În majoritatea cazurilor, mă trezesc cu 30 minute sau mai puțin înainte de ora prevăzută.
- 1 În mai mult de jumătate din cazuri (4 zile sau mai mult în ultimele 7 zile), mă trezesc cu mai mult de 30 minute înainte de ora prevăzută.
- 2 Aproape întotdeauna, mă trezesc cu aproximativ o oră înainte de timpul prevăzut, dar readorm pînă la urmă.
- 3 Mă trezesc cu cel puțin o oră înainte de timpul prevăzut și nu mai pot readormi.

#### 4. Somn excesiv:

- 0 Nu dorm mai mult de 7-8 ore/noapte, nu dorm pe parcursul zilei.
- 1 Nu dorm mai mult de 10 ore într-un interval de 24 ore, inclusiv somnul de zi.
- 2 Nu dorm mai mult de 12 ore într-un interval de 24 ore, inclusiv somnul de zi.
- 3 Dorm mai mult de 12 ore într-un interval de 24 ore, inclusiv somnul de zi.

#### 5. Sentimentul de tristețe:

- 0 Nu mă simt trist/ă.
- 1 Mă simt trist/ă în mai puțin de jumătate din cazuri (3 zile sau mai puțin în ultimele 7 zile).
- 2 Mă simt trist/ă în mai mult de jumătate din cazuri (4 zile sau mai mult în ultimele 7 zile).
- 3 Mă simt trist/ă aproape tot timpul.

## INVENTAR RAPID AL SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE (AUTO-RAPORTARE)

PENTRU FIECARE ITEM, BIFAȚI RĂSPUNSUL CARE DESCRIE CEL MAI BINE STAREA DVS. DIN ULTIMELE 7 ZILE.

Completați, vă rog, 6 sau 7 (nu ambele)

### 6. Scăderea poftei de mâncare:

0 Nu sunt schimbări în apetitul meu obișnuit.

1 Mănînc puțin mai rar sau în cantități mai mici, decît de obicei

2 Mănînc mult mai puțin, decît de obicei și doar cu eforturi

3 Rareori mănînc în decurs de 24 ore și doar forțîndu-mă mult sau doar cînd sunt convins/ă să mănînc

3 Simt necesitatea de a mîncă excesiv atît în timpul meselor, cît și între ele

### 7. Creșterea poftei de mâncare:

0 Nu sunt schimbări în apetitul meu obișnuit.

1 Simt necesitatea de a mîncă mai des,

2 De obicei mănînc mai des și/sau mai mult, decît

3 Simt necesitatea de a mîncă excesiv atît în timpul meselor, cît și între ele

Completați, vă rog, 8 sau 9 (nu ambele)

### 8. Pierdere în greutate (în ultimele 14 zile)

0 N-am avut schimbări în greutate.

1 Am impresia că am pierdut ușor în greutate.

2 Am pierdut 1 kg sau mai mult.

3 Am pierdut 2 kg sau mai mult.

### 9. Creștere în greutate (în ultimele 14 zile)

0 N-am avut schimbări în greutate.

1 Am impresia că am luat ușor în greutate.

2 Am luat 1 kg sau mai mult.

3 Am luat 2 kg sau mai mult.

### 10. Concentrarea/Luarea deciziilor:

0 Nu sunt schimbări în capacitatea mea obișnuită de concentrare sau luare a deciziilor.

1 Uneori mă simt indecis/ă sau constat că atenția mea este limitată.

2 Majoritatea timpului, cu greu mă concentrez sau iau decizii.

3 Nu mă pot concentra destul de bine pentru a citi sau nu pot lua nici măcar decizii minore.

### 11. Opinie despre sine:

0 Consider că am tot aceeași valoare și merite, ca și alte persoane.

1 Mă auto-critic mai mult, decît de obicei.

2 Cred cu fermitate că le cauzez probleme altor persoane.

3 Mă gîndesc aproape întotdeauna la defectele mele majore și cele minore.

### 12. Gînduri despre moarte sau suicid:

0 Nu mă gîndesc la suicid sau moarte.

1 Cred că viața este lipsită de sens și mă întreb dacă merită a fi trăită.

2 În ultimele 7 zile, mă gîndesc la suicid sau moarte de mai multe ori timp de cîteva minute.

3 Mă gîndesc detaliat la suicid sau moarte de cîteva ori pe zi sau am făcut planuri detaliate de suicid ori chiar am încercat să-mi pun capăt zilelor.

## INVENTAR RAPID AL SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE (AUTO-RAPORTARE)

PENTRU FIECARE ITEM, BIFAȚI RĂSPUNSUL CARE DESCRIE CEL MAI BINE STAREA DVS. DIN ULTIMELE 7 ZILE.

### 13. Interes general:

- 0 Nu sunt schimbări în interesul pe care-l manifest în mod obișnuit față de alte persoane sau activități.
- 1 Am observat că sunt mai puțin interesat/ă de oameni și activități.
- 2 Constat că mă interesează doar una sau două din activitățile pe care le practicam anterior.
- 3 Practic nu mă mai interesează activitățile anterioare.

### 14. Nivelul de energie:

- 0 Nu sunt schimbări în nivelul meu obișnuit de energie.
- 1 Obosesc mai repede, decât de obicei.
- 2 Trebuie să depun un efort considerabil pentru a începe sau a finaliza activitățile mele cotidiene obișnuite (de exemplu, mersul la cumpărături, teme pentru acasă, gătitul sau mersul la serviciu).
- 3 Eu chiar nu mai pot efectua majoritatea activităților mele cotidiene obișnuite, deoarece pur și simplu n-am energie.

### 15. Sentimentul de lentoare:

- 0 Gîndesc, vorbesc și mă mișc cu ritmul meu obișnuit.
- 1 Constat că gîndirea mea este mai lentă, decât de obicei sau că vocea mea este plictisitoare sau plată.
- 2 Pentru a răspunde la majoritatea întrebărilor, am nevoie de cîteva secunde și sunt sigur/ă că gîndirea mea este mai lentă, decât de obicei.
- 3 Deseori, nu pot răspunde la întrebări fără a depune un efort extrem.

### 16. Sentiment de agitație:

- 0 Nu mă simt agitat/ă.
- 1 Deseori sunt agitat/ă, îmi răsucesc mîinile sau am nevoie să-mi schimb poziția, cînd sunt așezat/ă.
- 2 Periodic simt necesitatea de a mă mișca și sunt destul de agitat/ă.
- 3 Uneori, nu pot sta așezat/ă și am nevoie să merg.

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*

EPI0905.QIDSSR

**Confirm că această informație este veridică.**

Inițialele pacientului/subiectului:

Data:



# QIDS-SS

## INVENTAR RAPID AL SIMPTOMATOLOGIEI DEPRESIVE (FIȘĂ DE CALCULARE A PUNCTAJULUI)

**NOTĂ: ACEASTĂ SECȚIUNE URMEAZĂ A FI COMPLETATĂ DOAR DE CĂTRE PERSOANLUL DE CERCETARE.**

\_\_\_\_\_ Introduceți cel mai înalt punctaj la unul din cei patru itemi referitori la somn (1-4)

\_\_\_\_\_ Item 5

\_\_\_\_\_ Introduceți cel mai înalt punctaj la unul din itemii referitori la pofta de mâncare/greutate (6-9)

\_\_\_\_\_ Item 10

\_\_\_\_\_ Item 11

\_\_\_\_\_ Item 12

\_\_\_\_\_ Item 13

\_\_\_\_\_ Item 14

\_\_\_\_\_ Introduceți cel mai înalt punctaj la unul din cei doi itemi referitori la psihomotorică

(15 și 16) \_\_\_\_\_

**Scor total (Diapazon: 0-27)**

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*

EPI0905.QIDSSR

**ANEXA 16. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru  
Tulburarea afectivă bipolară**

<b>Domeniul Prompt</b>	<b>Definiții și note</b>
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	
<b>Consultarea</b>	
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 Chestionarului tulburărilor dispoziției MDQ	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Scala Young de evaluare a maniei	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Inventar rapid al simptomatologiei depresive (auto-raportare) – QIDS	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.
<b>DIAGNOSTICUL</b>	
Evaluarea persoanelor cu risc înalt al semnelor prodromale	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de alcool	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de droguri	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen clinic psihiatric	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen psihologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
<b>TRATAMENTUL</b>	
Administrarea tratamentului farmacologic	nu = 0; da = 1;
Plan de tratament si/sau plan de interventie in criza	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
<b>MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE</b>	
Data externării	Include si data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- tratament de sustinere	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;
<b>DECESUL PACIENTULUI</b>	
Decesul în spital	0= da; 1= nu;

## BIBLIOGRAFIE

- Birmaher, B. (2004): *New hope for children with bipolar disorder*, New York: Three River Press.
- Bowden, C.L. (2005) *A different depression: Clinical distinctions between bipolar and unipolar depression*. *Journal of Affective Disorder* 84:117-125.
- Brady, K.T. & Sonne, S.C. (1995): *The relationship between substance abuse and bipolar disorder*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl.3):19-24
- Bruchmuller, K, Meyer, T.D. (2009): *Diagnostically irrelevant information can affect the likelihood of a diagnosis of bipolar disorder*, *Journal of Affective Disorder*, 116:148-151.
- Evans, D.L. (2000): *Bipolar disorder: diagnostic challenges and treatment consideration*. *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (Suppl. 13):26-31.
- Frank, E., (2005): *Treating Bipolar Disorder: A clinician's guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, New York: The Guilford Press.
- Fountoulakis K. N., Grunze H., Vieta E., Young A., Lakshmi N. Yatham, Blier P., Kasper S., Moeller H.J. *The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: The clinical guidelines*. 2016-04 ianuarie 2017-01-15.
- Gelder, M., Mayou, R., Geddes, J. „*Psychiatry (2nd edition)*”, 1999.
- Goldstein, R.D., Grunberg, A.M. (2006): *Mood disorders: Depressive disorders*, in M.B. First & A. Tasman (Eds.): *Clinical Guide to the diagnosis and treatment of mental disorders*, Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hirschfeld, R. & Vornik, L.A. (2004) *Recognition and diagnosis of bipolar disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry* 65 [suppl 15]:5-9.
- *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic)*. București, Ed. ALL, 1998, 419 p.
- Lakshmi N. Yatham, Gin S. Malhi *Bipolar disorder*. Oxford University Press, 2011, 76 p.
- Lish, J.D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P.C. et al. (1994): *The National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) survey of bipolar members*, *Journal of Affective Disorders*, 31:281-294.
- *Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Asociația Psihiatrică Americană, Ediția a 5-ea DSM V TM*, București, Editura Medicală Callisto, 2016, p. 123 – 154.
- Marneros A (2003): *Schizoaffective Disorder: Clinical Aspects, Differential Diagnosis, and Treatment*, *Current Psychiatry Reports*, 5:202–205.
- Moller, J.H., Bottlender, R., Grunze, H., et al. ( 2001 ): *Are antidepressants less effective in the acute treatment of bipolar I compared to unipolar depression?* *Journal of Affective Disorders* 67:141 – 146.
- Perlis, R. H., Brown, E., Backer, R.W., Nierenberg, A.A. (2006): *Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials*, *American Journal of Psychiatry*, 163:225–231.
- Reiser, R.. & Thompson, L.W. (2005): *Bipolar Disorder: Advances in Psychotherapy-Evidence-Based Practice*. Hogrefe & Huber Publishers: Cambridge, MA.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D. et al. ( 1990 ): *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study* . *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 264: 2511 – 2518.
- Robertson, H.A., Lam, R.W., Stewart, J.N., et al. ( 1996 ): *Atypical depressive symptoms and clusters in unipolar and bipolar depression* . *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94: 421- 427.
- *Vrasti Radu si Papava Ioan Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare*
- *Udriștoiu T., Marinescu Dr. Ghiduri de terapie farmacologică în tulburările psihiatrice majore*. Ed. Medicală Universitară, Craiova, 2014, 246 p.

