

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕПРЕСИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ СО
ХРОНИЧЕН ОРГАНСКИ ЗДРАВСТВЕН ПРОБЛЕМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3186/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем

Третман и менаџмент

Објавено: октомври 2009 год.

NICE клинички упатства 91
guidance.nice.org.uk/cg91

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	4
Клучни приоритети за имплементација	5
1. Упатство	7
1.1 Грижа за сите пациенти со депресија	7
1.2 Грижа чекор по чекор	10
1.3 Чекор 1: препознавање, проценка и иницијален менаџмент во услови на примарна грижа и општа болница	11
1.4 Чекор 2: препозната депресија во услови на примарна грижа и општа болница - перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија	13
1.5 Чекор 3: препозната депресија во услови на примарна грижа и општа болница - перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија со неадекватен одговор на иницијалните интервенции и умерена и тешка депресија	16
1.6 Чекор 4: комплексна и тешка депресија	23
2. Забелешки за делокругот на упатството	24
3. Имплементација	25
4. Препораки за истражување	26
4.1 Комбинација на медикаменти и КБТ за пациенти со умерена до тешка депресија и хроничен органски здравствен проблем	26
4.2 Фокусирани супортивни интервенции во споредба со вежби во група и вообичаен третман за пациенти со лесна до умерена депресија и со хроничен органски здравствен проблем	26
4.3 Антидепресивна медикација во споредба со плацебо кај пациенти со депресија и ХОББ	27
4.4 Бихејвиорална активација во споредба со антидепресиви кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем	28
4.5 Ефекти на кооперативната грижа на резултатите за физичкото здравје кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем	28
4.6 Ефективност на програмите за физикална рехабилитација кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем и со депресија	29
4.7 Ефикасност на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции и вообичаениот третман во лекувањето на депресијата кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем	30
5. Други верзии на ова упатство	32
5.1 Комплетно упатство	32
5.2 Информација за јавноста	32
6. Поврзани NICE упатства	33
7. Ажурирање на упатството	34
Додаток А: Група за развој на упатството	35
Додаток Б: Панел за ревизија на упатството	36
Додаток В: Проценка на депресијата и нејзиниот интензитет	37
Додаток Г: Препораки од други NICE клинички упатства за депресија	39
За ова упатство	41

Вовед

Ова упатство е издадено паралелно со 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни (ажурирано)' (NICE клиничко упатство 90), кое создава препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари, во примарната и секундарната грижа.

Ова упатство (и CG90) ги ажурира препораките создадени во NICE упатство за технолошка проценка 97 само за третманот на депресијата. Упатството во TA97 останува непроменето за употребата на ККБТ во третманот на паничното, фобичното и опсесивно-компулсивното растројство.

Ова упатство создава препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари кои исто така имаат хроничен органски здравствен проблем (како канцер, срцева болест, дијабет или мускулноскелетна, респираторна или невролошка болест).

Депресијата е широка и хетерогена дијагноза. Основно кај неа е депресивното расположение и/или недостаток на задоволство во повеќе активности. Хроничниот органски здравствен проблем може и да ја предизвика депресијата и да биде причина за нејзина егзацербација: болката, функционалното нарушување и неспособноста, асоцирани со хроничните органски здравствени проблеми, можат значајно да го зголемат ризикот за депресија кај пациентите со органска болест и депресијата исто така може да ги потенцира болката и стресот, асоцирани со органската болест и негативно да влијае на исходот, вклучувајќи скратување на животните очекувања. Освен тоа, депресијата може да биде ризик фактор за развој на низа органски болести, како што се кардиоваскуларните болести. Кога пациентот има и депресија и хроничен органски здравствен проблем, функционалното нарушување веројатно ќе биде поголемо отколку ако пациентот има само депресија или само хроничен органски проблем.

Депресијата е околу два до три пати почеста кај пациентите^[1] со хроничен органски здравствен проблем отколку кај пациентите кои имаат добро физично здравје и се јавува кај околу 20% од пациентите со хроничен органски здравствен проблем.

Интензитетот на депресијата е одреден и со бројот и со интензитетот на симптомите, како и со степенот на функционалното нарушување. За формална дијагноза, користејќи го МКБ-10 класификациониот систем, потребни се најмалку четири од десет депресивни симптоми, додека според DSM-IV класификациониот систем, потребни се најмалку пет од девет за дијагноза на голема депресија (позната во ова упатство како 'депресија'). Симптомите треба да бидат присутни најмалку 2 седмици и секој симптом треба да биде презентираан со доволен интензитет поголемиот дел од секој ден.

Двата дијагностички системи бараат најмалку еден (DSM-IV) или два (МКБ-10) клучни симптоми (намалено расположение^[2], губиток на интерес и задоволство^[2] или губиток на енергија^[3]) да бидат присутни.

Сè повеќе се препознава дека депресивните симптоми под почетните критериуми на DSM-IV и МКБ-10 може да бидат стресогени и онеспособувачки ако постојат. Затоа ова упатство ги покрива 'субдепресивните симптоми', кои се под критериумите за дијагноза на тешка депресија и се дефинираат како најмалку еден клучен симптом на депресија, но со инсуфициентни други симптоми и/или функционално нарушување кои се потребни за исполнување на критериумите за целосна дијагноза. Симптомите се сметаат за перзистентни ако тие продолжат и покрај активниот мониторинг и/или ниско интензивните интервенции или се присутни значаен временски период, обично неколку месеци. (За дијагностицирање на дистимија, симптомите треба да бидат присутни најмалку 2 години^[4]).

Присуството на физичка болест може да ја компликува проценката на депресијата и некои симптоми, како што е заморот, се заеднички и за психичкото и за органското растројство.

Треба да се забележи дека класификационите системи се согласни конвенции кои бараат да дефинираат различни интензитети на депресијата, со цел да се води дијагностицирањето и третманот и нивната вредност е детерминирана со тоа како се корисни во праксата. По внимателна ревизија на дијагностичките критериуми и доказите, групата за развој на упатството одлучи за ова упатство да ги прифати критериумите на DSM-IV повеќе отколку на МКБ-10, кое беше користено во претходното упатство за депресија (NICE клиничко упатство 23). Ова е бидејќи DSM-IV се користеше скоро во сите ревидирани докази и обезбедуваше дефиниции за атипичните симптоми и за сезонската депресија. Нејзината дефиниција на интензитетот исто така создаваше помала веројатност дека дијагнозата на депресијата ќе биде заснована само на броење на симптомите. Во пракса, не се очекува клиничарите да се насочат кон DSM-IV, но треба да се знае дека прагот за лесна депресија е повисок отколку кај МКБ-10 (пет симптоми наместо четири) и дека степенот на функционалното нарушување треба рутински да биде проценет пред поставувањето на дијагнозата. Користењето на DSM-IV му овозможува на упатството подобро да ја насочи употребата на специфичните интервенции, како антидепресивите, за поинтензивните степени на депресија.

Покрај органската болест, широк ранг на психолошки и социјални фактори, кои не се добро опфатени со актуелните дијагностички системи, имаат значајно влијание на текот на депресијата и на одговорот на третманот. Затоа, кога се спроведува дијагностичка проценка исто така е значајно да се разгледаат и индивидуалната мината историја и семејната историја за депресија (види додаток В за понатамошни детали).

Лекувањето на депресијата кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем има потенцијал да го зголеми нивниот квалитет на живот и очекувањата од животот. Депресијата често има ремитентен и релапсен тек и симптомите може да перзистираат меѓу епизодите. Кога е можно, клучната цел на интервенцијата за депресијата треба да биде комплетно ослободување од симптомите (ремисија) – ова е асоцирано со подобро функционирање и пониска веројатност за релапс во однос на послабите степени на одговор, како и потенцијално подобар исход за физичкото здравје.

Ова упатство претпоставува дека докторите кои ординираат ќе го користат резимето за карактеристиките на продуктот и 'Англиската национална формула' за информирано одлучување со индивидуалните пациенти.

-
- [1] Во ова упатство терминот 'пациент' се користи за да означи индивидуа која има и депресија и хроничен органски здравствен проблем.
- [2] И во МКБ-10 и во DSM-IV.
- [3] Само во МКБ-10.
- [4] И DSM-IV и МКБ-10 имаат категорија дистимија, која се состои од депресивни симптоми кои се под прагот за тешка депресија, но кои перзистираат (по дефиниција подолго од 2 години). Изгледа не постои емпириски доказ дека дистимијата е различна од субдепресивните симптоми, освен времетраењето на симптомите и во ова упатство се преферира терминот 'перзистентни субдепресивни симптоми'.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди најдобри практични совети за грижата за возрасните со депресија и хроничен органски здравствен проблем.

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид потребите и склоностите на пациентите. Пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки, вклучувајќи комплексни и далекусежни одлуки и изјави за нивната грижа и третман, во партнерство со нивните доктори.

Ако пациентите немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените професионалци треба да го следат Советот за согласност при Одделението за здравство и кодот на праксата кој го придружува Законот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените професионалци треба да го следат советот за согласност од владата на Велс.

Добрата комуникација меѓу докторите и пациентите е есенцијална. Таа треба да биде поддржана со писмена информација, базирана на докази, изработена според потребите на пациентот. Третманот и грижата, како и информацијата за тоа која ја добиваат пациентите, треба да бидат соодветни културелно. Исто така, треба да биде достапна за пациентите со посебни потреби, како физички хендикеп, сензорни или пречки во учењето, како и за пациентите кои не зборуваат или не читаат англиски јазик.

Ако пациентот се согласи, семејствата и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за третман и грижа.

На семејствата и на негувателите исто така треба да им се даде информација и поддршка која им е потребна.

Клучни приоритети за имплементација

Принципи за проценка

- Кога се проценува пациент со хроничен органски здравствен проблем кој можеби има депресија, спроведете детална проценка која не се потпира само на броење на симптоми. Земете ги во предвид и степенот на функционалното нарушување и/или неспособноста, асоцирани со можната депресија и времетраењето на епизодата.

Ефективно спроведување на интервенции за депресија

- Сите интервенции за депресијата треба да бидат спроведени од страна на компетентни практиканти. Психолошките и психосоцијалните интервенции треба да бидат засновани на релевантни прирачници за третман, кои треба да упатат за структурата и за времетраењето на интервенцијата. Практикантите треба да го земат во предвид користењето на компетентни рамки, создадени од релевантни прирачници за третман и за сите интервенции треба:
 - Да добиваат редовна високо квалитетна супервизија.
 - Да користат рутински мерки за исход и да осигурат дека пациентот со депресија е вклучен во ревидирањето на ефикасноста од третманот.
 - Да се ангажираат во мониторингот и во евалуацијата на придржувањето кон третманот и компетентноста на практикантот – на пример, користејќи видео и аудио ленти и надворешен преглед и надзор, кога е потребно.

Идентификација и препознавање на случај

- Бидете внимателни за можна депресија (особено кај пациенти со историја за депресија во минатото или хроничен органски здравствен проблем, асоциран со функционално нарушување) и земете во предвид да им поставите две прашања на пациентите кои можеби имаат депресија, особено:
 - Дали често бевте вознемирувани со чувство на тага, депресија или безнадежност во текот на последниот месец?
 - Дали често бевте вознемирувани со мал интерес или задоволство при вршењето на нештата во текот на последниот месец?

Ниско интензивни психосоцијални интервенции

- Кај пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем и кај пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем, земете во предвид да понудите една или повеќе од следниве интервенции, водени според преферирањето на пациентот:
 - Програма за структурирана групна физичка активност.
 - Програма, заснована на фокус групи за поддршка (самопомош).
 - Индивидуално насочувана самопомош, заснована на принципите на когнитивно бихејвиоралната терапија (КБТ).
 - Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија (ККБТ)^[5].

Третман на умерена депресија

- На пациентите со иницијална презентација на умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем понудете им го следниов избор на високо интензивни психолошки интервенции:
 - Групна КБТ **или**
 - индивидуална КБТ за пациенти кои одбиваат групна КБТ или за кои таа не е соодветна или каде групата не е достапна **или**
 - бихејвиорална терапија за парови за пациенти кои имаат редовен партнер и каде релацијата може да придонесува за развојот или за одржувањето на депресијата или каде се смета дека вклучувањето на партнерот е од потенцијален терапевтски бенефит.

Антидепресиви

- Не употребувајте антидепресиви рутински за да ги лекувате субдепресивните симптоми или лесната депресија кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем (бидејќи пропорционалниот однос ризик-бенефит е сиромашен), но земете ги во предвид кај пациенти со:
 - Претходна историја за умерена или тешка депресија **или**
 - лесна депресија која ја компликува грижата за органскиот здравствен проблем **или**
 - иницијална презентација на субдепресивни симптоми кои се присутни долг период (типично најмалку 2 години) **или**
 - субдепресивни симптоми или лесна депресија кои перзистираат по други интервенции.
- Кога се ординира антидепресив за пациент со депресија и хроничен органски здравствен проблем, земете го предвид следново:
 - Присуството на дополнителни органски здравствени растројства.
 - Несаканите ефекти на антидепресивите, кои можат да влијаат на основната органска болест (особено SSRI може да предизвикаат или да егзацерираат хипонатриемија, особено кај постарите пациенти).
 - Дека засега не постои доказ кој ја поддржува употребата на специфични антидепресиви за пациентите со одредени хронични органски здравствени проблеми.
 - Интеракциите со другите медикаменти.

Кооперативна грижа

- Земете ја во предвид кооперативната грижа за пациентите со умерена до тешка депресија и хроничен органски здравствен проблем со асоцирано функционално нарушување, чија депресија не одговорила на иницијалните високо интензивни психолошки интервенции, фармаколошкиот третман или комбинацијата на психолошки и фармаколошки интервенции.

[5] Оваа препорака (и препораката 1.4.2.1 во CG90) ги ажурира препораките само за депресијата 'Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија за депресија и анксиозност (ревидирано)' (NICE упатство за технолошка проценка 97).

1. Упатство

Следново упатство е засновано на најдобрите достапни докази. Комплетното упатство дава детали за методите и за доказите, користени за развој на упатството.

Кутија 1. Дефиниции за депресија (земени од DSM-IV)

Субдепресивни симптоми: Помалку од 5 симптоми на депресија.

Лесна депресија: Неколку интензивни симптоми од петте потребни за поставување на дијагноза и симптомите резултираат само со мало функционално нарушување.

Умерена депресија: Симптомите или функционалното нарушување се меѓу 'лесни' и 'тешки'.

Тешка депресија: Повеќе симптоми кои значајно влијаат на функционирањето. Може да се јават со или без психотични симптоми.

Забележете дека деталната проценка на депресијата не треба да се заснова само на збир на симптоми, туку треба да го земе во предвид степенот на функционалното нарушување и/или неспособност (види дел 1.1.3).

Во ова упатство терминот 'пациент' се користи за да означи индивидуа која има и депресија и хроничен соматски здравствен проблем.

Ова упатство е издадено паралелно со 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни (ажурирано)' (NICE клиничко упатство 90), кое создава препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари во примарната и во секундарната заштита.

1.1 Грижа за сите пациенти со депресија

1.1.1 Обезбедување на информација и поддршка и добивање на информирана согласност

1.1.1.1 Кога работите со пациенти со депресија и хроничен органски здравствен проблем и со нивните семејства или негуватели:

- Изградете релација на доверба и работете на отворен, приврзан и неосудувачки начин.
- Испитајте ги опциите за третман на депресијата во атмосфера на надеж и оптимизам, објаснувајќи различни текови на депресијата и дека оздравувањето е можно.
- Имајте сознание дека стигмата и дискриминацијата може да бидат асоцирани со дијагнозата на депресија и земете во предвид како ова може да влијае на пациентот со хроничен органски здравствен проблем.
- Осигурајте дека дискусиите се случуваат во услови во кои се почитуваат довербата, приватноста и дигнитетот.

- 1.1.1.2 Кога работите со пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем и нивните семејства или негуватели:
- Обезбедете информација, соодветна на нивното ниво на разбирање, за природата на депресијата и опсегот на достапните третмани.
 - Избегнувајте клинички јазик без соодветно објаснување.
 - Осигурајте дека деталната писмена информација е достапна на соодветниот јазик и, ако е можно, во аудио формат.
 - Ако е потребно, обезбедете и вешто работете со независни преведувачи (односно некој кој не му е познат на пациентот со депресија).
- 1.1.1.3 Информирајте ги пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем за групите за самопомош, групите за поддршка и за другите локални и национални ресурси за пациентите со депресија.
- 1.1.1.4 Направете ги сите потребни напори за да обезбедите пациентот со депресија и хроничен органски здравствен проблем да може да даде разбирлива и информирана согласност пред да започне третманот. Ова е особено важно кога пациентот има тешка депресија или е субјект на Законот за ментално здравје.
- 1.1.1.5 Осигурајте согласноста за третман да биде заснована на набудување со јасна информација (која, исто така, треба да биде достапна во писмена форма) за интервенцијата, покривајќи:
- Што опфаќа таа.
 - Што се очекува од пациентот додека тој е подложен на интервенцијата.
 - Веројатни резултати (вклучувајќи какви било несакани ефекти).

1.1.2 Поддржување на семејствата и на негувателите

- 1.1.2.1 Кога семејствата или негувателите се вклучени во поддржувањето на пациентот со тешка или хронична^[6] депресија и хроничен органски здравствен проблем, земете во предвид:
- Обезбедување писмена и вербална информација за депресијата и нејзиниот третман, вклучувајќи како семејствата или негувателите можат да го поддржат пациентот.
 - Ако е потребно, понудување на проценка на потребите за грижа, физичките и менталните потреби на негувателите.
 - Обезбедување на информација за локалните групи и за волонтерски организации за поддршка на семејствата или на негувателите и помагање на семејствата или на негувателите да имаат пристап до нив.
 - Договарање меѓу пациентот и неговото семејството или негувателот за доверувањето и споделувањето на информацијата.

1.1.3 Принципи за проценка, координација на грижата и избор на третмани

- 1.1.3.1 Кога се проценува пациент со хроничен органски здравствен проблем кој можеби има депресија, спроведете детална проценка која не се заснова само на збир на симптоми. Земете ги во предвид и степенот на функционалното нарушување и/или неспособноста, асоцирани со можната депресија и времетраењето на епизодата.

- 1.1.3.2 Како дополнение на проценувањето на симптомите и асоцираното функционално нарушување, разгледајте како следниве фактори можат да влијаат на развојот, текот и интензитетот на депресијата на пациентот:
- Историја за депресија и коморбидно психијатриско растројство или органска болест.
 - Мината историја за зголемено расположение (за да се детерминира дали депресијата може да биде дел од биполарно растројство^[7]).
 - Минатото искуство со третмани и одговорот на нив.
 - Квалитетот на интерперсоналните релации.
 - Условите за живеење и социјалната изолација.
- 1.1.3.3 Имајте почит и бидете сензитивни кон различните културни, етнички и религиски потекла кога работите со пациенти со депресија и хроничен органски здравствен проблем и имајте сознание за можните варијации во презентацијата на депресијата. Обезбедете компетентност во:
- Културелно сензитивна проценка.
 - Користење на различни модели за објаснување на депресијата.
 - Обраќање внимание на културелните и на етничките разлики кога се развива и се имплементира план за третман.
 - Работење со семејства од различни етнички и културелни потекла.
- 1.1.3.4 Кога се проценува пациент со хроничен органски здравствен проблем и суспектна депресија, стекнете сознание за какви било пречки во учењето или стекнато когнитивно нарушување и, ако е неопходно, земете во предвид консултација со релевантен специјалист кога се развиваат плановите и стратегиите за третман.
- 1.1.3.5 Кога обезбедувате интервенции за пациентите со пречки во учењето или стекнато когнитивно нарушување кои имаат хроничен органски здравствен проблем и дијагностицирана депресија:
- Онаму каде е можно, обезбедете ги истите интервенции како и за другите пациенти со депресија.
 - Ако е неопходно, прилагодете го методот на спроведување или времетраењето на интервенцијата на неспособноста или нарушувањето.
- 1.1.3.6 Секогаш директно прашајте ги пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем за суицидалните идеи и тенденции. Ако постои ризик за автодеструктивност или суицид:
- Проценете дали пациентот има соодветна социјална поддршка и сознание за изворите за помош.
 - Организирајте помош, соодветна на степенот на ризик (види го делот 1.3.2).
 - Советувајте го пациентот да бара понатамошна помош ако ситуацијата се влоши.

1.1.4 Ефективно спроведување на интервенциите за депресија

- 1.1.4.1 Сите интервенции за депресијата треба да бидат спроведени од страна на компетентни практиканти. Психолошките и психосоцијалните интервенции треба да се засноваат на релевантни прирачници за третман, кои треба да

бидат водич за структурата и времетраењето на интервенцијата. Практикантите треба да земат во предвид користење на компетентен работен план, развиен од релевантните прирачници за третман и за сите интервенции треба:

- Да имаат редовна високо квалитетна супервизија.
- Да користат рутински мерки за исходот и да осигурат дека пациентот со депресија е вклучен во ревизијата на ефикасноста на третманот.
- Да се ангажираат во мониторингот и во евалуацијата на придржувањето кон третманот и компетентноста на практикантот - на пример, користејќи видео и аудио ленти и надворешна ревизија и надзор, кога е тоа соодветно.

1.1.4.2 Земете во предвид обезбедување на сите интервенции на преферираниот јазик на пациентот со депресија и хроничен органски здравствен проблем, кога тоа е можно.

1.1.4.3 Онаму каде третманот на пациентот се дели меѓу примарната и секундарната грижа, треба да има јасен договор меѓу практикантите (особено докторите на пациентот) за одговорноста за мониторингот и третманот на тој пациентот. Планот за третман треба да се сподели со пациентот и, онаму каде е соодветно, со неговото семејство или негувател.

1.1.4.4 Ако хроничниот органски здравствен проблем на пациентот ја ограничува неговата способност да се ангажира во преферираниот психосоцијален или психолошки третман за депресијата (види ги деловите 1.4.2, 1.5.1 и 1.5.3), земете во предвид алтернативи во разговорот со пациентот, како што се антидепресивите (види го делот 1.5.2) или спроведувањето на психосоцијалните или психолошките интервенции по телефон ако подвижноста или други тешкотии го спречуваат контактот лице в лице.

1.2 Грижа чекор по чекор

Моделот на грижа чекор по чекор обезбедува работен план во кој се организира обезбедувањето на сервисите и се поддржуваат пациентите, негувателите и практикантите во идентификувањето и проценката на најефективните интервенции (види дијаграм 1). Во грижата чекор по чекор првин се обезбедува најмалку наметливата, најефективната интервенција; ако пациентот нема бенефит од иницијално понудената интервенција или ја одбива, треба да му се понуди соодветна интервенција од следниот чекор.

Дијаграм 1. Модел на грижа чекор по чекор

Фокус на интервенцијата	Природа на интервенцијата
ЧЕКОР 4: Тешка и комплексна ^[a] депресија; ризик за животот; изразено запоставување на себеси	Медикаменти, високо интензивни психолошки интервенции, електроконвулзивна терапија, сервис за кризни состојби, комбинирани третмани, мултипрофесионална и хоспитална грижа
ЧЕКОР 3: Перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија со неадекватен одговор на иницијалните интервенции; умерена и тешка депресија	Медикаменти, високо интензивни психолошки интервенции, комбинирани третмани, кооперативна грижа ^[б] и упатување за понатамошна проценка и интервенции
ЧЕКОР 2: Перзистентни субдепресивни симптоми; лесна до умерена депресија	Ниско интензивни психосоцијални интервенции, психолошки интервенции, медикаменти и упатување за понатамошна проценка и интервенции
ЧЕКОР 1: Сите познати и суспектни презентации на депресија	Проценка, поддршка, психоедукација, активен мониторинг и упатување за понатамошна проценка и интервенции
<p>[a] Комплексната депресија вклучува депресија која покажала неадекватен одговор на мултипли третмани, која е комплицирана со психотични симптоми и/или е асоцирана со сигнификантен психијатриски коморбидитет или со психосоцијални фактори.</p> <p>[б] Само за депресија каде пациентот исто така има хроничен органски здравствен проблем и асоцирано функционално нарушување (види 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' [NICE клиничко упатство 91]).</p>	

1.3 Чекор 1: препознавање, проценка и иницијален менаџмент во услови на примарна грижа и општа болница

Препораките во овој дел се примарно за практикантите кои работат во услови на примарна грижа и општа болница. Практикантите треба да имаат сознание дека пациентите со хроничен органски здравствен проблем имаат висок ризик за депресија, особено кога постои функционално нарушување.

1.3.1 Идентификација и препознавање на случај

1.3.1.1 Бидете внимателни за можна депресија (особено кај пациенти со мината историја за депресија или хроничен органски здравствен проблем со асоцирано функционално нарушување) и земете во предвид пациентите кои можеби имаат депресија да ги прашате две прашања, особено:

- Дали во текот на последниот месец често се чувствувавте нерасположено, депресивно или безнадежно?
- Дали во текот на последниот месец често чувствувавте дека имате мал интерес или задоволство во вршењето на нештата?

1.3.1.2 Ако пациентот со хроничен органски здравствен проблем одговори 'да' на некое од прашањата за идентификација на депресијата (види 1.3.1.1), но практикантот не е компетентен да изврши проценка на менталното здравје, тој

треба да го упати пациентот кај соодветен професионалец. Ако овој професионалец не е докторот на пациентот, информирајте го докторот за упатувањето.

1.3.1.3 Ако пациентот со хроничен органски здравствен проблем одговори 'да' на некое од прашањата за идентификација на депресијата (види 1.3.1.1), практикантот кој е компетентен да изврши проценка на менталното здравје треба:

- Да праша три понатамошни прашања за да ја подобри прецизноста на проценката на депресијата, особено:
 - Дали во текот на последниот месец често бевте вознемирувани со чувства на безвредност?
 - Дали во текот на последниот месец често бевте вознемирувани со слаба концентрација?
 - Дали во текот на последниот месец често бевте вознемирувани со мисли за смрт?
- Ревидирајте ја психичката состојба на пациентот и асоцираните функционални, интерперсонални и социјални тешкотии.
- Земете ја во предвид улогата и на хроничниот органски здравствен проблем и на кој било ординираан медикамент во развојот или во опстојувањето на депресијата.
- Проверете дали е обезбеден оптимален третман за органскиот здравствен проблем и дали пациентот се придржува кон него, ако е потребно, побарајте специјалистички совет.

1.3.1.4 Кога проценувате пациент со суспектна депресија, земете во предвид употреба на валидни мерки (на пример, за симптоми, функции и/или неспособност) за да информирате и да го евалуирате третманот.

1.3.1.5 За пациентите со значајни тешкотии во говорот или во комуникацијата, на пример, пациенти со сензорни нарушувања или со пречки во учењето, земете во предвид употреба на термометар за стрес^[8] и/или прашајте ги членовите на семејството или негувателите за симптомите на пациентот за да идентификувате можна депресија. Ако се идентификува значаен степен на стрес, испитувајте понатаму.

1.3.2 Проценка на ризикот и мониторинг

1.3.2.1 Ако пациентот со депресија и хроничен органски здравствен проблем презентира значаен непосреден ризик за себеси или за другите, итно упатете го во специјалистички сервис за ментално здравје.

1.3.2.2 Советувајте ги пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем за потенцијалот за зголемена агитација, анксиозност и суицидални идеи во иницијалните стадиуми на третманот за депресијата; активно трагајте по овие симптоми и:

- Осигурајте дека пациентот знае како брзо да бара помош
- Извршете ревизија на третманот на пациентот ако тој развива значителна и/или пролонгирана агитација.

- 1.3.2.3 Советувајте го пациентот со депресија и хроничен органски здравствен проблем и неговото семејство или негувател да бидат претпазливи за промените на расположението, негативноста и безнадежноста и суицидалните идеи и да го контактираат нивниот доктор ако се загрижени. Ова е особено значајно во текот на високо ризичните периоди, како што е започнувањето на третманот или негова промена и во периодите на зголемен индивидуален стрес.
- 1.3.2.4 Ако процените дека пациентот со депресија и хроничен органски здравствен проблем е со ризик за суицид:
- Земете ја во предвид токсичноста на прекумерната доза на ординираниот антидепресив или пациентот примил друг медикамент; ако е неопходно, ограничете ја количината на достапен лек.
 - Размислете за зголемување на нивото на поддршка, како што се почести директни или телефонски контакти.
 - Размислете за упатување во специјалистички сервис за ментално здравје.

1.4 Чекор 2: препозната депресија во услови на примарна грижа и општа болница - перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија

1.4.1 Општи мерки

Депресија со анксиозност

- 1.4.1.1 Кога депресијата е придружена со симптоми на анксиозност, обично приоритет треба да биде лекувањето на депресијата. Кога пациентот има анксиозно растројство и коморбидна депресија или депресивни симптоми, консултирајте го упатството на NICE за релевантното анксиозно растројство (види го делот 6) и првин земете го во предвид лекувањето на анксиозното растројство (бидејќи ефективен третман на анксиозното растројство често ќе ја подобри депресијата или депресивните симптоми).

Хигиена на спиење

- 1.4.1.2 Ако е потребно, понудете им на пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем совет за хигиената за спиење, вклучувајќи:
- Воспоставување на редовно време за спиење и будност.
 - Избегнување на прекумерно јадење, пушење или пиене алкохол пред спиење.
 - Создавање на погодна средина за спиење.
 - Практикување редовни физички вежби каде ова е возможно за пациентот.

Активен мониторинг

- 1.4.1.3 За пациентите кои, според мислењето на докторот, може да закрепнат без формална интервенција или пациентите со лесна депресија кои не сакаат интервенција или пациентите со субдепресивни симптоми кои бараат интервенција:

- Разговарајте за постоечките проблеми и за каква било загриженост која пациентот може да ја има во врска со нив.
- Обезбедете информација за природата и текот на депресијата.
- Договорете понатамошна проценка, обично во текот на 2 седмици.
- Воспоставете контакт ако пациентот не ги посетува средбите за следење на состојбата.

1.4.2 Ниско интензивни психосоцијални интервенции

1.4.2.1 За пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем, како и за пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем, земете во предвид понудување на една или повеќе од следниве интервенции, водени од преферирањето на пациентот:

- Програма за структурирана групна физичка активност.
- Програма, заснована на фокус групи за поддршка (самопомош).
- Индивидуална насочувана самопомош, заснована на принципите на когнитивно бихејвиоралната терапија (КБТ).
- Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија (ККБТ) [9] .

Спроведување на ниско интензивните психосоцијални интервенции

1.4.2.2 Програмите за физичка активност за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем и за пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем треба:

- Да бидат модифицирани (во однос на времетраењето на програмата и честотата и должината на сесиите) за различни нивоа на физичка способност како резултат на одделниот хроничен органски здравствен проблем, во соработка со тимот кој обезбедува грижа за органскиот здравствен проблем.
- Да бидат спроведени во групи со поддршка од страна на компетентен практикант.
- Вообичаено да се состојат од две или од три сесии неделно со умерено времетраење (45 минути до 1 час) од 10 до 14 недели (просечно 12 недели).
- Да бидат координирани или интегрирани со секоја програма за рехабилитација на хроничниот органски здравствен проблем.

1.4.2.3 Програмите, засновани на фокус групи за поддршка (самопомош) за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем и за пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем треба:

- Да бидат спроведувани во групи на пациенти со заеднички хроничен органски здравствен проблем.
- Да се фокусираат на заедничките искуства и емоции, асоцирани со постоењето на хроничниот органски здравствен проблем.
- Да бидат поддржани од страна на практиканти кои треба:

- Да го стимулираат присуството на состаноците.
 - Да имаат познавања за хроничниот органски здравствен проблем на пациентот и неговата поврзаност со депресијата.
 - Да вршат ревизија на исходот од интервенцијата со индивидуални пациенти.
- Вообичаено да се состојат од една сесија неделно, спроведувана во текот на период од 8 до 12 седмици.

1.4.2.4 Програмите за индивидуална насочувана самопомош, засновани на принципите на КБТ (вклучувајќи ја и бихејвиоралната активација и техниките за решавање на проблем) за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем и за пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем треба:

- Да вклучат обезбедување на писмени материјали за читање за соодветната возраст (или алтернативни медиуми за поддршка на пристапот).
- Да бидат поддржани од обучен практикант, кој ја фацитира програмата за самопомош и врши ревизија на напредувањето и на резултатите.
- Да се состојат од шест до осум сесии (директни и преку телефон) кои обично опфаќаат 9 до 12 седмици, вклучувајќи го следењето на состојбата.

1.4.2.5 ККБТ за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем и за пациентите со субдепресивни симптоми кои ја компликуваат грижата за хроничниот органски здравствен проблем треба:

- Да биде обезбедена преку самостојна независна компјутерска програма или програма, базирана на интернет.
- Да вклучи објаснување за моделот на КБТ, да ги охрабри задачите меѓу сесиите и да користи предизвикување на мисли и активен мониторинг на однесувањето, мисловните обрасци и исходите.
- Да биде поддржана од страна на обучен практикант, кој обезбедува ограничено фацитирање на програмата и врши ревизија на напредувањето и на исходот.
- Обично трае од 9 до 12 седмици, вклучувајќи го и следењето на состојбата.

1.4.3 Медикаментозен третман

1.4.3.1 Не користете антидепресиви рутински за лекување на перзистентните субдепресивни симптоми или лесната депресија кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем (бидејќи соодносот ризик-бенефит е сиромашен), но земете ги нив во предвид за пациентите со:

- Мината историја за умерена или тешка депресија **или**
- лесна депресија која ја компликува грижата за органскиот здравствен проблем **или**
- иницијална презентација на субдепресивни симптоми кои перзистираат долг временски период (обично најмалку 2 години) **или**
- субдепресивни симптоми или лесна депресија кои перзистираат по други интервенции.

1.4.3.2 Иако постои доказ дека кантарионот може да биде од бенефит кај лесната или умерената депресија, докторите треба:

- Да не го ординираат или да не советуваат негова употреба кај пациенти со депресија и хроничен органски здравствен проблем поради несигурноста за соодветните дози, опстојувањето на ефектот, варијацијата во природата на подготовките и потенцијалните сериозни интеракции со други лекови (вклучувајќи орални контрацептиви, антикоагуланти и антиконвулзиви).
- Советувајте ги пациентите со депресија за различната ефикасност на достапните подготовки и за потенцијалните сериозни интеракции на кантарионот со други лекови.

1.5 Чекор 3: препозната депресија во услови на примарна грижа и општа болница - перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија со неадекватен одговор на иницијалните интервенции и умерена и тешка депресија

1.5.1 Опции за третман

1.5.1.1 За пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем кои немале бенефит од ниско интензивните психосоцијални интервенции, разговарајте со пациентот за релативните вредности на различните интервенции и обезбедете:

- Антидепресив (обично селективен инхибитор на повторното преземање на серотонинот [SSRI]) или
- една од следниве високо интензивни психолошки интервенции:
 - групна КБТ **или**
 - индивидуална КБТ за пациенти кои одбиваат групна КБТ или за оние за кои тоа не е соодветно или каде група не е достапна **или**
 - бихејвиорална терапија за парови за пациентите кои имаат редовен партнер и каде релацијата може да има улога во развојот или во одржувањето на депресијата или каде се смета дека вклучувањето на партнерот е од потенцијален терапевтски бенефит.

1.5.1.2 На пациентите со иницијална презентација на умерена депресија и хроничен органски здравствен проблем, понудете им го следниов избор на високо интензивни психолошки интервенции:

- Групна КБТ **или**
- индивидуална КБТ за пациенти кои одбиваат групна КБТ или за оние за кои тоа не е соодветно или каде група не е достапна **или**
- бихејвиорална терапија за парови за пациентите кои имаат редовен партнер и каде релацијата може да има улога во развојот или одржувањето на депресијата или каде се смета дека вклучувањето на партнерот е од потенцијален терапевтски бенефит.

1.5.1.3 На пациентите со иницијална презентација на тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем земете во предвид да им понудите комбинација од индивидуална КБТ и антидепресив.

1.5.1.4 На изборот на интервенцијата треба да влијаат:

- Времетраењето на депресивната епизода и текот на симптомите.
- Претходниот тек на депресијата и одговорот на третманот.
- Веројатноста за придржување кон третманот и кои било потенцијални несакани ефекти.
- Текот и третманот на хроничниот органски здравствен проблем.
- Преферирањето и приоритетите на пациентот за третманот.

1.5.2 Антидепресивни медикаменти

Избор на антидепресиви^[10]

1.5.2.1 Кога се ординира антидепресив кај пациент со депресија и со хроничен органски здравствен проблем, земете го во предвид следново:

- Присуството на дополнителни органски болести.
- Несаканите ефекти на антидепресивите кои можат да влијаат на основната органска болест (особено SSRI може да доведат до егзацербација на хипонатриемијата, посебно кај постари пациенти).
- Дека сè уште не постои доказ кој ја поддржува употребата на специфични антидепресиви за пациентите со поединечни хронични органски здравствени проблеми.
- Интеракциите со други медикаменти.

1.5.2.2 Кога се ординира антидепресив, имајте сознание за интеракциите со лековите и:

- Обратете се за информации во додаток 1 на Англиската национална формула^[11] и табелата за интеракции во додаток 16 од комплетното упатство.
- Побарајте совет од специјалист ако постои несигурност.
- Ако е неопходно, упатете го пациентот во специјалистички сервис за ментално здравје за понатамошно ординирање.

1.5.2.3 Прво ординирајте SSRI во генеричка форма, освен ако постојат интеракции со другите лекови; разгледајте ја употребата на citalopram или sertraline, бидејќи тие имаат помала склоност за интеракции.

1.5.2.4 Кога ординирате антидепресиви, имајте сознание дека:

- Dosulepin не треба да се ординира.
- Иреверзибилните инхибитори на моноаминооксидазата (MAOI; на пример phenelzine), комбинирани антидепресиви и аугментацијата на литиум на антидепресивите обично треба да бидат ординирани само од страна на професионалци, специјалисти за ментално здравје.

1.5.2.5 Земете ја во предвид токсичноста при предозирање кога одбирате антидепресив за пациенти со сигнификантен ризик за суицид. Имајте сознание дека:

- Споредено со други еднакво ефективни антидепресиви, препорачани за рутинска употреба во примарната грижа, venlafaxine е асоциран со повисок ризик за смрт од предозирање.

- Трицикличните антидепресиви (ТСА), освен lofepramine, се асоцирани со највисок ризик при предозирање.

Интеракции на SSRI со други медикаменти

Види го додатокот 1 од Англиската национална формула и додатокот 16 од потполното упатство за информации за интеракциите на лековите.

- 1.5.2.6 Не нудете SSRI кај пациенти кои примаат нестероидни антиинфламаторни лекови (NSAID) поради зголемениот ризик од гастроинтестинално крвавење. Размислете за понуда на антидепресив со пониска склоност за интеракции или со различен опсег на интеракции, како што се mianserin, mirtazapine, moclobemide, reboxetine или trazodone.
- 1.5.2.7 Ако не може да биде идентификуван ниеден соодветен алтернативен антидепресив, SSRI може да бидат ординирани истовремено со NSAID, ако исто така се ординирани гастропротективни медикаменти (на пример, инхибитори на протонската пумпа).
- 1.5.2.8 Не нудете SSRI кај пациенти кои примаат варфарин или хепарин поради нивниот антиромботичен ефект.
- 1.5.2.9 Користете со внимание SSRI кај пациенти кои примаат аспирин. Кога аспирирот се користи како единствен лек, разгледајте ги алтернативите кои можат да бидат побезбедни, како што се trazodone, mianserin или reboxetine.
- 1.5.2.10 Ако не може да биде идентификуван ниеден соодветен алтернативен антидепресив, SSRI може да бидат ординирани истовремено со аспирирот, ако исто така се ординирани гастропротективни медикаменти (на пример, инхибитори на протонската пумпа).
- 1.5.2.11 Земете ја во предвид употребата на mirtazapine кај пациентите кои примаат хепарин, аспирин или варфарин (но забележете дека кога се употребуваат со варфарин, интернационалниот стандардизиран сооднос може незначително да се зголеми).
- 1.5.2.12 Не нудете SSRI кај пациенти кои примаат 'триптански' лекови за мигрена. Понудете побезбедни алтернативи, како што се mirtazapine, trazodone, mianserin или reboxetine.
- 1.5.2.13 Не нудете SSRI истовремено со инхибитори на моноаминооксидазата Б (MAO-B), како што се selegiline и rasagiline. Понудете побезбедни алтернативи, како што се mirtazapine, trazodone, mianserin или reboxetine.
- 1.5.2.14 Не нудете fluvoxamine кај пациенти кои примаат theophylline, clozapine, methadone или tizamide. Понудете побезбедни алтернативи, како што се sertraline или citalopram.

1.5.2.15 Понудете sertraline како антидепресив кој се преферира кај пациенти кои примаат flecainide или propafenone, иако mirtazapine и moclobemide исто така може да се користат.

1.5.2.16 Не нудете fluoxetine или paroxetine кај пациенти кои примаат atomoxetine. Понудете различен SSRI.

Започнување на третманот

1.5.2.17 Кога ординирате антидепресиви, испитајте за каква било загриженост која ја има пациентот со депресија и со хроничен органски здравствен проблем во врска со примањето на медикаментот, потполно објаснете ги причините за ординирање и обезбедете информација за примањето на антидепресивите, вклучувајќи:

- Постепениот развој на потполниот антидепресивен ефект.
- Важноста на земањето на лекот онака како што е ординиран и потребата за продолжување на третманот по ремисијата.
- Потенцијалните несакани ефекти.
- Потенцијалот за интеракции со други медикаменти.
- Ризикот и природата на симптомите од дисконтинуитет со сите антидепресиви, особено со оние кои имаат пократок полуживот (како paroxetine и venlafaxine) и како може да бидат минимизирани овие симптоми.
- Фактот дека не се јавува зависност од антидепресиви.

Понудете писмена информација, соодветна на потребите на пациентот.

1.5.2.18 Ординирајте антидепресивен медикамент во позната терапевтска доза кај пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем (односно одбегнувајте ја тенденцијата да ординирате суптотерапевтски дози кај овие пациенти).

1.5.2.19 Пациентите кои започнале третман со антидепресиви и за кои не се смета дека се со зголемен ризик за суицид, вообичаено е да ги видите по 2 седмици. Потоа гледајте ги редовно, на пример на интервали од 2 до 4 седмици во текот на првите 3 месеци, а потоа, ако одговорот е добар, на подолги интервали.

1.5.2.20 Пациентот со депресија кој започнал третман со антидепресиви и за кој се смета дека презентира зголемен суицидален ризик или е помлад од 30 години (поради потенцијално повисоката преваленца на суицидални мисли во раните стадиуми од антидепресивниот третман кај оваа група) вообичаено треба да се види по 1 седмица, а потоа често како што е соодветно, сè додека ризикот веќе не се смета клинички значаен.

1.5.2.21 Ако пациентот со депресија и со хроничен органски здравствен проблем рано развие несакани ефекти од антидепресивниот третман, обезбедете соодветна информација и земете во предвид една од следниве стратегии:

- Непосредно следење на симптомите кога несаканите ефекти се лесни и прифатливи за пациентот **или**
- прекин на антидепресивот или промена со различен антидепресив ако пациентот преферира **или**

- во разговорот со пациентот разгледајте го краткотрајниот истовремен третман со бензодиазепини ако анксиозноста, агитацијата и/или инсомнијата се проблематични, но:
 - Не нудете бензодиазепини кај пациенти со хронични симптоми на анксиозност.
 - Со внимание користете бензодиазепини кај пациенти со ризик за паѓање.
 - Со цел да се спречи развој на зависност, не користете бензодиазепини подолго од 2 седмици.

Продолжување на третманот

1.5.2.22 Поддржете го и охрабрате го пациентот со хроничен органски здравствен проблем кој има бенефит од примањето на антидепресивот да го продолжи лекот најмалку уште 6 месеци по ремисијата на депресивната епизода. Разговарајте со пациентот дека:

- Ова значително го редуцира ризикот од релапс.
- Антидепресивите не се асоцирани со зависност.

1.5.2.23 Извршете ревизија заедно со пациентот со депресија и со хроничен органски здравствен проблем на потребата за континуиран антидепресивен третман подолго од 6 месеци по ремисијата, земајќи ги во предвид:

- Бројот на претходните депресивни епизоди.
- Присуството на резидуални симптоми.
- Истовремени органски здравствени проблеми и психосоцијални тешкотии.

Неуспех на третманот во обезбедувањето на бенефит

Подетални совети за заменување, последователност, аугментација и комбинирање на антидепресиви може да се најдат во делот 1.8 од 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни (ажурирано)' (CG90). Препораките подолу треба да бидат земени во предвид паралелно со препораките 1.5.2.6 до 1.5.2.16 во делот 'Интеракции на SSRI со други медикаменти' во актуелново упатство.

1.5.2.24 Ако депресијата кај пациентот не покаже подобрување по 2 до 4 седмици со првиот антидепресив, проверете дали лекот се примал редовно и во ординираната доза.

1.5.2.25 Ако одговорот е отсутен или минимален по 3 до 4 седмици од третманот со антидепресив во терапевтска доза, зголемете го нивото на поддршка (на пример, со неделни директни или телефонски контакти) и земете во предвид:

- Зголемување на дозата во согласност со резимето за карактеристиките на продуктот ако не постојат значајни несакани ефекти **или**
- замена со друг антидепресив, како што е опишано во делот 1.8 од Упатството за депресија (CG90) ако постојат несакани ефекти или, пак, пациентот преферира друг антидепресив.

1.5.2.26 Ако депресијата кај пациентот покаже некое подобрување по 4 седмици, продолжете го третманот за уште 2 до 4 седмици. Земете во предвид заменување со друг антидепресив, како што е опишано во делот 1.8 од Упатството за депресија (CG90) ако:

- Одговорот сè уште не е адекватен **или**
- постојат несакани ефекти **или**
- пациентот претпочита да се промени третманот.

1.5.2.27 Кога заменуваат еден антидепресив со друг, имајте сознание за:

- Потребата од постепено и незначително растечко зголемување на дозата.
- Интеракциите меѓу антидепресивите.
- Ризикот од серотонински синдром кога се ординираат комбинации на серотонергични антидепресиви.

1.5.2.28 Ако антидепресивот не е ефективен или тешко се толерира:

- Земете во предвид понуда на други опции за третман, вклучувајќи високо интензивни психолошки третмани (види го делот 1.5.3).
- Ординирајте друг антидепресив како самостоен лек (кој може да биде од истата класа) ако е донесена одлука да се понуди понатамошен третман со антидепресиви.

Прекинување или редуцирање на антидепресивите

1.5.2.29 Советувајте ги пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем кои примаат антидепресиви дека симптомите на дисконтинуитет^[17] можат да се јават при прекинување, пропуштање на дозата или повремено при редуцирање на дозата на лекот. Објаснете дека симптомите обично се лесни и автолимитирачки во текот на една седмица, но може да бидат интензивни, особено ако лекот нагло се прекине.

1.5.2.30 Кога се прекинува антидепресивот, постепено редуцирајте ја дозата, обично во текот на 4-неделен период, иако кај некои пациенти може да се потребни подолги периоди, особено со лекови кои имаат краток полуживот (како што се paroxetine и venlafaxine). Ова не е потребно со fluoxetine поради неговиот долг полуживот.

1.5.2.31 Информирајте ги пациентите дека тие треба да бараат совет од нивните доктори ако доживуваат значителни симптоми на дисконтинуитет. Ако симптомите на дисконтинуитет се појават:

- Следете ги симптомите и повторно уверете го пациентот ако симптомите се лесни.
- Земете во предвид повторно воведување на оригиналниот антидепресив во доза која била ефективна (или друг антидепресив со подолг полуживот од истата класа) ако симптомите се интензивни и редуцирајте ја постепено дозата додека ги мониторираат симптомите.

1.5.3 Психолошки интервенции

Спроведување на високо интензивни психолошки интервенции

1.5.3.1 За сите високо интензивни психолошки интервенции, времетраењето на третманот обично треба да биде во рамките на границите, индицирани во ова

упатство. Бидејќи целта на третманот е да се постигне значајно подобрување или ремисија, времетраењето на третманот може да биде:

- Редуцирано, ако е постигната ремисија.
- Зголемено, ако е постигнат напредок и постои договор меѓу докторот и пациентот со депресија дека понатамошните сесии ќе бидат од бенефит (на пример, ако постои коморбидно растројство на личноста или психосоцијални фактори кои влијаат на способноста на пациентот да има бенефит од третманот).

1.5.3.2 Групната КБТ за пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем треба да биде:

- Спроведувана во групи (обично од шест до осум пациенти) со заеднички хроничен органски здравствен проблем.
- Вообичаено се спроведува во текот на период од 6 до 8 седмици.

1.5.3.3 Индивидуалната КБТ за пациентите со умерена депресија и со хроничен органски здравствен проблем треба да биде:

- Спроведувана додека депресивните симптоми се повторуваат (во текот на период кој вообичаено е 6 до 8 седмици и обично не треба да надминува 16 до 18 седмици).
- Следена со две понатамошни сесии во текот на следните 6 месеци по прекинот на третманот, особено ако третманот бил продолжен.

1.5.3.4 Индивидуалната КБТ за пациентите со тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем треба да биде:

- Спроведувана додека депресивните симптоми се повторуваат (во текот на период кој вообичаено е 16 до 18 седмици).
- Фокусирана во иницијалните сесии (кои обично треба да се спроведуваат два пати неделно во текот на првите 2 до 3 седмици) на бихејвиоралната активација.
- Следена со две или три понатамошни сесии во текот на следните 12 месеци по прекинот на третманот.

1.5.3.5 Бихејвиоралната терапија за парови за депресија обично треба да биде заснована на бихејвиоралните принципи и соодветен курс на терапија треба да биде од 15 до 20 сесии во текот на 5 до 6 месеци.

1.5.4 Кооперативна грижа

Кооперативната грижа, која треба да формира дел од добро развиената програма за грижа чекор по чекор, треба да биде обезбедена во примарното или во секундарното ниво на грижа. Интервенциите, кои ги вклучуваат сите сектори за грижа, бараат координиран приод кон психичката и физичката здравствена грижа, како и посветен координатор за лоцирање на интервенцијата и добивање на поддршка од мултипрофесионален тим, заедничка детерминација на планот за грижа, долготрајна координација и следење.

1.5.4.1 Земете ја во предвид кооперативната грижа за пациентите со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем со асоцирано

функционално нарушување, чија депресија не одговорила на иницијалните високо интензивни психолошки интервенции, фармаколошкиот третман или комбинацијата од психолошки и фармаколошки интервенции.

1.5.4.2 Кооперативната грижа за пациентите со депресија и хроничен органски здравствен проблем обично треба да вклучи:

- Третман на случај кој е под супервизија и има поддршка од постар професионалец по ментално здравје.
- Блиска соработка меѓу примарните и секундарните сервиси за физичко здравје и специјалистичките сервиси за ментално здравје.
- Опсег на интервенции, усогласени со оние препорачани во ова упатство, вклучувајќи едукација на пациентот, психолошки и фармаколошки интервенции и медикаментозен третман.
- Долготрајна координација на грижата и следење.

1.6 Чекор 4: комплексна и тешка депресија

1.6.1.1 Практикантите кои обезбедуваат третман во специјалистичките сервиси за ментално здравје за пациентите со комплексна и тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем треба:

- Да се информираат од NICE упатството за третман на депресија [14].
- Да имаат сознанија за дополнителните интеракции на лекови, асоцирани со третманот на пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем (види ги препораките 1.5.2.6 до 1.5.2.16).
- Да имаат блиска соработка со сервисите за физичко здравје.

[6] Депресијата се опишува како 'хронична' ако симптомите повеќе или помалку се присутни во континуитет од 2 години или подолго.

[7] Ако е потребно, информирајте се во 'Биполарно растројство' (NICE клиничко упатство 38).

[8] Термометарот за стрес е едно-ајтемско скрининг прашање кое ќе идентификува стрес кој доаѓа од кој било извор. Пациентот поставува знак на скалата, одговарајќи: 'Колку бевте под стрес во тек на минатата седмица на скала од 0 до 10?' Скорови од 4 или повеќе индицираат значајно ниво на стрес кое треба да се иследува понатаму. (Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L et al. (1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. Cancer 82: 1904–8).

[9] Оваа препорака (и препораката 1.4.2.1 во CG90) ги ажурира препораките само за депресија во 'Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија за депресија и анксиозност (ревизија)' (NICE упатство за технолошка проценка 97).

[10] За дополнително разгледување на употребата на антидепресивите и другите медикаменти (вклучувајќи ја проценката на релативните ризици и придобивки) кај жените кои може да се бремени, ве молиме информирајте се во Англиската национална формула и индивидуалното резиме за карактеристиките на лекот. За жените во антенаталниот и постнаталниот период видете го, исто така, NICE клиничкото упатство 45 'Антенатално и постнатално ментално здравје'.

[11] Англиска национална формула.

[12] Карактеристиките на серотонинскиот синдром вклучуваат конфузија, делириум, треска, потење, промени на крвниот притисок и миоклонус.

[13] Симптомите на дисконтинуитет вклучуваат зголемени промени на расположението, вознемиреност, тешкотии со спиењето, нестабилност, потење, абдоминални симптоми и алтерирани сензации.

[14] 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни (ажурирано)' (NICE клиничко упатство 90).

2. Забелешки за делокругот на упатството

NICE упатствата се развиени во согласност со делокругот кој дефинира што ќе содржи, а што нема да содржи упатството. Делокругот на ова упатство е достапен.

Како беше развиено упатството

NICE го овласти Националниот центар за соработка за ментално здравје да го создаде ова упатство. Центарот ја основал групата за развој на упатството (види додаток А), која ги ревидираше доказите и ги создаваше препораките. Независен панел за ревизија на упатството го надгледуваше развојот на упатството (види додаток Б).

На интернет страницата на NICE постојат повеќе информации за тоа како се создадени NICE упатствата. Достапна е брошурата 'Како се создадени NICE клиничките упатства: преглед за соработниците, јавноста и националниот здравствен систем'.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки за да им помогнат на организациите да го имплементираат ова упатство.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги направила следниве препораки за истражување, засновани на нејзината ревизија на доказите, за да го унапреди упатството на NICE и грижата за пациентот во иднина.

4.1 *Комбинација на медикаменти и КБТ за пациенти со умерена до тешка депресија и хроничен органски здравствен проблем*

Која е клиничката и економската ефективност од комбинацијата на медикаменти и КБТ во споредба со антидепресиви или КБТ самостојно кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем?

Зошто ова е важно

Постои ограничен доказ за ефективноста на комбинацијата на антидепресивен третман и КБТ кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Податоците од студиите за пациенти со депресија без хроничен органски здравствен проблем сугерираат дека комбинираниот третман може да донесе реален бенефит. Сепак, останува несигурност за резултатите од средината на студијата кај овие пациенти. Како дополнение на несигурноста за ефективноста на интервенциите, загрижувачки е и потенцијалот за интеракциите меѓу лековите, ординирани за депресијата и за хроничните органски здравствени проблеми. Ова треба да се разгледа во смисла и на тешкотиите кои можат да се јават од интеракциите меѓу лековите и на анксиозноста на индивидуалните пациенти за ова, што може да ја редуцира веројатноста тие да се придржуваат на антидепресивната медикација. Одговорот на ова прашање има практична импликација на спроведувањето на сервисот и намената на ресурсите во склоп на Националниот здравствен сервис.

Резултатите од оваа предложена студија треба да ги вклучат проценките и на опсерваторот и на пациентот за акутниот исход и исходот на средината од студијата во текот на најмалку 6 месеци и проценката на прифатливоста и потенцијалните тешкотии од различните опции за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на кои било клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн заедно со големи здравствено економски мерки.

4.2 *Фокусирани супортивни интервенции во споредба со вежби во група и вообичаен третман за пациенти со лесна до умерена депресија и со хроничен органски здравствен проблем*

Која е клиничката и економската ефективност на поддршката во фокус група и вежбите во група кога се споредуваат со вообичаен третман кај пациентите со лесна до умерена депресија и со хроничен органски здравствен проблем?

Зошто ова е важно

Постојат ограничени докази за ефективноста на фокусираната поддршка и вежбите во третманот на пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем.

Иако достапните податоци сугерираат дека и двата се практични и потенцијално прифатливи третмани кои може да донесат вистински бенефит, останува несигурност за исходите од средината на студијата. Одговорот на ова прашање има практична импликација на спроведувањето на сервисот и намената на ресурсите во склоп на Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено во соодветно силна трикратна рандомизирана контролирана студија која ги испитува резултатите од средината на студијата, вклучувајќи економска ефективност. Резултатите треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за акутниот исход и исходот на средината од студијата во текот на 12 месеци и проценката на прифатливоста и потенцијалните тешкотии од различните опции за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн заедно со големи здравствено економски мерки.

4.3 Антидепресивна медицина во споредба со плацебо кај пациенти со депресија и ХОББ

Која е клиничката и економската ефективност од антидепресивната медицина во споредба со плацебо кај пациенти со депресија и хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ)?

Зошто ова е важно

Постојат ограничени докази за ефективноста на антидепресивниот третман кај пациенти со депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Од особен интерес за групата за развој на упатството беше високата инциденца на депресија кај пациентите со ХОББ (за која исто така е познато дека е асоцирана со висока инциденца на анксиозни растројства). Групата за развој на упатството сметаше дека е важно да се процени ефективноста на антидепресивната медицина во третманот на ХОББ. Одговорот на ова прашање има значајни практични импликации на спроведувањето на сервисот, особено за групата на пациенти со ментално здравствени потреби кои обично не се доволно лекувани во склоп на Националниот здравствен сервис.

Прашањето треба да се одговори, користејќи рандомизирана контролирана студија во која пациентите со умерена депресија и со ХОББ добиваат или плацебо или антидепресивна медицина. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за акутниот исход и исходот на средината од студијата во текот на најмалку 6 месеци и проценката на прифатливоста и потенцијалните тешкотии од третманот. Како дополнение на проценката на депресивните симптоми, студијата исто така треба да го процени влијанието на антидепресивната медицина на анксиозните симптоми. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн заедно со големи здравствено економски мерки.

4.4 Бихејвиорална активација во споредба со антидепресиви кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем

Која е клиничката и економската ефективност од бихејвиоралната активација во споредба со антидепресивната медикација во третманот на умерена до тешка депресија кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем?

Зошто ова е важно

Постојат ограничени докази за ефективноста на високо интензивните психолошки интервенции во третманот на умерена до тешка депресија кај пациентите со хроничен органски здравствен проблем; најзначајната база на докази е за КБТ. Новиот развој сугерира дека бихејвиоралната активација може да биде ефективна интервенција за депресијата. Во принцип, ова може да биде повеќе изводлив третман за спроведување во рутинската грижа отколку КБТ и може потенцијално да придонесува во зголемувањето на опциите за третман на пациентите. Одговорот на ова прашање ќе има практични импликации на спроведувањето на сервисот и намената на ресурсите во склоп на Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизирана контролирана студија во која пациентите со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем добиваат или бихејвиорална активација или антидепресивни медикаменти. Резултатите треба да се одберат така што ќе ги рефлектираат проценките и на опсерваторот и на пациентот за акутниот исход и исходот на средината од студијата во текот на најмалку 12 месеци и исто така проценката на прифатливоста и тешкотиите од опциите за третман.

Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн и големи здравствено економски мерки.

4.5 Ефекти на кооперативната грижа на резултатите за физичкото здравје кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем

Која е клиничката и економската ефективност на кооперативната грижа во однос на резултатите за физичкото здравје кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем?

Зошто ова е важно

Постои погодна база на докази кои ја поддржуваат употребата на кооперативната грижа кај пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Сепак, базата на докази кои се однесуваат на ефектите од кооперативната грижа на резултатите за физичкото здравје е повеќе ограничена. Се смета дека подобрената грижа за депресијата создава други бенефити за здравјето, како што се подобро функционирање и исходи за физичкото здравје¹⁵; ова може да биде особено

значајно за пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Ова значи дека интервенциите кои исто така го подобруваат физичкото здравје треба да резултираат со значајно зголемување на функционирањето и подоцна да резултираат со пораст на мерката за тежина на болеста која вклучува и квалитет и квантитет на живот (quality-adjusted life year). Понатаму, способноста да се постигне такво подобрување на здравјето може потенцијално да ја намали тежината на болеста и морбидитетот кај популацијата во склоп на здравствените буџети. Постои асоцијација меѓу депресијата и зголемената употреба на медицинските сервиси, така што подобриот третман на депресијата може да ги намали медицинските трошоци, делумно или потполно да ги компензира трошоците за лекување на депресијата¹⁶. Одговорот на ова прашање има значајни практични импликации на спроведувањето на сервисот и намената на ресурсите во склоп на Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија која вклучува пациенти со умерена до тешка депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Како дополнение на резултатите, поврзани со депресијата, треба да се проценат резултатите за физичкото здравје, како што се генерално физичко функционирање и болка, како и резултатите кои се специфично поврзани со состојбата (како, на пример, HbA1c за дијабет). Овие резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за резултатите од средината на студијата, како и за долготрајните резултати во текот на најмалку 18 месеци. Студијата исто така треба да вклучи проценка на прифатливоста и тешкотиите од опциите за третман, како и влијанието на интервенцијата на целокупниот систем за грижа. Таа треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн заедно со големи здравствено економски мерки.

4.6 Ефективност на програмите за физикална рехабилитација кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем и со депресија

Каква е ефективноста на програмите за рехабилитација кај пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем во смисла на подобрување на расположението?

Зошто е ова важно

Многу пациенти со хроничен органски здравствен проблем се подложени на програми за рехабилитација. Во литературата постои сугестија дека тие имаат корисен ефект на психичкото здравје. Разјаснувањето и/или зголемувањето на психолошките бенефити од овие интервенции има потенцијално значајни импликации на дизајнот и чинењето на сервисот во Националниот здравствен сервис. Поради големиот сет на податоци кои веќе постојат, важно е да се детерминираат потенцијалните ефекти од овие програми пред започнувањето на некои индивидуални студии. Одговорот на ова прашање има значајни практични импликации на спроведувањето на сервисот и намената на ресурсите во склоп на Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено со мета анализа на индивидуални пациенти. Постои база на докази кои покажуваат дека програмите кои се специфично дизајнирани да лекуваат депресија (на пример, психосоцијалните и фармаколошките

интервенции кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем) се ефективни. Сепак, многу пациенти со хроничен органски здравствен проблем исто така се подложени на специфично дизајнирани рехабилитациони програми (на пример, програми за кардијална рехабилитација по миокарден инфаркт). Овие интервенции се повеќе модални и известувањата индицираат дека тие може да имаат влијание на резултатите за менталното здравје, особено за депресијата. Сепак, не е јасно колкава може да е големината на овој ефект, кои компоненти на интервенцијата се ефективни и која специфична популација на пациенти може да има бенефит. Затоа, мета анализата на индивидуални пациенти со цел да го испита влијанието на рехабилитационите програми на депресивните симптоми кај пациентите со хроничен органски здравствен проблем, треба да биде спроведена пред да се спроведе кое било идно истражување.

4.7 Ефикасност на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции и вообичаениот третман во лекувањето на депресијата кај пациенти со хроничен органски здравствен проблем

Која е релативната ефикасност на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции и вообичаениот третман кај пациенти со депресија и со хроничен органски здравствен проблем?

Зошто е ова важно

Постои ограничена база на докази за советувањето во споредба со вообичаениот третман во лекувањето на пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Високо интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции имаат најдобра база на докази за ефикасност, но постои ограничен доказ за ефикасноста на ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции кај пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем. Доказите за ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции за ова упатство беа во најголем дел додадени од базата на докази во Упатството за депресија (CG90)^[17]. Затоа е важно да се утврди дали советувањето или ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции се ефективни алтернативи на вообичаениот третман кај пациентите со хроничен органски здравствен проблем и треба да бидат обезбедени во Националниот здравствен сервис. Одговорот на ова прашање ќе има значајни импликации на снабдувањето на психолошкиот третман во Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија која известува за краткотрајните резултати, како и за резултатите од средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност) во времетраење од најмалку 18 месеци. Особено внимание треба да биде посветено на репродуктивилноста на моделот за третман и тренингот и супервизијата на практикантите кои ги спроведуваат интервенциите, со цел да се осигура дека и двата третмани се потентни и генерални. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за напредокот и оценката на прифатливоста на опциите за третман. Особено внимание треба да се посвети на физичкото здравје и исходите за квалитетот на живот, како дополние на резултатите за депресијата. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира

присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен, а треба да бидат испитани медијаторите и модераторите на одговорот.

-
- [15] Katon W, Unutzer J, Fan MY et al. (2006) Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment for depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 29: 265–70.
- [16] Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ et al. (2001). Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Archives of General Psychiatry* 58: 181–7.
- [17] 'Depression: the treatment and management of depression in adults (update)' ([NICE clinical guideline 90](#)).

5. Други верзии на ова упатство

5.1 *Комплетно упатство*

Комплетното упатство 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' содржи детали за методите и за доказите, користени за развој на упатството. Издадено е од Националниот центар за соработка за ментално здравје и достапно е на нашата интернет страница.

5.2 *Информација за јавноста*

NICE создаде информација за јавноста која го објаснува ова упатство.

Ги поттикнуваме Националниот здравствен сервис и секторските волонтерски организации да користат текст од оваа информација во нивните материјали за депресијата.

6. Поврзани NICE упатства

Издадени

- Depression: the treatment and management of depression in adults (update). [NICE clinical guideline 90](#) (2009).
- Borderline personality disorder. [NICE clinical guideline 78](#) (2009).
- Medicines adherence. [NICE clinical guideline 76](#) (2009).
- Antenatal and postnatal mental health. [NICE clinical guideline 45](#) (2007).
- Dementia. [NICE clinical guideline 42](#) (2006).
- Bipolar disorder. [NICE clinical guideline 38](#) (2006).
- Obsessive-compulsive disorder. [NICE clinical guideline 31](#) (2005).
- Depression in children and young people. [NICE clinical guideline 28](#) (2005).
- Post-traumatic stress disorder (PTSD). [NICE clinical guideline 26](#) (2005).
- Anxiety (amended). [NICE clinical guideline 22](#) (2004; amended 2007). [Replaced by [NICE clinical guideline 113](#)]

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земаат во предвид важните нови информации. Новите докази се проверуваат 3 години по издавањето и здравствените работници и пациентите се прашуваат за нивните гледишта; ја користиме оваа информација за да одлучиме дали треба да се ажурира целото или дел од упатството. Ако значаен нов доказ е публикуван во друго време, може да одлучиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки.

Додаток А: Група за развој на упатството

(27 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg91).

Додаток Б: Панел за ревизија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независен панел кој го надгледува развојот на упатството и презема одговорност за мониторинг на придржувањето кон процесите за развој на упатството на NICE. Панелот особено обезбедува адекватно разгледување и давање на одговор на коментарите на партиципантите. Панелот вклучува членови од следниве профили: примарна грижа, секундарна грижа, аматери, јавно здравство и индустрија. (Панелот за ревизија на упатството се состои од 4 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg91).

Додаток В: Проценка на депресијата и нејзиниот интензитет

Како што е наведено во воведот на ова упатство, проценката на депресијата се заснова на критериумите на DSM-IV. Проценката треба да вклучи број и интензитет на симптоми, времетраење на актуелната епизода и тек на болеста.

Клучни симптоми:

- Перзистентна тага или намалено расположение; и/или
- значаен губиток на интерес или задоволство.

Најмалку еден од овие, повеќето денови, поголемиот дел од времето најмалку 2 седмици.

Ако некој од гореспоменатите симптоми е присутен, прашајте за асоцирани симптоми:

- Нарушено спиење (намалено или зголемено во споредба со вообичаеното).
- Намален или зголемен апетит и/или телесна тежина.
- Замор или губиток на енергија.
- Агитација или забавени движења.
- Намалена концентрација или нерешителност.
- Чувства на безвредност или прекумерна или неадекватна вина.
- Суицидални мисли или постапки.

Потоа прашајте за времетраењето и асоцираната дисфункционалност, минатата и семејната историја за растројства во расположението и достапноста на социјална поддршка.

1. Фактори кои претпочитаат општ совет и активен мониторинг:

- Четири или неколку од гореспоменатите симптоми со лесна асоцирана дисфункционалност.
- Интермитентни симптоми или времетраење пократко од 2 седмици.
- Скорашен почеток со идентификуван стресор.
- Негативна мината или семејна историја за депресија.
- Достапна социјална поддршка.
- Отсуство на суицидални мисли.

2. Фактори кои претпочитаат поактивен третман во примарната грижа:

- Пет или повеќе симптоми со асоцирана дисфункционалност.
- Перзистентни или долготрајни симптоми.
- Индивидуална или семејна историја за депресија.
- Слаба социјална поддршка.
- Повремени суицидални мисли.

3. Фактори кои претпочитаат упатување кај професионалци за ментално здравје:

- Неадекватен или некомплетен одговор на две или повеќе интервенции.
- Рекурентна епизода во текот на 1 година од последната.
- Историја која сугерира биполарно растројство.

- Пациентот со депресија или роднините бараат упатување.
- Перзистентни суицидални мисли.
- Запоставување на себеси.

4. Фактори кои претпочитаат итно упатување во специјалистички сервис за ментално здравје

- Активни суицидални идеи или планови.
- Психотични симптоми.
- Интензивна агитација, придружена со интензивни симптоми.
- Изразено запоставување на себеси.

Дефиниции за депресија

Субдепресивни симптоми: Неколку од 5-те депресивни симптоми.

Лесна депресија: Неколку изразени симптоми од 5-те потребни за дијагноза и симптомите резултираат со минорно функционално нарушување.

Умерена депресија: Симптомите или функционалното нарушување се меѓу 'лесни' и 'тешки'.

Тешка депресија: Повеќе симптоми кои значајно интерферираат со функционирањето. Може да се јават со или без психотични симптоми.

Додаток Г: Препораки од други NICE клинички упатства за депресија.

Ова упатство е издадено истовремено со 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни (ажурирано)' (NICE клиничко упатство 90). Бидејќи некои од препораките во тоа упатство се однесуваат на пациентите со депресија и со хроничен органски здравствен проблем, тие исто така беа вклучени во ова упатство. Табелата подолу ги содржи препораките кои се засновани на или, пак, биле адаптирани од препораките во NICE клиничкото упатство 90.

Како дополнение, некои од препораките и во ова упатство и во NICE клиничкото упатство 90 беа преземени од претходното NICE клиничко упатство 23 'Третман на депресијата во примарната и секундарната грижа'. Овие препораки се исто така назначени во табелата подолу. Забележете дека доказите за овие препораки не беа ажурирани и секоја промена во формулирањето беше направена само за разјаснување.

Препорачан број во актуелното упатство (NICE клиничко упатство 91)	Препорачан број во NICE клиничкото упатство 90	Препорачан број во NICE клиничкото упатство 23
1.1.1.1	1.1.1.1	
1.1.1.2	1.1.1.2	1.1.2.1/1.1.3.1/1.1.3.2
1.1.1.3	1.1.1.3	1.1.2.3
1.1.1.4	1.1.1.4	1.1.2.2
1.1.1.5	1.1.1.5	
1.1.2.1	1.1.3.1	
1.1.3.1	1.1.4.1	
1.1.3.2	1.1.4.2	
1.1.3.3	1.1.4.3	
1.1.3.4	1.1.4.4	
1.1.3.5	1.1.4.5	
1.1.3.6	1.1.4.6	1.1.6.4/1.1.6.6
1.1.4.1	1.1.5.1	
1.1.4.2	1.1.5.2	1.1.3.3
1.1.4.3		1.1.6.7
1.3.1.1	1.3.1.1	
1.3.1.2	1.3.1.2	
1.3.1.4	1.3.1.4	
1.3.1.5	1.3.1.5	
1.3.2.1	1.3.2.1	1.5.1.1
1.3.2.2	1.3.2.2	
1.3.2.3	1.3.2.3	1.1.6.5
1.3.2.4	1.3.2.4	1.5.2.6/1.5.2.7
1.4.1.1	1.4.1.1	1.1.1.1

1.4.1.3	1.4.1.3	
1.4.3.2	1.4.4.2	1.5.2.37/1.5.2.38
1.5.2.5	1.5.2.3	
1.5.2.17	1.5.2.5	
1.5.2.19	1.5.2.6	1.5.2.10
1.5.2.20	1.5.2.7	1.5.2.5
1.5.2.22	1.9.1.1	
1.5.2.23	1.9.1.2	
1.5.2.24	1.5.2.10	
1.5.2.25	1.5.2.11	
1.5.2.26	1.5.2.12	
1.5.2.29	1.9.2.1	
1.5.2.30	1.9.2.2	
1.5.2.31	1.9.2.3	
1.5.3.1	1.5.3.1	
1.5.3.5	1.5.3.5	

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата на пациентите со специфични болести и состојби во Националниот здравствен сервис во Англија и во Велс.

Упатството беше создадено од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје. Центарот за соработка работеше со група на здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, доктори на медицина и медицински сестри), пациенти, негуватели и технички персонал кои вршеа ревизија на доказите и правеа нацрт план за препораките. Препораките беа финализирани по консултација со јавноста.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во 'Прирачникот за упатства'.

Ова упатство (и CG90) ги ажурира препораките, изработени во NICE упатството за технолошка проценка 97 само за третман на депресија. Упатството во TA97 останува непроменето за употребата на ККБТ во третманот на паничното, фобичното и опсесивно компулсивното растројство.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE Патоказ. Изработивме информација за јавноста која го објаснува ова упатство. Алатките кои ви помагаат да го ставите упатството во пракса и информацијата за доказите на кои тоа се заснова се исто така достапни.

Промени по издавањето

Јануари 2012: мала промена.

Август 2013: мала промена.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува здравствените професионалци потполно да го земат во предвид кога ги практикуваат нивните клинички одлуки. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените професионалци да донесуваат одлуки, соодветни на состојбата на индивидуалниот пациент во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и да бидат информирани за резимето на карактеристиките на секој лек кој го земаат во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетуваат дека нивна е одговорноста за имплементацијата на упатството, во нивен локален контекст, во светлото на нивните должности да избегнат незаконска дискриминација и да обрнат внимание на промовирање на еднаквост во можностите. Ништо во ова упатство не треба да биде интерпретирано на начин на кој би било недоследно во согласност со тие обврски.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2009. Сите права се задржани. Авторските права на NICE за материјалот може да се преземат за приватно истражување и за студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE контакт

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 003 7780