

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

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при депресија кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при депресија кај возрасни 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 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. 17-3187/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Депресија кај возрасни

Третман и менаџмент на депресијата кај возрасни

Објавено: октомври 2009 год.

NICE клинички упатства 90
guidance.nice.org.uk/cg90

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	11
1.4 Чекор 2: препозната депресија - перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија	12
1.5 Чекор 3: перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија со неадекватен одговор на иницијалните интервенции и умерена и тешка депресија.....	14
1.6 Избор на третман, заснован на депресивните суптипови и на индивидуалните карактеристики	19
1.7 Интензивна грижа за депресијата.....	19
1.8 Последователни третмани по иницијален неадекватен одговор.....	20
1.9 Континуитет и превенција на релапс.....	22
1.10 Чекор 4: комплексна и тешка депресија.....	24
2. Забелешки за делокругот на упатството	29
3. Имплементација	30
4. Препораки за истражување	31
4.1 Последователен антидепресивен третман по неадекватен иницијален одговор.....	31
4.2 Ефикасност на краткотрајната психодинамска психотерапија во споредба со когнитивно бихејвиоралната терапија и антидепресивите во третманот на умерена до тешка депресија.....	31
4.3 Економска ефективност на комбинирани антидепресиви и КБТ во споредба со секвенциониран третман за умерена до тешка депресија.....	32
4.4 Ефикасност на светлосната терапија во споредба со антидепресивите за лесна до умерена депресија со сезонски образец	33
4.5 Ефикасност на КБТ во споредба со антидепресиви и плацебо кај перзистентни субдепресивни симптоми.....	33
4.6 Ефикасност на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивно бихејвиорални интервенции и вообичаениот третман во лекувањето на перзистентните субдепресивни симптоми и лесната депресија	34
4.7 Ефикасност на бихејвиоралната активација во споредба со КБТ и антидепресиви во третманот на умерена до тешка депресија.....	35
4.8 Ефикасност и економска ефективност на различни системи за организација на грижата за пациентите со депресија.....	35
4.9 Ефикасност и економска ефективност на когнитивно бихејвиоралната терапија, интерперсоналната терапија и антидепресивите во превенцијата на релапс кај пациенти со умерена до тешка рекурентна депресија.....	36
4.10 Ефективност на одржувањето со ЕКТ за превенција на релапс кај пациенти со тешка и рекурентна депресија која не одговара на фармаколошките или на психолошките интервенции.....	37
5. Други верзии на ова упатство	38
5.1 Комплетно упатство.....	38
5.2 Информација за јавноста	38

6. Поврзани NICE упатства	39
7. Ажурирање на упатството	40
Додаток А: Група за развој на упатството	41
Додаток Б: Панел за ревизија на упатството	42
Додаток В: Проценка на депресијата и нејзиниот интензитет	43
Додаток Г: Препораки од NICE клиничкото упатство 23	45
За ова упатство	46

Вовед

Ова упатство е делумно ажурирање на NICE клиничкото упатство 23 (публикувано во декември 2004 год., ревидирано во април 2007 год.) и го заменува тоа. Додатокот Г има листа на препораки за кои доказите не беа ажурирани си до оригиналното упатство.

Ова упатство е публикувано паралелно со 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' (NICE клиничко упатство 91), кое дава препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари кои, исто така, имаат хроничен органски здравствен проблем.

Ова упатство изработува препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари, во примарната и во секундарната здравствена заштита. Упатството ги опфаќа пациентите чија депресија се јавува како примарна дијагноза; треба да се консултираат релевантни NICE упатства за депресијата која се јавува во контекст на други растројства (види дел 6).

Депресијата е широка и хетерогена дијагноза. Основно кај неа е депресивното расположение и/или губиток на задоволството во повеќе активности. Интензитетот на растројството е детерминиран од бројот и интензитетот на симптомите, како и од 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^[1], губиток на интерес и задоволство^[1] или губиток на енергија^[2]) да бидат присутни.

Си 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 ажурирано упатство ги покрива 'субдепресивните симптоми', кои се под критериумите за 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^[3]).

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 колку се корисни во праксата.

По внимателна ревизија на дијагностичките критериуми и на доказите, групата за развој на упатството одлучи за ова упатство повеќе да ги прифати критериумите на DSM-IV отколку на МКБ-10, кое беше користено во претходното упатство (NICE клиничко упатство 23). Ова е бидејќи DSM-IV се користеше скоро во сите ревидирани докази и обезбедуваше дефиниции за атипичните симптоми и сезонската депресија. Нејзината дефиниција за интензитетот, исто така, создаваше помала веројатност дека дијагнозата на депресијата ќе биде заснована само на броење на симптоми. 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.

Широк ранг на биолошки, психолошки и социјални фактори, кои не се добро опфатени со актуелниот дијагностички систем, 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 Б за понатамошни детали).

Депресијата често има ремитентен и релапсен тек и симптомите може да перзистираат меѓу епизодите. Кога е можно, клучната цел на интервенцијата треба да биде комплетно ослободување од симптомите (ремисија), што е асоцирано со подобро функционирање и пониска веројатност за релапс.

Упатството претпоставува дека докторите кои ординираат ќе го користат резимето на карактеристики на лекот и 'Англиската национална формула' за да информираат за нивните одлуки, донесени со индивидуалните пациенти.

Ова упатство препорачува некои лекови за индикации за кои тие немаа авторизација на англискиот пазар до датумот на публикацијата, ако тие се веќе во употреба во Националниот здравствен сервис за таа индикација и ако постои добар доказ за поддршка на нивната употреба. Лековите се обележани со ѕвездичка ако тие немаат авторизација за депресија на пазарот во Англија или индикацијата е одредена во времето на публикацијата.

Делот 1.10.4 од ова упатство ги ажурира препораките, изработени во 'Упатство за употребата на електроконвулзивната терапија' (NICE упатство за технолошка проценка 59)^[4] **само** за третманот на депресијата. Упатството во TA59 останува непроменето за употребата на ЕКТ во третманот на кататонијата, пролонгираните или интензивни манични епизоди и шизофренијата.

Препораката 1.4.2.1 од ова упатство ажурира препораки изработени во 'Компјутеризирана когнитивно-бихејвиорална терапија за депресија и анксиозност (ревидирано)' (NICE упатство за технолошка проценка 97)^[5] **само** за третман на депресијата. Упатството во TA97 останува непроменето за употребата на ККБТ кај паничното, фобичното и опсесивно-компулсивното растројство.

-
- [1] И во МКБ-10 и во DSM-IV.
- [2] Само во МКБ-10.
- [3] 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'.
- [4] NICE упатство за технолошка проценка 59.
- [5] NICE упатство за технолошка проценка 97.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди најдобри практични совети за грижата за возрасните со депресија.

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид потребите и склоностите на пациентите. Пациентите со депресија треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки 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 културелно соодветни. Исто така, треба да бидат достапни за пациентите со посебни потреби, како физички хендикеп, сензорни или пречки во учењето, како и за пациентите кои не зборуваат или 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 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 депресијата

- 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 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 осигураат дека индивидуата со депресија е вклучена 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, земете во предвид да понудите една или повеќе од следниве интервенции, водени според преферирањето на пациентот:
 - Индивидуално насочувана самопомош, заснована на принципите на когнитивно бихејвиоралната терапија (КБТ).
 - Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија (ККБТ).^[6]
 - Програма за структурирана групна физичка активност.

Медикаментозен третман

- Не употребувајте антидепресиви рутински за да ги лекувате перзистентните субдепресивни симптоми или лесната депресија, бидејќи пропорционалниот однос ризик-бенефит е сиромашен, но земете ги во предвид кај пациенти со:

- Претходна историја за умерена или тешка депресија **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.

Третман на умерена или тешка депресија

- За пациентите со умерена или тешка депресија обезбедете комбинација на антидепресивна медикација и високо интензивна психолошка интервенција (КБТ или ИПТ).

Континуитет и превенција на релапс

- Поддржете го и охрабнете го пациентот кој имал бенефит од примањето на антидепресив да го продолжи третманот најмалку 6 месеци по ремисијата на депресивната епизода. Разговарајте со пациентот дека:
 - Ова значително го редуцира ризикот за релапс.
 - Антидепресивите не се асоцирани со зависност.

Психолошки интервенции за превенција на релапс

- На пациентите со депресија, за кои се смета дека имаат значаен ризик за релапс (вклучувајќи ги оние кои имале релапс и покрај антидепресивниот третман или кои не се во можност или, пак, одбрале да не го продолжат антидепресивниот третман) или кои имаат резидуални симптоми, треба да им биде понудена една од следниве психолошки интервенции:
 - Индивидуална КБТ за пациентите кои имале релапс и покрај антидепресивната медикација и за пациентите со сигнификантна историја за депресија и резидуални симптоми и покрај третманот.
 - Когнитивна терапија, заснована на фокусирање на вниманието и свесност, за пациенти кои актуелно се во добра состојба, но претходно имале доживеано три или повеќе депресивни епизоди.

[6] Оваа препорака (и препораката 1.4.2.1 во CG91) ги ажурира препораките само за депресија во 'Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија за депресија и анксиозност (ревизија)' ([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 јави 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 1.1.4).

Ова упатство е издадено паралелно со 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' (NICE клиничко упатство 91), кое создава препораки за идентификацијата, третманот и менаџментот на депресијата кај возрасни на 18 години и постари кои имаат и хроничен органски здравствен проблем.

1.1 Грџа 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 со нивните семејства или негувателите:

- Изградете релација на доверба и работете на отворен, приврзан и неосудувачки начин.
- Испитајте ги опциите за третман 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.
- 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 со 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 со некој кој не му е познат на пациентот со депресија).

1.1.1.3 Информирајте ги пациентите со депресија за групите за самопомош, групите за поддршка и другите локални и национални ресурси.

1.1.1.4 Направете ги сите потребни напори за да обезбедите пациентот со депресија 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 снабдување 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 Комплексни и далекусежни одлуки и изјави

1.1.2.1 За пациентите со рекурентна тешка депресија или депресија со психотични симптоми и за оние кои биле лекувани според Законот за ментално здравје, земете во предвид развивање на комплексни и далекусежни одлуки и изјави во соработка со пациентот.

Запишете ги одлуките и изјавите и вклучете копии во планот за грижа за пациентот во примарната и во секундарната здравствена заштита. Дајте му копии на пациентот и на неговото семејство или негувател, ако пациентот се согласува со тоа.

1.1.3 Поддршка за семејствата и за негувателите

1.1.3.1 Кога семејствата или негувателите се вклучени во поддржувањето на пациентот со тешка или хронична^[7] депресија, 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 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.

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

1.1.4.1 Кога се проценува пациент 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 неспособност, асоцирани со можната депресија и времетраењето на епизодата.

1.1.4.2 Како дополнение на проценувањето на симптомите и асоцираното функционално нарушување, разгледајте како следниве фактори може 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).^[8]
- Минатото искуство со третмани и одговорот на нив.
- Квалитетот на интерперсоналните релации.
- Условите за живеење и социјалната изолација.

1.1.4.3 Имајте почит и бидете сензитивни кон различните културни, етнички и религиски потекла кога работите со пациенти со депресија 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 етничките разлики кога се развива и имплементира план за третман.
- Работење со семејства од различни етнички и културелни потекла.

1.1.4.4 Кога се проценува пациент со 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.

1.1.4.5 Кога обезбедувате интервенции за пациентите со пречки во учењето или стекнато когнитивно нарушување кои имаат 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.

1.1.4.6 Секогаш директно прашајте ги пациентите со депресија 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.

1.1.5 Ефективно спроведување на интервенциите за депресија

1.1.5.1 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 за 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 осигураат 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.

1.1.5.2 Земете во предвид обезбедување на сите интервенции на преферираниот јазик на пациентот со депресија, кога тоа е можно.

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 во проценката на најефективните интервенции (види дијаграм 1). Во грижата чекор по чекор прво 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 ^[b] 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 психосоцијални фактори.</p> <p>b) 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

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 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.

1.3.1.3 Ако пациентот 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 изврши ревизија на психичката состојба на пациентот и асоцираните функционални, интерперсонални и социјални тешкотии.

1.3.1.4 Кога се проценува пациент со суспектна депресија, земете во предвид употреба на валидни мерки (на пример, за симптоми, функции и/или неспособност) за информирање и евалуација на третманот.

1.3.1.5 За пациентите со сигнификантни говорни или комуникациски тешкотии, на пример, пациенти со сензорни нарушувања или пречки во учењето, земете во предвид употреба на Стрес термометар и/или прашајте ги членовите на семејството или негувателите за симптомите на пациентот за да идентификувате можна депресија. Ако е идентификувано сигнификантно ниво на стрес, испитувајте понатаму.

1.3.2 Проценка на ризикот и мониторинг

1.3.2.1 Ако пациентот со депресија 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 за потенцијалот за зголемена агитација, анксиозност и суицидални идеи во иницијалните стадиуми од третманот; 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 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 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 - 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 совет за хигиената за спиење, вклучувајќи:

- Воспоставување на редовно време за спиење и будност.
- Избегнување на прекумерно јадење, пушење или пиење алкохол пред спиење.
- Создавање на погодна средина за спиење.
- Практикување редовни физички вежби.

Активен мониторинг

1.4.1.3 Со 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 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 лесна до умерена депресија, земете во предвид понудување на една или повеќе од следниве интервенции, водени од преферирањето на пациентот:

- Индивидуална насочувана самопомош, заснована на принципите на когнитивно бихејвиоралната терапија (КБТ).
- Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија (ККБТ).^[10]
- Програма за структурирана групна физичка активност.

Спроведување на ниско интензивните психосоцијални интервенции

1.4.2.2 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 лесна до умерена депресија 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.

1.4.2.3 ККБТ за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или лесна до умерена депресија 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 исходи.
- 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.

1.4.2.4 Програмите за физичка активност за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија треба:

- Да бидат спроведени во групи со поддршка од страна на компетентен практикант.
- Обично се состојат од три сесии неделно со умерено времетраење (45 минути до 1 час) од 10 до 14 недели (просечно 12 недели).

1.4.3 Групна когнитивно бихејвиорална терапија

1.4.3.1 Земете ја во предвид групната КБТ за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија кои одбиваат ниско интензивни психосоцијални интервенции (види 1.4.2.1).

1.4.3.2 Групната КБТ за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија треба:

- Да биде заснована на структуриран модел, како што е 'Справување со депресијата'.
- Да биде спроведена од страна на двајца обучени и компетентни практиканти.
- Да се состои од 10 до 12 средби со осум до десет учесници.
- Обично да трае од 12 до 16 седмици, вклучувајќи го следењето на состојбата.

1.4.4 Медикаментозен третман

1.4.4.1 Не користете антидепресиви рутински за лекување на перзистентните субдепресивни симптоми или на лесната депресија, бидејќи соодносот ризик-бенефит е сиромашен, но земете ги нив во предвид за пациентите со:

- Мината историја за умерена или тешка депресија **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.

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

- Да не го ординираат или советуваат негова употреба кај пациенти со депресија 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: 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 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**
- високо интензивна психолошка интервенција, обично една од следниве опции:
 - КБТ.
 - Интерперсонална терапија (ИПТ).

- Бихејвиорална активација (но забележете дека доказите се помали отколку за КБТ или ИПТ).
- 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 За пациентите со умерена или тешка депресија, обезбедете комбинација на антидепресиви и високо интензивна психолошка интервенција (КБТ или ИПТ).

1.5.1.3 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.
- Преферирањето и приоритетите на пациентот за третманот.

1.5.1.4 За пациентите со депресија кои одбиваат антидепресиви, КБТ, ИПТ, бихејвиорална активација и бихејвиорална терапија за парови, земете во предвид:

- Советување за пациентите со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија.
- Краткотрајна психодинамска психотерапија за пациентите со лесна до умерена депресија.

Разговарајте со пациентот за несигурната ефективност на советувањето и психодинамската психотерапија во третманот на депресијата.

1.5.2 Антидепресивни медикаменти

Избор на антидепресив ^[11]

1.5.2.1 Разговарајте за опциите на антидепресивен третман со пациентот со депресија, опфаќајќи:

- Избор на антидепресив, вклучувајќи какви било очекувани неповолни настани, на пример, несакани ефекти и симптоми од дисконтинуитет (види 1.9.2.1) и потенцијални интеракции со придружни лекови или органски здравствени проблеми. ^[12]
- Нивната перцепција за ефикасноста и толерабилноста на кои било антидепресиви кои тие претходно ги примале.

1.5.2.2 Кога се ординира антидепресив, обично треба да биде SSRI во генеричка форма, бидејќи SSRI се еднакво ефикасни како другите антидепресиви и имаат поволен сооднос ризик-бенефит. Исто така, земете го во предвид следново:

- SSRI се асоцирани со зголемен ризик за крвавење, особено кај постари пациенти или кај пациенти кои земаат други лекови кои имаат потенцијал да ја оштетат гастроинтестиналната мукоза или да интерферираат со коагулацијата. Особено размислете за ординирање на гастропротективен лек кај постари пациенти кои примаат нестероидни антиинфламаторни лекови (NSAID) или аспирин.

- Fluoxetine, fluvoxamine и paroxetine се асоцирани со поголема склоност за интеракции со лекови отколку другите SSRI^[10].
- Paroxetine е асоциран со повисока инциденца на симптоми на дисконтинуитет отколку другите SSRI.

1.5.2.3 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.

1.5.2.4 Кога ординирате други лекови, кои не се SSRI, земете го во предвид следново:

- Зголемената веројатност пациентот да го прекине третманот поради несакани ефекти (и последователната потреба постепено да се зголемува дозата) со venlafaxine, duloxetine и ТСА.
- Потребите за специфична претпазливост, контраиндикации и мониторинг за некои лекови. На пример:
 - Потенцијалот на повисоките дози на venlafaxine да егзацерираат срцеви аритмии и потребата од мониторинг на крвниот притисок на пациентот.
 - Можната егзацербација на хипертензијата со venlafaxine и duloxetine.
 - Потенцијалот за постурална хипотензија и аритмија со ТСА.
 - Потребата за хематолошки мониторинг со mianserin кај постари пациенти.^[13]
- Иреверзибилните инхибитори на моноаминооксидазата (MAOI), како phenelzine, обично треба да се ординираат само од страна на специјалист психијатар.
- Dosulepin не треба да се ординира.

Започнување и иницијална фаза на третманот

1.5.2.5 Кога ординирате антидепресиви, испитајте за каква било загриженост која ја има пациентот со депресија 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 на 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.

- 1.5.2.6 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.
- 1.5.2.7 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, си додека ризикот веќе не се смета клинички значаен.
- 1.5.2.8 Ако пациентот со депресија 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 бензодијазепини ако анксиозноста, агитацијата и/или инсомнијата се проблематични (освен кај пациентите со хронични симптоми на анксиозност); ова обично не треба да трае подолго од 2 седмици, со цел да се превенира развој на зависност.
- 1.5.2.9 Пациентите кои започнале со ниска доза на ТСА и кои имаат јасен клинички одговор може да се одржуваат на таа доза со внимателен мониторинг.
- 1.5.2.10 Ако депресијата кај пациентот не покажува подобрување по 2 до 4 седмици со првиот антидепресив, проверете дали лекот го примал редовно и во ординираната доза.
- 1.5.2.11 Ако одговорот е отсутен или минимален по 3 до 4 недели од третманот со терапевтска доза на антидепресив, зголемете го нивото на поддршка (на пример, со неделни директни или телефонски контакти) и земете во предвид:
- Зголемување на дозата, согласно 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 ако постојат несакани ефекти или пациентот така преферира.
- 1.5.2.12 Ако депресијата кај пациентот покаже некое подобрување по 4 недели, продолжете го третманот за уште 2 до 4 недели. Земете во предвид замена на антидепресивот со друг, како што е опишано во делот 1.8 ако:
- Одговорот е си уште неадекватен **или**
 - постојат несакани ефекти **или**
 - пациентот преферира да го промени третманот.

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 сигнификантни психосоцијални фактори кои влијаат на способноста на пациентот да има бенефит од третманот).

1.5.3.2 За сите пациенти со депресија кои имаат индивидуална КБТ, времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од 16 до 20 сесии во текот на 3 до 4 месеци. Исто така, земете во предвид обезбедување:

- Две сесии неделно во текот на првите 2 до 3 недели од третманот за пациентите со умерена или тешка депресија.
- Сесиите за следење на состојбата обично се состојат од три до четири сесии во текот на следните 3 до 6 месеци за сите пациенти со депресија.

1.5.3.3 За сите пациенти со депресија кои добиваат ИПТ, времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од 16 до 20 сесии во текот на 3 до 4 месеци. За пациентите со тешка депресија земете во предвид обезбедување на две сесии неделно во текот на првите 2 до 3 недели од третманот.

1.5.3.4 За сите пациенти со депресија кои имаат бихејвиорална активација, времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од 16 до 20 сесии во текот на 3 до 4 месеци. Исто така, земете во предвид обезбедување:

- Две сесии неделно во текот на првите 3 до 4 недели од третманот за пациентите со умерена или тешка депресија.
- Сесиите за следење на состојбата обично се состојат од три до четири сесии во текот на следните 3 до 6 месеци за сите пациенти со депресија.

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

Спроведување на советување

1.5.3.6 За сите пациенти со перзистентни субдепресивни симптоми или со лесна до умерена депресија кои добиваат советување, времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од шест до десет сесии во текот на 8 до 12 седмици.

Спроведување на краткотрајна психодинамска психотерапија

1.5.3.7 За сите пациенти со лесна до умерена депресија кои добиваат краткотрајна психодинамска психотерапија времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од 16 до 20 сесии во текот на 4 до 6 месеци.

1.6 Избор на третман, заснован на депресивните суптипови и на индивидуалните карактеристики

Постојат мали докази за упатување на ординирањето во релација со депресивните суптипови или на индивидуалните карактеристики. Главната тема се однесува на влијанието на други психијатриски растројства на третманот на депресијата. Информирајте се во 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' ([NICE клиничко упатство 91](#)) за понатамошни информации.

- 1.6.1.1 Не ги менувајте рутински стратегиите за третман на депресијата, опишани во ова упатство, ниту во однос на депресивните суптипови (на пример, атипична депресија или сезонска депресија), ниту, пак, во однос на индивидуалните карактеристики (на пример, пол или етникум), бидејќи не постои убедлив доказ за да ја поддржи ваквата активност.
- 1.6.1.2 Советувајте ги пациентите со зимска депресија која следи сезонски образец и кои сакаат да се обидат со светлосна терапија, која ја преферираат во однос на антидепресивите или психолошкиот третман, дека доказите за ефикасноста на светлосната терапија се несигурни.
- 1.6.1.3 Кога ординирате антидепресиви за постари пациенти:
 - Ординирајте доза која е соодветна на возраста, земајќи го во предвид ефектот на општото физичко здравје и паралелните медикаменти на фармакокинетиката и фармакодинамиката.
 - Внимателно мониторирајте за несакани ефекти.
- 1.6.1.4 За пациентите со долготрајна умерена или тешка депресија кои би имале бенефит од дополнителната социјална или професионална поддршка земете во предвид:
 - Спријателување како додаток на фармаколошките или на психолошките третмани; спријателувањето треба да биде обезбедено од обучени волонтери, обично најмалку неделен контакт во период меѓу 2 и 6 месеци.
 - Програма за рехабилитација ако депресијата на пациентот резултирала со губиток на работата или оддалечување од други социјални активности во текот на долготраен период.

1.7 Интензивна грижа за депресијата

- 1.7.1.1 Медикаментозниот третман, како посебна интервенција за пациентите со депресија, не треба да биде рутински обезбеден од страна на сервисите. Веројатно е ефективен само кога се обезбедува како дел од повеќе комплексна интервенција.
- 1.7.1.2 За пациентите со тешка депресија и оние со умерена депресија и комплексни проблеми, земете во предвид:
 - Упатување до специјалистички сервиси за ментално здравје за програма на координирана мултипрофесионална грижа.

- Обезбедување на кооперативна грижа ако депресијата е во контекст на хроничен органски здравствен проблем со асоцирано функционално нарушување [14].

1.8 Последователни третмани по иницијален неадекватен одговор

Некои пациенти имаат депресија која не одговара добро на иницијалниот третман. Овој дел ги опишува стратегиите кои треба да се усвојат ако тоа се појави.

1.8.1 Медикаментозен третман

1.8.1.1 Кога се врши ревизија на медикаментозниот третман за пациент со депресија, чиј симптоми не одговориле адекватно на иницијалните фармаколошки интервенции:

- Проверете го придржувањето кон терапијата и несаканите ефекти од иницијалниот третман.
- Зголемете ја честотата на средбите, користејќи мониторинг на исходот со валидни мерки за исход.
- Имајте сознание дека користењето на еден антидепресив наместо комбинација на лекови или аугментација (види 1.8.1.5 до 1.8.1.9) обично е асоцирано со пониска можност за несакани ефекти.
- Разгледајте го повторното воведување на претходните третмани кои биле неадекватно спроведени или кон кои не се придржувал пациентот, вклучувајќи зголемување на дозата.
- Земете во предвид заменување со алтернативен антидепресив.

Замена на антидепресиви

1.8.1.2 Кога се врши замена со друг антидепресив, имајте сознание дека доказите за релативната предност на замената или во рамки на класата или меѓу класите се слаби. Земете во предвид замена со:

- Иницијално различен SSRI или подобро толерабилната нова генерација на антидепресиви.
- Подоцна антидепресив од различна фармаколошка класа кој може да биде помалку добро толерабилен, на пример venlafaxine, TCA или MAOI.

1.8.1.3 Не заменувајте или не започнувајте со dosulepin, бидејќи доказите кои ја поддржуваат неговата толерабилност во однос на другите антидепресиви доминираат со зголемениот кардијален ризик и токсичноста при предозирање.

1.8.1.4 Кога се врши замена со друг антидепресив, што обично се постигнува во текот на една седмица кога се заменуваат од лекови со краток полуживот, земете го во предвид потенцијалот за интеракции при детерминирањето на изборот на нов лек и природата и времетраењето на транзицијата. Практикувајте особена внимателност кога се врши замена:

- Од fluoxetine на други антидепресиви, бидејќи fluoxetine-от има долг полуживот (приближно 1 недела).

- Од fluoxetine или paroxetine на ТСА, бидејќи овие два лека го инхибираат метаболизмот на ТСА; ќе биде потребна пониска почетна доза на ТСА, особено ако се заменува од fluoxetine поради неговиот долг полуживот.
- Со нов серотонергичен антидепресив или МАОI поради ризикот од серотонински синдром. [15]
- Од ирреверзибилни МАОI: потребен е двонеделен период на елиминација (други антидепресиви не треба да бидат ординирани во текот на овој период).

Комбинирање и аугментација на медикаменти

'Аугментација' е кога антидепресивот се употребува со лек кој не е антидепресив и 'комбинација' е кога два антидепресива се користат заедно.

1.8.1.5 Кога се користи комбинација на медикаменти (која обично треба да биде започната во примарната грижа во консултација со психијатар консултант):

- Одберете лекови за кои се знае дека се безбедни.
- Кога се употребуваат заедно, имајте сознание за зголемените можности за несакани ефекти кои ова обично ги причинува.
- Разговарајте со пациентот со депресија за рационалноста на секоја комбинација, ако се ординира нерегистриран лек, следете ги упатствата на Советот за општа медицина и внимателно мониторирајте за несакани ефекти.
- Имајте познавања за примарните докази и земете го во предвид добивањето на второ мислење кога се користат невообичаени комбинации, докажете за ефикасноста на одбраната стратегија се ограничени или соодносот ризик-бенефит е нејасен.
- Документирајте го принципот за одбраната комбинација.

1.8.1.6 Ако пациентот со депресија е информираан за тоа и е подготвен да толерира поинтензивни несакани ефекти, земете во предвид комбинирање или аугментација на антидепресивот со:

- Литиум **или**
- антипсихотик како aripiprazole*, olanzapine*, quetiapine* или risperidone* **или**
- друг антидепресив како mirtazapine или mianserin.

1.8.1.7 Кога се ординира литиум:

- Мониторирајте ја реналната и тироидната функција пред третманот и на секои 6 месеци во текот на третманот (почесто ако постои доказ за ренално нарушување).
- Земете во предвид ЕКГ мониторинг кај пациентите со депресија кои се со висок ризик за кардиоваскуларна болест.
- Следете ги серумските нивоа на литиум една недела по започнувањето и при секоја промена на дозата, сè додека се стабилизира, а потоа на секои 3 месеци.

- 1.8.1.8 Кога се ординира антипсихотик, мониторирајте ја тежината, нивоата на липиди и гликоза и несаканите ефекти (на пример, екстрапирамидните несакани ефекти и пролактин поврзаните несакани ефекти со risperidone).
- 1.8.1.9 Следниве стратегии не треба да се користат рутински:
- Аугментација на антидепресивот со бензодијазепини подолго од 2 седмици, бидејќи постои ризик за зависност.
 - Аугментација на антидепресивот со buspirone*, carbamazepine*, lamotrigine* или valproate*, бидејќи има недоволни докази за нивната употреба.
 - Аугментација на антидепресивот со pindolol* или со тироидни хормони, бидејќи доказите за ефективноста се неконзистентни [16].

Комбиниран психолошки и медикаментозен третман

- 1.8.1.10 За пациентите чија депресија не одговорила ниту на фармаколошките ниту на психолошките интервенции, земете во предвид комбинирање на антидепресивните медикаменти со КБТ.

Упатување

- 1.8.1.11 За пациентите чија депресија не одговорила на различни стратегии на третмани со аугментација и комбинација, земете во предвид упатување на доктор со специјален интерес за лекување на депресијата или во специјалистички сервис.

1.9 Континуитет и превенција на релапс

- 1.9.1.1 Поддржете го и охрабнете го пациентот кој имал бенефит од примањето на антидепресивот да го продолжи медикаментот уште најмалку 6 месеци по ремисијата од депресивната епизода. Разговарајте со пациентот дека:
- Ова значително го редуцира ризикот од релапс.
 - Антидепресивите не се асоцирани со зависност.
- 1.9.1.2 Извршете ревизија заедно со пациентот со депресија 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.
- 1.9.1.3 Кај пациентите со депресија кои имаат сигнификантен ризик за релапс или имаат историја за рекурентна депресија, разговарајте со пациентот за третманите кои го редуцираат ризикот за рекурентност, вклучувајќи континуирана медикација, аугментација на медикаменти или психолошки третман (КБТ). На изборот на третман треба да влијае:
- Претходната историја за третман, вклучувајќи ги последиците од релапсот, резидуалните симптоми, одговорот на претходните третмани и какви било симптоми на дисконтинуитет.
 - Преферирањето на пациентот.

Користење на медикаментите за превенција на релапс

1.9.1.4 Советувајте ги пациентите со депресија да ги продолжат антидепресивите најмалку 2 години ако имаат ризик за релапс. Одржувајте го нивото на медикаментот при кој акутниот третман бил ефективен (освен ако постои добра причина за редукција на дозата, како што се неприфатливи несакани ефекти) ако:

- Тие имале две или повеќе депресивни епизоди во блиското минато, во текот на кои тие доживувале сигнификантно функционално нарушување.
- Тие имаат други ризик фактори за релапс, како што се резидуални симптоми, мултипли претходни епизоди или историја на тешки или пролонгирани епизоди или на неадекватен одговор.
- Последиците од релапсот се веројатно тешки (на пример, суицидални обиди, губиток на функционирањето, тешко нарушување на живеењето и неспособност за работа).

1.9.1.5 Кога се одлучува дали да се продолжи одржувањето на третманот по 2 години, повторно евалуирајте со пациентот со депресија, земајќи ја во предвид возраста, коморбидните состојби и други ризик фактори.

1.9.1.6 Пациентите со депресија кои се на долготраен третман за одржување треба да бидат редовно евалуирани, со фреквенција на контакт која е детерминирана со:

- Коморбидните состојби.
- Ризик факторите за релапс.
- Интензитетот и фреквенцијата на депресивните епизоди.

1.9.1.7 Пациентите кои имале мултипли депресивни епизоди и кои имале добар одговор на третманот со антидепресив и аугментиран агенс, треба да останат на оваа комбинација по ремисијата ако несаканите ефекти за нив се толерабилни и прифатливи. Ако еден медикамент се прекине, тоа обично треба да биде аугментираниот агенс. Литиумот не треба да се користи како самостоен агенс за превенција на рекурентност.

Психолошки интервенции за превенција на релапс

1.9.1.8 На пациентите со депресија, за кои се смета дека се со значителен ризик за релапс, (вклучувајќи ги оние кои имале релапс и покрај антидепресивниот третман или кои не се во состојба или одбрале да не го продолжат антидепресивниот третман) или кои имаат резидуални симптоми, треба да им се понуди една од следниве психолошки интервенции:

- Индивидуална КБТ за пациенти кои имале релапс и покрај антидепресивната медикација и за пациентите со значајна историја за депресија и резидуални симптоми и покрај третманот.
- Когнитивна терапија, заснована на фокусирање на вниманието и свесност за пациентите кои актуелно се во добра состојба, но имале доживеано три или повеќе претходни депресивни епизоди.

Спроведување на психолошки интервенции за превенција на релапс

1.9.1.9 За сите пациенти со депресија кои добиваат индивидуална КБТ за превенција на релапс, времетраењето на третманот обично треба да биде во опсег од 16 до

20 сесии во текот на 3 до 4 месеци. Ако времетраењето на третманот треба да биде продолжено за да се постигне ремисија, тој треба:

- Да се состои од две сесии неделно во текот на првите 2 до 3 седмици од третманот.
- Да вклучи дополнителни сесии за следење, кои обично се состојат од четири до шест сесии во текот на следните 6 месеци.

1.9.1.10 Когнитивната терапија, заснована на фокусирање на вниманието и свесност, обично треба да биде спроведувана во групи од 8 до 15 учесници и да се состои од двочасовни состаноци неделно во текот на 8 седмици и четири сесии за следење во следните 12 месеци по завршувањето на третманот.

1.9.2 Прекинување или редуцирање на антидепресивите

1.9.2.1 Советувајте ги пациентите со депресија кои примаат антидепресиви дека симптомите на дисконтинуитет ^[17] може 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 тек на една седмица, но може да бидат интензивни, особено ако лекот нагло се прекине.

1.9.2.2 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.

1.9.2.3 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.

1.10 Чекор 4: комплексна и тешка депресија

Упатувањето во специјалистичките сервиси за ментално здравје обично треба да биде за пациенти со депресија кои имаат значителен ризик за автодеструктивност, кои имаат психотични симптоми, на кои им е потребна комплексна мултипрофесионална грижа или каде е потребно експертско мислење за третманот.

1.10.1.1 Проценката на пациентите со депресија, упатени во специјалистичките сервиси за ментално здравје, треба да вклучи:

- Нивен профил на симптоми, суицидален ризик и, онаму каде е соодветно, податоци за претходниот третман.

- Асоцирани психосоцијални стресови, индивидуални фактори и значајни тешкотии со релациите, особено онаму каде депресијата е хронична или рекурентна.
- Асоцирани коморбидитети, вклучувајќи злоупотреба на алкохол, на супстанции и растројства на личноста.

1.10.1.2 Во специјалистичките сервиси за ментално здравје, по комплетната ревизија на претходните третмани за депресијата, земете во предвид повторно воведување на претходните третмани кои биле неадекватно спроведени или кон кои не се придржувал пациентот.

1.10.1.3 Користете решавање на кризата и тимови за третман во домашни услови за да се справите со кризите кај пациентите со тешка депресија кои презентираат сигнификантен ризик и за да спроведете високо квалитетна акутна грижа. Тимовите треба да го мониторираат ризикот како високо приоритетна рутинска активност на начин на кој им овозможуваат на пациентите да продолжат со нивниот живот без нарушување.

1.10.1.4 Медикаментите во секундарните сервиси за ментално здравје треба да бидат започнати под супервизија на консултант психијатар.

1.10.1.5 Тимовите кои работат со пациентите со комплексна и тешка депресија треба да развијат детални планови за мултидисциплинарна грижа во соработка со пациентите со депресија (и со нивните семејства или негуватели, ако пациентот се согласи со тоа). Планот за грижа треба:

- Јасно да ги идентификува правилата и одговорностите на сите вклучени здравствени и социјални професионалци за грижа
- Да развие план за криза кој ги идентификува потенцијалните тригери кои може да водат кон криза и стратегиите за справување со таквите тригери.
- Да се сподели со докторите по медицина и пациентите со депресија и другите релевантни лица, вклучени во грижата за пациентот.

1.10.2 Хоспитална грижа, решавање на криза и тимови за третман во домашни услови

1.10.2.1 Земете го во предвид хоспиталниот третман за пациентите со депресија кои имаат сигнификантен ризик за суицид, автодеструктивност и запоставување на себеси.

1.10.2.2 Комплетен опсег на високо интензивни психолошки интервенции обично треба да биде понуден во хоспитални услови. Сепак, земете во предвид зголемување на интензитетот и времетраењето на интервенциите и осигурајте дека тие ќе бидат спроведени ефикасно до исписот.

1.10.2.3 Земете ги во предвид решавањето на кризата и тимовите за третман во домашни услови за пациентите со депресија кои може да имаат бенефит од раното отпуштање од болница по периодот на интрахоспитална грижа.

1.10.3 Фармаколошки третман на депресијата со психотични симптоми

1.10.3.1 За пациентите кои имаат депресија со психотични симптоми, земете во предвид аугментација на актуелниот план за третман со антипсихотични медикаменти (иако оптималните дози и времетраењето на третманот се непознати).

1.10.4 Електроконвулзивна терапија (ЕКТ)

Препораките во овој дел ги ажурираат само депресивните аспекти на 'Упатството за употреба на електроконвулзивна терапија' (NICE упатство за технолошка проценка 59).

1.10.4.1 Земете ја во предвид ЕКТ за акутен третман на тешката депресија која е животозагрозувачка и кога е потребен брз одговор или кога другите третмани биле неуспешни.

1.10.4.2 Не користете ЕКТ рутински за пациенти со умерена депресија, туку земете ја во предвид ако нивната депресија не одговорила на мултиплите медикаментозни третмани и на психолошкиот третман.

1.10.4.3 За пациентите, чија депресија не одговорила добро на претходната ЕКТ, земете во предвид повторен обид со ЕКТ само по:

- Ревизија на адекватноста на претходниот третман **и**
- разгледување на сите други опции **и**
- разговарање за ризиците и за бенефитите со пациентот и/или, онаму каде тоа е соодветно, со нивните старатели или негуватели.

1.10.4.4 Кога се зема во предвид ЕКТ како избор за третман, осигурајте дека пациентите со депресија се потполно информирани за ризиците, асоцирани со ЕКТ и за ризиците и бенефитите, специфични за нив. Документирајте ја проценката и земете ги во предвид:

- Ризиците, асоцирани со општите анестетици.
- Актуелните медицински коморбидитети.
- Потенцијалните несакани ефекти, особено когнитивното нарушување. Ризиците, асоцирани со непримање на ЕКТ.
- Ризиците, асоцирани со ЕКТ, може да бидат поголеми кај постарите пациенти; практикувајте особено внимание кога го земате во предвид третманот со ЕКТ во оваа група.

1.10.4.5 Одлуката да се користи ЕКТ треба да се донесе заедно со пациентот со депресија колку што е тоа возможно, земајќи ги во предвид, кога тоа е применливо, барањата на Законот за ментално здравје 2007. Исто така, имајте сознание дека:

- Треба да се обезбеди валидна информирана согласност (ако пациентот има капацитет да дозволи или одбие согласност) без притисок или принуда што може да се јави како резултат на околностите и на клиничките услови.
- Пациентот треба да се потсети за неговото право да ја повлече согласноста во секое време.

- Треба да постои строго придржување на препознатите упатства за согласноста и старателите или негувателите треба да бидат вклучени во фацилитурање на информативниот разговор.
- Ако информираната согласност не е возможна, ЕКТ треба да биде дадена само ако таа не е во конфликт со валидната претходна одлука и старателот или негувателот на пациентот треба да биде консултиран.

1.10.4.6 Изборот на електродната поставеност и стимулус дозата, поврзана со прагот за конвулзии, треба да ја балансира ефикасноста наспроти ризикот за когнитивно нарушување. Земете во предвид дека:

- Билатералната ЕКТ е поефективна отколку унилатералната, но може да предизвика поголемо когнитивно нарушување.
- Со унилатералната ЕКТ повисоката стимулус доза е асоцирана со поголема ефикасност, но исто така и со зголемено когнитивно нарушување, споредено со пониската стимулус доза.

1.10.4.7 Проценувајте го клиничкиот статус по секој третман со ЕКТ, користејќи формални валидни мерки за исход и прекинете го третманот кога е постигната ремисија или порано ако несаканите ефекти ги надминуваат потенцијалните бенефити.

1.10.4.8 Проценете ја когнитивната функција пред првиот третман со ЕКТ и мониторирајте најмалку на секои три до четири третмани и на крајот од третманот.

1.10.4.9 Проценката на когнитивната функција треба да вклучи:

- Ориентација и време до повторно ориентирање по секој третман.
- Мерки за ново учење, ретроградна амнезија и субјективно нарушување на паметењето, спроведени најмалку 24 часа по третманот.
- Ако постои доказ за значително когнитивно нарушување во кој било стадиум, земете во предвид, во разговор со пациентот со депресија, промена од билатерална на унилатерална електродна поставеност, редуцирање на стимулус дозата или прекинување на третманот, зависно од балансот на ризици и бенефити.

1.10.4.10 Ако депресијата кај пациентот одговори на ЕКТ, антидепресивните медикаменти треба да се започнат или да продолжат за да се превенира релапс. Земете ја во предвид аугментацијата со литиум на антидепресивите.

1.10.5 Транскранијална магнетна стимулација

1.10.5.1 Актуелните докази сугерираат дека не постои голема загриженост за безбедноста, асоцирана со транскранијалната магнетна стимулација (ТМС) за тешката депресија. Постои несигурност за клиничката ефикасност на процедурата, што може да зависи од повисокиот интензитет, поголемата фреквенција, билатералната апликација и/или подолгото времетраење на третманот отколку што се јавува во доказите до актуелниот датум. Затоа, ТМС треба да се спроведува само во истражувачките студии, дизајнирани да ги инвестираат овие фактори. [18]

- [8] Депресијата се опишува како 'хронична' ако симптомите се присутни повеќе или помалку во континуитет од 2 години или подолго.
- [9] Ако е потребно, информирајте се во 'Биполарно растројство' (NICE клиничко упатство 38).
- [10] Термометарот за стрес е едно-ајтемско прашање кое ќе идентификува стрес кој доаѓа од кој било извор. Пациентот обележува на скалата одговарајќи: 'Колку сте биле под стрес во текот на минатата седмица на скала од 0 до 10?'. Скорови од 4 или повеќе индицираат сигнификантно ниво на стрес кое треба понатаму да биде испитано. (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.)
- [11] Оваа препорака (и препораката 1.4.2.1 во CG91) ги ажурира само препораките за депресија во 'Компјутеризирана когнитивно бихејвиорална терапија за депресија и анксиозност (ревизија)' (NICE упатство за технолошка проценка 97).
- [12] За дополнително разгледување на употребата на антидепресивите и другите медикаменти (вклучувајќи проценка на релативните ризици и бенефити) кај жените кои може да останат бремени, ве молиме информирајте се во Англиската национална формула и за секој лек во резимето на карактеристиките на лекот. За жените во пренаталниот и постнаталниот период исто така видете го NICE клиничкото упатство 45 'Пренатално и постнатално ментално здравје'.
- [13] Консултирајте го додатокот 1 од Англиската национална формула за информации за интеракциите на лековите и 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' (NICE клиничко упатство 91).
- [14] Консултирајте ја Англиската национална формула за детални информации.
- [15] Информирајте се во 'Депресија кај возрасни со хроничен органски здравствен проблем: третман и менаџмент' (NICE клиничко упатство 91) за базата на докази за ова.
- [16] Карактеристиките на серотонинскиот синдром вклучуваат конфузност, делириум, треска, потење, промени на крвниот притисок и миоклонус.
- [17] Во ова упатство имињата на лековите се означени со ѕвезда ако тие немаат авторизација на англискиот пазар за наведената индикација во времето на публикацијата (октомври 2009 год.). Треба да се обезбеди и да се документира информирана согласност.
- [18] Симптомите на дисконтинуитет вклучуваат зголемени промени на расположението, вознемиреност, тешкотии со спиењето, нестабилност, потење, абдоминални симптоми и алтерирани сензации.
- [19] Оваа препорака е земена од 'Транскранијална магнетна стимулација за тешка депресија' (NICE упатство за интервентна процедура 242).

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 ова упатство

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 *Последователен антидепресивен третман по неадекватен иницијален одговор*

Која е најдобрата медикаментозна стратегија за пациентите со депресија кои немале задоволителен одговор на првиот антидепресивен третман со SSRI по 6 до 8 седмици адекватен третман?

Зошто ова е важно

Неадекватниот одговор на првиот антидепресив е чест проблем, но од достапните докази не е јасен најдобриот начин за понатамошен третман. Постои силен доказ дека веројатноста за евентуален одговор се намалува со времетраењето на депресијата и бројот на неуспешни обиди за третман, така што зголемувањето на одговорот во раниот стадиум може да биде значаен фактор за конечниот исход. Резултатите од оваа студија ќе бидат генерални за голем број на пациенти со депресија и ќе информираат за изборот на третман.

Ова прашање треба да се разгледа, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија за да се споредат ефектите од продолжувањето на истиот антидепресив (со зголемена доза, ако тоа е соодветно) и заменувањето со друг SSRI или со антидепресив од друга класа. Во дизајнот треба да биде вклучена проценка на ефектот од зголемената честота на следење и мониторинг на подобрувањето. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.2 *Ефикасност на краткотрајната психодинамска психотерапија во споредба со когнитивно бихејвиоралната терапија и антидепресивите во третманот на умерена до тешка депресија*

Кај добро дефинирана депресија со умерен до тежок интензитет каква е ефикасноста на краткотрајната психодинамска психотерапија во споредба со КБТ и антидепресиви?

Зошто е ова важно

Психолошките третмани се значајна терапевтска опција за пациентите со депресија. КБТ има најдобра база на докази за ефикасност, но таа не е ефективна за секого. Затоа е важна достапноста на алтернативи кои потекнуваат од различни теоретски модели.

Психотерапијата, заснована на психодинамските принципи, традиционално беше обезбедувана во Националниот здравствен систем, но обезбедувањето е инсуфициентно и недостасуваат силни докази. Затоа е важно да се утврди дали краткотрајната психодинамска психотерапија е ефективна алтернатива на КБТ и таа која треба да биде обезбедувана. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации за обезбедувањето на психолошкиот третман во Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија која известува за краткотрајни резултати и резултати од средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност) со најмалку 18-месечно траење. Особено внимание треба да биде посветено на репродуктибилноста на моделот за третман и тренингот и супервизијата на оние кои обезбедуваат интервенции, со цел да се осигура дека третманите се истовремено и интензивни и генерални. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.3 Економска ефективност на комбинирани антидепресиви и КБТ во споредба со секвенциониран третман за умерена до тешка депресија

Која е економската ефективност од комбинацијата антидепресиви и КБТ во споредба со секвенционирана медикација, следена со КБТ и обратно, за умерена до тешка депресија?

Зошто е ова важно

Постои разумна база на докази за супериорната ефективност на комбинацијата антидепресиви и КБТ во однос на секој од овие два третмани самостојно кај умерената до тешка депресија. Сепак, практичноста, прифатливоста и економската ефективност на комбинираниот третман над секвенционираниот приод се помалку добро установени. Одговорот има важни практични импликации за спроведувањето на сервисот и импликации на ресурсите на Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија во која пациентите со умерена до тешка депресија добиваат или комбиниран третман од почетокот или самостојниот модалитет на третман со дополнително на други модалитети ако е неадекватен одговорот на иницијалниот третман. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за акутните резултати и резултатите од средината на третманот до најмалку 6 месеци, како и оценките за прифатливоста и тежината на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн заедно со големи здравствени економски мерки.

4.4 Ефикасност на светлосната терапија во споредба со антидепресивите за лесна до умерена депресија со сезонски образец

Колку е ефективна светлосната терапија во споредба со антидепресивите за лесна до умерена депресија со сезонски образец?

Зошто е ова важно

Иако статусот на сезонската депресија како посебен ентитет не е потполно јасен, испитувањата конзистентно известуваат за високата преваленца на сезонската (претежно зимска) депресија во Англија.

Ова се рефлектира со значаен степен на морбидитет, претежно во зимските месеци, за пациентите со оваа состојба. Светлосната терапија беше предложена како специфичен третман за зимската депресија, но спроведени се само малку неубедливи студии од кои не е можно да се каже дали светлосната терапија или антидепресивите се ефективни во нејзиниот третман. Разјаснувањето на тоа дали и во кој степен третманите се ефективни ќе помогне во информирањето за одлуките за третманот на зимската депресија кои треба да ги донесат пациентите со сезонска депресија и докторите.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија, во која пациентите со лесна до умерена депресија со сезонски образец (сезонско афективно растројство) примаат светлосна терапија или SSRI антидепресиви во делумно плацебо контролиран дизајн. Дозите и на светлосната терапија и на SSRI треба да бидат на прифатливи или предложени терапевтски нивоа и треба да постои иницијална фаза неколку недели во која се администрира убедлив плацебо третман, следен со рандомизација на еден од активните третмани. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.5 Ефикасност на КБТ во споредба со антидепресиви и плацебо кај перзистентни субдепресивни симптоми

Каква е ефикасноста на КБТ во споредба со антидепресивите и плацебо кај перзистентни субдепресивни симптоми?

Зошто е ова важно

Перзистентните субдепресивни симптоми сè повеќе се препознава дека се јавуваат кај значаен број на луѓе и предизвикуваат сигнификантно страдање, но најдобриот начин за нивно лекување е непознат. Постојат студии за ефикасноста на антидепресивите кај дистимијата (перзистентни депресивни симптоми кои траат најмалку 2 години), но постои недостаток на докази за КБТ. Субдепресивните симптоми со скорашен почеток имаат тенденција да се подобрат, но не е познато колку долго треба докторите да

чекаат пред да предложат медикаменти или психолошки третман. Оваа препорака за истражување е со цел да информира за достапните опции за третман за оваа група на пациенти со субдепресивни симптоми кои перзистираат и покрај ниско интензивните интервенции.

Ова прашање треба да биде одговорено, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија, која известува за краткотрајните резултати и за резултатите од средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност) со времетраење од најмалку 6 месеци. Треба внимателно да се дефинира перзистентноста што треба да вклучи времетраење на симптомите и разгледување на неуспешноста на ниско интензивните интервенции, а не подразбира неопходно потполна дијагноза на дистимија. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.6 Ефикасност на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивно бихејвиорални интервенции и вообичаениот третман во лекувањето на перзистентните субдепресивни симптоми и лесната депресија

Кај перзистентните субдепресивни симптоми и лесната депресија каква е ефикасноста на советувањето во споредба со ниско интензивните когнитивно бихејвиорални интервенции?

Зошто е ова важно

Психолошките третмани се значајна терапевтска опција за пациентите со субдепресивни симптоми и лесна депресија. Ниско интензивните когнитивни и бихејвиорални интервенции имаат најдобра база на докази за ефикасност, но доказите се ограничени и долготрајните исходи се несигурни, како што се и резултатите за советувањето. Затоа е важно да се утврди дали некоја од овие интервенции е ефективна алтернатива на вообичаениот третман и треба да биде обезбедена во Националниот здравствен сервис. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации за 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 во средината на студијата (вклучувајќи резултати за економската ефективност) со времетраење од најмалку 18 месеци. Особено внимание треба да биде посветено на репродуктибилноста на моделот за третман и тренингот и супервизијата на оние кои обезбедуваат интервенции, со цел да се осигура дека третманите се истовремено и интензивни и генерални. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат оценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.7 Ефикасност на бихејвиоралната активација во споредба со КБТ и антидепресиви во третманот на умерена до тешка депресија

Кај добро дефинирана депресија со умерен до тежок интензитет, каква е ефикасноста на бихејвиоралната активација во споредба со КБТ и антидепресиви?

Зошто е ова важно

Психолошките третмани се значајна терапевтска опција за пациентите со депресија. Бихејвиоралната активација е третман кој ветува, но нема значајна база на докази која КБТ ја има. Достапноста на алтернативите кои произлегуваат од различни теоретски модели е значајна, бидејќи резултатите се скромни, дури и со најдобро поддржаните третмани. Затоа е важно да се утврди дали бихејвиоралната активација е ефективна алтернатива на КБТ и таа е онаа која треба да се обезбеди. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации во обезбедувањето 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 ги резултатите за економската ефективност) со времетраење од 18 месеци. Особено внимание треба да биде посветено на репродуктибилноста на моделот за третман и тренингот и супервизијата на оние кои обезбедуваат интервенции, со цел да се осигура дека третманите се истовремено и интензивни и генерални. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат проценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите и модераторите на одговорот треба да бидат испитани.

4.8 Ефикасност и економска ефективност на различни системи за организација на грижата за пациентите со депресија

Кај пациентите со лесна, умерена или тешка депресија кој систем за грижа (грижа чекор по чекор, наспроти паралелна грижа) е повеќе клинички и економски ефективен во подобрувањето на резултатите?

Зошто е ова важно

Најдобрите структури за спроведување на ефективна грижа за депресијата се сиромашно разбрани. Моделите чекор по чекор се широко имплементирани, но ефикасноста на овој модел, во споредба со паралелната грижа, е несигурна. Потребни се докази за релативните бенефити на двата приода и различните ефекти на интензитетот на депресивноста. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации на структурата на сервисите за третман на депресијата во Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да се одговори, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија која известува за краткотрајните резултати, како и за резултатите од средината на студијата (вклучувајќи ги резултатите за економската ефективност) со времетраење од најмалку 18 месеци. Во грижата чекор по чекор на мнозинството пациенти првин ќе им биде понудена ниско интензивна интервенција од страна на соработник, сè додека не постојат сигнификантни ризик фактори кои наложуваат поинаку. Во паралелната грижа деталната проценка на психичката состојба ќе детерминира која интервенција треба пациентот да ја добие. Комплетниот опсег на ефективни интервенции (психолошки и фармаколошки) треба да биде достапен за двете групи во студијата. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат проценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а модераторите (вклучувајќи интензитет на депресијата) на одговорот треба да бидат испитани.

4.9 Ефикасност и економска ефективност на когнитивно бихејвиоралната терапија, интерперсоналната терапија и антидепресивите во превенцијата на релапс кај пациенти со умерена до тешка рекурентна депресија

Кај пациентите со умерена до тешка рекурентна депресија, каква е релативната ефикасност на КБТ, интерперсоналната терапија (ИПТ) и антидепресивите во превенцијата на релапс?

Зошто е ова важно

Психолошките и фармаколошките третмани се значајни терапевтски опции за пациентите со депресија, но доказите за превенцијата на релапс (особено за психолошките интервенции) се ограничени. Сите овие третмани покажале ветување во редуцирањето на релапсот, но стапката на релапс останува висока. Новиот развој на стилот и спроведувањето на КБТ и ИПТ покажува некои ветувања во редуцирањето на релапсот, но треба да се тестира во студија со голем опсег. Резултатите од оваа студија ќе имаат значајни импликации за обезбедувањето на психолошкиот третман во Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да се одговори, користејќи рандомизиран контролиран дизајн на студија која известува за краткотрајните резултати, како и за резултатите од средината на студијата (вклучувајќи ги резултатите за економската ефективност) со времетраење од најмалку 24 месеци. Особено внимание треба да се посвети на развојот и евалуацијата на КБТ, ИПТ и медикаментозните интервенции, создадени специфично за да превенираат релапс, вклучувајќи ја природата и времетраењето на интервенцијата. Одбраните резултати треба да ги рефлектираат проценките и на опсерваторот и на пациентот за подобрувањето и за прифатливоста на опциите за третман. Студијата треба да биде доволно голема за да детерминира присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, користејќи неинфериорен дизајн, а медијаторите (вклучувајќи го фокусот на интервенциите) и модераторите (вклучувајќи го интензитетот на депресијата) на одговорот треба да бидат испитани.

4.10 Ефективност на одржувањето со ЕКТ за превенција на релапс кај пациенти со тешка и рекурентна депресија која не одговара на фармаколошките или на психолошките интервенции

Дали одржувањето со ЕКТ е ефективно за превенција на релапс кај пациенти со тешка и рекурентна депресија која не одговара на фармаколошките или на психолошките интервенции?

Зошто е ова важно

Мал број на пациенти немаат бенефит од ниеден значаен правец на фармаколошки или психолошки интервенции, но одговараат на ЕКТ. Сепак, многу од овие пациенти имаат релапси и имаат потреба од повторуван третман со ЕКТ. Ова резултира со значајно страдање кај нив и исто така е скапо, бидејќи за ЕКТ најчесто е потребно хоспитално лекување. Мал број на студии сугерираат можни бенефити од одржувањето со ЕКТ, но малку се користи во Националниот здравствен сервис. Резултатите од прегледните и клиничките студии треба да обезбедат информација за карактеристиките на пациентите, резултатите, изводливоста и прифатливоста, поврзани со употребата на ЕКТ за одржување и потенцијално да информираат за пошироката употреба на ЕКТ во Националниот здравствен сервис. Затоа, резултатите може да имаат значајни импликации на обезбедувањето на ЕКТ во Националниот здравствен сервис.

Ова прашање треба да биде разгледано првин преку утврдување на националниот преглед за колекцијата на податоци за сите пациенти кои примаат ЕКТ за одржување. Карактеристиките на пациентите, кои веројатно ќе бидат земени во предвид за одржување со ЕКТ, ја прават непрактична рандомизираната контролирана студија, но клиничката студија, користејќи алтернативни методи (на пример одраз во огледало или внимателно карактеризирана нерандомизирана студија), треба да биде спроведена зависно од резултатот од прегледот.

Бројот на пациенти кои примаат ЕКТ за одржување е мал и значајна несигурност ја опкружува нејзината употреба, како што е нејзината долготрајна ефикасност и прифатливост, како и можните несакани ефекти, кои вклучуваат когнитивно нарушување. Одбраните резултати од прегледните и од клиничките студии треба да ги рефлектираат оценките за подобрувањето и на опсерваторот и на пациентот, влијанието на когнитивната функција и оценката на прифатливоста на ЕКТ како третман за одржување.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Комплетно упатство

Комплетното упатство 'Депресија: третман и менаџмент на депресијата кај возрасни' 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).
- Bipolar disorder. [NICE clinical guideline 38](#) (2006).
- Obsessive-compulsive disorder. [NICE clinical guideline 31](#) (2005). CG31
- 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](#)]
- Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. [NICE interventional procedure guidance 330](#) (2009).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земаат во предвид новите 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

(35 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg90).

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 5 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg90).

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.
- Чувство 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^[19]

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.

^[19] Овие се земени од DSM-IV. МКБ-10 се слични, но прагот за лесна депресија е понизок од 4 симптоми.

Додаток Г: Препораки од NICE клиничкото упатство 23

Следниве препораки се земени од претходното NICE клиничко упатство 23 'Третман на депресијата во примарна и секундарна грижа'. Забележете дека доказите за овие препораки не се ажурирани. Секоја промена во формулирањето беше направена само за разјаснување.

Препорачан број во ажурирано NICE клиничко упатство 90	Препорачан број во NICE клиничкото упатство 23
1.1.1.2	1.1.2.1/1.1.3.1/1.1.3.2
1.1.1.3	1.1.2.3
1.1.1.4	1.1.2.2
1.1.4.6	1.1.6.4/1.1.6.6
1.1.5.2	1.1.3.3
1.3.2.1	1.5.1.1
1.3.2.3	1.1.6.5
1.3.2.4	1.5.2.6/1.5.2.7
1.4.1.1	1.1.1.1
1.4.1.2	1.4.1.1
1.4.4.2	1.5.2.37/1.5.2.38
1.5.2.2	1.5.2.13/1.5.2.14
1.5.2.6	1.5.2.10
1.5.2.7	1.5.2.5
1.5.2.9	1.5.2.29
1.6.1.4	1.5.5.3/1.5.5.4
1.8.1.11	1.6.2.14
1.10.1.1	1.6.1.1
1.10.1.2	1.6.1.2
1.10.1.3	1.6.1.3
1.10.2.1	1.7.1.1
1.10.2.3	1.7.1.2
1.10.3.1	1.6.5.1

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и 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 е делумно ажурирано NICE клиничкото упатство 23 (издадено во декември 2004 год., променето во април 2007 год.) и го заменува.

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.

Јануари 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 033 7780