



# **Tulburări afective (de dispoziție) la adult**

**PCN-116**

*Chișinău  
2010*

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți nr.2 din.04 iunie 2010**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 545 din 06.08. 2010 cu privire la aprobarea protocolului clinic național „Tulburări afective (de dispoziție) la adulți”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

**Mihai Hotineanu** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Anatol Nacu** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Mircea Revenco** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Ghenadie Cărăușu** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Vladimir Sterpu** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Recenzenți oficiali:**

**Alexandru Nacu** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Victor Ghicavâi** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Valentin Gudumac** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Ivan Zatușevski** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Grigore Bivol** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
**Iurie Osoianu** Compania Națională de Asigurări în Medicină  
**Maria Bolocan** Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

## CUPRINS

Abrevierile folosite în document	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul: Tulburări afective (de dispoziție) (persoane adulte)	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data reviziei următoare	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel consultativ specializat (psihiatru)	8
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească	8
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	10
C. 1.1 Managementul episodului acut	9
C. 1.2. Algoritmul schemei de restabilire a pacientului în faza post acută precoce după episodul maniacal acut	10
C. 1.3 Algoritmul terapeutic al sindromului maniacal 12	
C. 1.4. Algoritmul terapeutic al depresiei majore UP	13
C. 1.5. Algoritmul terapeutic al depresiei majore BP	14
C. 2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor	14
C.2.1. Clasificarea	14
C.2.2. Profilaxia	14
C.2.2.1. Factorii de risc	14
C.2.2.2. Profilaxia - recomandări generale	15
C.2.3 Conduita pacientului cu Tulburări de dispoziție (afective)	15
C.2.3.1 Anamneza	15
C.2.3.2 Manifestările clinice	16
C.2.3.3. Investigații paraclinice	22
C.2.3.4 Diagnosticul diferențial	20
C.2.3.5 Condiții de tratament	21
C.2.3.6 Tratamentul Tulburării de dispoziție afective	21
C.2.3.6.1 Terapie episodului acut	21
C.2.3.6.2. Terapie de întreținere	24
C.2.3.6.4. Terapie de susținere	24
C.2.3.6.4.2. Reabilitarea socio-profesională	25
C.2.3.6.5. Psihoterapie	30
C.2.3.7. Supravegherea pacienților cu Tulburări de dispoziție afective	30
C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)	31
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	29
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	29
D.2 Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator	29
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de psihiatrie și neurologie; spitale de psihiatrie	36
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPULUI PROTOCOLULUI	30
ANEXE	31
Anexa 1. Antidepresivele	39
Anexa 2. Clasificarea clinică a antidepresivelor (după acțiunea bipolară)	40
Anexa 3. Principalele substanțe timostabilizatoare	41
Anexa 5 . Preparate pentru tratarea efectelor extrapiramidale în terapia cu neuroleptice	42
Anexa 6. Remediile tranchilizatorii și hipnotice	42
Anexa 7. Ghidul pacientului cu <i>Tulburări de dispoziție (afective)</i> (persoane adulte) (ghid pentru pacient	43
BIBLIOGRAFIE	45

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

5-HT	Serotonină
AD	Substanțe antidepresive
ADT	Antidepresive triciclice
BP	Bipolar
BZD	Benzodiazepine
CBZ	Carbamazepină
CIM-10	Clasificarea internațională a maladiilor, ediția a 10-a
CT	Compiuter tomografie
EDM	Episod depresiv major
ISRS	Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
MRI	Rezonanță magnetică nucleară
NA	Noradrenalină
NL	Neuroleptice
NT	Neurotransmițători
SNC	Sistem nervos central
TCC	Traumatism cranio-cerebral
TDA	Tulburări de dispoziție (afective)
TEC	Terapia electroconvulsivantă
UP	Unipolar

### PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MSRM), constituit din specialiștii Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și IMSP SCde Psihiatrie.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind Tulburările ale dispoziției afective la persoanele adulte și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

### A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

#### A.1. Diagnosticul: Tulburări afective (de dispoziție) la adulți

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

1. Manie, fără simptome psihotice.
2. Tulburare afectivă bipolară, episod actual maniacal cu simptome psihotice.
3. Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat.

#### A.2. Codul bolii (CIM 10): F 30 – F 39

#### A.3. Utilizatorii:

1. Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
2. Centrele comunitare de sănătate mintală (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale);
3. Centrele medicilor de familie (medici de familie);
4. Cabinete de consultație psihiatrică în instituțiile/secțiile consultative (psihiatri);
5. Secții psihiatrice în spitalele generale municipale, raionale;
6. Spitalele psihiatrice republicane (psihiatri);
7. Centrele medicinei de urgență (medici ai serviciului urgență);
8. Centrele de crize (psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale).

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

#### A.4. Scopurile protocolului:

1. Facilitarea procesului de diagnosticare a Tulburărilor de dispoziție afective.
2. Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții a pacientului cu Tulburări ale dispoziției afective.
3. Depistarea precoce a pacienților cu debut insidios al Tulburărilor de dispoziție afective.
4. Evitarea invalidizării și a stigmatizării bazate pe efect de „hospitalism” la pacienții cronici





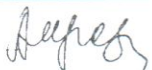



**A.5. Data elaborării protocolului:** mai 2010

**A.6. Data reviziei următoare:** mai 2013

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

Numele	Funcția
Dr. Mihai Hotineanu, doctor în medicină	Specialist principal al Ministerului Sănătății, în psihiatrie, Director general al IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, conferențiar universitar
Dr. Anatol Nacu, doctor habilitat în medicină	Șef catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „N.Testemițanu”, profesor
Dr. Mircea Revenco, doctor habilitat în medicină	Profesor universitar al Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „N.Testemițanu”
Dr. Ghenadie Cărăușu, doctor în medicină	Conferențiar universitar al Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „N.Testemițanu”
Dr. Vladimir Sterpu	Asistent universitar al Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală USMF „N.Testemițanu”

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

Denumirea	Numele și semnătura
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea Medicilor Psihiatri și Narcologi	
Comisia republicană Științifico- Metodică de profil „Psihiatrie și Narcologie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Asociația Medicilor de familie	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

### **A.8. Definițiile folosite în document**

**Depresia** este o tulburare mintală, caracterizată prin apariția următoarelor manifestări psihopatologice: pierderea interesului sau plăcerii (anhedonia) în aproape toate activitățile curente, apetit scăzut, cu scădere ponderală (sau, rar, apetit crescut), trezire timpurie matinală cu variația stării psihice diurne (rău matinal), inhibiție psihomotorie (adică lentoara mișcărilor și a gândirii) sau, rar, agitație psihomotorie, scăderea apetitului și a plăcerii sexuale, semne de scădere a capacității de concentrare, sentimente de inutilitate și vinovăție sau de autoacuzare nefondate, idei suicidare repetate sau tentative de suicid.

**Recomandabil** nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

## A.9. Informația epidemiologică

- În populația generală prevalența tulburărilor BP este de 1%. Prevalența tulburărilor BP și UP este raportată la 1% pentru BP și de 5% pentru UP.

Prevalența depresiei este de 22,4% pentru femei și de 10,7% pentru bărbați.

- În fiecare an 40% din populație prezintă sentimente destul de severe de tristețe, supărare și dezamăgire. Din acestea, aproximativ 20% vor prezenta o depresie clinică, în care tristețea este însoțită de tulburări de somn, modificarea apetitului, lipsa de speranță, pesimism sau gândiri suicidare.

- EDM are incidență cea mai mare la grupa de vârstă de 18-44 ani, iar distimia între 45-64 ani.

52% din femeile, care au prezentat un episod depresiv, au parcurs cu 6 luni anterior acestuia, un eveniment negativ.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivel de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1. Suspectarea diagnosticului de Tulburări de dispoziție afective C.2.3.1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semnele prodromale permit suspectarea Tulburări de dispoziție afective [1,8].</li> <li>• Stări psihotice acute cu comportament violent [2,5]</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> Anamneza (casetă 4)
1.2. Luarea deciziei: consultația specialistului și/sau spitalizării C.2.3.5.	Schimbările negative în relații de familie [6] Modificări de personalitate [7,11] Dificultăți de adaptare la viața cotidiană [4,13]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandarea consultației specialistului tuturor pacienților cu suspecție de Tulburări ale dispoziției afective.</li> <li>• Spitalizarea obligatorie, în caz de dereglări psihotice pronunțate și de comportament (casetele 11, 12, Algoritmul C.1.1.)</li> </ul>
<b>2. Supravegherea</b> C.2.3.7.	Starea somatică se monitorizează în scopul de a evita efectele adverse ale preparatelor neurotrope și excluderea patologiei somatice [12].	<b>Obligatoriu:</b> Monitorizarea stării somatice a pacientului în tratament, cu terapia de susținere (casetă 27)

### B.2. Nivelul consultativ specializat (psihiatru)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1. Confirmarea diagnosticului de Tulburări de dispoziție afective C.2.3.1. – C.2.3.4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În Tulburări de dispoziție afective nu sunt simptome patognomonice [3]</li> <li>• Tratamentul corect necesită diagnosticare specializată [3]</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (casetă 4)</li> <li>• Evaluarea simptomatologiei (casetă 6,7,8,9, tabelul 2)</li> <li>• Examenul de laborator (casetă 9)</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 4)</li> <li>• Evaluarea prognosticului (casetă 5)</li> </ul>
1.2. Selectarea tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu C.2.3.5.	Evitarea stigmatizării clientului, frecvente după spitalizare [8] Evitarea invalidității pacienților bazate pe efect de „hospitalism” [13]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 10, 11).</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 4)</li> </ul>
<b>2. Tratamentul la domiciliu</b>		
2.1. Corijarea simptomatologiei	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În caz de predominare a simptomatologiei reziduale [2].</li> <li>• Evitarea invalidității ca rezultat al izolării</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparatele cu acțiune de dezinhibare (casetă 21, tabelul 1);</li> </ul>

C.2.3.6.	sociale [7,10].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicarea psihoterapiei;</li> <li>• Medierea relațiilor interpersonale;</li> <li>• Reabilitarea socioprofesională (caseta 21, 22).</li> </ul>
2.2. Terapia profilactică	Evitarea cronicizării și invalidității prin combinarea metodelor farmacologice și psihoterapeutice în tratamentul complex [6,10].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cu antidepresive (tratament antirecidiv) (caseta 22, anexa 2)</li> <li>• Reabilitarea socioprofesională (casetele 24, 25, 26)</li> </ul>
3. Supravegherea îndelungată	Supravegherea psihiatrului este indicată pacienților nu mai puțin de 5 ani [5,6].	<b>Obligatoriu:</b> Conform recomandărilor medicale (caseta 27)
4. Reabilitarea	Cultivarea deprinderilor folosite pentru evitarea decăderilor în stresurile cotidiene [10,14]	Reabilitarea socioprofesională (casetele 24, 25, 26)

### B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

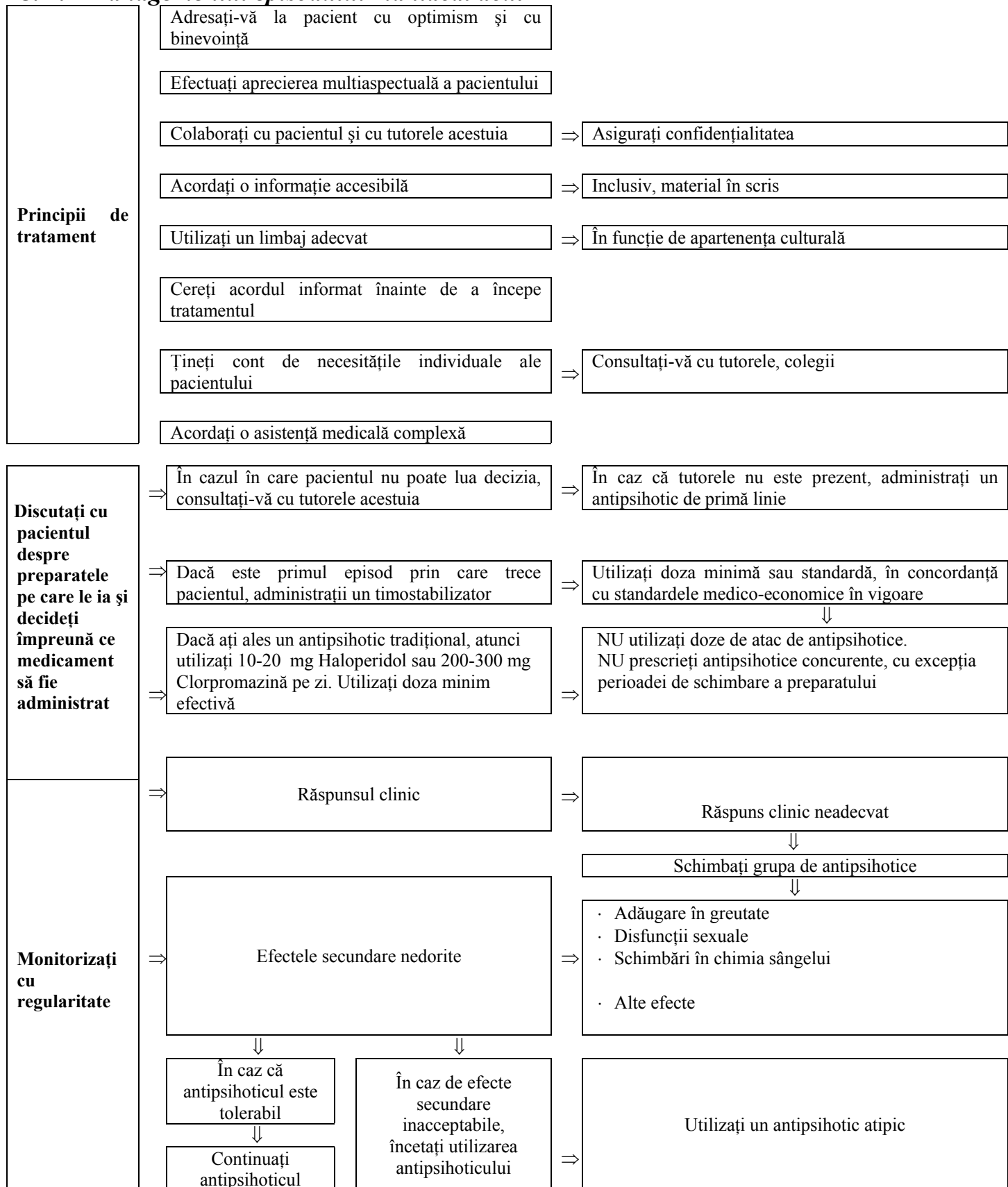
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizare</b>	Evitarea efectelor negative ale comportamentului pacientului în stare psihotică [8,9]	Criteriile de spitalizare (staționarul de zi, staționar) (casetele 11, 12)
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1 Confirmarea diagnosticului de Tulburări de dispoziției afective C.2.3.1. – C.2.3.4.	Efectuarea diagnosticului corect deoarece unele tulburări psihice au simptome comune [12,14]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (caseta 4)</li> <li>• Evaluarea simptomatologiei (caseta 6,7,8,9, tabelul 2)</li> <li>• Examenul de laborator (caseta 10)</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial (tabelul 4)</li> <li>• Evaluarea prognosticului bolii (caseta 5)</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1 <i>Terapia de jugulare</i> C.2.3.6.	Tratament eficient specific, posibil numai în serviciile specializate [2,4]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regim de tratament în staționar.</li> <li>• Tratamentul psihofarmacologic (anexele 1-6).</li> <li>• În cazul de necesitate–tratamentul biologic (casetele 14, 15, 16, 17, 18,19)</li> </ul>
3.2 <i>Terapia de finisare</i> C.2.3.6.	Tratament eficient specific, posibil numai în instituția specializată [4,12]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regimul de tratament în condiții de staționar și de staționar de zi.</li> <li>• Stabilirea dozei adecvate în administrarea preparatelor psihotrope.</li> <li>• Prevenirea recidivelor și recurențelor (caseta 20)</li> </ul>
3.2 <i>Corijarea simptomatologiei reziduale</i> .	În caz de predominare a simptomatologiei reziduale[1,12]. Evitarea invalidității ca rezultat al izolării sociale [6].	<b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizarea preparatelor cu acțiune de dezinhibare</li> <li>• Reabilitarea stimulantă (anexele 1-6).</li> </ul>
4. Externarea	Ameliorarea stării: lipsa simptomelor [11]	Externarea se efectuează în baza criteriilor de eficacitate a tratamentului efectiv în starea psihotică (caseta 18)

4. 1. Externarea, nivel psihiatrul de sector	Remisiunea incompletă cu persistența simptomelor reziduale sau schimbărilor de personalitate datorate procesului patologic [2,7]	<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:  Diagnosticul exact detaliat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Recomandări explicite pentru pacient.</li> <li>• Program individual de reabilitare.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie (<i>casetă 18</i>).</li> </ul>
--	--	---

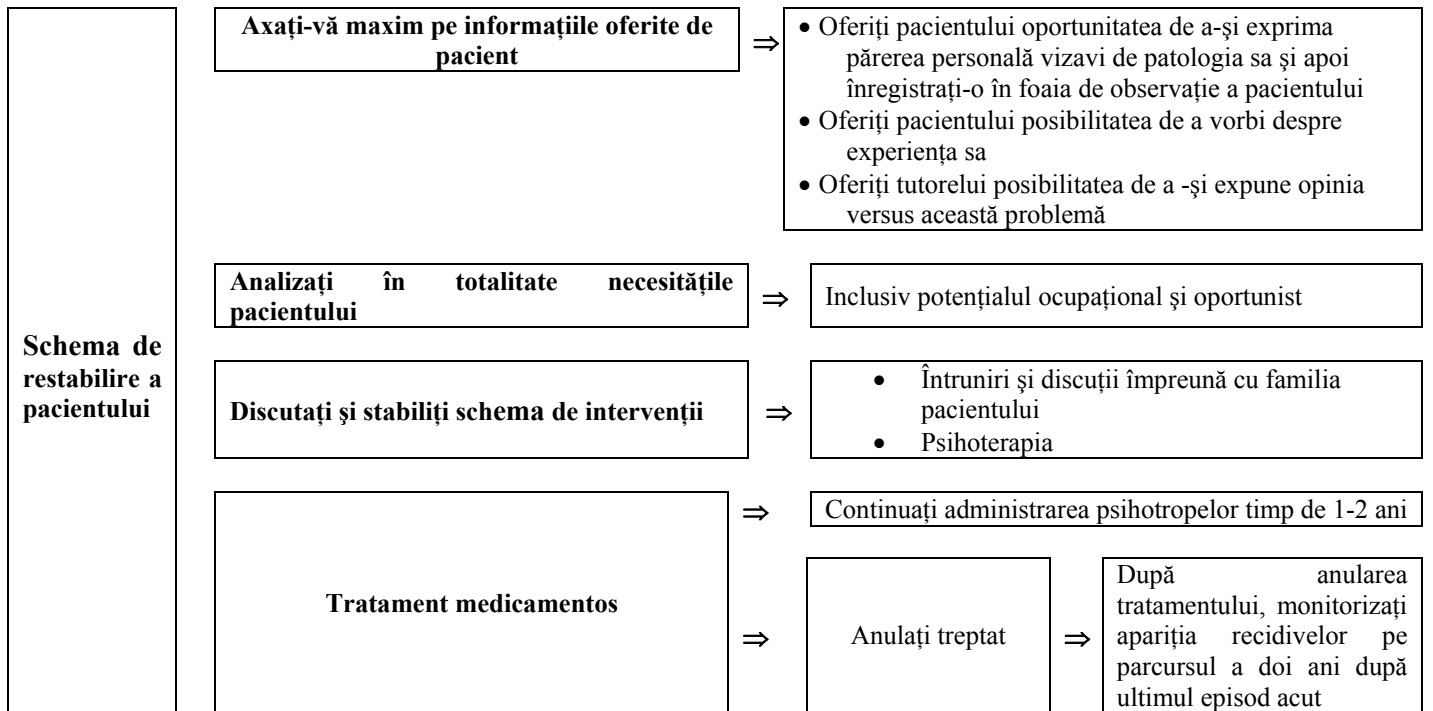


# C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

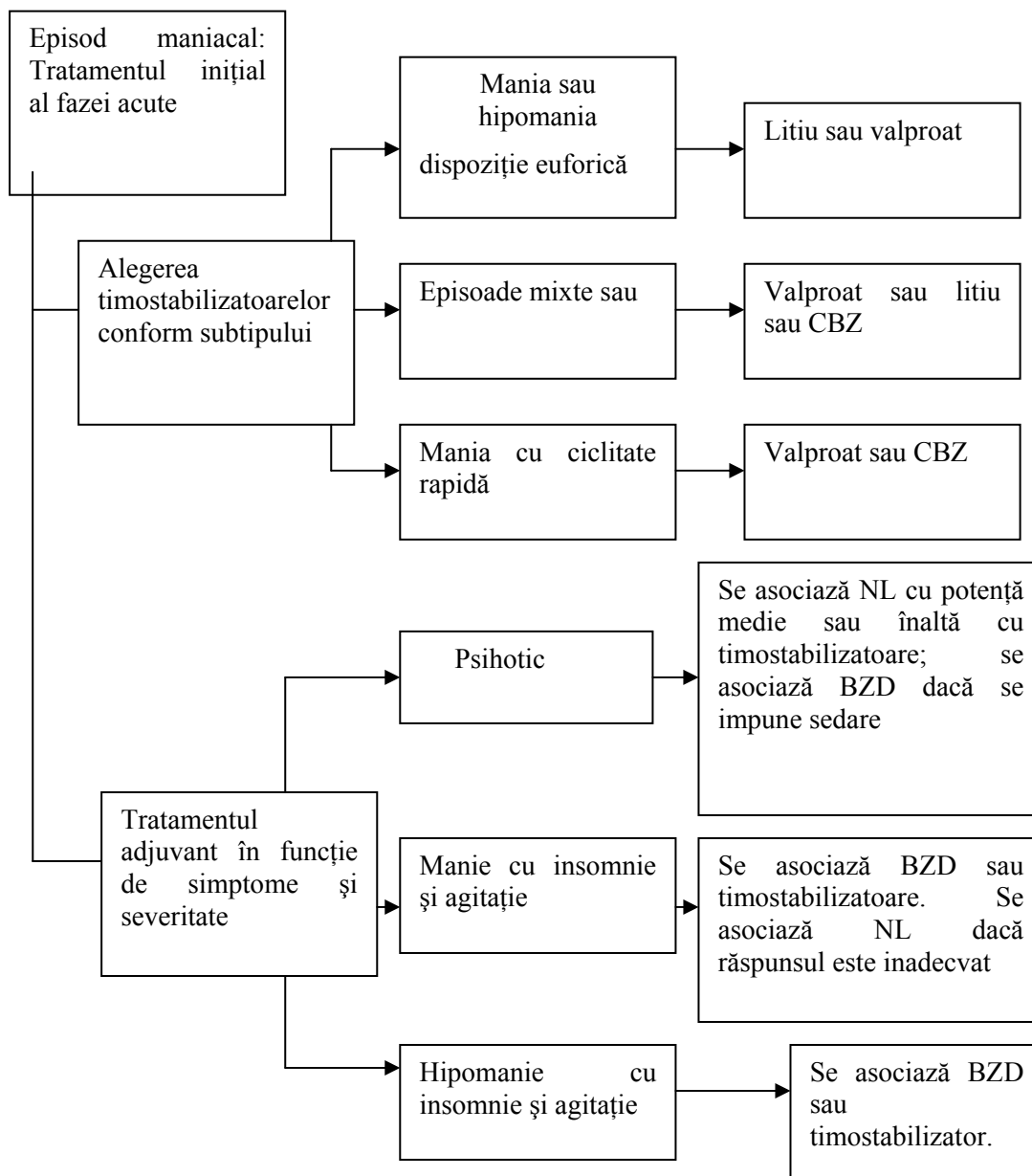
## C. 1.1 Managementul episodului maniacal acut



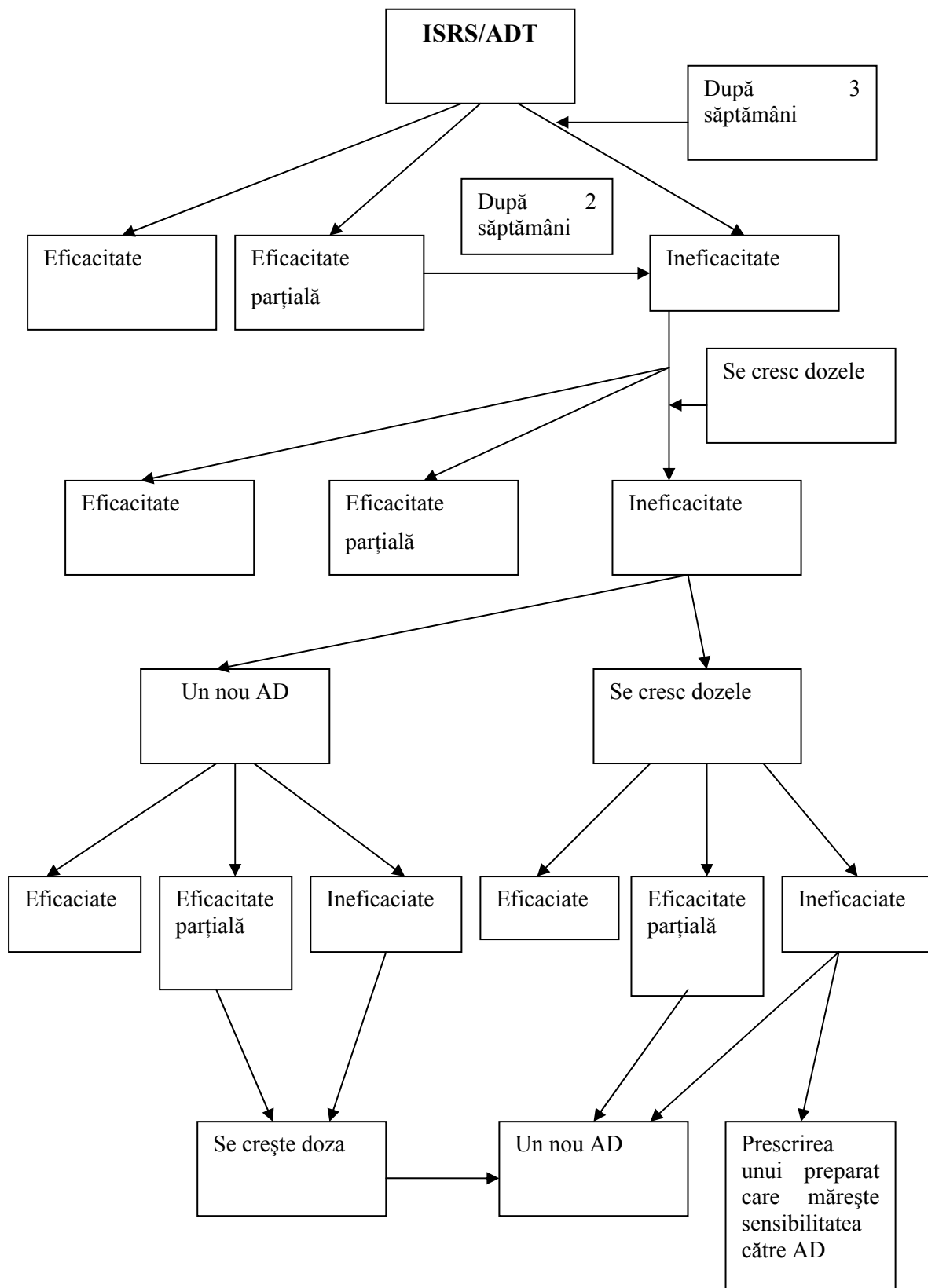
### C. 1.2. Algoritmul schemei de restabilire a pacientului în faza postacută precoce după episodul maniacal acut



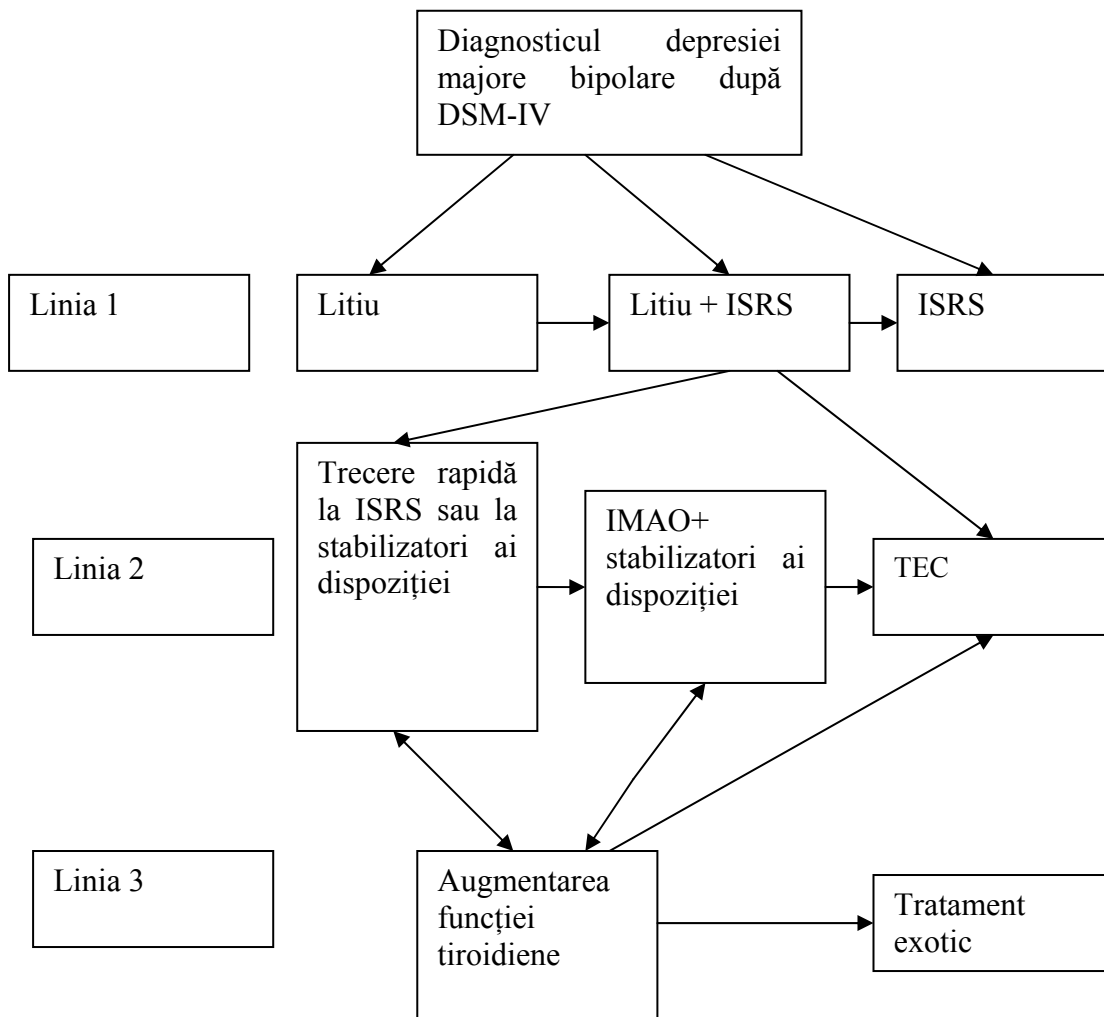
### C. 1.3. Algoritmul terapeutic al sindromului maniactal.



**C. 1.4. Algoritmul terapeutic al depresiei majore UP**



**C. 1.5. Algoritmul terapeutic al depresiei majore BP.**



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

### C.2.1. CLASIFICAREA

TABELUL 1. CLASIFICAREA TULBURĂRI AFECTIVE (DE DISPOZIȚIE)

<b>Forma nosologică și codul clasificării</b>	F 30 – F 39 Tulburări de dispoziție (afective) F 30.0 Hipomanie F 30.1 Manie, fără simptome psihotice F 30.2 Manie cu simptome psihotice F 31 Tulburarea afectivă bipolară F 31.0 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal F 31.1 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice F 31.2 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice F 31.3 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv ușor sau moderat. F 31.4 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever fără simptome psihotice F 31.5 Tulburare afectivă bipolară, episod actual depresiv sever cu simptome psihotice F 31.6 Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt F 32.0 Episod depresiv ușor F 32.1 Episod depresiv moderat F 32.2 Episod depresiv sever fără simptome psihotice F 32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice F 33 Tulburare depresivă recurentă F 33.0 Tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor F 33.1 Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat F 33.2 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, fără simptome psihotice F 33.3 Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever, cu simptome psihotice F 34.0 Ciclotimia F 34.1 Distimia
<b>Faza bolii</b>	Procesuală, intermisiune, recădere, recurență.
<b>Complicații</b>	Refuz de alimentație, sinucidere

### C.2.2. Profilaxia

#### C.2.2.1. Factorii de risc

##### Caseta 1. Factorii de risc în dezvoltarea Tulburărilor afective( de dispoziție)

- Afecțiunile fizice
- Durerea
- Lipsa relațiilor intime
- Genetică: dintre gemenii monoziagoți crescuți separat 60% pot prezenta depresie comparativ cu gemenii dizigoți.
- Biochimie: în cortexul frontal al creierului prelevat de la victimele actelor suicidare există exces de receptori pentru 5-hidroxitriptamină (5-HT).
- Endocrinologie: supresia cortizolului este anormală în aproximativ 30%. Melatonina este de asemenea implicată.
- Evenimente stresante (de exemplu nașterea unui copil, pierderea serviciului, divorț, boală). [5]

### C.2.2.2. Profilaxia - recomandări generale

#### Caseta 2. *Recomandări generale cu privire la profilaxia Tulburărilor dispoziției*

Masurile de **profilaxie primară** se limitează la consultațiile medico-genetice.

- Pentru profilaxia tulburărilor ale dispoziției afective o importanță deosebită o are evitarea căsătoriilor între bolnavii de aceasta patologie, deoarece riscul apariției bolii la copiii acestora atinge 30-50%, în timp ce în situația unui părinte bolnav, riscul constituie 15%.
- Ajutor psihoterapeutic în situații de criză, stres
- Educație armonioasă

**Profilaxia secundară** consta în:

- depistarea precoce a acutizării bolii;
- efectuarea terapiei (în staționar și ambulatoriu), care previne progresia, agravarea și apariția recidivelor;
- crearea unui regim individual de tratament (în colaborare cu psihiatrul)

**Profilaxia terțiară** include un complex de măsuri (pedagogice, social-psihologice, profesionale și altele) care vizează:

- antrenarea mecanismelor de compensare;
- stimularea compartimentelor intacte ale psihicului pacientului, care vor permite restabilirea adaptabilității la viață;
- restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale;
- oferirea bolnavului condiții igienice generale bune, unui regim individual, cu excluderea supraefortului mental;
- în realizarea unei profilaxii maxime trebuie să fie încadrarea pacientului într-un regim de lucru și odihnă rațional.

### C.2.3 Conduita pacientului cu Tulburări afective (de dispoziție)

#### Caseta 3. *Pașii obligatorii în examinarea pacientului cu Tulburări ale dispoziției afective*

- **Examenul de bază:**
  - ✓ examenul clinic psihiatric, somatic și neurologic complet;
  - ✓ obținerea informației din surse suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
  - ✓ examenul paraclinic.
- **Examenul suplimentare:**
  - ✓ examenul psihologic;
  - ✓ consultul altor specialiști.

### C.2.3.1 Anamneza

#### Caseta 4. *Recomandări pentru culegerea anamnezelor în Tulburări de dispoziție (afective)*

- Antecedente eredo-colaterale (rude cu tulburări psihice și psihologice);
- Depistarea semnelor prodromale:
  - scăderea capacității de concentrare și a volumului de atenție, dificultăți în activitate intelectuală;
  - raportări spontane verbale de disperare, izolare, inutilitate, idei de culpabilitate;
  - declarații de incapacitate, de oboseală sau de slăbiciune față de activitate, de muncă fizică sau psihică sau de distracțiile preferate;
  - lipsă de interes pentru activitate/ muncă, reducerea timpului consacrat activității sau diminuarea productivității.
  - dificultăți în alegerea/potrivirea cuvintelor și noțiunilor
  - pierderea capacității de a simți bucuria, scăderea capacității de a simți satisfacția, inerție psihică;
  - stare de neliniște, ușoară inhibare în cursul dialogului;
  - diminuarea interesului de viață și a motivației, „lenevie”, fatigabilitate psihică, anergie;
  - scăderea graduală a dispoziției și a tonusului vital, pierderea intereselor;
  - dereglarea somnului, tensionare, agitație afectivă, anxietate, refuz de a comunica, retragere socială;

- uscăciune a gurii, meteorism, dispepsie, diaree, colici, suspine, cefalee, palpitații, urinare frecventă, transpirație, scăderea poftei de mâncare, constipații; greutate în membre, în spate sau cap, dureri dorsale, dureri musculare, fatigabilitate, pierderea energiei/libidoului, tulburări ale ciclului menstrual, pierdere de greutate;
- dispoziție elevată, sau o schimbare de dispoziție pentru cel puțin câteva zile; sociabilitate, comunicativitate verbală;
- hiperfamiliaritate, energie sexuală crescută, iritabilitate, îngâmfare, comportament grosolan, agitație motorie; creștere a energiei, hiperactivitate, distractibilitate marcată, o autoapreciere exagerată;
- Specificul debutul (sub/depresiv, hipo/maniacal)
- Analiza factorilor pozitivi și negativi pentru prognosticul bolii.
- Analiza factorilor individuali de risc pentru prevenirea recăderii în viitor.

#### **Caseta 5 Factori pozitivi și negativi pentru prognosticul bolii**

<b>Factori pozitivi</b>	<b>Factori negativi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factori declanșatori evidenți.</li> <li>• Debutul acut.</li> </ul> <p>Istoricul premorbid social, sexual și profesional favorabil.</p> <p>Simptome de tulburare afectivă (în special cea depresivă).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starea civilă-căsătorit.</li> <li>• Sisteme de suport efective.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absența factorilor declanșatori.</li> <li>• Debut insidios.</li> </ul> <p>Istoricul premorbid social, sexual și ocupațional nefavorabil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoizolarea</li> <li>• Starea civilă- celibatar, divorțat sau văduv</li> <li>• Istoricul familial cu cazuri de tulburare afectivă (în special cea maniacală).</li> <li>• Absența remisiunilor ultimii 3 ani.</li> <li>• Recăderi multiple.</li> <li>• Istoricul cu episoade de furie, violență, autoleziuni.</li> <li>• Comorbiditatea cu unele condiții psihiatrice sau non psihiatrice.</li> </ul>

#### **C.2.3.2 Manifestările clinice**

##### **Caseta 6. Episod depresiv**

- dispoziție depresivă;
- pierderea intereselor/bucuriilor;
- reducerea energiei;
- fatigabilitate crescândă;
- activitate diminuată;
- oboseală accentuată după un efort mic/sau fără efort;
- reducere a capacității de concentrare și a atenției;
- reducere a stimei și a încrederii în sine;
- idei de vinovăție și lipsa de valoare;
- viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- idei sau acte de auto-vătămare sau suicid;
- somn perturbat;
- apetit diminuat.

##### **Caseta 7. Episod maniacal**

- elevație a dispoziției, însoțită de o creștere a energiei, rezultând în hiperactivitate, presiune a vorbirii, nevoie scăzută de somn.
- distractibilitate marcată, o autoapreciere exagerată și sunt exprimate liber idei grandioase ideile de autoapreciere excesive, iritabilitatea și suspiciozitatea se pot dezvolta în deliruri;
- fuga de idei, presiunea gândirii, incomprehensibilitatea vorbirii;
- activitate fizică intensă și susținută, cheltuială de bani fără socoteală;
- excitare, agresiune/ violență;
- neglijarea alimentației, băuturii, igienei personale, stări de deshidratare.



**Caseta 8. Cele mai frecvente simptome depresive întâlnite la pacienți**

- dispoziție depresivă- 95-100%;
- insomnie-95%;
- tulburare de concentrare-90%;
- idei autolitice-80%;
- inapetență-80%;
- fatigabilitate-75%;
- disperare-50%;
- idei delirante-35%;
- tentativă autolitică-15%.

**Tabelul 2. Tabloul clinic în formă de gravitate a episodului**

Formele	Simptomatologia
Hipomanie	O elevație ușoară a dispoziției, sau o schimbare de dispoziție pentru cel puțin câteva zile; sociabilitate, comunicativitate verbală, hiperfamiliaritate, energie sexuală crescută, reducerea nevoii de somn; iritabilitate, îngâmfare, comportament grosolan, afectarea capacității de concentrare. Aceste simptome nu sunt în măsură să interfereze grav cu munca sau să ducă la o rejecție socială.
Manie, fără/cu simptome psihotice	Dispoziția este ridicată fără a ține cont de circumstanțele individuale și poate varia de la o jovialitate nepăsătoare la o excitare aproape incontrollabilă. Elevația este însoțită de o creștere a energiei, rezultând în hiperactivitate, presiune a vorbirii, și o nevoie scăzută de somn. Atenția nu poate fi păstrată, există deseori o distractibilitate marcată, o autoapreciere exagerată, și sunt exprimate liber idei grandioase sau supraoptimiste. Ideile de autoapreciere excesive și suspiciozitatea se pot dezvoltă în deliruri, iar iritabilitatea și suspiciozitatea se pot dezvolta în deliruri de persecuție. În cazuri severe, delirurile de grandoare sau religioase, de identitate sau de rol, pot fi proeminente, și fuga de idei și presiunea gândirii pot avea ca rezultat incomprehensibilitatea vorbirii. Activitatea fizică intensă, excitarea pot avea ca rezultat fie agresiune/ violența sau neglijarea alimentației, băuturii, și a igienei personale, care pot duce la stări periculoase de deshidratare și neglijare de sine.
Episod depresiv ușor sau moderat.	Dispoziție depresivă, pierderea intereselor/bucuriilor și o reducere a energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată. O oboseală accentuată după un efort mic este obișnuită. Se notează o reducere a capacității de concentrare și a atenției, a stimei și a încrederii în sine, idei de vinovăție și lipsa de valoare, viziune tristă și pesimistă asupra viitorului, somn perturbat, apetit diminuat. Durata minimă a întregului episod este de aproximativ 2 săptămâni.
Episod depresiv sever fără/cu simptome psihotice.	Dispoziție depresivă, pierderea intereselor/bucuriilor, reducerea energiei, fatigabilitate crescândă, activitate diminuată, oboseală accentuată, idei de vinovăție și lipsa de valoare, viziune tristă și pesimistă asupra viitorului, somn perturbat, apetit diminuat, idei sau acte de auto-vătămare sau suicid. Delirurile implică de obicei ideea de păcat, sărăcie sau dezastre iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de subiect. Halucinațiile auditive sau olfactive apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare sau mirosuri de murdărie, putrefacție. O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor.
Ciclotimia	Subiectul manifestă o instabilitate persistentă a dispoziției, implicând numeroase perioade de depresie și elafie ușoară. Această instabilitate se dezvoltă de obicei devreme în viața adultă și urmează un curs cronic, deși din când în când dispoziția poate fi normală sau stabilă luni în șir. Oscilațiile dispoziției sunt percepute de obicei de către subiecți ca fiind

	necorelate cu evenimentele de viață. Subiectul are unele dificultăți în a-și îndeplini munca și activitățile sociale obișnuite, dar, probabil, nu va înceta complet să funcționeze.
Distimia	Subiectul manifestă de obicei perioade de zile sau săptămâni, în care se descriu ca simțindu-se bine, dar majoritatea timpului (adesea luni în șir, până la doi ani) sunt oboseți și deprimați, totul este pentru el un efort, nimic nu-l poate bucura. Ei meditează și se plâng, dorm rău și nu se simt bine, dar sunt de obicei capabili să facă față cerințelor vieții cotidiene. Se dezvoltă de obicei devreme în viața adultă, și durează mai mulți ani, uneori indefinit. Subiectul are unele dificultăți în a-și îndeplini munca și activitățile sociale obișnuite, dar, probabil, nu va înceta complet să funcționeze.

**Tabelul 3. Managementul stărilor psihotice acute cu comportament violent în Tulburări afective (de dispoziție)**

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
Impulsivitate, agitație psihomotorie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propria intuiție poate să vă fie de ajutor în această situație!</li> <li>• Dacă sunteți singur, asigurați-vă că sunteți mai aproape de ușă decât de pacient!</li> <li>• Nu stați singur cu pacientul; dacă este nevoie chemați, ajutor (de ex. poliția)!</li> <li>• Încercați să calmați pacientul și să vorbiți cu el. Nu-l atingeți!</li> <li>• Folosiți limbajul corporal pentru a-l calma (stați liniștit, cu palmele desfăcute, atent)!</li> <li>• Obțineți consimțământul pacientului pentru acordarea tratamentului. Dacă pacientul nu este de acord, poate fi administrat tratamentul de urgență pentru a-i salva viața sau pentru ameliorarea stării lui, care se agravează sever (cu aprobarea verbală a oricărui medic)!</li> <li>• Folosiți forțe minime pentru asistența fizică a pacientului!</li> </ul>

**Tabelul 4. Managementul pacientului suicidar.**

Simptomatologia	Recomandări pentru personalul medical
Impulsivitate, agitație psihomotorie.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluare.</li> <li>2. Acordul la un contract de ajutorare.</li> <li>3. Discuții cu familia cu privire la modul cum ar putea fi abordate problemele.</li> <li>4. Rezolvarea problemelor prin facilitarea înțelegerii de către pacient a situației dificile și prin sublinierea modului în care a făcut față problemelor în trecut. Scopul este de a genera o capacitate mai mare de a face față la probleme în viitor precum și de a ameliora problemele personale și sociale imediate.</li> </ol> <p>Prevenția: clinici cu internare liberă sau servicii telefonice permanente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Supravegherea fie cu ajutorul familiei, fie cu ajutorul pacientului.</li> </ol> <p>Evaluarea include trei inele concentrice.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Inelul interior</i> este reprezentat de circumstanțele tentativei, ce s-a întâmplat în ziua respectivă; au fost lucrurile normale la început? Când au apărut sentimentele și evenimentele care au dus la tentativă? Fă o descriere detaliată a acestora. A existat vreun ultim document (de ex. un bilet suicidar)? Ce a făcut persoana după eveniment? Ce s-a așteptat să se întâmple după tentativă?</li> </ul>

• *Inelul mijlociu* este reprezentat de fundalul tentativei: cum au fost lucrurile în decursul lunilor anterioare? Era posibil ca tentativa să se producă în orice moment în decursul ultimelor luni? Care au fost relațiile importante în acest timp?

• *Inelul exterior* este reprezentat de familie și de antecedentele personale.

După cele menționate anterior, ajungi la *centrul țintei* -intențiile care se ascund în spatele tentativei, sentimentele și intențiile actuale. Reprezintă tentativa o dorință de a muri; o dorință de a trimite un mesaj cuiva; sau o dorință de a schimba o situație insuportabilă? Întreabă: „Dacă ai părăsi azi spitalul, cum ai face față?”. Înainte de a interna pacientul, întreabă-1 de ce a venit la spital. „Singurul scop este de a te face să te simți mai fericit?”. Scopul trebuie să fie de a obține ceva ce nu poate fi obținut în afara spitalului. Dacă internarea pare să fie urgentă întreabă: „De ce va fi externarea mai sigură peste câteva săptămâni decât acum?”.

1. Toate amenințările suicidare trebuie luate în serios.

2. Întrebi clar pacienții despre planurile suicidare

3. Terapeutul va asculta și va ajuta pacientul cu condiția ca acesta să consimtă să fie sincer și să spună despre orice gânduri sau planuri suicidare.

4. Se stabilește clar acordul cu privire la problemele care trebuie abordate.

5. Se stabilește tipul schimbării plănuite.

6. Specificarea persoanelor care vor fi implicate în tratament (de ex.alți membri ai familiei, prieteni).

7. Acordul cu privire la programul și locul ședințelor.

Acordul cu privire la responsabilitatea pacientului de a lucra efectiv cu terapeutul și de a efectua orice „temă”.

**Notă.** Depresia este cauza principală. Un precedent frecvent este *o ceartă* cu un prieten. Imaturitate emoțională, incapacitatea de a face față stresului, slăbirea legăturilor religioase, șomajul și posibilitatea procurării armelor și a medicamentelor (medicamentele psihotrope sunt cele mai răspândite otrăvuri) sunt de asemenea importante, după cum este și comportamentul "imitator": când o persoană încearcă să se sinucidă, vor urma și alții.

### ***C.2.3.3. Investigațiile paraclinice***

#### ***Caseta 9. Investigații paraclinice***

- Hemoleucograma.
- Analiza sumară a urinei.
- Ureea.
- Glicemia.
- Protrombina.
- Bilirubina totală și fracțiile ei .
- Alaninaminotransferaza (ALT) și aspartrataminotransferaza (AST).
- Concentrația litiului în plasmă (se recomandă numai în caz de tratament cu preparate de litiu);
- Reacția de microprecipitare (RMP) la sifilis.
- Coproscopia.
- Electrocardiografia (ECG).
- Radiofotografia (o dată la 6 luni).

### C.2.3.4 Diagnosticul diferențial

**Tabelul 5. Diagnosticul diferențial între stările care se manifestă cu simptomatologia similară Tulburărilor ale dispoziției afective**

	Etiologia	Starea prodromală	Debutul	Deosibirile în manifestări clinice	Durata maladiei	Markeri "paraclinici" specifici	Nivelul intelectual până la declanșare	Conștiența
Psihoza indusă de substanțe psihoactive	intoxicație cu alcool, droguri	în anamneză-date ce confirmă abuzul de alcool, droguri	acut	tulburări de conștiință	ore, zile	concentrația sanguină a C <sub>2</sub> H <sub>5</sub> OH	diferit	este afectată
Psihoza epileptică	epilepsie	în anamneză - date ce confirmă paroxismele epileptice	acut sau lent	patern paroxistic	zile, luni	schimbări specifice laelectroencefalografi e (EEG)	semne de scădere a nivelului intelectual	este afectată
Psihoza presenilă	schimbări organice ale creierului, în prim rând, vasculare	în anamneză - date ce confirmă tulburările de comportament, nivel moderat	insidios	tulburările de percepție care vizează habitul	luni	colesterolemie	semne de diminuare a nivelului intelectual	este afectată sau păstrată
Psihoza în demențe de tip atrofic	Boala Alzheimer, Pick	în anamneză - date care confirmă tulburări cognitive și comportamentale, treptate	acut sau insidios	afectarea memoriei și funcției cognitive	luni	Modificări atrofice depistate prin CT și MRI	se evidențiază diminuare a nivelului intelectual	este afectată sau păstrată
Tulburări delirante	este necunoscută	în anamneză - date care confirmă schimbări ale personalității de tip paranoic	acut	idei de supravaloare și delirante, fără tulburări de percepție	luni	nu sunt atestați	poate să fie păstrat	este păstrată
Tulburări de personalitate tip afectiv	diferită: organică și neorganică	în anamneză - date care confirmă schimbări de personalitate de tip afectiv	acut	simptomatologie severă lipsește	ore, zile	nu sunt atestați	este păstrat	este păstrată
Schizofrenia	este necunoscută	în anamneză date care confirm schimbări emoționale pozitive sau/și negative	acut sau insidios	idei delirante, tulburări de percepție	luni, ani	nu sunt atestați	este păstrat	este păstrată
Simularea	psihogenă	se poate de presupus existența problemelor habituale, juridice etc.	în funcție de scopul persoanei	discordanța semnelor	ore, zile, ani	nu sunt atestați	este păstrat	este păstrată
Reacții la un factor de stres	psihogenă	evenimente catastrofice, dramatice în viața personală	acut	acutizarea pe fundal stresogen	ore, zile, luni	majorarea nivelului de adrenalină	este păstrat	este afectată
Tulburare schizoafectivă	este necunoscută	în anamneză date care confirm schimbări emoționale pozitive sau/și negative	acut sau insidios	Idei delirante, tulburări de percepție, afective, pe fon afectiv	luni, ani	nu sunt atestați	este păstrat	este păstrată
Psihozele somatogene	tulburări somatice	în anamneză - date care confirmă prezența bolilor somatice însoțite de endointoxicație	diferit	tulburări de gândire și percepție pe fonl de conștiință tulburată	ore, zile, luni	prezența endotoxinelor în funcție de patologia somatică	poate fi diferit	este afectată

### **C.2.3.5 Condiții de tratament**

#### **Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu Tulburare afectivă (de dispoziție)**

##### **În staționar:**

(inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de *Legea privind asistența psihiatrică*) în cazurile dereglărilor psihotice pronunțate și de comportament cu pericol pentru sine și pentru ceilalți.

##### **În staționar de zi:**

în caz de acces nepronunțat, de acutizare a procesului sau de finisare a tratamentului.

#### **Caseta 11. Criteriile de spitalizare în reanimare a pacienților cu**

- Semne de pericol al funcțiilor vitale în cazuri de: refuz de alimentație (de durată), cu consecințe grave pentru statutul somatic.
- Stări grave după tentative de suicid.

### **C.2.3.6 Tratamentul Tulburărilor afective (de dispoziție)**

#### **Caseta 12. Etapele de tratament a pacienților cu Tulburări de dispoziție afective**

- Terapia episodului acut.
- Terapia de întreținere.
- Terapia de susținere.

##### **C.2.3.6.1 Terapia episodului acut (de inițiere)**

**Terapia episodului acut** se inițiază din momentul începerii accesului și se termină la stabilirea remisiunii clinice, adică continuă până la reducerea considerabilă sau totală a psihopatologiei.

#### **Caseta 13. Principiile tratamentului de Tulburări de dispoziție afective:**

- Structura psihopatologică a accesului, care determină alegerea preparatelor psihotrope.
- Înlocuirea sau adăugarea altor metode de tratament, ținând cont de dinamica transformării sindromului în procesul curativ.
- Monitorizarea stării somato-neurologice a pacientului, ținând cont de evitarea efectelor adverse nefavorabile grave.

#### **Caseta 14. Terapia episodului acut în Tulburări de dispoziție afective:**

- Preparatele neuroleptice sedative tipice (tradiționale) - Chlorpromazina, Levomepromazina, Haloperidol) – în caz de excitare psihomotorie, agresivitate, ostilitate (anexa 1,2).
- Antipsihoticele (antihalucinatoarele și antidelirantele – Haloperidol, Risperidon, Olanzepin, Amisulprid) - în caz de manifestări halucinator-paranoide (anexa 2).
- La prezența stării de excitare maniacală, în tabloul clinic, se recomandă Sărurile de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigina, Gabapentina.
- Prezența în structura psihozei a afectului depresiv pronunțat va motiva indicarea preparatelor antidepresive în doze suficiente pentru jugularea afectului patologic.

#### **Caseta 15. Principiile de dozare a preparatelor în Tulburări de dispoziție afective:**

- În lipsa indicațiilor urgente (de ex. excitație pronunțată), doza preparatului, de regulă, se majorează treptat până la atingerea rezultatului terapeutic sau dezvoltarea efectului secundar pronunțat. Pentru aprecierea stării de toleranță a preparatului, înainte de tratament se introduce o doză mică de test, de ex. 25-50 mg Imipramină. Lipsa în parcursul a 2 ore reacțiilor alergice sau a altor reacții este semn că doza poate fi treptat mărită.
- Doza adecvată se selectează individual pe cale empirică, de ex, în tratamentul fazei acute doza Imipraminei poate să ajungă la 200-250 mg/zi, a Sărurilor de litiu 1500/2000 mg/ zi.

**Notă:** Excitația psihomotorie se jugulează, de regulă, în primele zile ale tratamentului.

#### **Caseta 16. Termenii tratamentului episodului acut în Tulburări de dispoziție afective:**

**În staționare** la aplicarea terapiei adecvate cu medicamente, termenele tratamentului pot fi de la 3 săptămâni până la 3 luni (pentru atingerea unui control terapeutic complet, de regulă, sunt necesare 20-60 zile).

**În staționar de zi** - până la 90 zile.

**În condiții de ambulatoriu** – până la 3 ani.

**Caseta 17. Criteriile de evaluare a eficacității terapiei în episodul acut:**

- Normalizarea comportamentului, dispariția excitației sau a inhibiției psihomotorii.
- Atenuarea simptomatologiei psihotice productive.
- Restabilirea discernământului și conștientizarea maladiei.
- Restabilirea rolului social.

**C.2.3.6.1.1. Medicația adjuvantă în episoadele maniacale, mixte și hipomaniacale**

Trăsături clinice	Manie cu simptome psihotice	Manie fără simptome psihotice	Hipomanie
Scop terapeutic	Controlul simptomelor psihotice Inducerea somnului și a sedării	Inducerea somnului și a sedării	Inducerea somnului și a sedării
Linia I	Adăugarea la timoreglator a unui AP cu potență mare sau medie. La AP și timoreglator se poate adăuga un BZD în vederea sedării.	Adăugarea la timoreglator a unui BZD.	Adăugarea la timoreglator a unui BZD.
Alte alternative	Trecerea la un AP cu potență mică (clorpromazină) în vederea accentuării sedării.	Adăugarea la timoreglator și BZD a unui antipsihotic cu potență mare sau medie.	Adăugarea unui AP cu potență mare sau medie (rareori necesară, dar uneori folositoare).

**Timoreglatoare**

Mania clasică, euforică - litiu, valproat

Mania mixtă sau disforică - valproat, litiu, carbamazepină

Mania cu cicluri rapide - valproat, carbamazepină

**Medicație adjuvantă a simptomelor psihotice, agitației sau insomniei**

**Mania cu simptome psihotice** - AP cu potență mare sau medie; se vor adăuga BZD pentru o mai bună sedare

**Mania fără simptome psihotice** - BZD; se vor adăuga antipsihotice în cazuri severe

**Hipomanie** - BZD

**Mania rezistentă: schimbarea timoreglatorului****Răspuns parțial după 2-4 săptămâni la:**

- litiu: + valproat; + carbamazepină

- valproat: + litiu

- carbamazepină: + litiu

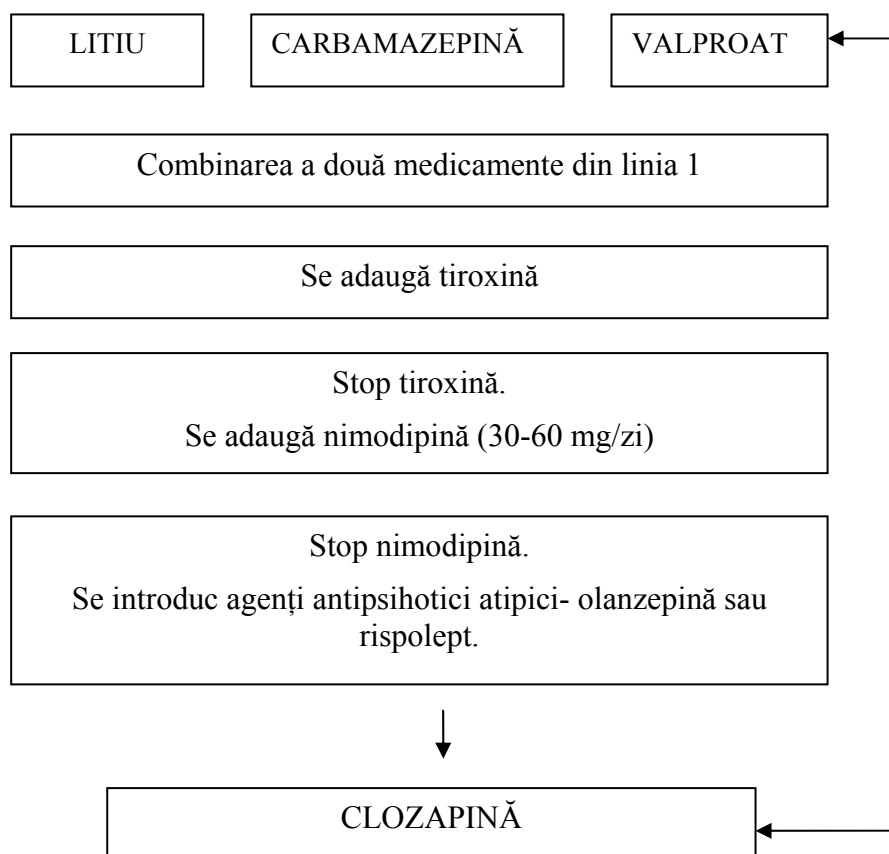
**Non-răspuns după 1-3 săptămâni la:**

- litiu: trecere la sau adăugare de valproat

- valproat: trecere la sau adăugare de litiu

carbamazepină: trecere la litiu sau valproat (sau + litiu)

### C.2.3.6.1.3. Strategii terapeutice pentru tulburările bipolare cu cicluri rapide.



**Notă.** Tulburarea afectivă prezintă cicluri rapide dacă în timpul unui an apar mai mult de 4 episoade depresive și/sau maniacale.

#### **Caseta 18. Acțiunile medicului în absența unei dinamici a tratamentului**

- în lipsa rezultatului pozitiv al tratamentului în decurs de 3-6 săptămâni (de verificat dacă pacientul administrează medicamentele) este necesar de administrat tratament parenteral sau un alt preparat, care diferă după structura chimică.
- în cazul când nu se obține rezultat scontat de la terapia cu preparatele psihotrope, este rațională aplicarea altor metode medicale:
  - ✓ metoda de anulare momentală a tuturor preparatelor psihotrope pentru o perioadă de 5-7 zile;
  - ✓ terapia electroconvulsivantă.
- de asemenea, are o importanță aplicarea psihoterapiei, combinată cu farmacoterapia.

**Notă:** Selectarea metodei respective de tratament al stării refractare se efectuează luând în considerație specificul stării clinice și datele versus reacționarea anterioară a bolnavului la diferite metode de tratament.

#### **Caseta 19. Acțiunile medicului în depresia rezistentă**

- combinația antidepresive+neuroleptice;
- terapie prin perfuzie/adminstrare i.m. monodrog antidepresiv;
- terapie prin perfuzie/adminstrare i.m./terapie orală cu două antidepresive;
- combinarea terapiei- antidepresive+timostabilizatoare +aplicarea psihoterapiei;
- metoda de anulare momentală a tuturor preparatelor psihotrope;
- terapia electroconvulsivantă.

**Notă:** Depresia rezistentă este definită ca fiind o tulburare, care nu răspunde într-o manieră pozitivă la două grupuri de antidepresive, administrate succesiv și pe o durată de timp adecvată (minimum șase săptămâni pentru un antidepresiv), într-o doză suficientă și cu o bună complianță la tratament.

### **C.2.3.6.2. Terapia de întreținere**

#### **Caseta 20. Principiile terapiei**

- Continuarea folosirii preparatului eficient.
- Reprimarea simptomatologiei productive reziduale, atenuarea treptată a influenței sedative și majorarea acțiunii stimulatorii a medicamentelor.
- Prevenirea recăderilor precoce, relevarea lor rapidă și intensificarea oportună a terapiei antipsihotice.
- Micșorarea dozelor după atingerea remisiunii clinice stabile.
- Perioada tratamentului poate varia și durata poate ajunge la 6 luni de zile.
- Ca rezultat se preconizează reprimarea simptomatologiei productive reziduale.

**Notă:** Se recomandă de efectuat măsuri de reabilitare socială, activități psihosociale în grup și încadrarea în muncă.

### **C.2.3.6.3. Corijarea simptomatologiei reziduale**

#### **Caseta 21. Principiile terapiei în corijarea simptomatologiei reziduale:**

- Crearea regimului medicamentos optim în aplicarea psihoterapiei.
- Medierea relațiilor interpersonale.
- Reabilitarea socio-profesională.
- Corectarea farmacologică a acestor manifestări se realizează lent, de aceea este necesară terapia îndelungată de până la câteva luni.
- Ca rezultat se preconizează: 1) atenuarea simptomatologiei reziduale și 2) ameliorarea adaptației psihologice, sociale și profesionale

### **C.2.3.6.4. Terapia de susținere**

#### **C.2.3.6.4.1. Terapie profilactică cu psihotrope (de susținere)**

La 20-40% dintre bolnavii cu Tulburări ale dispoziției afective, acutizarea stării se dezvoltă în primele 6 luni după încetarea tratamentului.

#### **Caseta 22. Principiile terapiei profilactice cu psihotrope**

- Tratamentul este direcționat la lichidarea dezvoltării de noi accese, încetinirea tempoului progresie a maladiei, menținerea nivelului optim de activitate a pacientului în societate.
- În acest scop se folosesc preparatele, cu ajutorul cărora s-a atins jugularea accesului (acutizării), dar în doze mici; preferabile sunt timostabilizatoarele (Sărurile de litiu, Carbamazepina, Valproat de sodiu, Lamotrigina) (anexa 2, 3);
- Terapia de susținere antirecidivă la bolnavi se poate aplica prin două metode de bază:
  - ✓ terapia continuă - bolnavul administrează preparatele permanent;
  - ✓ terapia periodică - preparatele se administrează în perioada stărilor prodromale sau la apariția simptomatologiei psihotice acute.
- **Decizia versus varianta optimă de tratament este strict individuală pentru fiecare pacient!**
- În cazul unei forme continue a maladiei, este rațional aplicarea continuă a terapiei cu medicamente.
- În cazul formelor care decurg cu accese episodice, se poate aplica terapia periodică, în pofida faptului că, în majoritatea cazurilor, dezvoltarea recăderilor nu poate fi prevăzută.
- Indicațiile de bază, în aplicarea terapiei antipsihotice profilactice sunt formele episodice și continue ale maladiei, îndeosebi cu cicluri rapide (posibil, în staționarul fe zi și în condiții de ambulatoriu).
- Tratamentul cu timostabilizatoare deseori se inițiază în staționar, îndată după jugularea simptomatologiei psihotice acute.
- După stabilizarea stării psihice, doză preparatului se poate treptat de micșorat prin două metode: de redus doza unică sau de mărit intervalul între administrări.

#### **Caseta 23. Perioada de aplicare a terapiei antirecidive**

- Supravegherea este de durată, nu mai puțin de câțiva ani.
- Decizia versus perioada de aplicare a terapiei antirecidive se ia individual! Se va lua în considerație:
  - ✓ nivelul de influență în frecvența și relevanța acceselor repetate (acutizării);
  - ✓ nivelul de influență negativă a simptomatologiei psihotice la adaptarea socioprofesională;
  - ✓ relevanța și caracterul efectelor secundare;



- ✓ posibilitatea includerii pacientului în programele sociale de reabilitare.
- Ca rezultat, în urma tratamentului se preconizează susținerea nivelului funcțional optim la bolnavi, cu ajutorul dozei minime eficiente în prevenția recidivei.

#### **C.2.3.6.4.2. Reabilitarea socioprofesională**

La bolnavii cu Tulburări ale dispoziției afective reabilitarea socioprofesională va începe cu etapele precoce de dezvoltare a maladiei și va continua și în etapele ulterioare a maladiei, în funcție de reabilitarea bolnavilor psihici.

##### **Caseta 24. Prima etapă de reabilitare socioprofesională**

- Are loc în condiții de staționar și de staționar de zi concomitent cu metodele de terapie biologică.
- Presupune diferite tipuri de implicări psihosociale (socioterapie, psihoterapie individuală și în grup, ergoterapie, stimularea activității sociale, a deprinderilor zilnice).

##### **Caseta 25. Etapa a doua de reabilitare socioprofesională**

- Vizează adaptarea bolnavului la una sau la o altă condiție a vieții în societate, la activitate profesională în condiții extraspitalicești.
- Are loc în condiții de ambulatoriu.
- La această etapă terapia biologică trece pe planul doi.
- Predomină diferite tipuri de acțiuni psihosociale însoțite de stimularea activității sociale a bolnavilor. Se efectuează susținerea emoțională (grupa de susținere), de autoafirmare și instrumentală (organizatorică, metodică).
- Se pune accent pe instruirea profesională și reprofilarea bolnavilor, angajarea lor în câmpul de muncă.

##### **Caseta 26. Etapa a treia de reabilitare socioprofesională**

- Vizează recuperarea totală a valorii individuale și celei sociale a pacientului, recuperarea relațiilor cu mediul înconjurător.
- Are loc numai în condiții extraspitalicești.
- Predomină diferite tipuri de acțiuni psihosociale care în această etapă sunt decisive la nivel microsocial și vizează lucrul cu mediul social înconjurător apropiat, inclusiv și familia, utilizându-se metoda de psihoinstruire, activarea rețelei naturale de susținere socială, de asemenea, și înlocuirea ei, efectuată prin crearea mediului socioterapeutic artificial – cămine pentru persoanele singuratiche, socialmente vulnerabile; implicarea pacienților în activități de grup, de exemplu, grupuri de autoajutor, cluburi psihosociale.
- Reabilitarea prin muncă se efectuează în funcție de severitatea maladiei și de durata ei în condiții asemănătoare atât în condițiile întreprinderilor curative și de producție cât și în secții specializate în producție obișnuită.

#### **C.2.3.6.5. Psihoterapia**

Psihoterapia (se realizează după depășirea stării acute):

- ✓ psihoterapia individuală;
- ✓ psihoterapia de familie;
- ✓ psihoterapia de grup.

#### **C.2.3.7. Supravegherea pacienților cu Tulburări afective (de dispoziție)**

##### **Caseta 27. Supravegherea pacienților cu Tulburări de dispoziție afective**

- ✓ Pacienții cu Tulburări ale dispoziției afective sunt supravegheați de medicul psihiatru din secțiile consultative: după externare – 1 dată în săptămână, pe parcursul primei luni, apoi de 2 ori pe lună, pe parcursul următoarelor 5 luni, apoi 1 dată în lună începând cu luna a 6-a până la sfârșitul anului; consultația - la necesitate, după perioada menționată.

##### **Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu Tulburări de dispoziție afective la medicul de familie**

Medicul de familie monitorizează starea somatică a pacientului care se află în tratament de susținere, pentru evitarea efectelor adverse ale preparatelor neurotrope.

**C.2.4. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)**  
**Caseta 28. Efecte secundare ale antidepressivelor**

Substanța	Tulb. centrale	Tulb. SN autonom	Reacții cutanate	Tulb. hepatice	Tulb. digestive	HTA	Tulb. cardiace	Tulb. sanguine
Amitriptilina	++	+	+	+	+	+	+	±
Clomipramin	+++	++	±	+	+	±	+	0
Dibenzepina	++	++	+	+	+	±	+	0
Doxepina	++	+	+	±	+	+	+	±
Maprotilina	+++	+	++	±	±	±	+	±
Mianserina	+	±	+	+	+	+	+	+
Nomifensina	+	±	+	+	±	0	±	+
Zimelidina	++	0	++	+	++	0	0	+
Fluoxetina	+	0	?	+	++	0	0	±

**Caseta 29. Principalele efecte secundare ale terapiei cu antidepressive SSRI**

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

**Caseta 30. Interacțiuni medicamentoase ale antidepressivelor**

Substanța reactivă	Acțiunea substanței asupra activității antidepressivului	Acțiunea antidepressivului asupra activității substanței
Adrenalina		Potențarea efectului hipertensiv, risc de aritmie
Alcool	<nivel plasmatic >eficacitatea	Potențarea efectului în administrare acută (amitriptilina, mianserina)
Metilfenidat	> eficacitatea, > TA	
Anticoagulante orale		Scad eliminarea, risc de supradozare
Anestezice generale		HT oscilantă, tulburări de ritm
Anticolinergice		Stări confuzionale, ileus paralytic
Antiepileptice	< nivel plasmatic, <eficacitatea	<pragul epileptogen
Barbiturice	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Clonidină	<efectul antidepressiv	<efectul antihipertensiv
Contraceptive orale	>nivel plasmatic, >eficacitatea	
Disulfiram	>nivel plasmatic, risc de supradozare	
Diuretice		Aditivarea acțiunii hipotensoare
L-dopa		Antagonizarea efectelor
Guanetidina		<efect antihipertensiv
Glutetimid	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Metildopa		<efect antihipertensiv
Metiltestosteron		în unele cazuri, bufee delirante
Neostigmină		>anomalii unde ST, T aritmii
Neuroleptice	>nivel plasmatic, >eficacitatea	Recrudescența delirului

Estrogeni	Scădere reciprocă a eficacității; somnolență, greață, cefalee, tremor, hipotensiune, sindrom de depersonalizare-	
Fenitoină		>toxicitatea
Rezerpină	Diaree, neliniște psihomotorie, hipomanie	
Tutun	< nivel plasmatic, <eficacitatea	

### Caseta 31. Activitatea sedativă și anticolinergică a medicamentelor antidepresive

Preparat	Efect sedativ	Activitatea anticolinergică
1. Doxepin	+++	++
2. Trimipramin	+++	++
3. Amitriptilina	+++	+++
4. Nortriptilin	++	++
5. Imipramina	++	++
6. Desipramina	+	+
7. Protriptilina	+	+++
8. Maprotilina	++	+++
9. Amoxerina	++	+
10. Trazodona	+++	0
11. Fluoxetina	+	0
12. Viloxazina	+	0
13. Fluvoxamina	++	0
14. Paroxetina	++	0
15. Sertralina	++	0
16. Medifoxamina	++	0
17. Zimelidina	++	0
18. Reboxetina		0
19. Mitrazepina		0

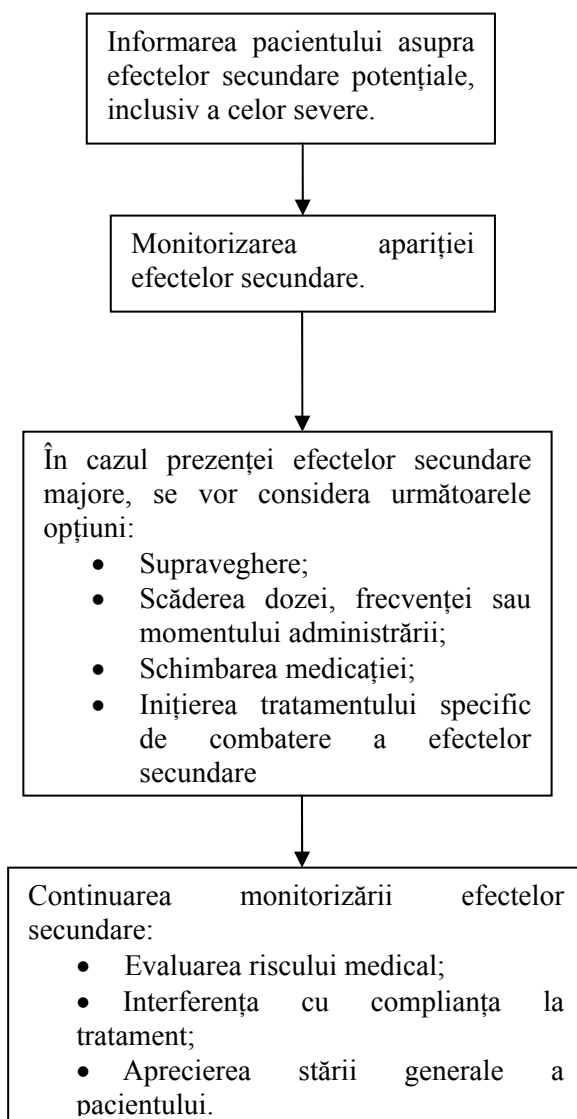
**Legendă:** +++ - maxim; ++ - mediu; + - scăzut; 0 – nul

**Notă.** După Akiskal, 1991.

### Caseta 32. Semnele și simptomele sindromului Rebound

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viraj hipomaniacal, iritabilitate</li> <li>2. Prăbușire bruscă a dispoziției</li> <li>3. Atacuri de panică</li> <li>4. Perioade de incontinență afectivă</li> <li>5. Agitație</li> <li>6. Depersonalizare, derealizare</li> <li>7. Dificultăți de concentrare</li> <li>8. Hipomnezie</li> <li>9. Oscilații dispoziționale</li> <li>10. Tulburări de somn, insomnie</li> <li>11. Creșterea producției de vise, coșmaruri</li> <li>12. Transpirație, tremurături</li> <li>13. Tensiune, dureri, crampe musculare</li> <li>14. Fatigabilitate, astenie</li> <li>15. Ticuri, dizartrie, cefalee</li> <li>16. Necoordonare motorie</li> <li>17. Nervozitate, anxietate</li> <li>18. Hipersalivație, vertigo, rinoree</li> <li>19. Senzație de lipsă de aer</li> <li>20. Frisoane, febră</li> <li>21. Senzație de greață, vomă, diaree</li> <li>22. Crampe abdominale</li> <li>23. Parestezii, hiperestezie auditivă</li> <li>24. Iluzii vizuale, auditive și olfactive</li> </ol>
--

**Caseta 33. Primul ajutor în caz de apariție a efectelor secundare la administrarea medicamentelor antidepresive .**



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

<p><b>D1. Instituțiile de asistență medicală primară</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicul de familie;</li> <li>• asistenta medicală de familie.</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop.</li> </ul>
<p><b>D2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psihiatru (la 25 mii de populație);</li> <li>• psihoterapeut (la 25 mii de populație);</li> <li>• psiholog (la 25 mii de populație);</li> <li>• asistent serviciul social (la 25 mii de populație);</li> <li>• ergoterapeut (la 12,5 mii de populație);</li> <li>• asistenta psihiatrului (la 10 mii de populație).</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop.</li> </ul> <p><b>Medicamente (vezi anexele 1-7):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroleptice (Clorpromazină, Haloperidol, Clozapin, Levomepromazină)</li> <li>• Antidepresive (Imipramină, Amitriptilină, Clomipramină, Venlafaxină, Paroxetină, Fluvoxamină, Fluoxetină)</li> <li>• Timostabilizatoare (Săruri de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigină, Gabapentină).</li> <li>• Tranchilizante (Diazepam etc.)</li> </ul>
<p><b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de psihiatrie și neurologie; spitale de psihiatrie</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psihiatru;</li> <li>• psihoterapeut;</li> <li>• laborant;</li> <li>• asistent serviciul social;</li> <li>• ergoterapeut;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog).</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• glucometru portabil;</li> <li>• laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactatdehidrogenază (LDH), transaminaze, ionogramă, creatinină și uree)</li> </ul> <p><b>Medicamente (vezi anexele 1-7):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroleptice (Clorpromazină, Haloperidol, Clozapin, Levomepromazină)</li> <li>• Antidepresive (Imipramină, Amitriptilină, Clomipramină, Venlafaxină, Paroxetină, Fluvoxamină, Fluoxetină)</li> <li>• Timostabilizatoare (Săruri de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigină, Gabapentină).</li> <li>• Tranchilizante și somnifere (Diazepam, Zopiclon, etc)</li> <li>• Medicamente pentru tratamentul complicațiilor (<i>caseta 29</i>).</li> </ul>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a Tulburărilor de dispoziție afective	1.1 Proporția pacienților suspecți cu TDA, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an	Numărul pacienților suspecți cu TDA, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți suspecți cu TDA care se află la evidența psihiatrului, pe parcursul ultimului an
2.	Sporirea calității managementului, tratamentul și a vieții pacientului cu TDA	2.1. Proporția pacienților cu TDA tratați în condiții de staționar, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Tulburări de dispoziție afective</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu TDA tratați în condiții de staționar, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Tulburări de dispoziție afective</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu TDA tratați în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an
		2.2 Proporția pacienților cu TDA supravegheați de către psihiatru, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Tulburări de dispoziție afective</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienților cu TDA supravegheați de către psihiatru, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Tulburări de dispoziție afective</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an
		2.3. Proporția pacienților cu TDA cu o remisiune completă, pe parcursul unui an	Proporția pacienților cu TDA care au remisiune completă, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de psihiatru, cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an
3.	Depistarea precoce a pacienților cu un debut insidios al TDA	3.1. Proporția pacienților depistați în perioada inițială a TDA pe parcursul unui an	Numărul de pacienți depistați în perioada inițială a TDA pe parcursul anului X 100	Numărul total de pacienți supravegheați de psihiatru, cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an
4.	Evitarea invalidizării și a stigmatizării bazate pe efect de „hospitalism” la pacienții cronici	4.1. Proporția pacienților cu TDA tratați în centrele comunitare sau în condiții de ambulatoriu, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu TDA tratați în centrele comunitare, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an
		4.2. Proporția pacienților cu TDA care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu TDA care au beneficiat de reabilitare psihosocială, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru cu diagnosticul de TDA pe parcursul ultimului an
		4.3. Proporția pacienților cu TDA care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu TDA care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an	Numărul total de pacienți supravegheați de către medicul psihiatru cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an
		4.4. Proporția pacienților cu TDA care, pe parcursul unui an, s-au reintegrat social, familial și profesional	Numărul de pacienți cu TDA care s-au reintegrat social, familial și profesional, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru cu diagnosticul de TDA, pe parcursul ultimului an

ANEXE

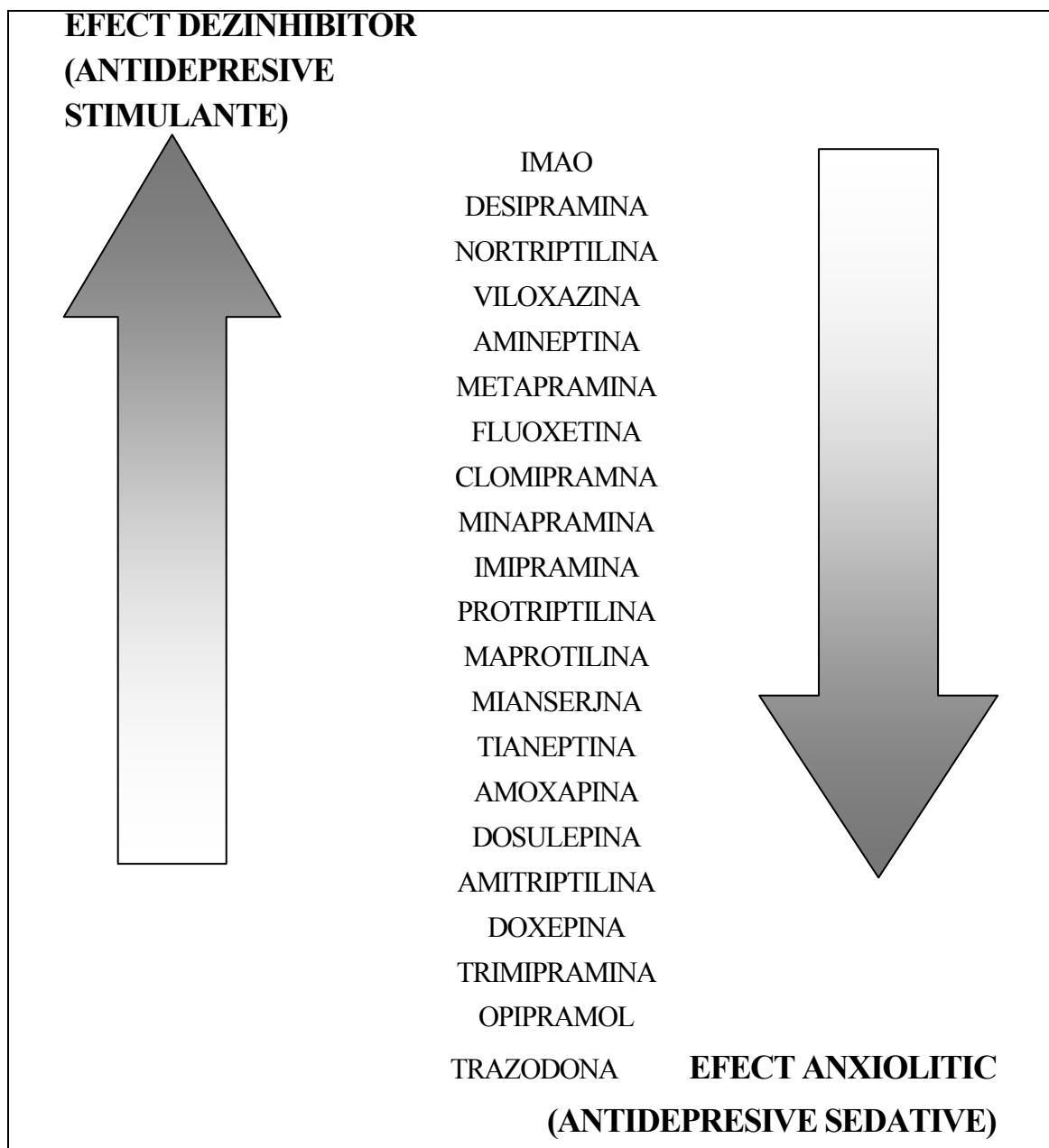
*Anexa 1. Antidepresivele*

Denumirea comună internațională	Dozele minime (mg)	Dozele moderate (mg)	Dozele maxime (mg)
<b>Triciclice</b>			
Amitriptilină	20-80 i.m. 20-40 în perfuzie	120-200 i.m. 40-60 în perfuzie	200-300 i.m. 60-100 în perfuzie
Imipramină	25-75 i.m. 25-50 în perfuzie	100-250 i.m. 75-100 în perfuzie	250-350 i.m. 100-150 în perfuzie
Clomipramină	25-75 i.m. 25-50 în perfuzie	100-225 i.m. 75-100 în perfuzie	250-300 i.m. 100-150 în perfuzie
<b>Tetraciclice</b>			
Maprotilină	25-75	100-175	200-250
Mianserină	15-30	30-60	90
<b>Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei</b>			
Paroxetină	10	20	40
Sertralină	50	50-100	150-200
Fluvoxamină	50	100-200	250-400
Fluoxetină	20	20	40-80
Citalopram	20	40	40-60
<b>Inhibitorii selectivi ai recaptării noradrenalinei</b>			
Reboxetina	4	8	8-12
<b>Inhibitorii selectivi ai recaptării noradrenalinei și serotoninei</b>			
Venlafaxin	50	150	300

**Notă.** La persoanele în vârstă se administrează dozele mai mici decât cele indicate mai sus. Crește doza în decursul a 10 zile; dacă efectele secundare permit, menține această doză 1 lună înainte de a decide că este ineficientă. După 2 luni poate fi oportun să reduci doza (de ex. amitriptilină 75-100 mg/24h).

**Lipsa răspunsului.** A fost administrat medicamentul în doză completă timp de cel puțin o lună? (Nu aștepta un răspuns mai devreme). Verifică dacă pacientul urmează tratamentul, revezi diagnosticul.

**Anexa 2. Clasificarea clinică a antidepresivelor (după acțiunea bipolară)**



**Anexa 3. Principalele substanțe timostabilizatoare**

Substanța	Doza (mg/zi)	Episod Maniacal	Schimbarea polarității	Episod Depresiv	Profilaxia bolii afective
Carbamazepina	300-600	++(70%) (+++ cu Li)	++	+ (30%); (+++ cu AD)	++ (65%) (+++ cu Li)
Litiu	900-2400 400-1200 de întreținere)	++ (60-80%)	-	+ (+++ cu AD)	
L-Triptofan	până la 16 g	(++ cu Li)	-	(+++ cu AD)	+ (++ cu Li)
Valproat	750-3000	++ (+++cu NL sau Li)	++	+	++ (+++ cu
Lamotrigina	400-600	-	-	++	+
Gabapentin	1200	++	+	±	++ _
Topiramant	200-400	++	+	±	++



**Anexa 4. Spectrul de acțiune clinică al neurolepticelor**

Medicamentul	Acțiune sedativă	Acțiune antipsihotică	Acțiune antidelirantă
Clorpromazină	++++	++	+
Levomepromazina	++++	+	+
Tioridazina	+++	+	+
<b>Preponderent cu acțiune antipsihotică</b>			
Trifluoperazină	++	+++	++++
Haloperidol	++	+++	++++
<b>Preponderent cu acțiune stimulative</b>			
Sulpirid	-	++	+
<b>Neuroleptice atipice</b>			
Clozapin	++++	+++	+++
Amisulprid			
Risperidon	+	++	+++
Olanzapin	++	+++	+++

(++++) - acțiune maximală; (+++) - acțiune exprimată; (++) - acțiune moderată; (+) - acțiune slabă; (-) - lipsă acțiune

**Anexa 5. Preparatele pentru tratarea efectelor extrapiramidale în terapia cu neuroleptice**

Medicamentele	Doza zi (mg)
Biperiden (akineton) ( i.m, i.v)	2-10
Tolperizon (midocalm)	100-450
Trihexifenidil (cyclodol, parcopan, romparkin)	5-20

**Anexa 6. Remediile tranchilizante și hipnotice**

Denumirea comună internațională	Dozele minime (mg)	Dozele moderate (mg)	Dozele maxime (mg)
Alprazolam	0,5-4	4-6	6-10
Bromazepam	3-12	12-18	18-36
Hydroxizină	25-50	50-100	100-300
Diazepam	5-20	20-40	40-60
Zolpidem	5-10	10-15	15-20
Zopiclon	3,75	7,5	15
Clonazepam	0,5-2	4-8	8-16
Clorazepam de potasiu	15-30	30-40	40-60
Lorazepam	1-4	4-6	6-10
Medazepam	10-20	20-40	40-60
Nitrazepam	2,5-5	5-10	10-15
Oxazepam	10-20	30-60	60-90
Temazepam	7,5	15	30
Tofizopam	50-150	150-200	200-300
Fenazepam	0,5-1,0	1,0-3,0	3,0-6,0
Flunitrazepam	0,5	1,0	1,5-2,0
Clordiazepoxid	20-40	40-60	60-100

## ***Anexa 7. Ghidul pacientului cu Tulburări afective (de dispoziție)***

### **Introducere**

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul *Tulburare afectivă (de dispoziție)* în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Este destinat pacienților, dar poate fi util și familiilor acestora, și celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele și tratamentul necesar. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament. Sunt prezentate și surse suplimentare de informații.

### **Indicațiile din ghid acoperă:**

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are o *Tulburare afectivă (de dispoziție)*;
- modul în care stilul de viață poate influența evoluția maladiilor;
- prescrierea medicamentelor pentru tratament;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu *Tulburare afectivă (de dispoziție)*.

### **Asistența medicală de care trebuie să beneficiați**

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

### **Tulburări de dispoziție afective.**

Cauzele maladiilor nu sunt bine determinate.

### ***Manifestările Tulburărilor de dispoziție afective.***

Manifestările clinice includ de cele mai multe ori două sindroame: depresiv și maniacal, sau mixt, dar cu intensitate și evoluție diferită.

**Depresia** este o tulburare mintală, caracterizată prin apariția următoarelor manifestări psihopatologice:

- indispoziție; pierderea interesului/bucuriilor sau plăcerii în aproape toate activitățile curente,
- inhibiție sau, mai rar, agitație psihomotorie,
- trezire matinală precoce, somn perturbat;
- semne de scădere a capacității de concentrare, fatigabilitate crescândă, oboseală mare după un efort mic;
- apetit scăzut, cu scădere ponderală (sau, mai rar, apetit crescut),
- scăderea apetitului sexual,
- reducere a stimei și a încrederii în sine;
- viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- sentimente de inutilitate și vinovăție sau de autoacuzare nefondate,
- idei repetate de moarte sau suicid, sau tentative de suicid.

**Mania** este o tulburare mintală, manifestată prin următoarele simptome psihopatologice: sociabilitate, comunicativitate verbală, hiperfamiliaritate, energie sexuală crescută, reducerea nevoii de somn, iritabilitate, îngâmfare, comportament grosolan, afectarea capacității de concentrare. Dispoziția este

elevată fără a ține cont de circumstanțele individuale și poate varia de la o jovialitate nepăsătoare la o excitare aproape incontrollabilă.

**Mania** mai include:

- atenția nu poate fi păstrată, există deseori o distractibilitate marcată, o autoapreciere exagerată și sunt exprimate liber idei grandioase sau supraoptimiste.
- ideile de autoapreciere excesive, iritabilitatea și suspiciozitatea se pot dezvolta în deliruri;
- fuga de idei, presiunea gândirii, incomprehensibilitatea vorbirii;
- activitate fizică intensă și susținută, cheltuială de bani fără socoteală;
- excitare, agresiune/ violență;
- neglijarea alimentației, băuturii, igienei personale, stări de deshidratare.

Dupa obtinerea rezultatelor investigatiilor efectuate medicul trebuie sa discute rezultatele cu dvs. și sa va comunice modalitatea tratamentului.

### **Tratamentul**

- Tratamentul include efectuarea farmacoterapiei și a psihoterapiei și se va efectua în trei etape: 1) tratamentul fazei acute, cu o durată de 6-12 săptămâni, are ca obiectiv obținerea remisiunii. În această etapă, strategia terapeutică include administrarea de psihotrope, de ex., Antidepresive (Imipramină, Amitriptilină, Clomipramină, Venlafaxină, Paroxetină, Fluvoxamină, Fluoxetină), Neuroleptice (Haloperidol, Clorpromazină, Levomepromazină, Clozapin) și Timostabilizatoare (Săruri de litiu sau Carbamazepină, Acidul valproic, Lamotrigină, Gabapentină), în asociere cu diferite forme de psihoterapie; 2) etapa de menținere a tratamentului are o durată de 4-9 luni având rolul de a preveni riscul la recădere și de reparație a simptomatologiei acute; 3) etapa de întreținere terapeutică cu durata de aproximativ 1 an sau chiar mai mult pentru a preveni apariția recurenței.

### **BIBLIOGRAFIE.**

1. DSM IV TR. Manual de statistică a tulburărilor mentale. Asociația Psihiatrică Americană // Ediția a cincea, București, 2000, 813 p.
2. Gheorghe M.D. Actualități în psihiatria biologică // Editura Intact București, 1999, 435 p.
3. ICD-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic) // București, Ed. ALL, 1998, 419 p.
4. Nacu An., Cărăușu Gh. Venlafaxin. Eficacitate clinică, caracteristici comparative. Curier medical, Chișinău, N 6, 2007, p. 49-52.
5. Oprea N., Nacu An., Oprea V. Psihiatrie. Chișinău, 2007, 462 p.
6. Revenco M., Nastas I. Strategii de diagnostic și tratament în depresii. Elaborare metodică. Chișinău, 2008, 40 p.
7. Смуглевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях // М., 2003; 430 с.
8. Anderson I. and al. NICE clinical Guideline 90. (October 2009). Depression: the treatment and management of depression in adults. London, 64 p.
9. Collier JAB., Longnore JM, Hodgetts TJ. Oxford Handbook of Clinical Specialities. London, 1995, 974 p.
10. Lemperiere T. Aspects evolutifs de la depression. Paris, 1996, 160 p.
11. Powers RH, Kniesner TJ, Croghan TW. Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. J Ment Health Policy Econ. 2002 Dec;5(4):153-61.
12. Segal ZV, Whitney DK, Lam RW, and the CANMAT Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, June 2005. Vol 46, Suppl 1. pp. 298-378.
13. Schwenk TI and al. Depression. Guidelines for Clinical Care. UMHS. 2005. 20 p.
14. Taylor D., Paton C., Kerwin R.. The Maudsley Prescribing Guidelines. London, 2003, 299 p.