

# Консенсус за поведение при депресивни разстройства

## Раздел 1.

### Основни правила

1. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) могат да лекуват при амбулаторни условия самостоятелно леки депресивни разстройства, без суициден риск. За да могат да оценяват и лекуват депресивните разстройства според изискванията на добрата клинична практика те следва да имат сертификат за обучение и успешно положени изпити в тази област.
2. ОПЛ следва да ограничат лечението на депресивните разстройства в един курс на лечение с един антидепресант.
3. При неповлияване или неубедителен ефект пациентът следва да се оцени в екип със специалист по психиатрия за по-нататъшно поведение.
4. При липса на ефект от 12 седмично лечение от специалист-психиатър се създава съмнение за терапевтична резистентност и е препоръчителна оценка в екип.
5. При липса на ефект от 24 седмично лечение в екип пациентът се третира като терапевтично резистентен и се хоспитализира.

## ОЦЕНКА НА СУИЦИДЕН РИСК

Оценката на суициден риск следва да се усвои от всички ОПЛ, те трябва да бъдат обучавани и да полагат периодични изпити за повишаване степента на подготовка.

Най-висок риск от суицид има при:

- мъжки пол
- възраст над 40 години
- самотници
- злоупотребяващи с алкохол или психоактивни субстанции
- фамилната обремененост със самоубийства
- предшестващи опити за самоубийство
- рекурентна кратка депресия
- хронични соматични заболявания с лоша прогноза
- хронична болка
- отчаяние и остри стресови състояния

При установяване на суициден риск се налага незабавна консултация с психиатър, с оглед преценка за поведението.

### Раздел 2. Общи положения

Депресивните разстройства са най-честите психични заболявания. В общата практика това вероятно са преобладаващите заболявания, които попадат при ОПЛ.

Около 17 % (10-20 %) от населението има поне един депресивен епизод през целия си живот (пожизнен риск). При половината от тези

случаи се касае за леки или среднотезжки депресивни разстройства, но независимо от това те значително влошават продуктивността и качеството на живот. Подобно на другите хронични заболявания (диабет, артериална хипертония) при депресиите е необходимо медикаментозно, респ. психотерапевтично лечение. Рискът от рецидиви е около 70 % в рамките на една година.

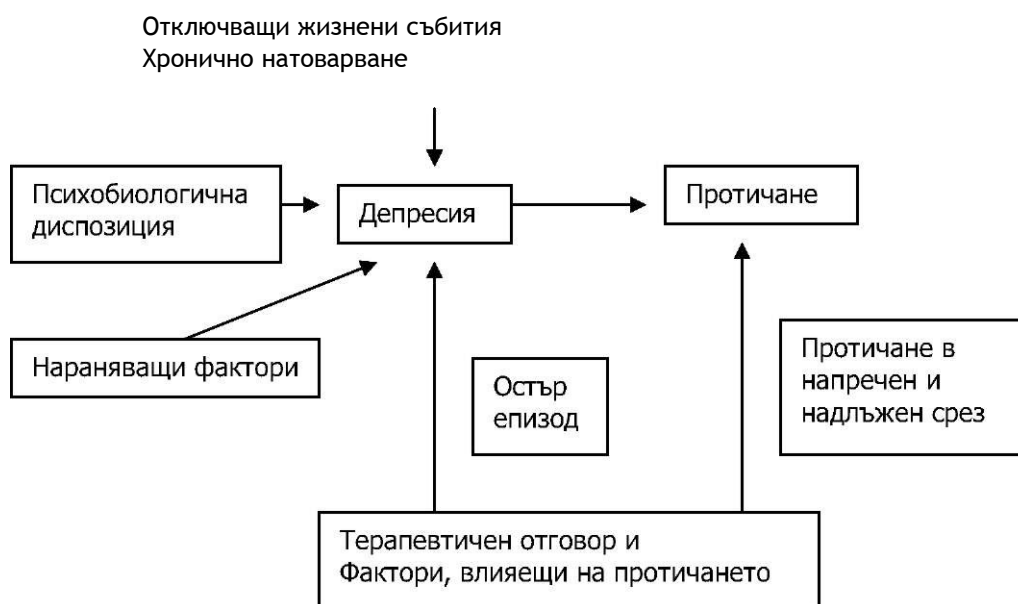
Актуалната моментна болестност от депресии е 4-5 %, като поне половината от тях се нуждаят от медикаментозно лечение.

Суицидният риск при депресивни разстройства е 10-15 %.

Като инвалидизиращ фактор депресиите се изравняват с инфаркта на миокарда.

### Раздел 3. Етиология и патогенеза на депресивните разстройства

За възникване на депресивните разстройства имат значение биологични, психологични и социални фактори. Предиспозицията в смисъла на вродена ранимост има основно значение. Депресиите могат да възникнат, както спонтанно, така и като израз на остро или хронично жизнено натоварване.



Биопсихосоциалният модел на причинност на депресивните разстройства определя и модела за лечение на тези заболявания.

### Раздел 4. Диагностика на депресията (1)

В света са разпространени две сравними диагностични системи: X-та ревизия на Международната класификация на болестите (ICD - 10) и американската система (Diagnostic and Statistical Manual, 4. Revision; DSM-IV). Обозначаваното по-рано в МКБ-9 заболяване депресия като

"ендогенна депресия" в МКБ-10 е заменено с "депресивен епизод", а в DSM-IV с "голяма депресия".

Диагнозата се поставя по наличието на главните и другите чести симптоми, по тяхния брой, степен на изразеност и продължителност 2 седмици (табл.1).

Табл.1. Симптоми на депресивния епизод по МКБ-10.

ГЛАВНИ СИМПТОМИ	ДРУГИ ЧЕСТИ СИМПТОМИ
Подтиснато настроение Безрадостност/Загуба на интереси Снижени подтици	Слабост на концентрацията Понижена самооценка Чувство за вина Затормозеност/Неспокойствие Себеувреди Разстройства на съня Спад на апетита Намалено либидо
2 или 3 главни симптома трябва да са налице	2 до 4 симптома да са налице
Продължителност: минимум 2 седмици	

### **Диагностика на депресиите (2)**

*Лек депресивен епизод (E 32.0, F 33.0)*

Налице са най-малко 2 от основните и най-малко два от другите симптоми.

Никой симптом не трябва да е много изразен. Продължителност- над 2 седмици Затруднено, но продължаващо функциониране.

*Средно-тежък депресивен епизод (F 32.1, F 32.1)*

Налице са най-малко 2 от основните и най-малко три (по-добре 4) от другите симптоми.

Никой от симптомите не е много изразен. Продължителност-над 2 седмици Силно затруднено функциониране.

*Тежък депресивен епизод (F 32.2, F 33.2)*

Налице са 3-те от основните и 4 и повече от другите симптоми. Някои от симптомите са особено силно изразени при наличие и Ра потиснатост или агитация.

Продължителност-над 2 седмици, но при случаите, когато симптомите са особено тежки или се развиват с голяма бързина, диагнозата може да се постави и при по-кратка продължителност. Невъзможно функциониране.

*Тежък депресивен епизод с психотични симптоми (Y 32.3)*

Вж. Предната рубрика + налудности и халюцинации.

Във всички случаи на депресии се оценява суицидният риск!

Най-често срещаните клинични форми на депресивните заболявания, със съответните кодирания, са представени на следната таблица (2).

Таблица 2. Клинични диагнози на депресията по МКБ-10.

Клинично разделение	Класифициране по МКБ-10	Кодиране по МКБ-10
Униполярна депресия	Депресивен епизод	F 32
	Рецидивиращ депресивен епизод	F 33
Биполярна депресия	Биполярно афективно разстройство, понастоящем депресивен епизод	F 31
Дистимия (депресивна невроза) (постоянна лека депресия)	Дистимия (продължителност най-малко 2 години, "по-често лоши дни")	F 34.1
Депресивно разстройство в адаптацията	Разстройство в адаптацията (не повече от 6 месеца, в зависимост от жизнени събития)	F 43.2
Шизоафективни психози	Шизодепресивно разстройство	F 25.1
Органично обусловена депресия (напр. М. Cushing)	Органично депресивно разстройство	F 06.32
Деменция и депресивни симптоми	Деменция и предимно депресивни симптоми	F 00 - F 03.X3

Степен на изразеност: лека (F 32.0, F 33.0), средна (F 32.1, F 33.1), тежка (F 32.2, F 33.2)

## Раздел 5. Лечение на депресиите

### В ОСТРАТА ФАЗА

*Лечението на депресията включва три групи методи, които не влизат в противоречие, а взаимно се допълват.*

#### 1. Биологично медикаментозно лечение

*2. Биологично немедикаментозно лечение – ЕКТ, рТМС, ДМС, светлинна терапия, сънна терапия.*

#### 3. Психотерапия

Биологичната терапия изисква точна психиатрична и органномедицинска диагностика и се ориентира по синдромната характеристика.

При избора на медикаменти се съобразява техния механизъм на действие (фармакодинамика), времето на полуживот, респ. начин на метаболизиране (фармакокинетика), както и токсичността при свръхдозирание.

Групите антидепресанти имат различия в ефективността и степента на поносимост като конкретният избор зависи от субтипа на

депресията, индивидуалната поносимост, лекарствените интеракции и опита на терапевта.

## Препоръки за лечение на определени субтипове депресия

### *Депресия с инсомния*

В терапевтичната схема се препоръчва включване на седращите антидепресанти амитриптилин (при добра поносимост и отсъствие на противопоказания!), миртазапин, тразодон, агомелатин, добавка на кветиапин, или комбинация на ССА със седращи антидепресанти. Добавката на хидроксизин за лимитиран период от време може да е оправдана в някои случаи. Бензодиазепините също могат да бъдат разглеждани като добавъчна терапия, но в лимитирано време на прилагане поради риск от развитие на зависимост.

### *Депресия с тревожност*

Препоръчва се комбинирано лечение със ССА, венлафаксин, милнаципран и кветиапин, хидроксизин или бензодиазепини (лимитирано време и мониториране за изграждане на зависимост).

### *Ажитирана депресия*

Въвеждането на комбинирана терапия от самото начало включва стандартен антидепресант и атипичен антипсихотик (кветиапин) или седативни медикаменти (бензодиазепини, широкоспектърни невролептици, хидроксизин). В някои случаи сетирац трицикличен антидепресант, при отсъствие на противопоказания, повлиява добре състоянието (напр. амитриптилин).

### *Хипоергична депресия*

Препоръчва се лечение с двойнодействащи или норадренергични антидепресанти – венлафаксин, милнаципран, мапротилин, ребоксетин, бупропион. Добавката на психостимуланти може да се обсъжда след преценка на съотношението полза/риск. В някои случаи има добър ефект от прилагане на добавка от хормони на щитовидната жлеза, литиеви соли или електроконвулсивна терапия.

### *Психотична депресия*

В зависимост от типа на психотичната депресия и конгруентността на симптомите се препоръчва включване на атипичен антипсихотик към стандартното антидепресивно лечение (кветиапин, арипипразол, оланзапин, рисперидон, флупентиксол и др.) или

лечение с електроконвулсивна терапия. Мониторингът на суицидният риск е задължителен.

#### *Депресия със суицидно поведение*

Лечението се започва с избора на лечебно заведение. В повечето случаи се предпочита хоспитализацията. В началото се включва антипсихотична и седраща медикация (атипични антипсихотици, бензодиазепини) и постоянно мониториране на поведението. При овладяване и минимизиране на суицидният риск се включва антидепресивно лечение.

#### *Депресивни епизоди при биполарно афективно разстройство*

Депресивните епизоди при биполарно афективно разстройство се лекуват с тимостабилизатори и по изключение с антидепресанти. Освен литиевите соли, солите на валпроева киселина и карбамзепин, днес за остро и поддържащо лечение на този тип депресии се препоръчват кветиапин и ламотригин.

#### *Постпсихотична депресия*

Този тип депресия често изисква оптимизация на антипсихотичната терапия. Кветиапин и арипипразол дават добри резултати в лечението на постпсихотичната депресия.

Табл. 3. Видове медикаменти по групи

Активна субстанция	Терапевтична доза (mg/дневно)	Време на полуживот в часове
<b>Селективни инхибитори на обратното поемане на серотонина (SSRI's, ССРИ)</b>		
Citalopram	10-60	33 ( 19 - 45 )
Escitalopram	5-20	
Fluoxetin	20-80	168 ( 72 - 360 )
Fluvoxamin	100-300	20 ( 17 - 22 )
Paroxetin	20-50	24 ( 3 - 65 )
Sertralin	50-150	
<b>Нови антидепресанти</b>		
Venlafaxin (SNRI)	150-225	8 ( 3-13 )
Mirtazapin (NaSSA)	15-90	25 ( 20-40 )
Reboxetin (NRI)	8	13

Milnacipran (SNRI)	100	9 (8-10)
<b>Valdoxan</b>	25-50	

Tianeptine	37, 5	2,5
<b>Трициклични (ТАД) , хетероциклични</b>		
Amitriptylin	30-100	
Clomipramin	75-300	24 ( 16-40 )
Imipramin	75-300	24 ( 16-40 )
Mianserin	30-90	30 (20-35)
Maprotilin	100-225	43 ( 27-58 )
Trazodon	150-600	8 ( 4-14 )
<b>Реверзиблени инхибитори на МАО-А (RIMA, РИМА)</b>		
Moclobemid	300-600	2 ( 1-3 )
<b>Допълнителни средства</b>		
Flupenthixol	0.5-0. 7mg/d	
Thioridazin?	75-300	
Chlorprothixene	25-150	
Quetiapine	75-300	
Olanzapin	5-20	
Clozapin	50-400	
Aripiprazol		
Ziprazidon		
Sulpirid	100-400	
L-Triptophan	1000-15000	
Lithium	300-1000	
T3	25 /g	
Carbamazepin	200-400*	
Психостимуланти		

Табл. 4. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на антидепресивната медикаментозна терапия

ПАРАМЕТРИ	МЕСЕЦИ							
	Преди започване	1	2	3	4	5	6	На 3 месеца
RR / P	•	• •	• •	• •	•	•	•	•
Кръвна картина	•	• •	• •	• •	•	•	•	•
Урея, креатинин	•			•			•	•
ГОТ, GPT, γ - GT	•	•	•	•			•	•
ЕКГ	•			• 1			• 1	• 1
БЕГ	•			• 2			• 2	• 2

• = брой на контролите;

<sup>1</sup> = при пациенти над 50 години и при сърдечно-съдови заболявания

<sup>2</sup> = при пациенти с органични мозъчни заболявания



<sup>3</sup> = при SSRI's и RIMA е необходимо лабораторно изследване само в началото, следващо след 3 месеца и след това на 6 месеца

### **Електро-конвулсивна терапия:**

Прилага се при:

- ◆ тежки депресии (вкл. ажитирани)
- ◆ психотични депресии
- ◆ при депресии с непосредствен суициден риск
- ◆ депресии с отказ от храна
- ◆ резистентни депресии
- ◆ при старчески депресии
- ◆ при нужда от бърз ефект по различни причини (напр. бременност)
- ◆ по желание на пациента

Е КТ СЕ ПРИЛАГА И В СЛУЧАИТЕ, КОГАТО ИМА ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА ДРУГИТЕ МЕТОДИ.

### **Място на психотерапията при депресивни разстройства**

Психотерапията е неотменна част от лечението на депресивните разстройства. Психотерапевтичната интервенция зависи не само от тежестта и формата на заболяването, но и от психосоциалните фактори. Психотерапията по правило не е нозоспецифична, поради което не може да се приеме, че отделна школа има по-добра ефективност спрямо другите. Провеждането на психотерапевтична интервенция може условно да се разглежда на три нива:

Първо ниво - психотерапевтично поведение на лекаря (психиатър, ОПЛ);

Второ ниво - психологично консултиране и кризисна интервенция;

Трето ниво - професионална психотерапевтична помощ

Психологичното консултиране и кризисните интервенции се осъществяват от дипломиран клиничен психолог. ОПЛ или психиатър могат да интервенират в това ниво само ако имат съответната компетентност (сертификационен модул).

*Професионалната психотерапевтична помощ се осъществява от дипломиран в една от психотерапевтичните школи психотерапевт.*

Психотерапията е полезна по време на депресивен епизод и по време на ремисия, както при униполярна депресия, така и при биполярно афективно разстройство.

### **Продължителна терапия и профилактика:**

Основания:

- при 75% от случаите има рецидиви след първи депресивен епизод
- при 20-25% след депресивния епизод липсва *restitutio ad integrum*
- рискът от самоубийство е 10-15%

Индикации за продължителна (дългогодишна) профилактична терапия на униполярната депресия:

> Повече от 3 епизода в рамките на 5 години

> Повече от 2 епизода в рамките на 5 години

и

следните рискови фактори:

- късно начало – над 60 години
- кратък интервал между епизодите
- бързо развитие на симптоматиката в епизодите
- фамилна анамнеза за афективни разстройства
- коморбидност (двойна депресия, страхови заболявания, злоупотреба с алкохол и/или медикаменти)
- тежък настоящ епизод, вкл. суицидност
- ограничена работоспособност

**НАЙ-ОБЩО ПРАВИЛО - СЛЕД 3 ДЕПРЕСИВНИ ЕПИЗОДА! НАД 50 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ СЛЕД 2 ДЕПРЕСИВНИ ЕПИЗОДА**

Използват се антидепресанти - най-вече ефективните при лечението на острия епизод.

Допълнителна възможност са LITHIUM, CARBAMAZEPIN И ВАЛПРОАТИ.

### Алгоритъм за поведение при **ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИ ДЕПРЕСИИ**

(при телесно здрави пациенти и при липса на противопоказания)

**1-во ниво:** 2 монотерапии с Антидепресанти за по 6 седмици при достатъчна доза (при възможност изледване на плазмени нива!)

-> липса на ефект ->

#### **ОЦЕНКА ЗА ТЕРАПЕВТИЧНА РЕЗИСТЕНТНОСТ, 2-ро**

**ниво-** Терапия с антидепресанти: моно- или комбинирана - с различен профил на действие от тези от 1-во ниво, съобразени със синдромните характеристики и страничните явления:

SNRI's неселективни и селективни - ТАД ,Venlafaxin, Milnacipran

или

SRI's - неселективни и селективни - Clomipramin, SSRI's или

**NRI,s** - неселективни и селективни - Maprotilin, Reboxetin или

норадренергичен с друг механизъм - Mirtazapin

серотонинергични с друг механизъм - Tianeptin, Trazodon или

MAO-И

или

допаминергични АД

♦ Добавка на атипични антипсихотици (кветиапин, арипипразол, оланзапин, зипразидон и др.)

Или електроконвулсивна терапия или репетитивна транскраниална магнитна стимулация

**3-то ниво:** Комбиниране на антидепресанти с други антидепресивни агент

и, изискващи **допълнителни изследвания и контроли**

- ◆ Lithium, T3, Carbamazepin,
- ◆ L-Tryptophan
- ◆ сънна депривация
- ◆ светлинна терапия

**4-то ниво:** Хоспитализация. Комбинации и други средства, изискващи **специални условия и контроли:** парентерално приложение, MAO И + АД, психостимуланти, невролептици при налудни и суицидни пациенти, ЕКТ

Спиране на терапията за 10 дни - **отначало!** Режим на действие при терапевтична резистентност:

**На всеки 2 седмици** оценка на състоянието в екипи (консултанти, евент. скали) Следене на плазмени нива?

**На всеки 4 седмици**, т.е. на края на всяко ниво - преразглеждане на диагнозата с консултанти; преценка на индикациите за ЕКТ, както и за **^ I V ниво хоспитализация Преценка за психотерапия**

**Списък** на участниците, приели консенсуса: