



MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ

Protocol clinic național
(ediția II)

PCN-292

Chișinău, 2023

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 29 iunie 2023, proces verbal nr.2

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1147 din 20.12.2023
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tulburarea afectivă bipolară”, ediția II

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1. <i>Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic</i>	7
A.2. <i>Codul bolii (CIM 10)</i>	7
A.3. <i>Utilizatorii</i>	7
A.4. <i>Obiectivele protocolului</i>	7
A.5. <i>Elaborarea protocolului</i>	7
A.6. <i>Actualizarea protocolului</i>	7
A.7. <i>Revizuirea protocolului</i>	7
A.8. <i>Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborare.</i>	8
A.9. <i>Definițiile folosite în document</i>	8
A.10. <i>Informația epidemiologică</i>	9
B. PARTEA GENERALĂ	11
B.1. <i>0BNivelul de asistență medicală primară</i>	11
B.2. <i>1BNivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească</i>	11
B.3. <i>2BNivelul de asistență medicală specializată de ambulator (Centrul Comunitar de Sănătate Mintală)</i>	11
B.4. <i>3BNivelul de asistență medicală spitalicească Secțiile de profil psihiatric ale spitalelor raionale și municipale, UPU</i>	12
B.5. <i>4BNivelul de asistență medicală Spitalicească Specializată</i>	13
C. CONDUITA	15
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	15
C.1.1. <i>Algoritm general de conduită al pacientului - Managementul pacientului cu risc de Tulburare Afectivă Bipolară</i>	15
C.1.2. <i>Algoritm diagnosticării Tulburării Afective bipolare</i>	15
C.1.3. <i>Arborele decizional: nivelele sangvine ale stabilizatorilor de dispoziție</i>	16
C.1.4. <i>Arborele decizional: farmacoterapia pentru episod maniacal</i>	17
C.1.5. <i>Arborele decizional: farmacoterapia în depresia bipolară -prezentarea generală</i>	18
C.1.6. <i>Arborele decizional: farmacoterapia la cicluri rapide- prezentare generală</i>	18
C.1.7. <i>Arborele decizional: indicații pentru farmacoterapia de menținere</i>	20
C.1.7. <i>Arborele decizional: farmacoterapia de menținere</i>	21
C.1.8. <i>Arborele decizional: nivelele sangvine ale stabilizatorilor de dispoziție</i> Error! Bookmark not defini	
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	22
C.2.1. <i>Clasificarea clinică</i>	22
C.2.2. <i>Profilaxia</i>	25
C.2.2.1. <i>Factorii de risc</i>	26
C.2.2.2. <i>Screening-ul</i>	27
C.2.3. <i>Conduita pacientului</i>	27
C.2.3.1. <i>Anamneza</i>	29
C.2.3.2. <i>Examenul fizic (datele obiective)</i>	32
C.2.3.3. <i>Investigațiile paraclinice (obligatoriu)</i>	39

C.2.3.4.	Diagnosticul diferențial.....	43
C.2.3.5.	Prognosticul.....	48
C.2.3.6.	Criteriile de spitalizare	48
C.2.3.7.	Criterii de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel	49
C.2.3.8.	Tratamentul	51
C.2.3.8.1.	Nemedicamentos.....	53
C.2.3.8.2.	Medicamentos.....	55
C.2.3.9.	Evoluția	67
C.2.3.10.	Supravegherea	67
C.2.3.10.1.	Recuperarea psiho-socială	68
C.2.4.	Stările de urgență	71
C.2.5.	Complicațiile	71
D.	RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	75
D.1.	<i>Instituțiile de Asistență medicală primară</i>	<i>75</i>
D.2.	<i>Asistența Medicală Urgentă Prespitalicească</i>	<i>75</i>
D.3.	<i>Centrele Comunitare De Sănătate Mintală.....</i>	<i>75</i>
D.4.	<i>INSTITUȚIILE DE Asistență Medicală Spitalicească</i>	<i>76</i>
E.	INDICATORI DE PERFORMANȚĂ	78
ANEXA 1.	<i>Fișa standardizată de audit medical.....</i>	<i>80</i>
ANEXA 2.	<i>Ghidul pacientului cu tulburare afectivă bipolară (ghid pentru pacient).....</i>	<i>81</i>
ANEXA 3.	<i>Recomandări pentru tratamentul farmacologic a tulburărilor bipolare la adulți [81, 165].....</i>	<i>83</i>
ANEXA 4.	<i>Terapia de urgență – starea de agitație în manie [20].....</i>	<i>88</i>
ANEXA 5.	<i>Spectrul de acțiune clinică al antipsihoticelor (neurolepticelor)</i>	<i>88</i>
ANEXA 6.	<i>Remedii antipsihotice (neuroleptice).....</i>	<i>89</i>
ANEXA 7.	<i>Remedii antipsihotice (neuroleptice) cu eliberare prelungită.....</i>	<i>89</i>
ANEXA 8.	<i>Remedii pentru tratamentul efectelor extrapiramidale induse de antipsihotice (neuroleptice)</i>	<i>89</i>
ANEXA 9.	<i>Remedii tranchilizante și hipnotice</i>	<i>89</i>
ANEXA 10.	<i>Remedii antidepresive.....</i>	<i>90</i>
ANEXA 11.	<i>Dozele principalelor remedii cu efect timostabilizator utilizate în asociere cu tratamentul antipsihotic.....</i>	<i>90</i>
ANEXA 12.	<i>Scala young de evaluare a maniei (young mania rating scale-ymrs)</i>	<i>90</i>
ANEXA 13.	<i>Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ-Mood Disorders Questionnaires)</i>	<i>93</i>
ANEXA 14.	<i>Scalele de evaluare a calității vieții: HoNOS.....</i>	<i>95</i>
ANEXA 15.	<i>Scala impresiei clinice globale</i>	<i>102</i>
ANEXA 16.	<i>Scala columbia de severitate a riscului suicidar.....</i>	<i>103</i>
ANEXA 17.	<i>Scala de intenție suicidară beck</i>	<i>108</i>
ANEXA 18.	<i>Nivele de evidență și grade de recomandare.....</i>	<i>110</i>
	BIBLIOGRAFIE	111

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Global - în funcție de studiu, prevalența estimată a tulburării bipolare pe parcursul vieții în rândul adulților din întreaga lume, este de 1 până la 3% [129]:
2. Vârsta medie de debut pentru tulburarea bipolară I este de 18 ani, iar pentru tulburarea bipolară II 20 de ani [111]. Raportul dintre bărbați și femei care dezvoltă tulburare bipolară este de aproximativ 1:1 [143].
3. Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%. Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.
4. Nivelele de asistență psihiatrică pentru pacienții cu tulburări bipolare (ciclotimie) se divizează în asistență urgentă prespitalicească, specializată de ambulator (centrele comunitare de sănătate mintală), spitalicească (secții de profil psihiatric în spitale raionale și municipale), spitalicească specializată (spitale de psihiatrie).
5. Risc de dezvoltare a Tulburării Afective Bipolare: rudă de gradul întâi cu Tulburare Afectivă Bipolară, gemeni MZ sau BZ, care nu prezintă simptome sau are simptome ușoare; episod depresiv anterior până la vârsta de 25-30 ani; episod hipomaniacal sau maniacal în anamneză; simptome afectiv-psihotice, posibil comportament autolitic sau dezorganizat cu acțiuni nehibzuite (dăruirea nemotivată a bunurilor materiale proprii persoanelor necunoscute; cheltuieli bănești inutile etc.)
6. Algoritm de diagnostic include anamnezicul tulburării, explorarea simptomelor, verificarea criteriilor pentru TAB (ciclotimie) conform ICD și DSM-V, examenul somatic, neurologic, hematologic sau endocrin la necesitate.
7. În sindromul maniacal/hipomaniacal se vor aplica consecutiv următoarele opțiuni funcție de situație: anulare antidepresive, administrare de antipsihotice, ajustare benzodiazepine în insomnii și ajustare de timostabilizante.
8. În caz de sindrom depresiv se vor aplica consecutiv următoarele opțiuni funcție de situație: administrare antidepresive, ajustare antipsihotice, ajustare benzodiazepine în insomnii, alte opțiuni de ajustare conform protocolului.
9. În TAB cu cicluri rapide se vor utiliza opțiunile pentru sindromul maniacal/depresiv cu ajustări ulterioare antipsihotic/timostabilizant conform protocolului.
10. Terapia de menținere va include în primul rând timostabilizanți. Litiul este preferențial. În situațiile de predominare a maniei/hiopomaniei se vor prefera combinații (Li, AVP, Que, Olz). În situațiile de predominare a depresiei se vor prefera Lmt/Que.
11. Concentrațiile plasmatice pentru unele timostabilizante vor fi: Li = 0.8-1.2 mmol/l; Cbz=8-12 mg/l; AVP= 80-120 mg/l.
12. Gestionarea grupurilor de risc pentru tulburarea bipolară/ciclotimie include monitorizarea, evitarea administrării de antidepresive, antipsihotice, alte medicamente cu risc de influență a dispoziției, intervenții precoce în caz de stres. PCC este intervenția preferată în asemenea cazuri.
13. Măsurile de profilaxie a dezvoltării tulburării afective bipolare/ciclotimiei includ următoarele : Profilaxia primară are ca scop: depistarea și atenuarea/excluderea acțiunii unor factori de risc din mediul înconjurător, care sunt cunoscuți că pot produce îmbolnăvirea și, se realizează prin screening-urile care se fac în populație [167]. Profilaxia secundară are scopul de a depista acutizările/riscul de recidivă în stadiul precoce, pentru a reduce durata și severitatea episoadelor, de a preveni complicațiile și recidivele și se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată. Profilaxia terțiară are scopul de a recupera și a readapta pacientul ajuns într-o stare avansată de boală și de a-l reintegra în familie, la locul de muncă, în societate.
14. Efectuarea unei evaluări multi-disciplinare comprehensive a persoanelor cu tulburare afectivă bipolară în cadrul asistenței comunitare de sănătate mintală. Aceasta include evaluarea persoanelor cu TAB de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursing.

15. Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ) poate fi utilizat pentru screening-ul tulburării bipolare. Un rezultat pozitiv al testului nu indică cu certitudine prezența tulburării bipolare, însă este un semnal pentru o evaluare ulterioară în scop de diagnostic. Un rezultat negativ la test implică neapărat absența tulburării și face stabilirea diagnosticului de TAB mai puțin probabil.
16. Utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică.
17. Utilizați scalele recomandate ca *standard de aur* ce evaluează ariile importante ale TAB: YMRS, HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
18. Tulburarea bipolară tip II se deosebește de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau mai multor episoade depresive majore. Dacă după primii 2 ani de evoluție a tulburării ciclotimice apare un episod depresiv major, diagnosticul va fi cel de tulburare bipolară tip II.
19. Când simptomatologia depresivă este pe prim plan, estimativ 5%- 15% dintre pacienții depresiv bipolari comit suicidul. Cel puțin 75% dintre bolnavi vor face un al doilea episod depresiv, de obicei în primele 6 luni după episodul inițial. În general prognosticul este bun: 50% dintre bolnavi se remit, 30% au remisiuni parțiale, iar 20% evoluează cronic.
20. Când simptomatologia maniei este pe prim plan, recurența episoadelor maniacale este de 45%. Circa 80-90% dintre pacienții maniacali fac în cele din urmă un episod depresiv complet. Prognosticul este moderat: 15% dintre bolnavi se remit, 50-60% se remit parțial (recăderi multiple, cu funcționare inter-episodică, relativ bună), iar la o treime (33%) persistă anumite semne de simptomatologie cronică și de deteriorare socială.
21. Tratamentul nemedicamentos presupune multiple intervenții de susținere psihologică, psihosocială și comportamentală. Prima linie - pentru pacienții cu TAB care primesc farmacoterapie de întreținere, sugerăm psihoeducație de grup adjuvantă, ca psihoterapie de primă linie. Pentru pacienții cu aderență slabă la tratament, se sugerează fie terapia adjuvantă cognitiv-comportamentală (CBT) sau terapia de familie pentru creșterea aderenței la tratament.
22. Evoluția tulburării bipolare I este marcată de recăderi și remisiuni, cu episoade maniacale ce alternează frecvent cu cele depresive. 90% din persoanele cu tulburare bipolară au cel puțin o spitalizare psihiatrică și două treimi din ele au două sau mai multe spitalizări în decursul vieții lor [188]. Tulburarea bipolară II este mai puțin studiată, iar evoluția acesteia este mai puțin înțeleasă. În tulburarea bipolară, simptomele depresive sunt mai frecvente, decât cele maniacale, deși acestea din urmă definesc tulburarea [5].
23. Recuperarea psihosocială la bolnavii cu TAB va fi efectuată începând cu etapele precoce de dezvoltare ale maladiei și procesul de recuperare va continua în etapele ulterioare ale maladiei.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AD	Antidepresante
ADHD	Hiperactivitate cu Deficit Atențional
ADHD	Tulburare prin Deficit Atențional/Hiperactivitate
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AP	Antipsihotic
Ari	Aripiprazolum
BZ	Gemeni bizigoți
Cbz	Carbamazepinum
CCSM	Centrul Comunitar De Sănătate Mintală
CIM-10	Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.
COX-2	Ciclooxigenaza-2
DSM-5	Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, ediția a 5-a
ECSM	Echipa comunitară de sănătate mintală
FACT	Tratamentul Asertiv Comunitar Flexibil (conform prevederilor autorului, acronimul rămâne englez: Flexible Assertive Community Treatment)
FOC	Combinăția Fluoxetinum + Olanzapinum
HoNOS	Scală de evaluare a funcționării medicale și sociale a persoanelor cu boli psihice severe.
IGIV	Imunoglobulina Intravenoasă
IGS	Inhibitori de γ -secretază
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IRAP	Injecție cu Risperidonum cu Acțiune Prolungită
IRSN	Inhibitori ai Recaptării Serotoninei și Noradrenalinei
ISRS	Inhibitori Selectivi ai Recaptării Serotoninei
LCR	Lichidul cefalorahidian
Li	Săruri de Litium
Lmt	Lamotriginum
MDQ	Chestionarul tulburărilor de dispoziție
MS	Ministerul Sănătății
MZ	Gemeni monoziagoți
NICE	Ghidurile NICE al National Institut for Health and Care Excellence
Olz	Olanzapinum
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCC	Psihoterapie cognitiv-comportamentală
PET/FDG	Tomografie cu emisie de pozitroni cu fluorodeoxiglucoză
PGA	Prima Generație de Antipsihotice
QLS	Scala Calității Vieții
Que	Quetiapinum
r.NMDA	Receptori N-metil-D-aspartat
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
SCAN	Scală Clinică de Evaluare Neuropsihiatrică SCAN
SD	Stabilizator de dispoziție
SIA	Suport individual pentru angajare
SMT	Stimulare magnetică transcraniană
SMT _r	Stimulare Magnetica Transcranială Repetitivă
SRC	Studiu(ii) Randomizat(e) Controlat(e)
TBP	Tulburarea borderline de personalitate
TBP	Tulburare Borderline de Personalitate
TC	Tomografie computerizată

TEC	Terapie electro-convulsivă
TSH	Hormon de stimulare tiroidiană
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
YMRS	Scală de Evaluare de Manie al lui Young

PREFAȚĂ

Acest protocol clinic național a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei Sănătate Mintală, Psihologie Medicală și Psihoterapie a USMF „Nicolae Testemițanu”, cu suportul Proiectului moldo-elvețian „MENSANA” - „Suport pentru reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova”. Proiectul moldo-elvețian „MENSANA” este implementat de Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții Trimbos, Olanda), în parteneriat cu Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală (România).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. DIAGNOSTICUL. EXEMPLE DE FORMULARE A DIAGNOSTICULUI CLINIC:

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

A.2. CODUL BOLII (CIM 10): F30 – F39

A.3. UTILIZATORII.

1. Prestatorii de servicii de AMP (medici de familie, asistentele medicului de familie)
2. Prestatorii de servicii de AMSA (medicii psihiatri, neurologi, narcologi, psihoterapeuți, psihologi, asistente medicale din Centrele Comunitare de Sănătate Mintală)
3. Prestatorii de servicii de AMS (medicii psihiatri, neurologi, narcologi, psihoterapeuți, psihologi din spitale de psihiatrie/secții psihiatrice);
4. Prestatorii de servicii de AMU.

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

A.4. OBIECTIVELE PROTOCOLULUI.

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

A.5. ELABORAT - 2017

A.6. REVIZUIT - 2023

A.7. URMĂTOAREA REVIZUIRE – 2028

A.8. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CE AU PARTICIPAT LA ELABORARE.

Prenume, Nume	Funcția, instituția
<i>Anatol Nacu</i>	dr.hab.șt.med., prof. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Jana Chihai</i>	dr.hab.șt.med., conf.univ., șef Catedră de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Oprea</i>	dr.șt.med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Ion Coșciug</i>	dr.șt.med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Inga Deliv</i>	dr.șt.med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Igor Nastas</i>	dr.șt.med., conf.univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Grigore Garaz</i>	asist. univ., Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”

PROTOCOLUL A FOST EXAMINAT ȘI APROBAT DE:

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă/funcția
Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Chihai Jana</i> dr.hab.șt.med., conf.univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil Sănătate mintală și Psihologie	<i>Chihai Jana</i> dr.hab.șt.med., conf.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9. DEFINIȚIILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Tulburare afectivă bipolară este o tulburare caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate. Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie). Recuperarea sindroamelor este de obicei completă între episoade [79].

Depresia implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv (pierderea interesului și a plăcerii de la activități și experiențe obișnuite ori anterior plăcute), dispoziție proastă și un spectru de probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale asociate. Diagnosticul de Depresie majoră se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorărilor de ordin funcțional și social.

Actualmente este utilizat termenul de episod depresiv, pentru că depresia definește o singură boală, iar tabloul clinic se manifestă printr-un șir de semne clinice [42, 147, 166].

Episod maniacal – stare caracterizată de dispoziție elevată și o creștere a volumului și vitezei activității fizice și mentale [79].

Episodul maniacial – o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată, în caz dacă este necesară spitalizarea) [42].

Hipomanie – un grad mai ușor de manie, în care anormalitățile dispoziției și comportamentului sunt prea persistente și marcate pentru a fi definite ca ciclotimie, dar nu este însoțită de halucinații sau deliruri [79].

Episodul hipomaniacal - o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate sporit direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, care durează cel puțin 4 (patru) zile consecutiv și este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic [42].

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

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

Tulburarea bipolară cu ciclare rapidă – 4 (patru) sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni [87].

Ciclotimia – este o instabilitate persistentă a dispoziției, implicând numeroase perioade de depresie și elafie ușoară, nici una dintre ele nefiind suficient de severă sau de prelungită pentru a întruni criteriile pentru tulburarea afectivă bipolară [79].

A.10. INFORMAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ

Prevalența tulburării bipolare la adulți depinde de populația și mediul care este studiat.

Populație generală

Global - în funcție de studiu, prevalența estimată a tulburării bipolare pe parcursul vieții în rândul adulților din întreaga lume, este de 1 până la 3% [6]:

- Sondajele comunitare din 14 țări au constatat că, prevalența pe parcursul vieții a tulburării bipolare I și bipolare II a fost de 2,8% [93].
- Un alt set de sondaje comunitare din 11 țări a constatat că, prevalența pe parcursul vieții a tulburării bipolare I a fost de 0,6 la sută și a tulburării bipolare II de 0,4 la sută [111].

Vârsta medie de debut pentru tulburarea bipolară I este de 18 ani, iar pentru tulburarea bipolară II - 20 de ani [111]. Raportul dintre bărbați și femei care dezvoltă tulburare bipolară este de aproximativ 1:1 [143].

Organizația Mondială a Sănătății a estimat că tulburarea bipolară a fost a 46-a cea mai mare cauză de dizabilitate și mortalitate din lume dintre 291 de boli și cauze de leziuni, ceea ce a plasat tulburarea bipolară înaintea cancerului de sân, precum și a bolii Alzheimer și a altor demențe [117]. Mulți pacienți bipolari nu primesc niciodată tratament [111].

Statele Unite — Într-un eșantion reprezentativ la nivel național de adulți din Statele Unite, prevalența estimată a tulburării bipolare I pe parcursul vieții a fost de 1%, iar tulburarea bipolară II de 1,1% [111]. Vârsta medie de debut pentru tulburarea bipolară I și bipolară II a fost de 18 și 20 de ani [110].

Tulburarea bipolară este a 18-a cauză de dizabilitate în Statele Unite [116]. Printre indivizii care suferă de episoade maniacale sau hipomaniacale, funcționarea psihosocială este grav afectată în aproximativ 70 la sută; în timpul episoadelor de depresie majoră, funcționarea este grav afectată la aproximativ 90% dintre persoanele afectate [110].

Cadru clinic — Pacienții bipolari se prezintă adesea la clinicile de îngrijire primară. O revizuire sistematică a 10 studii a constatat că, la pacienții de îngrijire primară (n > 14.000) care au fost

supuși interviurilor psihiatrice structurate, prevalența tulburării bipolare a variat între 1 și 4% [30].

- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea bipolară tip I este de 0,4 – 1,6%, iar pentru Tulburarea bipolară tip II este aproximativ de 1-2%.
- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea bipolară tip I sau bipolară tip II, cu ciclare rapidă este de 5-15% din persoanele cu tulburare bipolară.
- Prevalența pe durata vieții pentru Tulburarea ciclotimică este de 0,4 – 1,0%.
- Incidența (cazuri noi pe an) pentru Tulburarea bipolară tip I este 1,2/100 la bărbați și 1,8/100 la femei.
- Prevalența (cazuri existente) pentru Tulburarea bipolară I tip este 1/100 la bărbați și femei.
- Distribuția pe sexe este identică (poate ceva mai frecventă la femei în caz de – tip II).
- Vârsta critică este de 30 ani pentru bărbați și femei.
- Nu sunt diferențe epidemiologice în funcție de rasă.
- Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate.
- Risc crescut când sunt prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară.
- Risc de 20-25% pentru rudele de gradul I; 50% din bolnavii bipolari au un părinte cu tulburare a dispoziției. Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 25% de a face boala. Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 50-75% de a face boala. Concordanță MZ bipolari=40-70%, Concordanță BZ bipolari=20% [87].
- Vârsta medie la debutul primului episod maniaco-depresiv sau depresiv major este de aproximativ 18 ani pentru tulburarea bipolară tip I. Pentru a pune în evidență acest diagnostic la copii sunt necesare investigații speciale. Întrucât copiii de aceeași vârstă cronologică se pot afla în diferite stadii de dezvoltare, este dificil de definit cu precizie ce este "normal" sau "așteptat" la un anumit moment al evoluției. Din acest motiv, fiecare copil trebuie raportat la nivelul său de bază.
- Debutul poate avea loc oricând pe parcursul vieții, chiar și la vârsta de 60-70 de ani.
- Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniaco-depresiv vor prezenta ulterior episoade depresive recurente.
- Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înaintea unui episod depresiv major.
- Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții.
- Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală.
- Riscul de suicid pe tot parcursul vieții, la indivizii cu tulburare bipolară a fost estimat ca fiind de cel puțin 15 ori mai mare decât în populația generală. De fapt, tulburarea bipolară contribuie la un sfert din totalul tentativelor de suicid reușite.
- Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniaco-depresiv, care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară.
- Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%.
- Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.
- La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani [42].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară. C.2.2.	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea persoanelor cu risc înalt și a semnelor prodromale ce permit suspectarea tulburării afective bipolare. C.1.1. 	Obligatori/Standard: <ul style="list-style-type: none"> Educația privind tulburarea afectivă bipolară (Anexa 2). Descurajarea consumului de droguri.
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și detectarea tulburării afective bipolare. C.1.2.	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea tulburării afective bipolare la persoanele din grupul de risc. C.1.2 	Obligatori/Standard: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (C.2.3.1.) Examenul fizic (C.2.3.2.) Trimiterea la CCSM (Caseta 20)
3. Tratamentul		
3.1. Referire pentru tratament. C.2.3.7.	<ul style="list-style-type: none"> Inițierea precoce a tratamentului. 	<ul style="list-style-type: none"> Trimiterea la CCSM (Caseta 20).
4. Supravegherea clinică C.2.3.10.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenirea recidivelor. (Caseta 1-3) 	Obligatori/Standard: <ul style="list-style-type: none"> Monitorizarea sănătății fizice. Trimiterea la CCSM (Caseta 20).

B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Suspectarea și detectarea tulburării afective bipolare (în particular stărilor agravate cu simptomă psihotică și/ sau suicidalitate) C.1.2.	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea TAB Stările psihotice cresc risc de comportament auto /heteroagresiv Suicidalitatea este o urgență 	Obligatori/Standard: <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea pacientului: Anamneza, examenul fizic, inclusiv starea somatică și neurologică (Caseta 8, Caseta 9, Caseta 10, Caseta 11). Conlucrarea cu CCSM (Caseta 20)
2. Tratamentul		
2.1. Oferirea de tratament. C.2.3.8.	<ul style="list-style-type: none"> Gestionarea crizei (Caseta 28) 	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Intervenții în caz de urgență (C.2.4, Anexa 4).
2.2. Referire pentru tratament. C.2.3.7.	<ul style="list-style-type: none"> Necesitatea în asistență specializată (Caseta 18, 19) 	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Trimiterea la CCSM, spitalizare (Caseta 20, C.2.3.6).

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ)		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Diagnosticul		

B.3. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR (CENTRUL COMUNITAR DE SĂNĂTATE MINTALĂ)		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1.1 Confirmarea diagnosticului de tulburare afectivă bipolară. C.1.2.	<ul style="list-style-type: none"> Nu există simptome tipice pentru tulburarea afectivă bipolară 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluare multidisciplinară (Casetă 8).
1.2 Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală. C.2.2.2.	<ul style="list-style-type: none"> La prezentarea simptomelor afective sau afectiv-psihotice (ușoare) se va utiliza un scurt chestionar de auto-evaluare. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicarea Chestionarului Tulburărilor dispoziției (MDQ, (Anexa 13).
1.3 Selectarea tipului de intervenție. C.1.1.	<ul style="list-style-type: none"> Intervențiile adecvate sunt posibile în urma unei evaluări corespunzătoare a stării psihice/fizice a persoanei. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluarea etapei și tipului de îngrijire (C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului - Managementul pacientului cu risc de TAB).
2. Tratatamentul		
2.1 Tratatament biologic C.1.3-C.1.8, C.2.3.8, C.2.3.8.2.	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiu ca rezultatul al administrării remediilor timostabilizatoare. 	<ul style="list-style-type: none"> Informarea pacientului despre tulburarea de care suferă și decizia luată de comun acord referitor la necesitatea inițierii tratamentului (Anexa 2, în caz adolescenților: Casetă 31). Farmacoterapie în dependență de tipul tulburării (Anexele 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)
2.2 Tratatament psihologic C.2.3.8.1.	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiu de la inițierea și menținerea unei alianțe (conlucrări) în intervenții (psihologice, sociale). 	<ul style="list-style-type: none"> Inițierea și menținerea tratamentului psihologic, terapie cognitiv-comportamentală, terapie vocațională, ocupațională și profesională, activități de reintegrare în comunitate, recuperare profesională, grupurile de suport de la egal-la-egal (Casetele 23, 24,25).
3. Supravegherea clinică continuă C.2.3.10	<ul style="list-style-type: none"> Pentru a asigura stabilitatea condiției medicale obținute prin intervențiile efectuate se va menține o legătură stabilă cu ECSM, inclusiv după depășirea stării de criză. 	<ul style="list-style-type: none"> Menținerea stării de sănătate mintală și supravegherea clinică a persoanelor respectând recomandările (C.2.2).
4. Reabilitarea C.2.3.10	<ul style="list-style-type: none"> Inițierea cât mai timpurie a procesului de reabilitare în caz de TAB oferă beneficii. 	<ul style="list-style-type: none"> Recuperarea psihosocială și asigurarea psihoterapiei; includerea în procesul recuperativ a diferitor actori din viața pacientului (Casetele 23, 24, 25)

B.4. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SECȚIILE DE PROFIL PSIHRIATRIC ALE SPITALELOR RAIONALE ȘI MUNICIPALE, UPU		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii

1. Spitalizare C.2.3.6	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice, în caz că, predomină simptomatologia afectiv-psihotică, este limitată siguranța pacientului și persoana prezintă pericol pentru sine și/sau societate după episodul morbid, când intervențiile la nivelul etapelor anterioare nu au fost eficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar de la CCSM • Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu tentative de suicid și celor cu comportament heteroagresiv sau/și bizar la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a echipei comunitare de sănătate mintală din CCSM (C.2.3.6, C.2.3.7).
2. Diagnosticul C.2.1., C.2.3.4.	<ul style="list-style-type: none"> • În caz de dubii, sau de diagnostic concomitent ce necesită intervenții suplimentare pentru a exclude/ confirma tulburarea afectivă bipolară. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza. • Evaluarea simptomelor. • Examenul de laborator. • Efectuarea diagnosticului diferențial. • Evaluarea dosarului din CCSM, după caz (Casetă 8, Casetă 20).
3. Tratamentul C.1.3, C.1.4. , C.1.5. C.1.6. C.1.8. C.2.3.8	<ul style="list-style-type: none"> • În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat 	<ul style="list-style-type: none"> • Conform recomandărilor psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului se acordă măsurile necesare de tratament în condiții de staționar (Casetele 21, 22,).
4. Externarea C.2.3.7	<ul style="list-style-type: none"> • Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental). 	<ul style="list-style-type: none"> • Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din CCSM. La fel, se discută externarea cu soțul/soție și/sau membrii familiei. (Anexa 2),. • Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate • Recomandări pentru pacient. • Programul individual de recuperare elaborat în comun cu echipa CSM • Recomandările pentru med/familie

B.5. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii

B.5. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ SPECIALIZATĂ		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pașii
1. Spitalizare C.2.3.6, C.2.3.7	<ul style="list-style-type: none"> Beneficiul constă în stabilizarea stării psihice în caz că predomină riscul suicidar, simptomele psihotice sub nivelul remisiunii cu multiple recidive, ciclicitatea rapidă, handicapul funcțional și cognitiv, după primul episod cu eșec la nivelul etapelor anterioare precum și în cazul, când persoana prezintă pericol pentru sine sau/și societate. 	<ul style="list-style-type: none"> Recepționarea pacienților psihotici din secțiile psihiatrice ale spitalelor de profil general, cu solicitarea acordului CCSM după caz
2. Diagnosticul C.2.1., C.2.3.4.	<ul style="list-style-type: none"> În caz de dubii, vizând diagnosticul pozitiv sau diagnosticul concomitent care necesită intervenții/ investigații suplimentare pentru a exclude/ confirma tulburarea afectivă bipolară. 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza. Evaluarea simptomelor. Examenul de laborator. Efectuarea diagnosticului diferențial. Evaluarea dosarului din CCSM după caz (Casetă 8, Casetă 20).
3. Tratamentul C.1.3, C.1.4. , C.1.5. C.1.6. C.1.8. C.2.3.8	<ul style="list-style-type: none"> În unele cazuri sunt necesare intervenții mai complexe și intensive cu asigurarea unor condiții de staționar specializat 	<ul style="list-style-type: none"> Se va efectua ținând cont de recomandările psihiatrului din ECSM, cu acordul pacientului.
4. Externarea C.2.3.7	<ul style="list-style-type: none"> Externarea cât mai timpurie după atingerea scopului terapeutic comun oferă beneficii (eradicarea discriminării, stigmei, ameliorarea contactului cu societatea și mediul ambiental). 	<ul style="list-style-type: none"> Are loc conform recomandărilor psihiatrului din staționar, cu acordul pacientului și a recomandărilor psihiatrului din CCSM. La fel, se discută externarea cu soțul/soție și/sau membrii familiei Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticul exact detaliat. Rezultatele investigațiilor efectuate. Recomandările explicite pentru pacient. Programul individual de reabilitare. Recomandările pentru medicul de familie.

C. CONDUITA

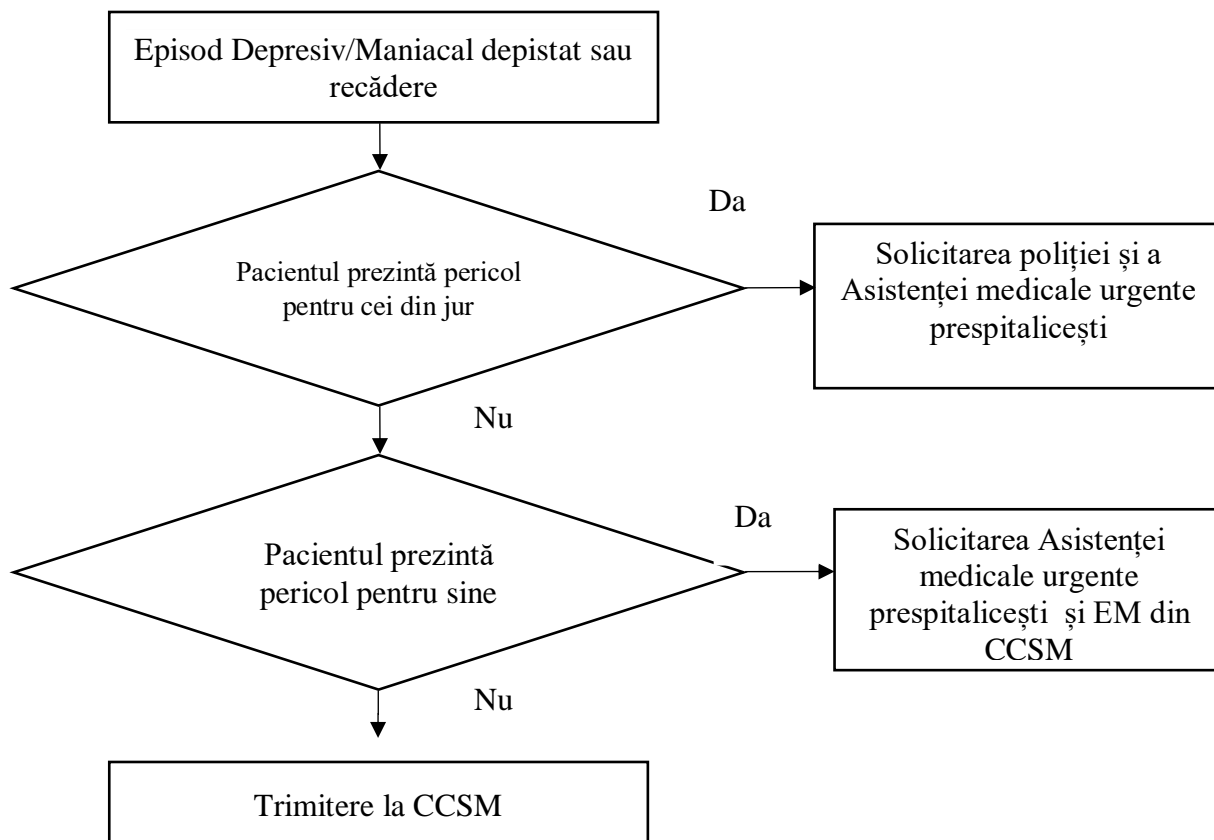
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

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

* Gradarea riscului de Tulburare Afectivă Bipolară

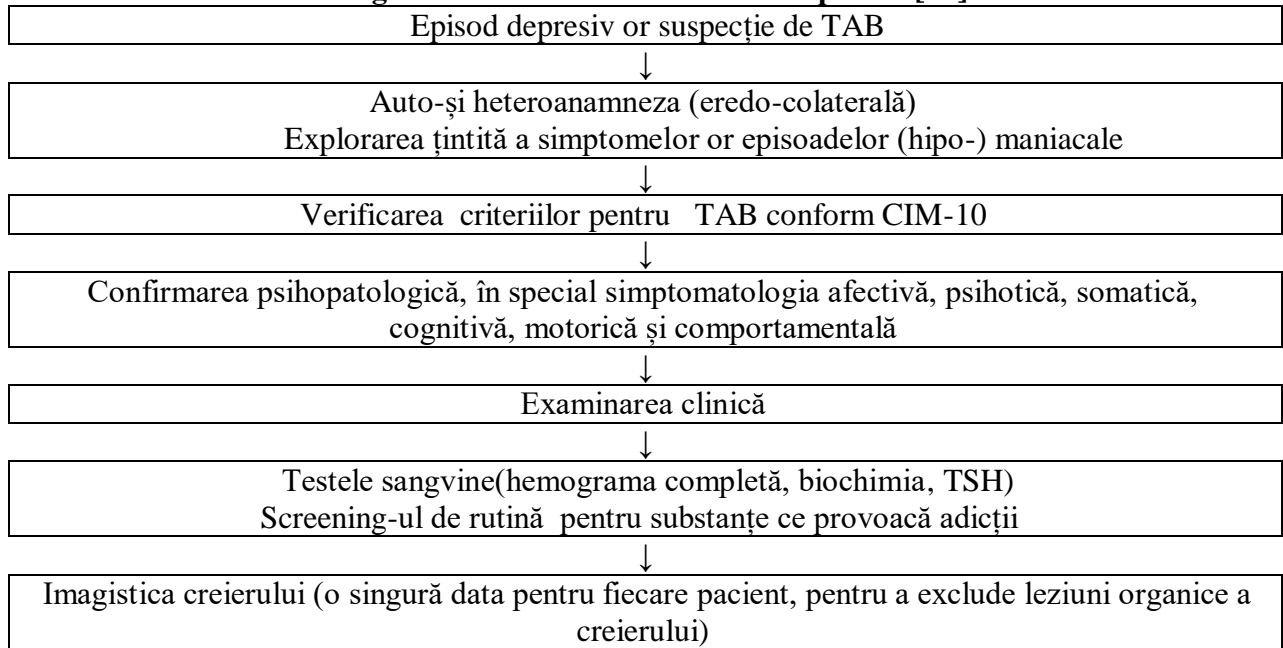
Risc de dezvoltare a Tulburării Afective Bipolare : rudă de gradul întâi cu Tulburare Afectivă Bipolară, gemeni MZ sau BZ, care nu prezintă simptome sau are simptome ușoare; episod depresiv anterior până la vârsta de 25-30 ani; episod hipomaniacal, sau maniacal în anamneză; simptome afectiv-psihotice,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

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

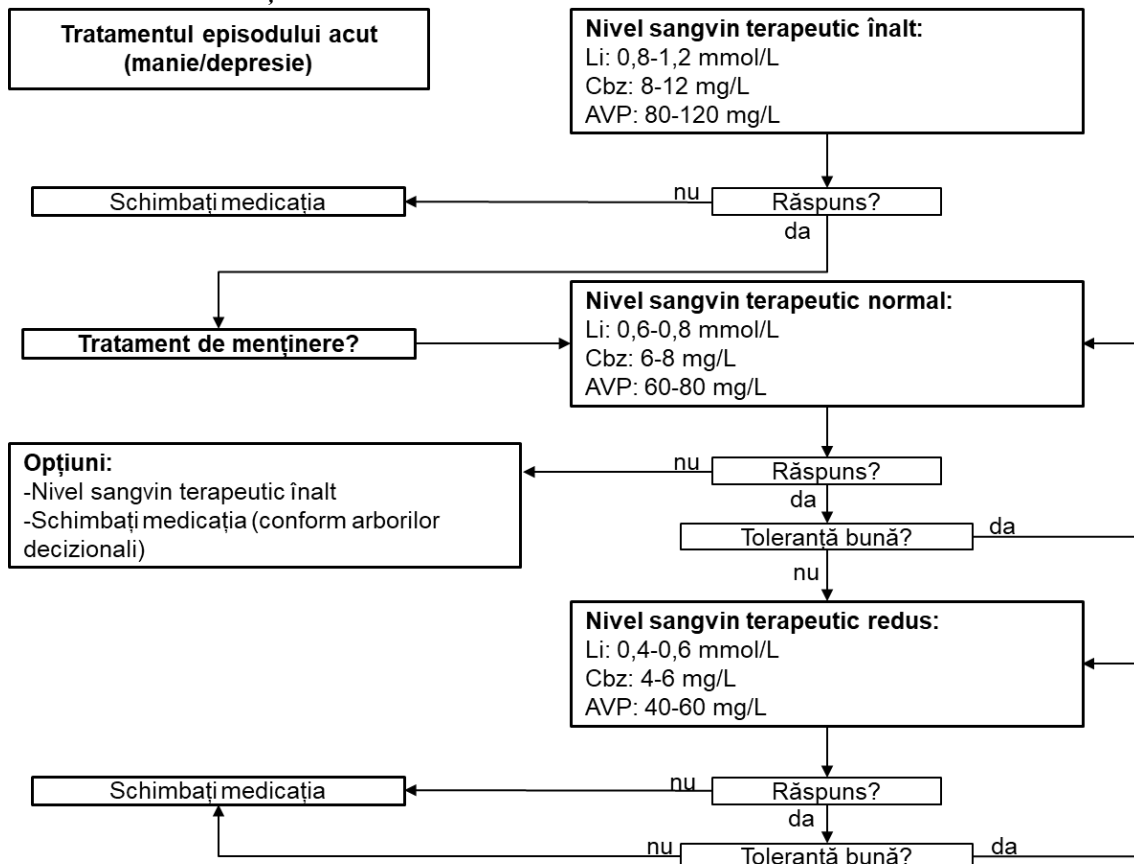


C.1.2. ALGORITMUL DIAGNOSTICĂRII TULBURĂRII AFECTIVE BIPOLARE

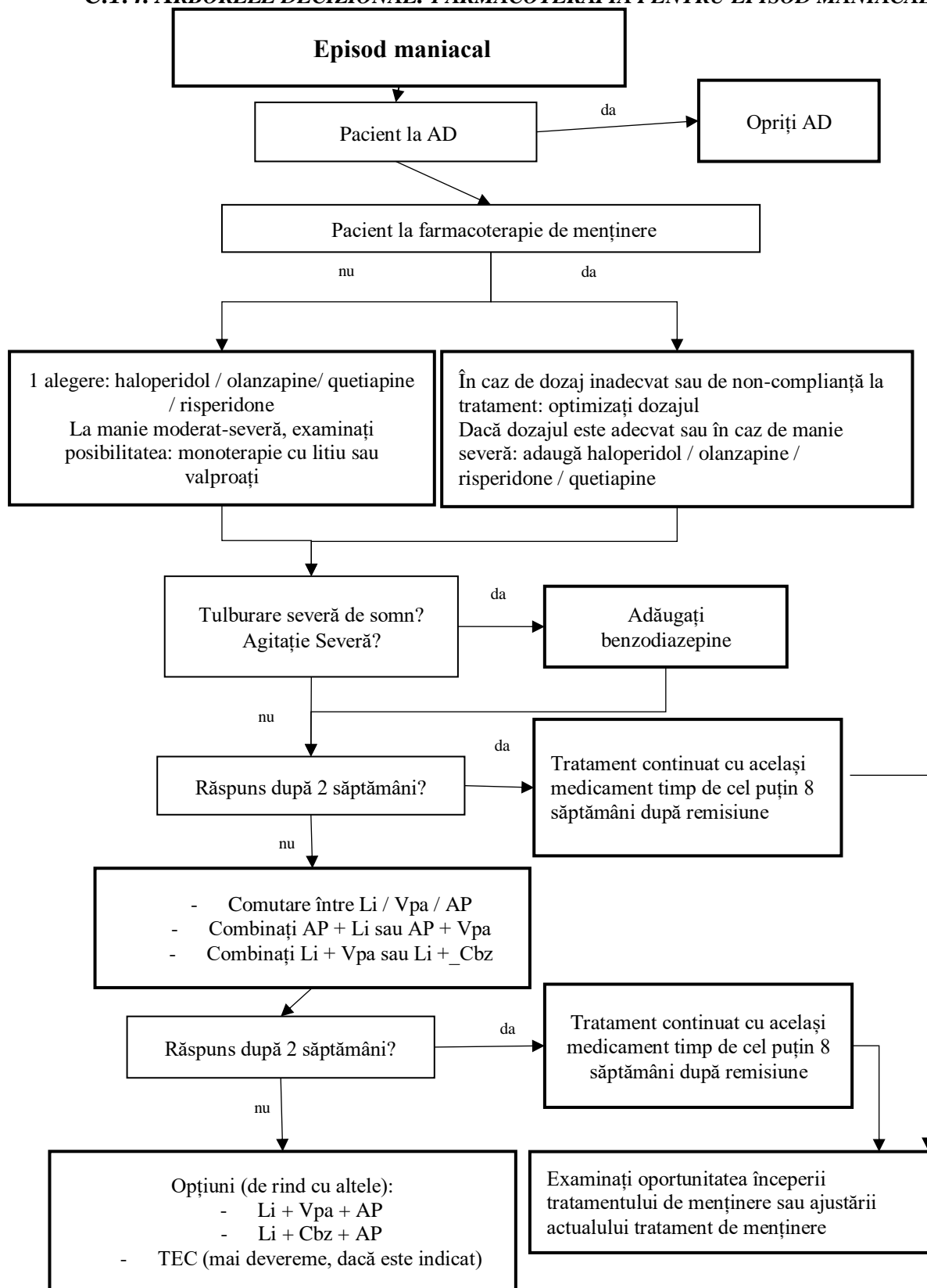
Diagnostic de Tulburare Afectivă Bipolară [21]



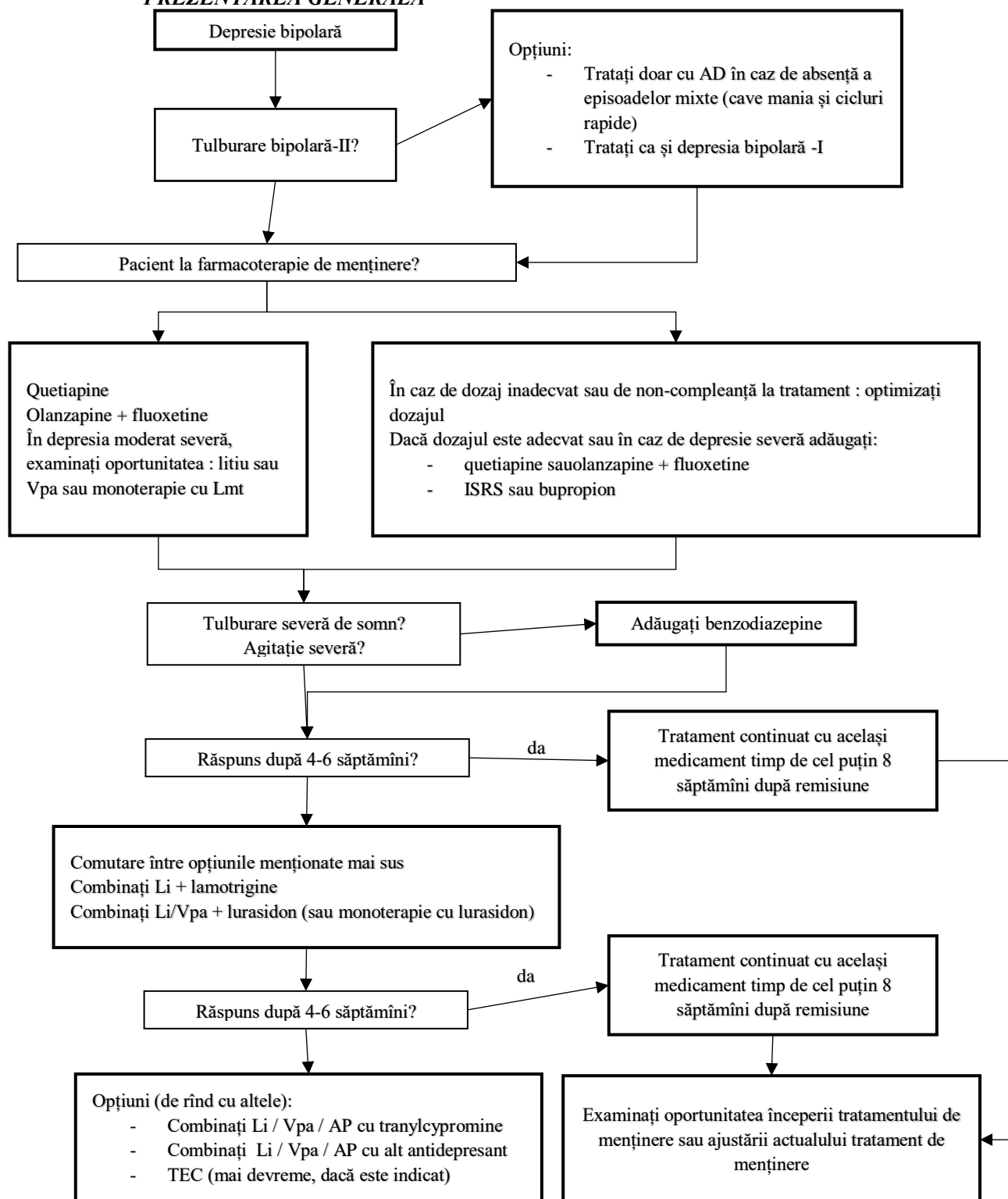
C.1.3. ARBORELE DECIZIONAL: NIVELELE SANGVINE ALE STABILIZATORILOR DE DISPOZIȚIE



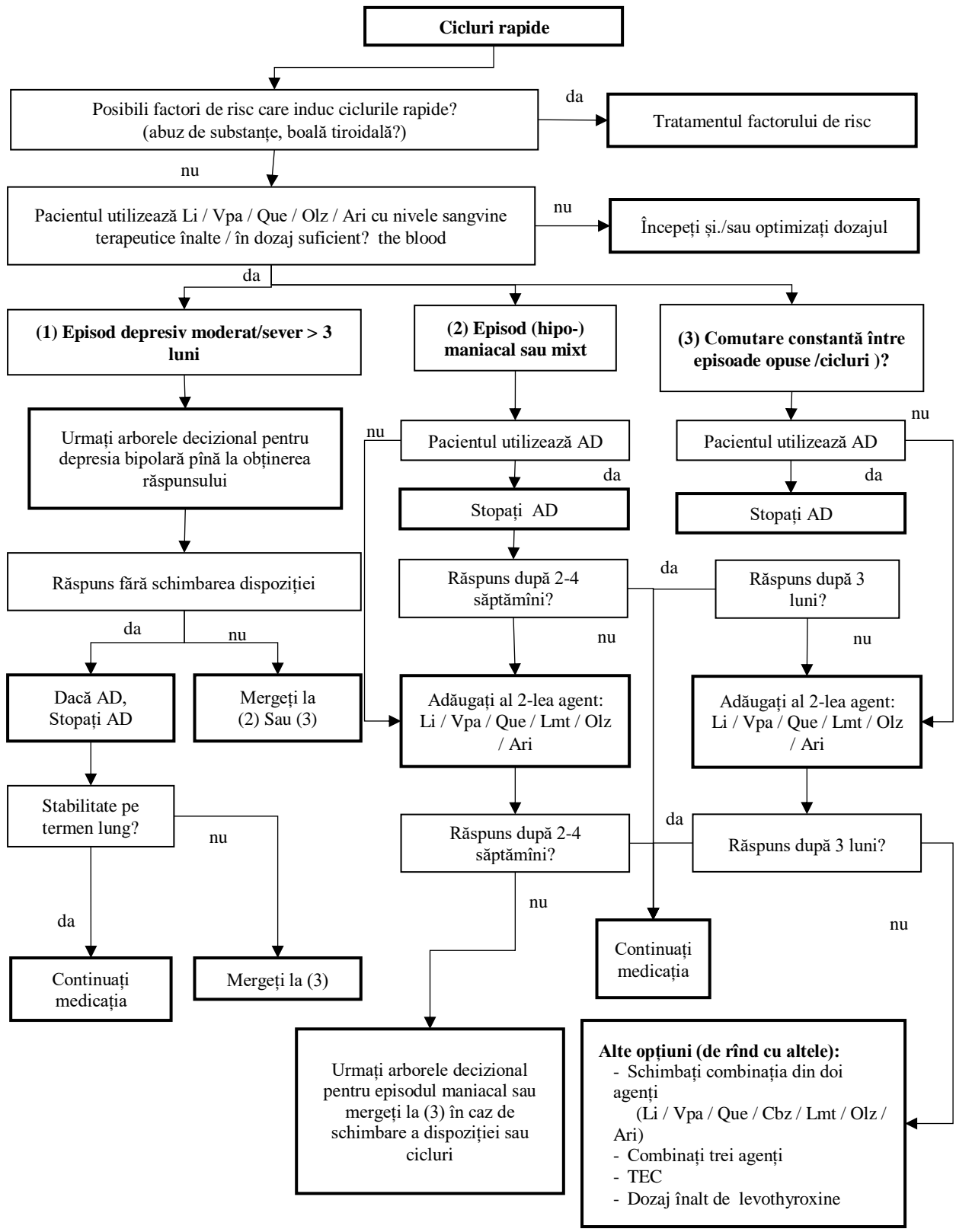
C.1.4. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA PENTRU EPISOD MANIACAL



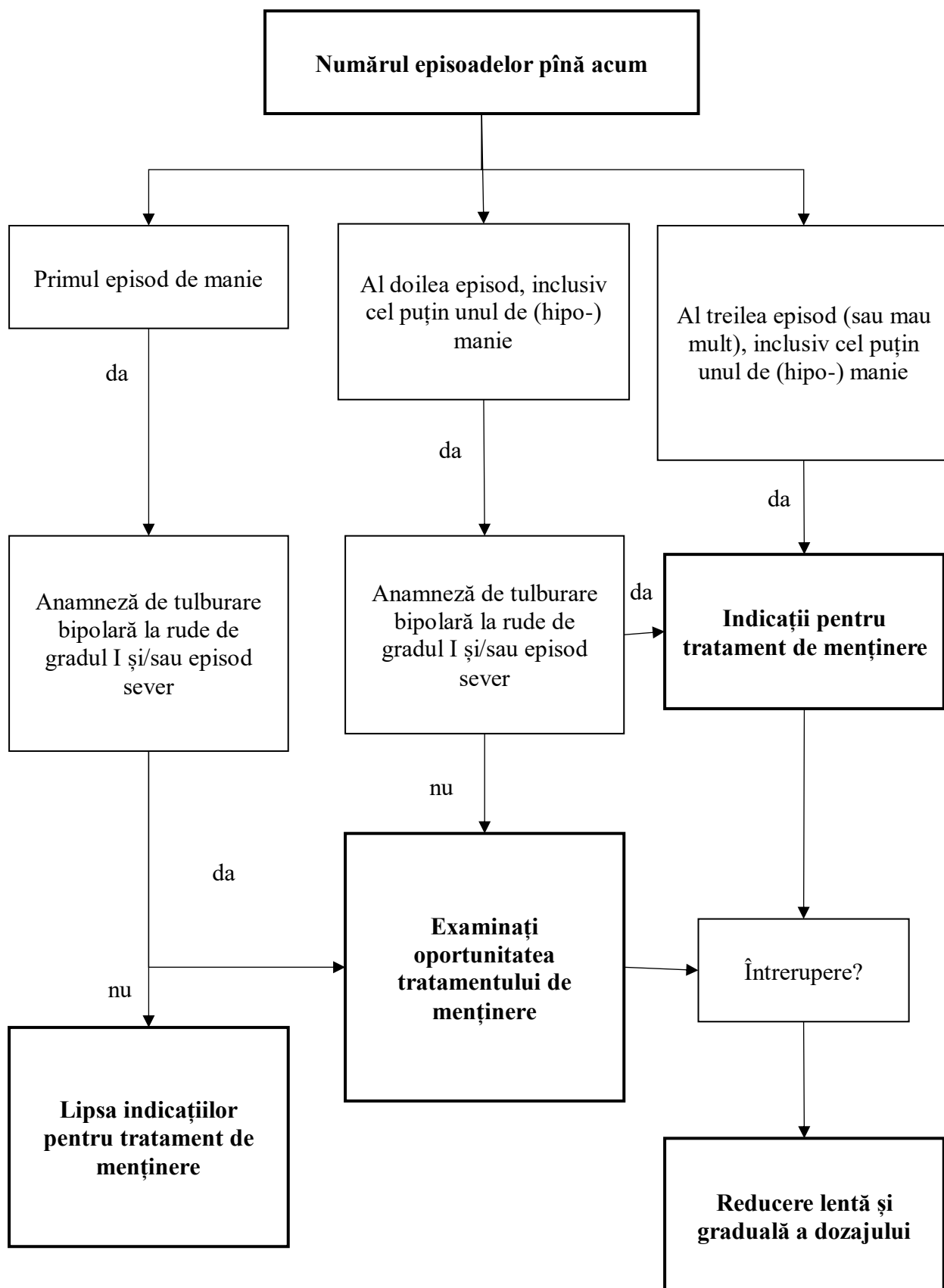
C.1.5. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA ÎN DEPRESIA BIPOLARĂ - PREZENTAREA GENERALĂ



C.1.6. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA LA CICLURI RAPIDE- PREZENTARE GENERALĂ

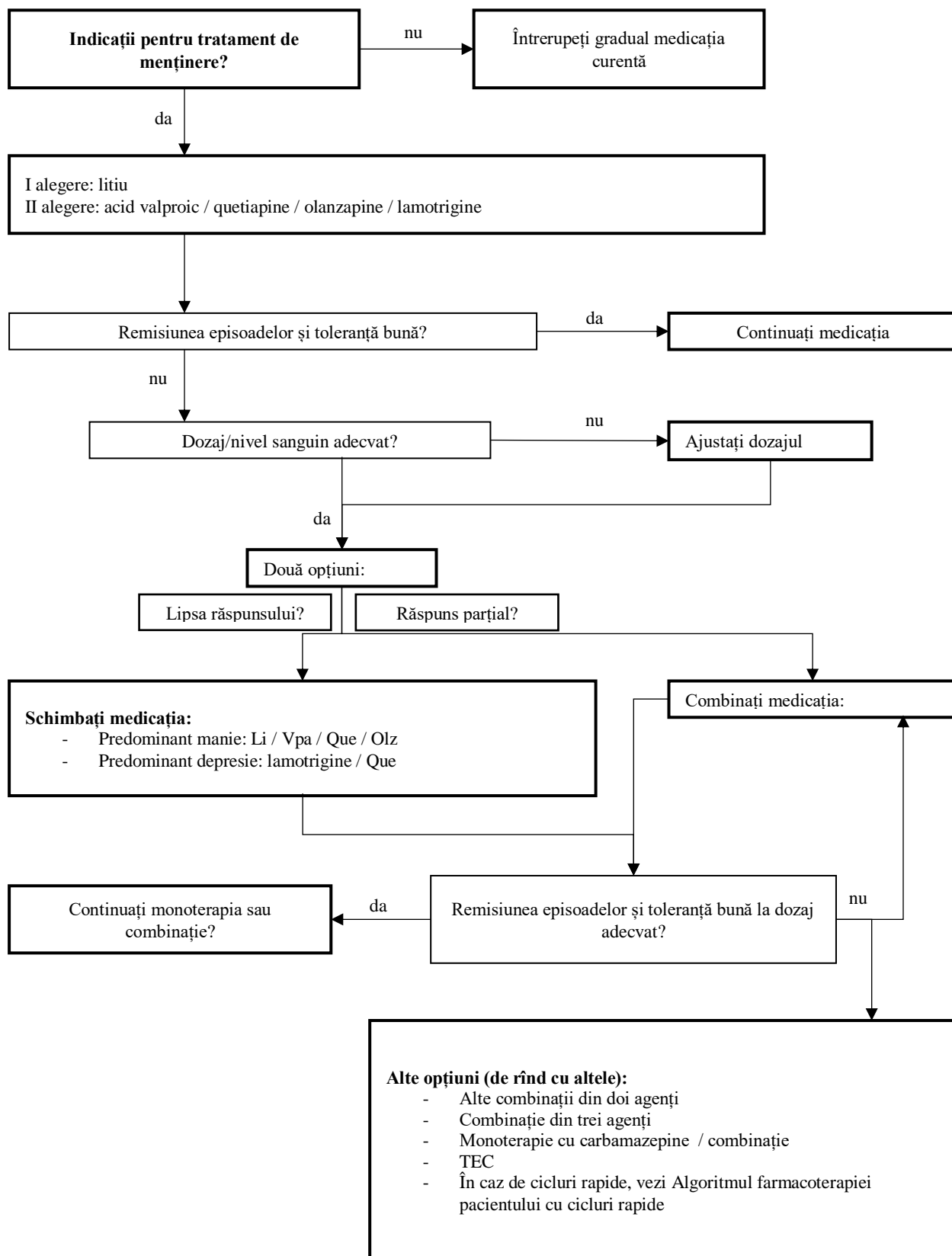


C.1.7. ARBORELE DECIZIONAL: INDICAȚII PENTRU FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE



C.1.8. ARBORELE DECIZIONAL: FARMACOTERAPIA DE MENȚINERE

Farmacoterapia în tratamentul de menținere
(TEC=terapia electro-convulsivă, Li=Litiu, Olz=Olanzapine, Que=quetiapine, Vpa= acid valproic).



C.2.DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. CLASIFICAREA CLINICĂ

Tabelul 1 Clasificarea

Forma nosologică și codul clasificării		
CIM – 10 [79]	DSM – 5 [42]	CIM – 11 [193] (pentru detalii vezi informația după tabel)
F31 Tulburarea afectivă bipolară F 31.0 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal	Tulburare bipolară tip I Episodul hipomaniacal actual sau cel mai recent (296.40)	6A60.2 Tulburare bipolară de tip I, episod actual hipomaniacal
F 31.1 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice	Episodul maniacal actual sau cel mai recent ușor (296.41), moderat (296.42), sever (296.43)	6A60.0 Tulburare bipolară de tip I, episod maniacal curent, fără simptome psihotice
F 31.2 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice	Episodul maniacal actual sau cel mai recent cu elemente psihotice (296.44)	6A60.1 Tulburare bipolară de tip I, episod maniacal curent, cu simptome psihotice
F 31.3 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv ușor sau moderat .30 Fără simptome somatice .31 Cu simptome somatice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent ușor (296.51), moderat (296.52),	<ul style="list-style-type: none"> • 6A60.3 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, ușor • 6A60.4 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, moderat fără simptome psihotice
F 31.4 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever fără simptome psihotice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent sever (296.53)	6A60.6 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, sever, fără simptome psihotice
F 31.5 Tulburare afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever cu simptome psihotice	Episodul depresiv actual sau cel mai recent cu elemente psihotice (296.54)	6A60.7 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, sever cu simptome psihotice
F 31.6 Tulburare afectivă bipolară - episod actual mixt	Hipomanie, manie , depresie specificată cu elemente mixte.	<ul style="list-style-type: none"> • 6A60.9 Tulburare bipolară de tip I, episod curent mixt, fără simptome psihotice • 6A60.A Tulburare bipolară tip I, episod curent mixt, cu simptome psihotice

Forma nosologică și codul clasificării		
CIM – 10 [79]	DSM – 5 [42]	CIM – 11 [193] (pentru detalii vezi informația după tabel)
F 31.7 Tulburare afectivă bipolară în prezent în remisiune	Episodul maniacal actual sau cel mai recent în remisiune parțială (296.45), Episodul depresiv actual sau cel mai recent în remisiune parțială (296.55), Episodul maniacal actual sau cel mai recent în remisiune completă (296.46) Episodul depresiv actual sau cel mai recent în remisiune completă (296.56)	<ul style="list-style-type: none"> • 6A60.B Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisiune parțială, cel mai recent episod maniacal sau hipomaniacal • 6A60.C Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisiune parțială, cel mai recent episod depresiv • 6A60.D Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisiune parțială, cel mai recent episod mixt • 6A60.E Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisiune parțială, cel mai recent episod nespecificat • 6A60.F Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisiune completă
F 31.8 Alte tulburare afective bipolare (include tulburarea bipolară de tip II)	Tulburare bipolară II (296.89) Altă tulburare specifică bipolară și tulburări înrudite specificate (296.89)	6A6Y Alte tulburări bipolare sau asociate specificate
F 31.9 Tulburare afectivă bipolară, nespecificată	Alte tulburări bipolare nespecificate și tulburări înrudite specificate (296.80) Episodul maniacal actual sau cel mai recent nespecificat (296.40) Episodul depresiv actual sau cel mai recent nespecificat (296.50) Episod actual sau cel mai recent nespecificat (296.7)	6A60.Z Tulburare bipolară de tip I, nespecificată 6A61.Z Tulburare bipolară de tip II, nespecificată 6A61.Z Tulburare bipolară de tip II, nespecificată
F34 Tulburări persistente ale dispoziției afective F 34.0 Ciclotimie	Tulburarea ciclotimică (301.13)	

CIM – 11 [193]

Original:	Română
<input type="checkbox"/> 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders <input type="checkbox"/> Mood disorders <input type="checkbox"/> Bipolar or related disorders <ul style="list-style-type: none"> • 6A60 Bipolar type I disorder 	<input type="checkbox"/> Tulburări mentale, comportamentale sau de neurodezvoltare <input type="checkbox"/> Tulburări de dispoziție <input type="checkbox"/> Tulburări bipolare sau înrudite <ul style="list-style-type: none"> • 6A60 Tulburare bipolară de tip I

<ul style="list-style-type: none"> • 6A60.0 Bipolar type I disorder, current episode manic, without psychotic symptoms • 6A60.1 Bipolar type I disorder, current episode manic, with psychotic symptoms • 6A60.2 Bipolar type I disorder, current episode hypomanic • 6A60.3 Bipolar type I disorder, current episode depressive, mild • 6A60.4 Bipolar type I disorder, current episode depressive, moderate without psychotic symptoms • 6A60.5 Bipolar type I disorder, current episode depressive, moderate with psychotic symptoms • 6A60.6 Bipolar type I disorder, current episode depressive, severe without psychotic symptoms • 6A60.7 Bipolar type I disorder, current episode depressive, severe with psychotic symptoms • 6A60.8 Bipolar type I disorder, current episode depressive, unspecified severity • 6A60.9 Bipolar type I disorder, current episode mixed, without psychotic symptoms • 6A60.A Bipolar type I disorder, current episode mixed, with psychotic symptoms • 6A60.B Bipolar type I disorder, currently in partial remission, most recent episode manic or hypomanic • 6A60.C Bipolar type I disorder, currently in partial remission, most recent episode depressive • 6A60.D Bipolar type I disorder, currently in partial remission, most recent episode mixed • 6A60.E Bipolar type I disorder, currently in partial remission, most recent episode unspecified • 6A60.F Bipolar type I disorder, currently in full remission • 6A60.Y Other specified bipolar type I disorder • 6A60.Z Bipolar type I disorder, unspecified • 6A61 Bipolar type II disorder • 6A61.0 Bipolar type II disorder, current episode hypomanic • 6A61.1 Bipolar type II disorder, current episode depressive, mild • 6A61.2 Bipolar type II disorder, current episode depressive, moderate without psychotic symptoms • 6A61.3 Bipolar type II disorder, 	<ul style="list-style-type: none"> • 6A60.0 Tulburare bipolară de tip I, episod maniacal curent, fără simptome psihotice • 6A60.1 Tulburare bipolară de tip I, episod maniacal curent, cu simptome psihotice • 6A60.2 Tulburare bipolară de tip I, episod actual hipomaniacal • 6A60.3 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, ușor • 6A60.4 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, moderat fără simptome psihotice • 6A60.5 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, moderat cu simptome psihotice • 6A60.6 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, sever, fără simptome psihotice • 6A60.7 Tulburare bipolară de tip I, episod actual depresiv, sever cu simptome psihotice • 6A60.8 Tulburare bipolară de tip I, episod depresiv curent, severitate nespecificată • 6A60.9 Tulburare bipolară de tip I, episod curent mixt, fără simptome psihotice • 6A60.A Tulburare bipolară tip I, episod curent mixt, cu simptome psihotice • 6A60.B Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod maniacal sau hipomaniacal • 6A60.C Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod depresiv • 6A60.D Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod mixt • 6A60.E Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod nespecificat • 6A60.F Tulburare bipolară de tip I, în prezent în remisie completă • 6A60.Y Altă tulburare bipolară specificată de tip I • 6A60.Z Tulburare bipolară de tip I, nespecificată • 6A61 Tulburare bipolară de tip II • 6A61.0 Tulburare bipolară de tip II, episod actual hipomaniacal • 6A61.1 Tulburare bipolară de tip II, episod actual depresiv, ușor • 6A61.2 Tulburare bipolară de tip II, episod actual depresiv, moderat fără simptome psihotice
---	--

<p>current episode depressive, moderate with psychotic symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6A61.4 Bipolar type II disorder, current episode depressive, severe without psychotic symptoms • 6A61.5 Bipolar type II disorder, current episode depressive, severe with psychotic symptoms • 6A61.6 Bipolar type II disorder, current episode depressive, unspecified severity • 6A61.7 Bipolar type II disorder, currently in partial remission, most recent episode hypomanic • 6A61.8 Bipolar type II disorder, currently in partial remission, most recent episode depressive • 6A61.9 Bipolar type II disorder, currently in partial remission, most recent episode unspecified • 6A61.A Bipolar type II disorder, currently in full remission • 6A61.Y Other specified bipolar type II disorder • 6A61.Z Bipolar type II disorder, unspecified • 6A62 Cyclothymic disorder • 6A6Y Other specified bipolar or related disorders • 6A6Z Bipolar or related disorders, unspecified 	<ul style="list-style-type: none"> • 6A61.3 Tulburare bipolară de tip II, episod actual depresiv, moderat cu simptome psihotice • 6A61.4 Tulburare bipolară de tip II, episod actual depresiv, sever, fără simptome psihotice • 6A61.5 Tulburare bipolară de tip II, episod actual depresiv, sever cu simptome psihotice • 6A61.6 Tulburare bipolară de tip II, episod depresiv curent, severitate nespecificată • 6A61.7 Tulburare bipolară de tip II, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod hipomaniacal • 6A61.8 Tulburare bipolară de tip II, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod depresiv • 6A61.9 Tulburare bipolară de tip II, în prezent în remisie parțială, cel mai recent episod nespecificat • 6A61.A Tulburare bipolară de tip II, în prezent în remisie completă • 6A61.Y Altă tulburare bipolară specificată de tip II • 6A61.Z Tulburare bipolară de tip II, nespecificată • 6A62 Tulburare ciclotimică • 6A6Y Alte tulburări bipolare sau asociate specificate • 6A6Z Tulburări bipolare sau înrudite, nespecificate
--	--

C.2.2. PROFILAXIA

Caseta 1. Recunoașterea grupului cu risc vizând dezvoltarea tulburării afective bipolare

1. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele cu rude de gradul I suferinde cu tulburări de dispoziției afective.
 2. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la gemenii mono- sau bizigoți dacă unul din gemeni suferă de tulburare afectivă.
 3. Monitorizarea minuțioasă a adulților cu depresie, care se prezintă la serviciile de asistență primară (întrebați-i dacă n-au avut anterior perioade de dispoziție ridicată, hiperactivitate sau comportament dezinhibat. În ultimele 4 sau mai multe zile).
 4. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele care au suferit un episod de depresie cu debut timpuriu – până la vârsta de 25 – 30 ani, inclusiv.
 5. Monitorizarea în cazul simptomelor emoționale (depresie / hipomanie / manie) la persoanele diagnosticate cu ciclotimie.
- Scopul identificării grupului de risc:
- Inițierea timpurie a tratamentului timostabilizator.
 - Limitarea severității episoadelor de tulburare a dispoziției afective.
 - Prevenirea episoadelor depresive / maniacale severe cu simptome psihotice.

Caseta 2. Managementul persoanelor din grupul de risc în sensul dezvoltării tulburării afective bipolare

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

Caseta 3. Recomandări generale cu privire la profilaxia Tulburării afective bipolare

1. **Profilaxia primară** are ca scop: depistarea și atenuarea/excluderea acțiunii unor factori de risc din mediul înconjurător, care sunt cunoscuți că pot produce îmbolnăvirea și, se realizează prin screening-urile care se fac în populație [167].
 - Screening-ul și monitorizarea în timp a persoanelor depresive de vârstă relativ tânără vizând dispoziția afectivă, cu scopul depistării timpurii a tulburării și intervenții precoce.
2. **Profilaxia secundară** are scopul de a depista acutizările/riscul de recidivă în stadiul precoce, pentru a reduce durata și severitatea episoadelor, de a preveni complicațiile și recidivele și se aplică în stadiul de boală deja diagnosticată.
 - Se recomandă screening-ul tuturor persoanelor diagnosticate cu tulburare afectivă bipolară, care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor afective și/sau psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar (Chestionarul tulburărilor dispoziției MDQ)
3. **Profilaxia terțiară** are scopul de a recupera și a readapta pacientul ajuns într-o stare avansată de boală și de a-l reintegra în familie, la locul de muncă, în societate.
 - Se recomandă ca după remiterea simptomelor afective ori/și psihotice să se elaboreze împreună cu pacientul un profil individual al riscului de recidivă, în baza simptomelor de înaintea primului episod și a factorilor de risc pentru recidivă, în special semnele de avertizare precoce (de exemplu, hiperactivitate neproductivă asociată cu lipsa necesității de somn în manie). Dacă pacientul nu este motivat să facă acest lucru, se propune de a elabora un asemenea profil împreună cu colegii din echipa multidisciplinară în colaborare cu familia.
 - Se recomandă cu insistență de a nu înceta intervențiile după întreruperea administrării medicamentelor. Oferiți oportunități ușor accesibile de contactare a clinicienilor în primii cinci ani după remiterea episodului.
 - restabilirea relațiilor sociale, a cunoștințelor și a abilităților profesionale;
- de asigurat pacientului: condiții igienice generale bune, un regim individual, cu excluderea pe cât este posibil a supraefortului mental și a stresurilor psihoemoționale;
- pentru profilaxie maximă, pacientul trebuie să fie încadrat într-un regim de lucru și odihnă rațional.

C.2.2.1. FACTORII DE RISC

Caseta 4. Factorii de risc pentru debutul/dezvoltarea Tulburării afective bipolare

Risc ceva mai crescut pentru grupurile socio-economice mai ridicate [87].

- Risc crescut când sun prezente antecedente familiale de manie/boală bipolară.
- Riscul estimativ morbid de 3-8% la rudele de generația I a probandului cu TAB.
- Copilul cu un părinte bipolar are un risc de 10-25% de a face boala.
- Copilul cu ambii părinți bipolari are un risc de 20-50% de a face boala.
- Concordanță gemeni MZ bipolari=40-70%, Concordanță gemeni BZ bipolari=20%.
- Peste 90% din indivizii care au prezentat un singur episod maniaco vor prezenta

ulterior episoade depresive recurente.

- Aproximativ 60% din episoadele maniacale apar cu puțin timp înainte a unui episod depresiv major.
- Femeile au o probabilitate mai mare să prezinte ciclicitate rapidă și stări mixte și să aibă un tipar de comorbidități diferit de cel al bărbaților, printre care frecvența mai ridicată a tulburărilor de comportament alimentar, pe tot parcursul vieții.
- Femeile cu tulburare bipolară tip I sau tip II au o probabilitate mai mare să sufere de simptome depresive, comparativ cu bărbații. Acestea au, de asemenea, un risc mai mare pe tot parcursul vieții pentru tulburări ale consumului de alcool comparativ cu bărbații și o probabilitate mult mai ridicată de a asocia acest tip de tulburări decât femeile din populația generală.
- Aproximativ 5-15% din indivizii cu tulburare bipolară tip II vor dezvolta în final un episod maniacal care va schimba diagnosticul în tulburare bipolară tip I, indiferent de evoluția ulterioară
- Prevalența tulburării ciclotimice în serviciile clinice specializate în tulburările afective poate fi cuprinsă între 3% și 5%.
- Există un risc de 15-50% ca un individ cu tulburare ciclotimică să dezvolte ulterior o tulburare bipolară de tip I sau de tip II.

La copiii cu tulburare ciclotimică, vârsta medie de debut a simptomelor este 6,5 ani [42].

C.2.2.2. SCREENING-UL

Caseta 4. Instrumente de screening

- Când adulții cu depresie se prezintă la serviciile de asistență primară, întrebați-i dacă n-au avut anterior perioade de dispoziție ridicată, hiperactivitate sau de comportament dezinhibat. Dacă hiperactivitatea sau comportamentul dezinhibat au durat 4 zile sau mai mult, examinați oportunitatea referirii pentru o evaluare specializată de sănătate mintală.
- Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ, vezi Anexa 13) poate fi utilizat pentru screening-ul tulburării bipolare. Un rezultat pozitiv al testului nu indică cu certitudine prezența tulburării bipolare, însă este un semnal pentru o evaluare ulterioară în scop de diagnostic. Un rezultat negativ la test implică neapărat absența tulburării și face stabilirea diagnosticului de TAB mai puțin probabil.
- În cazul unui rezultat pozitiv la testul MDQ, este necesară efectuarea unei evaluări psihiatrice suplimentare. O asemenea evaluare se va baza pe istoria longitudinală, istoria longitudinală din partea unui informator, examinarea fizică.
- Chestionarul de tulburare de dispoziție (MDQ) (Hirschfeld, și al. 2000) este un instrument de screening scurt, de auto-raportare din spectrul bipolar al tulburărilor. Calitatea psihometrică a fost evaluată (Hirschfeld, et al., 2003) în rândul populației generale (SUA) (sensibilitate = 0,28 și specificitate = 0,97). Datorită sensibilității scăzute, instrumentul nu este potrivit pentru testarea populației generale. MDQ este potrivit pentru monitorizarea tulburării bipolare la adulții cu simptome depresive sau diagnostic de depresie majoră (de exemplu, pacienți cu risc înalt). [76, 77]

Screening-ul și diagnosticul tulburării afective bipolare în cazul adolescenților

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

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI

Caseta 5. Pașii obligatorii în examinarea pacientului cu Tulburare Afectivă Bipolară

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

C.2.3.1. ANAMNEZA

Caseta 6. Recomandări pentru culegerea anamneșticului în Tulburarea Afectivă Bipolară

- Ereditatea (rude cu tulburări psihice, în special ale spectrului afectiv).

A. Depistarea simptomelor specifice episodului Depresiv

1. Informații obținute din istoric

- a. Dispoziție depresivă –sentiment subiectiv de tristețe, de a i se fi „scufundat corăbiile” sau de „inimă albastră” pentru o perioadă prelungită de timp.
- b. Anhedonie – incapacitatea de a resimți plăcere.
- c. Retragere socială.
- d. Lipsa motivației, toleranță la frustrare redusă.
- e. Semne vegetative.
 - (1) Pierderea libidoului.
 - (2) Pierdere în greutate și anorexie.
 - (3) Creștere în greutate și hiperfagie.
 - (4) Nivel scăzut al energiei; fatigabilitate.
 - (5) Tulburări menstruale.
 - (6) Treziri matinale (insomnie terminală – trezire mai devreme decât î-și poate permite să doarmă); aproximativ 75% dintre pacienții depresivi au tulburări de somn – fie insomnie, fie hipersomnie,
 - (7) Variație diurnă (circadiană) a dispoziției (simptomele depresiei fiind mai intense dimineața).
- f. Constipație.
- g. Uscăciunea gurii.
- h. Cefalee.

2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente

- a. **Aspectul și comportamentul general** – inhibiție sau agitație psihomotorie, contact ocular deficitar, plâns spontan, deprimare, inatenție vis-a-vis de aspectul personal.
- b. **Afect** – constrictat sau labil.
- c. **Dispoziție** – deprimată, iritată, frustrată, tristă.
- d. **Vorbire** – spontanietate redusă sau absentă, monosilabică, pauze lungi, voce slabă, lipsită de forță, monotonă.
- e. **Conținutul gândirii** – ideaua suicidară afectează 60% dintre pacienții depresivi, iar 15% încearcă să se sinucidă; ruminatii obsesive; sentimente atotcuprinzătoare [pervazive] de lipsă de speranță, de lipsă de valoare, de vinovăție; preocupări somatice; indecizie; sărăcie a conținutului gândirii și sărăcie a vorbirii; halucinații și deliruri congruente cu dispoziția.
- f. **Cogniție** – distractibilitate, dificultăți de concentrare, acuze de memorie, aparentă dezorientare; poate fi dereglată gândirea abstractă.
- g. **Critica vis-a-vis de boală și judecata** – sunt modificate din cauza distorsiunilor cognitive în sensul devalorizării personale (pacientul î-și poate privi boala ca pe o pedeapsă meritată; frecvent se consideră incurabil).

B. Depistarea simptomelor specifice episodului Maniacal

1. Informații obținute din istoric

- a. Comportament dezordonat (dezorganizat) și dezinhibat:
 - (1) Cheltuirea excesivă a banilor sau jocuri de noroc excesive.
 - (2) Călătorie impulsivă.
 - (3) Hipersexualitate, promiscuitate.
- b. Extinderea excesivă a activităților și responsabilităților
- c. Intoleranță la frustrare cu iritabilitate, izbucniri de mânie.
- d. Semne vegetative:
 - (1) Libido crescut.
 - (2) Pierdere în greutate, anorexie.
 - (3) Insomnie (manifestată prin lipsa necesității de a dormi).
 - (4) Energie excesivă

2. Date obținute din examinarea stării mintale prezente

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

Caseta 7. Evaluarea multi-disciplinară comprehensivă

- Efectuarea unei evaluări multi-disciplinare comprehensive a persoanelor cu tulburare afectivă bipolară în cadrul asistenței comunitare de sănătate mintală. Aceasta include evaluarea persoanelor cu TAB de către un psihiatru, psiholog, asistent social, nursă. Evaluarea trebuie să acopere următoarele domenii:
 - psihiatric (probleme de sănătate mintală, risc de vătămare a propriei persoane sau a altor persoane, consum de alcool și istorie de consum de droguri prescrise și ne-prescrise, precum și domenii forte, talente și scopuri de viață).
 - Utilizați interviul semi-structurat de diagnosticare (SCAN, mini-SCAN) în cazul când suspectați o tulburare psihotică.
 - utilizați scalele recomandate ca standard de aur ce evaluează ariile importante ale TAB: YMRS, HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
 - Lucrați cu diagnosticul categorial și dimensional (vezi mai jos) medical, inclusiv istoria medicală și examinarea fizică completă în vederea identificării bolilor fizice (inclusiv tulburări cerebrale organice) și tratamentelor medicamentoase prescrise care pot induce stări psihotice.
 - sănătatea fizică și bunăstarea (inclusiv, masa corporală, fumatul, nutriția, activitatea fizică și sănătatea sexuală).
 - Psihologic și psihosocial, inclusiv rețelele sociale, relațiile și istoricul de traume precum și domeniile forte,- talente și scopuri de viață.
 - Particularitățile dezvoltării persoanei (dezvoltarea și abilitățile sociale, cognitive și motorii, inclusiv condițiile coexistente de neuro-dezvoltare).
 - statutul social (loc de trai, cultură, etnie, activități de divertisment și recreaționale, responsabilități față de un copil sau în calitate de îngrijitor).
 - Ocupațional și educațional (frecventarea unui colegiu, nivel de studii, activitate de muncă și activități cotidiene).
 - calitatea vieții, situația economică [123].

C.2.3.2. EXAMENUL FIZIC (DATELE OBIECTIVE)

Caseta 8 Starea somatică

Starea somatică – *aspectul exterior* (corespunderea vârstei, semne degenerative precoce), *statura pacientului, masa corporală, constituția* (astenică, normostenică, hiperstenică, displastică), *grosimea plicii cutanate*, la femei – în regiunea inghinală, la bărbați – de asupra suprafeței Traube, *anomalii de dezvoltare a corpului* (necorespondere a masei corporale, înălțimii, dimensiunilor diferitor părți ale corpului, infantilism fizic, feminism, ginecomastie, etc.) și a *părților corpului* (particularități de dezvoltare a cutiei toracice, a extermităților, cutiei craniene, pavilioanelor auriculare, dinților și maxilarelor), *tegumentele și mucoasele vizibile* ((culoarea (icterică, subicterică, cianotică, roză, etc.) pigmentarea, umiditatea, impregnarea cu grăsime, tatuaje (cu descrierea localizării și a temei desenului tatuat), *leziuni corporale*, cu descrierea minuțioasă (localizarea, dimensiunile, forma geometrică, adâncimea, culoarea și starea regenerativă) a *plăgilor* (contuze, prin tăiere, înțepare, înjunghiere, etc.), *hematoamelor, escoriațiilor, urmelor de grataj, arsurilor, congestiilor, degerăturilor*). *Sistemul osteo-muscular* ((defecte de dezvoltare (picior strâmb, plat, buza superioară și/sau maxilar superior despicat, urme de răni, starea lor, semne de fracturi, luxații, bandaje și proteze, pansamente aplicate)). *Cavitatea bucală* ((buzele (uscate, cu herpes, umede, crăpate), *dinții* (semne de caries dentar, dinți “Hutchinson”, proteze), *gingiile* (hiperemie, sângerează/ sau nu, lizereu saturnin, fiabilitate), *limba* (uscată/ umedă, cu depuneri/ori fără, culoarea depunerilor, imprimarea dinților), *istmul amigdalo-faringean* (culoarea, depuneri, starea amigdalelor), *mirosul din gură* (de alcool, fetid, de acetonă, etc.)). *Nasul* (eliminări, patologia dezvoltării, traume, cicatrice, hemoragii), eliminări din urechi cu caracteristica acestora, maladii ale procesului mastoidean. Organele sistemului respirator ((tusa și caracterul ei, frecvența, ritmul și adâncimea respirației, câmpul Krenning, percuția (sunetul percutor egal/inegal bilateral, sonor, cu matitate, limitele matității), *auscultarea - respirația* (veziculară, aspră, diminuată, lipsește, amforică), *raluri* (umede de calibru mic, mijlociu și mare, uscate, șuierătoare, crepitante), murmurul pleural)). Organele sistemului cardiovascular (starea vaselor sanguine magistrale și superficiale, teleangioectazii, frecvența și ritmul zgomotelor cardiace, sufluri patologice, edeme ale membrelor inferioare). Organele sistemului digestiv ((abdomenul la palpare (moale/ dur, indolor/ dureros, cu localizarea durerilor, participă în procesul de respirație sau nu), *simptoamele de excitare ale peritoneului, ficatul* (dimensiunile, duritatea sensibilitatea), *splina* (dimensiunile, duritatea, sensibilitatea), *intestinul sigmoidu* (dureros, infiltrat, sensibil), *scaunul* (oformat, lichid, semioformat, mirosul, culoarea, cu amestecuri patologice – sânge, mucozități), frecvența lui. *Organele sistemului urogenital* (simptomul Pasternatzki-Giordano, dereglări de micțiune, edeme faciale, impotență, frigiditate, etc.)

Caseta 9 Starea neurologică

Starea neurologică – *patologia nervilor cranieni* ((Pupilele (egale/inegale ca mărime, forma regulată/neregulată, midriază, mioză, convergența, strabism (convergent/divergent), diplopie)), reflexele corneale, *mișcările globilor oculari* (dolare/indolare, în volum deplin/limitate în sus, limitate în jos, limitate lateral), reacția la lumină (vie, lipsește, diminuată), *nistagmus* (orizontal, vertical, rotator, orizontal-rotator, mixt, larg întins, scurt întins); *echilibrul în poziția Romberg* ((tremor al extremităților, stabilitate (stabil/instabil, se clatină spre dreapta, spre stânga, înainte, înapoi)), *reflexele osteo-tendinoase, abdominale* (vii, lipsesc, atenuate), *dermografismul* (roz, alb, roșu, îngust/difuz, stabil, dispăre repede); *reflexele patologice* (Babinsky, Rossolimo ș.a). *Semnele meningiene. Semnele de impregnare neuroleptică* (acatisie, rigiditate musculară, tegumentele obișnuite/uscate/grase, proba percuției glabelare, hipersalivare, proba capului lăsat liber, tremorul limbii scoase afară). Descrierea se va face, cu înregistrarea în fișă a patologiei depistate.

Caseta 10 Statutul psihic

Starea psihică (toate simptomele psihopatologice vor fi expuse descriptiv, fără a le califica. Expresiile pacientului, vor fi expuse așa cum le exprimă el, între ghilimele. De

exemplu, se vor evita inscripții de tipul „pacientul are halucinații auditive”, ci se va nota, ca exemplu: „aude un glas de femeie necunoscută, înlăuntrul capului, ce îi ordonă să”). *Aspectul vestimentar* (îngrijit, neglijent, corespunzător situației, curat, aranjat, etc.). *Comportamentul* (adecvat/inadecvat situației, prietenos/ mâniaș/ furios, extrem de familiar, distant, răutăcios, pretențios, interesat/ dezinteresat de discuție, pasiv/ activ, indiferent, furios/calm, supărăcios, etc.). *Psihomotricitatea* (activă/ pasivă/ hiperactivă/ neliniște psihomotorie, mișcări automatizate, bizară, exprimând nesiguranță de sine, dezinhibată, liberă, manierisme, grimase, naturală, neîndemânatică, rapidă, stereotipică, stingherită, etc.). *Accesibilitatea contactului verbal* (accesibil/ inaccesibil, contactul verbal se stabilește cu dificultate, ușor, treptat, cu încredere/neîncredere în interlocutor, relaționează verbal - superficial, formal), *cauzele deficienței contactului verbal* (fizice – hipoacuzia, balbism, gângăit, psihopatologice – dezorientare auto- și/sau allopsihică, torpiditate, supraîncărcare cu trăiri interne și posturale). *Relația cu realitatea* doar în planul propriilor trăiri – halucinatorii sau delirante, adecvată, exagerat de suspicioasă, etc. *Mimica* (naturală, expresivă (ce anume exprimă), hipomobilă, amimie, etc.), *expresia feței* (obișnuită, apatică, indiferentă, dușmănoasă, încordată, zăpăcită, buimatică, perplexă, tristă, mâhnită, tristă, abătută, formală, veselă, inadecvată), *ochii* (vii, expresivi/ inexpressivi, strălucitori, veseli, alarmați, plânși.), *expresia ochilor* (naturală, jalnică, buimatică, fixată pe ceva anume, dușmănoasă, încordată, ironică, suspicioasă, indiferentă, exprimând încântare, tristețe, obsedare, etc.). *Vorbirea* (articulată/ dezarticulată, vorbește cu voce sonoră/inceată, oboșită ori țipă, strigă, își exprimă ușor/dificil gândurile, este lingușitor, manipulativ, vorbește la nesfârșit de parcă nu simte necesitatea în interlocutor ori repetă sfârșitul cuvintelor, frazelor, sau aglutinează 2-3 cuvinte suprapunându-le unul peste altul, prezența neologismelor, etc.), *fluxul verbal* (accelerat, încetinit ca tempou, vorbire tocată, sacadată, etc.). *Conștiința* ((se va descrie orientarea bolnavului în timp, spațiu și propria persoană, orientarea dublă (creează impresia prezenței: parțial în timpul și spațiul real, și simultan în cadrul propriilor trăiri delirant-halucinatorii), prezența/ absența fenomenelor de somnolență, torpoare, obtuzie, obnubilare, somnolență, comă, confuzie de tip amenzial, crepuscular, oneiroid, delirium)). *Percepția și senzațiile* ((prezența/ absența: hiperesteziei/ hipoesteziei, cenestopatiilor, fenomenelor de derealizare-depersonalizare, macropsiilor, micropsiilor, tulburări a schemei corporale, metamorfopsiilor, dismorfofobiilor, dismorfomaniilor, dismorfopsiilor, poropsiilor, etc.), halucinațiilor (amorse, abstracte, acromatice, acustice, acustico-verbale, antagoniste, auditive elementare ori sub aspectul “vocior”, ascunse, asociative, campine/ extracampine, sinestezice, cinematografice, comentatorii, cosmice, combinate, complexe, contradictorii, dominante, elementare, enteroceptive, viscerele, visceroscopice, epizodice, fiziologice, fotografice, fopsii, fragmentare, funcționale, gigantice (“guliverice”), gustative, hipnagogice, hipnopompice, imperative, intuitive, kinestetice, macroscopice, microscopice, mistice, muzicale, negative, olfactive, optice, simple, complexe, scenice, proprioceptive, pseudohalucinații, psihomotorii, tactile, verbale, vizuale), iluzii (ale memoriei, auditive, de modificare a schemei corporale, gustative, interoreceptive, gustative, multisenzoriale, olfactive, optice, pareidoliilor, senzoriale, tactile, verbale, viscerele; fenomene de tip: “deja connu”, „deja vecu”, „deja vu”, „deja entandu”). *Atenția* (activă, pasivă, dispersată, epuizată, fixată, inhibată, insuficientă, suficientă, stabilă). *Memoria* ((tipul memoriei (de lungă/ scurtă durată, vizuală, operațională, logică, mecanică, auditivă), funcțiile memoriei (memorarea, retenția, reproducerea informațiilor), prezența/ absența tulburărilor de memorie (amnezia parțială, totală, amnezia antero-, retro-, anteroretrogradă, congradă, retardată, progredientă, hipomnezia, hiperamnezia, confabulațiile, pseudoreminiscentele, criptomneziile, ecmnezia, anecforia, etc.)). *Gândirea* ((integră, rațională/ irațională, încetinită/ accelerată (“fuga idearum,)) abstractă/ concretă, circumstanțială, ambivalentă, apatică, autistă, simbolică, paralogică, delirantă, catotimă, coerentă/ incoerentă, întreruptă, confuzională, dezintegrată, ataxia gândirii, șhperrung, de condamnare, „impusă”, dominantă, erotomană, hipocondriacă, infantilă, sugestivă, suicidală, cu raționamente sterile, etc.)), *idei delirante* ((depressive: (hipocondriace, de intermetamorfoză, dermatozoice, mistice, religioase, de referință, cverulant, persecuție, “însenare”, culpabilitate, suicidale, de jaf, prejudiciu material ori moral, de

otrăvire, de autoacuzare, de autodepreciere, de gelozie, etc.), expansive: (de grandoare, inovație, filiație, erotomanice, bogăție, etc.)), *delir* ((acut/ cronic, paranoic, paranoid, parafren, sistematizat/ nesistematizat, de involuție, simbiotic, conform, primar/ secundar, abortiv, cristalizat, încapsulat, rezidual, afectiv, alcoolic, febril, indus, infecțios, altruist, antagonist, anxios, disimulat, catastefic, cenestopatic, confabulator, polimorf, Cotard (nihilist), Capgras, dermatozoic, de autoumilitare, de culpabilitate, de invenție, de filiație, de gelozie, de grandoare, de graviditate, de iamațiație, de influență, de importanță deosebită, de invenție, de interpretare, de mărire, de metamorfroză, de negație, de otrăvire, de persecuție, de prejudiciu, de relație, de ruină, parțial, situațional, sugestiv, de transformare, de vindecare, de vinovăție, dismorfomanic, erotic, exaltat, fantastic, genealogic, halucinator, hipocondriac, lucid, macromaniacal, mistic, pasional, pitiatic, posesiv, procesiv, profesional, profetic, reformator, religios, senzitiv, sexual, etc.)). Afectivitatea ((*emotivitatea* (echilibrată/instabilă, adecvată/ inadecvată situației; labilitate emoțională, „incontinență afectivă”, stare de afect (fiziologic/ patologic), hipotimie, atimie, apatie, anhedonie, depresie, hipertimie, euforie, paratimie, fobii, extaz)), *paleta emoțională* (agitație, „raptus melancolicus”, hiperestezie/hipoestezie afectivă, inadecvată, ambivalentă, explozivă, aplatizată), *agitație* (amețială, tăcută, halucinatorie, hebefrenică, hipomaniacală, maniacală, catatonică, depresivă, psihogenă, verbală, anxioasă, afectivă, epileptiformă, epileptică, carfologie (în limitele patului), *dispoziția* (depresivă, euforică, indiferentă, inadecvată, polară, disforică, delirantă, exaltată, expansivă, delirantă iritabilă, răutăcioasă, scăzută, vioaie, etc.), *tulburări în sfera sentimentelor* ((estetice, morale, sociale). Voința (hiperbulie, hipobulie, abulie, negativism), *caracterul* ((anxios, bătaș, capricios, comunicativ, cu inițiativă, „cu sete de putere”, curios, dezechilibrat, binevoitor, echilibrat, energic, epileptic, indolent, închis (introvertit), isteric, lipsit de inițiativă, lipsit de voință, modest, necomunicativ, nesociabil, psihastenic, punctual, răutăcios, pragmatic, retras, reținut, schizoid, sfios, sânguincios, timid, volitiv)), intelectul, temperamentul ((*melancolic* (timid, sfios, dificil se adaptează în atmosferă nouă, cu greu contactează cu oameni necunoscuți, nu are încredere în sine, cu greu suferă singurătatea, dispoziția este deprimată la insuccese, fatigabilitate sporită, voce inexpressivă, impresionabil, suspicios, gingaș, susceptibil, închis în sine, nesincer, nesociabil, fricos, docil, umilit), *sanguin* (vesel, voios, optimist, bine dispus, energic, activ, supraapreciază propria persoană, ușor însușește ceva nou, ușor suportă neplăcerile, ușor se adaptează la noua atmosferă, rapid se încadrează în acțiuni noi, comunicativ, sociabil, inimos, milos, rezistent, capabil de muncă, zgomotos, dispoziție bună), *flegmatic* (liniștit, calm, cu stăpânire de sine, consecvent, precaut, prudent, rezonabil, voce liniștită, reținut, cumpătat, răbdător, finisează toate acțiunile, blajin, punctual, precis, principial, consecvent), *coleric* (lipsit de asiduitate, agitat, nerăbdător, aspru, strident, riscant, dezechilibrat, necumpătat, “înfocat”, înflăcărat, agresiv, mimica expresivă, impetuos, impulsiv)), discernământul critic (prezent, absent, diminuat, formal).

Caseta 11. Principii și criterii generale de diagnostic

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

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

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

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

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

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

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

- Evaluarea (diferențială) de diagnosticare a tulburării bipolare trebuie efectuată de către un psihiatru.
- În evaluarea unei tulburări bipolare suspectate, se va ține cont de următoarele aspecte:
 - a. efectuați o evaluare psihiatrică completă, documentând istoria detaliată a perioadelor de schimbare în dispoziție, activitatea sporită, dezinhibiția, simptomele dintre episoade, factorii declanșatori ai episoadelor anterioare și modelele de recidivă;
 - b. istoria psihiatrică familială, în special, cu referință la tulburările depresive și bipolare și la suicid;
 - c. încurajați persoanele să invite orice membru al familiei sau îngrijitorii să ofere o istorie coroborativă;
 - d. evaluați potențialele comorbidități psihice și somatice;
 - e. evaluați nivelul funcționalității sociale, profesionale și personale;
 - f. discutați posibilități factori psiho-sociali și factorii de menținere a stilului de viață;
 - g. discutați despre istoria tratamentului și identificați: intervențiile anterioare au fost eficiente sau ineficiente;
 - h. analizați medicația curentă și efectele adverse;
 - i. identificați așteptările personale vizând diagnosticul și tratamentul;
 - j. executați evaluarea de diagnostic diferențial axat pe tulburarea depresivă unipolară recurentă, tulburările psihotice, tulburările de personalitate, abuzul de substanțe și ADHD;
 - k. excludeți factorii fizici (inclusiv funcționarea tiroidei) pentru schimbările de dispoziție, în special în primele episoade.
- Se recomandă monitorizarea evoluției tulburării bipolare prin intermediul instrumentelor

specializate, din punct de vedere al severității simptomelor, precum și al evoluției în timp.

- La evaluarea unei tulburări bipolare suspectate în prezența abuzului de alcool sau droguri, este preferabil să fie efectuată într-o perioadă de abținere totală de la consumul de substanțe

Caseta 12. Criterii de diagnostic pentru hipomanie F30.0 [CIM-10]

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

Caseta 13. Criterii de diagnostic pentru episodul maniacal fără simptome psihotice F30.1 [CIM-10]

- (1) Dispoziția este elevată fără a ține cont de circumstanțele individuale și poate varia de la o jovialitate nepăsătoare la o excitație aproape incontrollabilă. Elevația este însoțită de o creștere a energiei, rezultând în hiperactivitate, presiune a vorbirii și nevoie scăzută de somn. Inhibițiile sociale normale se pierd, atenția nu poate fi păstrată și există deseori o distractibilitate marcată.
- (2) Autoaprecierea este, de obicei, exagerată și sunt exprimate liber idei grandioase sau supra-optimiste.
- (3) Pierderea inhibițiilor sociale normale poate duce la un comportament frivol, necontrolat, sau inoportun și deplasat, în raport cu circumstanțele.

Caseta 14. Criterii de diagnostic pentru episodul maniacal cu simptome psihotice F30.2 [CIM-10]

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

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

Include: stuporul maniacal

Caseta 15. Criterii de diagnostic pentru tulburarea afectivă bipolară F31. [CIM-10]

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

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

Exclude:

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

F31.0 Tulburare afectivă bipolară, episod actual hipomaniacal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F31.6 Tulburare afectivă bipolară, episod actual mixt

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

Exclude: episod afectiv mixt unic (F38.0)

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

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

Pentru diagnosticarea Episoadelor depresive (F32.x; F33.x) vezi PCN 255 Depresia

Caseta 16. Criterii de diagnostic pentru tulburări persistente ale dispoziției (afective) F34 [CIM-10]:

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

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

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

Inclusiv:

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

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

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

Inclusiv:

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

Exclusiv:

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

C.2.3.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE (OBLIGATORIU)

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

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

Medicamente	Examen
În general, la început (la toți pacienții, înainte sau imediat după includerea unui nou medicament)	Înălțime, greutate, circumferința taliei, tensiunea arterială, puls

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

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

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

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

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

C.2.3.4. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea depresivă majoră
- Diagnosticul diferențial al episodului de mânie și hipomanie
- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu tulburarea ciclotimică
- Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu psihoza (schizofrenia,

tulbura-rea schizoafectivă și tulburările delirante)

- Diagnosticul diferențial al TAB tip II și tulburarea de personalitate borderline
- Diagnosticul diferențial al tulburării bipolare cu tulburarea de panică și alte tulburări anxioase
- Diagnosticul diferențial al TAB tip II și tulburarea de atenție cu hiperactivitate (ADHD)
- Diagnosticul diferențial al TAB cu abuzul de substanțe psihoactive

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

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

[Radu Vrsti și Ioan Papava]

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

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

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

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

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

Pentru Moller et al. (2001), depresia bipolară nu poate fi deosebită de depresia unipolară. Aproximativ 75% dintre depresivii bipolari experimentează scăderea apetitului și insomnie în

timp ce 25% dintre ei au simptome atipice precum creșterea apetitului și somnolență (Robertson et al, 1996). Bowden (2005) într-o trecere în revista a literaturi și, ulterior Perlis et al. (2006), utilizând scalele Montgomery-Asberg și Hamilton de evaluare a depresiei, găsesc câteva criterii de diferențiere între cele două tipuri de depresie care sunt prezentate în Tabelul 4.

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

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

b. Diagnosticul diferential al episodului de manie/hipomanie [Radu Vrasti si Ioan Papava]

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

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

Tabelul 5. Condiții clinice somatice care pot genera manie secundară

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

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

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

Agenți antidepresivi	Agenți dopaminergici	Agenți adrenergici	Stimulanți	Alți agenți
Antidepresive	Levodopa	Decogestionanți	Alcool	Izoniazidum
Terapia electroconvulsivă		Bronhodilatatori	Cocaină	Corticosteroizi
Terapia prin lumină			Amfetamină	Steroizi anabolizanți
			Cofeină	Disulfiramum

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

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

d. Diagnosticul diferențial al episodului de depresie bipolară cu psihoza (schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburările delirante) [Radu Vraști și Ioan Papava]

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

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

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

e. Diagnosticul diferențial dintre tulburarea bipolară tip I, tip II și tulburarea borderline de personalitate (TBP) [Radu Vraști și Ioan Papava]

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

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

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

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

Simptom	Bipolar	Ambele	Borderline
Dispoziție depresivă		x	
Instabilitate afectivă		x	
Perioadă distinctă și persistentă de dispoziție crescută		x	
Instabilitate afectivă datorată reactivității emoționale crescute			x
Stimă de sine crescută	x(manie)		

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

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

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

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

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

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

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

Simptom	Tulburare bipolară (manie)	Tulburare de atenție cu hiperactivitate (ADHD)
Debut foarte timpuriu		x
Hiperactivitate	x	x
Distractibilitate	x	x
Impulsivitate	x	x
Idei de grandoare	x	
Stima de sine crescută	x	
Fuga de idei	x	
Incapacitate de a fi atent		x

Descreșterea nevoii de somn	x	x
Perioade de veselie patologică	x	
Idei delirante	x	
Răspunde la administrarea de stimulanti		x
Istoric familial de tulburări afective	x	

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

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

h. Diagnosticul diferențial al TAB cu abuzul de substanțe psihoactive [97]

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

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

C.2.3.5. PROGNOSTICUL

Caseta 17 Prognosticul

Când simptomatologia depresivă este pe prim plan:

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

Când simptomatologia maniei este pe prim plan:

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

C.2.3.6. CRITERIILE DE SPITALIZARE

Caseta 18 Criteriile de spitalizare

- Secțiile psihiatrice din spitalele generale, UPU, în funcție de caz:
 - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiții de ambulator de către ECSM.
 - Pacient cu simptome psihotice ce prezintă pericol pentru sine sau cei din jur
 - Pacient cu simptome psihotice și risc vital datorat comorbidităților (vezi caseta cu urgențe)
- Spitalele de psihiatrie, în funcție de caz:
 - Pacient cu simptome psihotice care nu a fost posibil de gestionat în condiția secțiilor psihiatrice din spitalele generale

C.2.3.7. CRITERII DE TRANSFER DE LA UN NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICAL LA ALT NIVEL

Caseta 19 Conduita și criteriile de transfer de la un nivel de asistență medical la alt nivel

- **Asistența medicală primară**
 - Evaluarea persoanelor cu risc de dezvoltare a TAB.
 - Suspectarea semnelor de TAB de către medicul de familie.
 - Educația, privind TAB.
 - Descurajarea consumului de droguri; PCC.
 - Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice.

În cazul depistării TAB trimitere la CCSM.

- **CCSM**
 - Serviciul de bază de sănătate mintală ce deține informația despre toate persoanele cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
 - CCSM este un serviciu medico-social cu prestare de consultații, prescriere de medicamente și servicii de recuperare psiho-socială.
 - Dispensarizarea pacienților cu tulburări psihice din regiunea deservită (municipiu, raion).
 - Screening-ul tuturor persoanelor care solicită ajutor de la serviciile specializate de asistență de sănătate mintală la prezentarea simptomelor psihotice (ușoare) în baza unui scurt chestionar de auto-evaluare, Chestionarul tulburărilor de dispoziție (CTD).
 - Intervenție activă în criză, iar în caz de ineficiență, pericol pentru persoană și societate, trimitere la secția psihiatrică din spitalele generale din regiunea deservită.
 - Inițierea și menținerea tratamentului farmacologic tratamentului psihologic (psihoterapie cognitiv-comportamentală, terapie ocupațională, activități de reintegrare în comunitate, recuperare psiho-socială, grupurile de suport de la egal-la-egal în baza evaluării calității vieții după scalele HoNOS
 - Serviciile în CCSM sunt prestate prin ECSM:
 - Externalizate / orientate spre comunitate: clientul este vizitat acasă sau la locul de reședință de către asistentele medicale și alți specialiști din echipă, la necesitate.
 - Multidisciplinare: includ –managerul de caz, psihiatrul, psihologul, expertul de la egal-la-egal, nursele psihiatrice, asistentul social.
 - Este posibilă ghidarea intensivă și asertivă pentru beneficiarii care au devenit

clinic instabili sau prezintă risc de a intra în criză.

- Programe de suport în vederea auto-gestionării: MRB se orientează spre recuperare și îi învață pe pacienți a elabora strategii de control a simptomelor lor și de re-integrare în viața cotidiană. Programul poate fi prestat persoanelor sau grupurilor de către specialiști sau experți prin experiență [35, 47, 53, 70, 100].
- Dosare comune: toți membrii echipei lucrează împreună și sunt implicați în asistarea clinico-recuperativă a fiecărui pacient.
- Continuitate: Echipa lucrează în strânsă colaborare cu alte organizații de servicii sociale. De asemenea, este implicată familia și mediul. Pacientul beneficiază de îngrijiri atât timp, cât este nevoie.

În caz de ineficiență sau incapacitate de rezolvare a cazului în secția psihiatrică din spitalul general, se ia decizia, de comun acord cu CCSM, pentru trimiterea pacientului la spitalul de psihiatrie

- **Secțiile psihiatrice în spitalele generale***

- Recepționarea pacienților psihotici de la CCSM.
- Recepționarea pacienților maniacali sau depresivi psihotici, a celor cu comportament auto-(suicidal) sau/și heteroagresiv la solicitarea serviciilor de urgență, poliției cu informarea imediată a ECSM din CCSM.
- Tratament farmacologic în condiții de staționar.
- Direcționarea pacientului care este în stare de remisiune, spre CCSM.

În caz de ineficiență sau incapacitate de soluționare a cazului, de comun acord cu CCSM se ia decizia pentru trimiterea la spitalul de psihiatrie.

- **Spitalul de psihiatrie***

- Recepționarea pacienților psihotici, a celor cu comportament auto-(suicidal) sau/și heteroagresiv din secțiile psihiatrice ale spitalelor generale, cu solicitarea acordului CCSM, în caz de siguranță limitată, precum și, pericol pentru persoană
- Tratament farmacologic intensiv și alte metode invazive după caz.
- Luarea deciziei privind tratamentul de menținere, de comun acord cu pacientul și CCSM teritorial.
- La diminuarea simptomelor psihotice, a comportamentului auto- și/sau heteroagresiv, trimiterea la CCSM teritorial.

* inclusiv spitalizare fără liberul consimțământ, în condițiile prevăzute de LEGEA Nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală

C.2.3.8. TRATAMENTUL

Caseta 20 Criterii de conduită și tratament a pacienților cu tulburare bipolară

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

și serviciile specializate de sănătate mintală, pe de altă parte.

C.2.3.8.1. NEMEDICAMENTOS

Tratamentul nemedicamentos presupune multiple intervenții de susținere psihologică, psihosocială și comportamentală. (vezi Caseta 23)

Tipuri de intervenții:

Caseta 21 *Recomandări generale*

- Tratamentul este oferit de preferință după modelul de îngrijire colaborativă.
 - Se recomandă ca psihoterapeutul sau psihologul, asistenta și psihiatrul să fie cooperați într-o colaborare activă, pentru a asigura o intervenție rapidă în cazul apariției tulburării de dispoziție.
 - Intervenția psihologică și psihosocială se execută de preferință de către profesioniști care au experiență cu tulburarea bipolară. Tratamentul de grup ar trebui să fie oferit de doi profesioniști.
 - Se recomandă să luați în considerare invitarea unui expert cu experiență (pacient cu TAB) la cursurile de psihoeducație.
 - Tratamentul psihologic și psihosocial ar trebui oferit treptat (îngrijire în trepte).
 - Alegerea formei specifice (centrată pe TAB) de asistență psihologică sau psihosocială (de ex. tratament individual versus familial) depinde de structura problemelor individuale, mecanismele de intervenție și disponibilitatea locală a tratamentului.
 - Toți practicienii implicați ar trebui să acționeze în comun pentru a preveni suprapunerea sau tratamentul și sfaturi contradictorii.
 - În cazul în care un practician nu este autorizat să execute tipul specific de psihoterapie, pacientul este îndrumat către un co-practician certificat intern sau extern.
 - Se recomandă informarea pacienților cu privire la posibilele probleme cognitive care pot fi asociate TAB și, dacă este necesar, pentru a-i ajuta cu privire la modul de a face față acestei probleme.
- Psihoterapia trebuie să țină cont de posibilele limitări ale abilităților cognitive.
- Se recomandă investigarea în continuare a eficacității intervențiilor psihosociale, cu accent deosebit pe tratarea problemelor cognitive.

Caseta 22 *Intervențiile psihosociale și psihologice la adolescenți*

- (1) Atât la faza acută a tulburării bipolare, precum și ulterior pe parcursul tratamentului de menținere, părinții, frații și surorile și posibil școala trebuie implicați în tratamentul adolescentului, de exemplu, prin intermediul psiho-educației, suport de la egal-la-egal sau suport din partea sistemului ori parental. Tuturor persoanelor implicate trebuie să li se explice diferențele dintre comportamentul specific vârstei (pubertate) și simptomele tulburării bipolare.
- (2) Adolescentul, părinții săi și profesorii trebuie să fie informați privind severitatea și durata posibilă a disfuncțiilor cognitive după un episod acut și despre efectele medicamentelor. Se recomandă de a efectua examenele neuropsihologice după remisiunea episodului acut pentru a-i da adolescentului, părinților și profesorilor sfaturi privind nivelul școlar și capacitatea mintală a pacientului.

Alte recomandări pentru adolescenți

- (3) Se recomandă de a include membrii echipei care dispun de expertiză psihiatrică sistemică sau de lucru cu tineri în centrele clinice care tratează adolescenții cu tulburări (bipolare) de dispoziție.
- (4) În tratamentul adolescenților cu tulburare bipolară (la fel ca și pentru alte tulburări specifice copilăriei sau de dezvoltare) este necesară o abordare sistemică.
- (5) Tranziția spre îngrijirile psihiatrice pentru adulți trebuie pregătită minuțios, în comun cu toate persoanele implicate, pentru a garanta continuitatea îngrijirilor pentru pacienți și familiile lor.
- (6) Pe parcursul adolescenței, se recomandă monitorizarea cu frecvență redusă a copiilor și adolescenților în situație de risc înalt (ținând cont de predispunerea

familiei și/sau de patologia de dispoziție).

- (7) Intervențiile ne-medicamentoase sunt preferabile în caz de comorbiditate, așa ca ADHD, tulburări opoziționale de sfidare și alte tulburări comportamentale.
- (8) Se cere o monitorizare minuțioasă a eficienței și efectelor secundare ale medicamentelor în combinație cu examene fizice.
- (9) Nu se recomandă consumul de substanțe și alcool. Dat fiind faptul că deseori la adolescenți nu se ajunge la abținerea completă, este necesară informarea lor despre consumul de substanțe și/sau alcool în combinație cu medicamente și posibilele interacțiuni.

Caseta 23. Intervențiile psihosociale și psihologice la adulți

Intervențiile psihologice și psihosociale la adulți vor avea aceleași repere ca și la adolescenți. La adulți aceste intervenții pot fi distinse ca tratamente de întreținere de prima și a doua linie, care demonstrează eficacitatea lor în prevenirea recurenței episoadelor din TAB, dar au și efecte benefice asupra aderenței la medicație [194].

Prima linie – Pentru pacienții cu TAB care primesc farmacoterapie de întreținere, sugerăm psihoeucație de grup adjuvantă ca psihoterapie de primă linie. Psihoeucația este un program structurat, limitat în timp, care învață pacienții și membrii familiei despre tulburarea bipolară; inclusiv patogeneza, caracteristicile clinice, cursul bolii și tratamentul. Aproape toate celelalte tipuri de psihoterapie utilizate pentru tulburarea bipolară includ un element de psihoeucație datorită succesului demonstrat și ușurinței de administrare.

A doua linie - Pacienții care primesc farmacoterapie de întreținere pot declina sau nu au acces la psihoeucație de grup sau pot continua să demonstreze o aderență slabă în ciuda tratamentului de psihoeucație de grup. Pentru acești pacienți, se sugerează fie terapia adjuvantă cognitiv-comportamentală (CBT) sau terapia de familie pentru creșterea aderenței la tratament.

Caseta 24 Psihoeucația [22, 57, 112, 136, 142, 172]

Psihoeucația este un program educațional sistemic bazat pe modelul biopsihosocial în care se afirmă că factorii biologici, psihologici și sociali joacă un rol important în trăirea subiectivă a bolii de către pacient. Psihoeucația are ca scop furnizarea de informații pacientului cu privire la cauzele și evoluția bolii, farmacoterapie, respectarea tratamentului și îmbunătățirea (auto)îngrijirii pacientului. O diagramă de viață, adică o metodă grafică a fluctuațiilor zilnice ale dispoziției, este un instrument important pentru a ține evidența stresului, a declanșatorilor și pentru a recunoaște semnele timpurii ale episoadelor. Sunt discutate modificări ale stilului de viață în ceea ce privește structurarea zilei și evitarea consumului de alcool și droguri. Mai multe recenzii sistematice au concluzionat că psihoeucația pe bază de grup poate preveni recăderile stării de spirit la pacienți stabili [14, 22, 57, 136, 142]. Psihoeucația vizează, de asemenea, crearea unei bune colaborări între pacienți, îngrijitori și clinicieni. În modelul de îngrijire colaborativă, toate planurile și deciziile privind tratamentul sunt luate într-o echipă de îngrijire colaborativă, incluzând pacientul, o rudă a pacientului, asistenta medicală (nursa) și psihiatru. Această echipă poate fi extinsă cu alți profesioniști dacă este necesar pentru un tratament optim. Echipa se întâlnește la intervale regulate și evaluează planul de tratament și face ajustări dacă este necesar [14, 172].

Puncte cheie

Psihoeucația este cea mai eficientă intervenție psihologică în tulburarea bipolară și ar trebui să facă parte din strategia de tratament.

Intervenția psihologică și psihosocială se realizează de preferință de către profesioniști înregistrați.

Intervenția psihologică și psihosocială va fi utilizată în tratamentul și în reabilitarea pacienților.

Caseta 25. Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de TAB – intervenții recomandate

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

Caseta 26. Tratamentul psihologic al episoadelor ulterioare de TAB – intervenții în condiții specifice

Intervenții recomandate în condiții specifice	Efect
Art terapia	Examinați posibilitatea aplicării art terapiilor (muzică, dans, pictură) la toate persoanele cu TAB. Aceasta poate începe sau în faza acută, sau mai târziu, inclusiv în staționare.
Terapie psihomotorie Indicată la: - exces de greutate - simptome de stres / anxietate	- funcționare psihomotorie - funcționare globală - nivel de stres / tensiune - IMC (indicele masei corporale)

Caseta 27 Psihoterapia cognitiv-comportamentală (PCC)

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

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

C.2.3.8.2. MEDICAMENTOS

Caseta 28. Principii generale de tratament farmacologic în cazul pacientului cu TAB

Descoperirea utilității antipsihoticelor atipice și a unor anticonvulsivante cum ar fi derivații acidului valproic și Lamotriginum pentru tulburarea bipolară în anii '90 ai sec. XX, a deschis o nouă eră în tratamentul farmacologic al tulburării bipolare. Disponibilitatea mai multor tratamente mai noi pentru gestionarea tulburării bipolare a oferit clinicienilor opțiuni pentru a adapta tratamentul farmacologic la necesitățile individuale ale pacientului, ținând cont nu doar de eficiența terapiei, dar și de reacțiile adverse și preferințele pacientului. Ultimele două decenii au adus unele progrese în înțelegerea rolului adjuvant al tratamentelor psihologice în gestionarea tulburării bipolare

[138].

Alegerea medicamentului trebuie să fie efectuată în comun de către utilizatorul de servicii și specialistul în medicină, ținând cont de viziunile îngrijitorilor (membrii familiei, prieteii apropiați sau colegii pacientului, care joacă un anumit rol în îngrijirea acestuia), dacă utilizatorul de servicii î-și dă acordul informat. Oferiți informații vizând atât beneficiile, cât și efectele adverse ale fiecărui medicament, inclusiv, luând în calcul următoarele condiții [138]:

- Semnele de pericol vital (decompensarea funcțiilor vital-importante în cazuri de: patologii somatice grave asociate, refuzul de durată al alimentației, cu consecințe grave:
 - dismetabolice, cașexie sau creșterea masei corporale și diabet, etc.
 - extrapiramidale (inclusiv akatisie, dischinezie, distonie și sindrom neuroleptic malign), etc.
 - cardiovasculare (inclusiv prelungirea intervalului QT);
 - hormonale (inclusiv creșterea nivelului plasmatic al prolactinei);
 - altele (inclusiv experiențele subiective neplăcute).
- Stările grave de sănătate după tentativa de suicid [138].

- **Farmacoterapia în episoadele acute**

Recomandări generale privind tratamentul farmacologic în episodul hipomaniacal/maniacal [163]

- Tratamentul medicamentos este pilonul terapiei pentru manie și hipomanie. Atât antipsihoticele, cât și “stabilizatorii dispoziției” pot fi eficiente. Medicamentele sedative și anxiolitice (de ex., benzodiazepinele) pot fi adăugate la antipsihotice sau timostabilizatori. Alegerea medicamentului este dificilă din cauza numărului mic de comparații directe și, prin urmare, niciun medicament nu poate fi recomandat cu predilecție față de altul din motive de eficacitate. Cu toate acestea, o meta-analiză cu mai multe tratamente [34] (care permite compararea indirectă) a sugerat că Olanzapinum, Risperidonum, Haloperidolum și Quetiapinum au avut cea mai bună combinație de eficacitate și acceptabilitate. Beneficiul combinațiilor antipsihotice-stabilizatori de dispoziție (comparativ cu stabilizatorul de dispoziție în monoterapie) este stabilit pentru cei care recidivează în timp ce iau stabilizatori de dispoziție, dar neclar pentru cei care nu urmează tratament [120, 152].

- Observațiile și opiniile îngrijitorului trebuie luate în calcul, atât în procesul de evaluare a severității episodului maniacal, cât și în luarea deciziei privind necesitatea unei intervenții medicale.

- Un episod maniacal trebuie tratat cu medicație și intervenții de suport și protective, fără amânare și cu suportul unui îngrijitor.

- Tratamentul unui episod maniacal sever preferabil să fie prestat în condiții de staționar, parțial pentru a reduce povara asupra îngrijitorilor. În cazul când acest lucru este inevitabil, internarea poate fi făcută involuntar.

- **Un episod maniacal cu caracteristici mixte (depressive și maniacale) va fi tratat ca și mania.**

Alegerea strategiei de tratament (farmacologic) și a medicației trebuie efectuată în baza experiențelor anterioare ale pacientului și ale posibilelor rude de gradul întâi cu tulburare bipolară, ținând cont de preferințele pacientului.

- Pacientul și îngrijitorul (-ii) trebuie să fie informați despre etapele tratamentului de la bun început (de ex., tratament în faza acută, tratament de consolidare a răspunsului terapeutic *sau tratament de menținere*) pentru a lua în calcul așteptările lor și, pentru a-i informa despre aspectele de care s-a ținut cont la luarea deciziilor. La finele tratamentului de consolidare, se va lua o decizie privind tratamentul de menținere, cu acordul pacientului și a îngrijitorului.

Recomandări specifice privind episodul maniacal [163]

Vezi Arborele decizional Tratamentul episodului maniacal

- Recomandările se bazează în principal pe liniile directe NICE din Regatul Unit [120] și pe liniile directe BAP. Acolo unde este recomandat un antipsihotic, alegeți dintre cele autorizate pentru manie/tulburarea bipolară, adică Aripiprazolum, Asenapinum, Olanzapinum, Risperidonum și Quetiapinum. Dozele sugerate și tratamentele alternative

sunt prezentate în Tabelul 10 și, respectiv, Tabelul 11.

Tabelul 10 Tratamentul medicamentos al maniei: doze sugerate

Medicamentul	Doza
Lithium	400 mg/zi , crescând la fiecare 3-4 zile în funcție de nivelurile plasmatice. Cel puțin un studiu a folosit 800 mg ca doză inițială [17]
Derivați ai Acidum Valproicum	Sub formă de Semisodium – 250 mg de 3 (trei) ori pe zi , crescând doza în funcție de tolerabilitate și nivelurile plasmatice. Valproatul de semisodiu cu eliberare lentă poate fi, de asemenea, eficient (în doze de 15–30 mg/kg/zi) [109], dar există un singur studiu eşuat [73] Valproatul de sodiu cu eliberare lentă – 500 mg/zi crescând doza la necesitate Au fost utilizate doze mai mari (20–30 mg/kg/zi), așa-numitele „de încărcare”, atât orale [74, 75, 108], cât și intravenoase [82, 144]. Aceste doze par a fi bine tolerate.
Aripiprazolum	15 mg/zi crescând până la 30 mg/zi în funcție de necesitate [88, 101, 191]
Asenapinum	5 mg/zi crescând până la 10 mg/zi în funcție de necesitate
Cariprazinum	3 mg/zi crescând până la 12 mg/zi , în funcție de necesitate [177]
Olanzapinum	10 mg/zi , crescând la 15 - 20 mg/zi după necesități
Risperidonum	2 sau 3 mg/zi până la 6 mg/zi , după caz
Quetiapinum	IR – 100 mg/zi crescând până la 800 mg/zi după caz. Au fost utilizate și doze inițiale mai mari [126] XL – 300 mg/zi crescând până la 600 mg/zi în ziua a doua
Haloperidolum	5–10 mg/zi crescând până la 15 mg/zi dacă este necesar
Lorazepamum [39, 115]	Până la 4 mg/zi (unele centre folosesc și doze mai mari)
Clonazepamum [115, 137]	Până la 8 mg/zi

Notă: **IR** - eliberare imediată; **XL** - eliberare extinsă

Medicamentele sunt listate în ordine alfabetică – ordinea din tabel nu implică nicio preferință. Consultați literatura de specialitate și primară înainte de a utiliza orice tratament menționat în acest tabel.

Tabelul 11 Mania: alte tratamente posibile.

Tratamentul	Comentarii
Allopurinolum [106] (600mg/zi)	Efect terapeutic clar atunci când se adaugă la litium într-un SRC (n = 120) și când se adaugă la valproat într-un altul (n = 57) [83].
Celecoxibum (400 mg/zi) [10]	SRC mic (n=46) sugerează beneficii atunci când este utilizat ca adjuvant la valproat.
Clozapinum [2, 80]	Opțiune de tratament stabilită pentru manie refractară/tulburare bipolară. A fost raportată titrarea rapidă [2]
Gabapentinum [105] (până la 2400mg/zi)	Probabil eficient doar în virtutea unui efect anxiolitic. Folosit rar. Posibil util ca profilaxie [176]
Lamotriginum [16] (până la 200mg/zi)	Posibil dovezi privind eficiența, dar mai sugestive pentru depresia bipolară
Levetiracetamum [67] (până la 4000mg/zi)	Posibil eficiente, dar sunt necesare studii controlate. Un caz de utilizarea a Levetiracetamum care a provocat manie [127]

Tratamentul	Comentarii
Memantinum [94] (10–30 mg/zi)	Dovezi contradictorii [146, 173]
Oxcarbazepinum [86, 175] (în jur de 300–3000mg/zi)	Probabil eficient acut și ca profilaxie, deși un studiu controlat efectuat (la tineri) a fost negativ [181].
Phenytoinum [113] (300–400 mg/zi)	Folosit rar. Date limitate. CINETICĂ complexă, diapazon terapeutic îngust.
Ritanserinum. (10 mg/zi) [1]	Sprijinit de un singur SRC. Bine tolerat. Poate proteja împotriva SEP
Tamoxifenum [6, 162] (10–140mg/zi)	Posibil eficient. Cinci SRC mici. Relația doză-răspuns neclară, dar doza de 80 mg/zi eficientă atunci când este adăugat la Lithium. Dovezi privind eficacitatea - ca adjuvant și ca monoterapie.
Topiramatum [174] (până la 300mg/zi)	Posibil eficient. Provoacă pierdere în greutate și, adeseori prost tolerat.
Tryptophanum depletion [9]	Sprijinit de un mic SRC
Ziprasidonum [90, 133, 178]	Sprijinit de trei SRC

Notă: SEP - simptome extrapiramidale; SRC – studiu(ii) randomizat(e) controlat(e).

Comentarii

- În cazul în care, pacienții maniacali nu urmează medicația de menținere, o **medicație de primă alegere va fi (în ordine alfabetică): Aripiprazolum, Cariprazinum, Haloperidolum, Olanzapinum, Quetiapinum, Risperidonum (toate în calitate de mono-terapie).**
- În cazul intoleranței unui anumit antipsihotic, sunt eligibile toate celelalte antipsihotice, având în vedere profilul efectelor lor secundare.
- În cazul în care toate antipsihoticele vor fi ineficiente, poate fi examinată oportunitatea administrării Clozapinum.
- În cazul în care, pacientul maniacal administrează medicamente de menținere în doze adecvate pentru un episod maniacal acut, la necesitate, va fi adăugat unul din medicamentele de primă alegere menționate mai sus.
- În caz de non-complianță la terapie sau în caz de stopare a terapiei de menținere de către pacient, sau în caz de doză prea mică, medicația de menținere trebuie reluată, în așa mod, încât dozajul să fie optimizat.
- În caz de manie severă sau de răspuns insuficient se va adăuga unul din medicamentele de primă alegere menționate mai sus.
- În cazul în care, pacientul maniacal urmează deja tratament cu un antidepresiv, antidepresivul va fi oprit (cu excepția cazului când este evident că, încetarea antidepresivului ar putea avea consecințe negative pe termen lung).
- În caz de manie severă sau de răspuns insuficient, se va adăuga unul din medicamentele de primă alegere menționate anterior.
- În caz de manie moderat-severă, în faza acută se va examina oportunitatea tratamentului prin monoterapie cu Lithium sau Derivați ai Acidului Valproic.
- Tulburarea de somn și agitația pot fi temporar tratate cu benzodiazepine ca supliment la tratamentul timostabilizator.
- În lipsa dovezilor de eficiență în mania acută, nu se recomandă utilizarea Lamotriginum, Gabapentinum și Topiramatum.
- În cazul în care, pacientul cu episod maniacal sever manifestă un răspuns insuficient la farmacoterapie, se va examina oportunitatea utilizării terapiei electro-convulsive (TEC).
- La estimarea eficienței strategiei de tratament selectate și a farmacoterapiei, se va utiliza un cadru clar de timp:
 - În caz de dozaj adecvat, răspunsul trebuie să apară după aproximativ **2 (două) săptămâni**;
 - În cazul în care, lipsește răspunsul evident la terapie, tratamentul trebuie continuat cu un alt remediu de primă alegere sau cu o combinație de medicamente.

- După remisiunea episodului maniacal în urma tratamentului din faza acută, tratamentul de consolidare a efectului (follow-up), întotdeauna va continua timp de **cel puțin 8 săptămâni**.
- Pe durata tratamentului de follow-up (de consolidare a efectului), vor fi alese aceleași medicamente, ca și în faza acută, cu ajustarea posibilă a dozajului în caz de efecte secundare deranjante care sunt determinate de doză.

Recomandări generale privind tratamentul farmacologic în episodul Depresiv din Tulburarea Afectivă Bipolară

Depresia bipolară este o tulburare comună și debilitantă care împărtășește aceleași criterii de diagnostic pentru un episod depresiv major în tulburarea unipolară, dar poate fi diferit ca severitate, evoluție în timp, riscul de recidivă și răspunsul la tratamentul medicamentos. Episoadele de depresie bipolară în comparație cu depresia unipolară, pot manifesta un debut mai rapid, pot fi mai frecvente, mai severe, mai scurte și mai susceptibile de a implica iluzii și simptome neuro-vegetative inverse, cum ar fi hiperfagia și hipersomnia [114, 130]. Aproximativ **15%** dintre persoanele cu tulburare bipolară pot comite suicid [69], o statistică care reflectă severitatea și frecvența episoadelor depresive. Depresia bipolară oferă o povară socio-economică mai mare decât mania sau depresia unipolară [72].

Tratamentul medicamentos al depresiei bipolare este oarecum controversat din două motive. În primul rând, până de curând au existat puține SRC, în special în depresia bipolară și, în al doilea rând, afecțiunea implică luarea în considerare a rezultatului pe termen lung, mai degrabă decât doar răspunsul la episodul actual [12]. Există unele date privind efectele terapeutice ale medicamentelor în tratamentul episodului de depresie bipolară, dar cu o conștientizare mai limitată a efectelor terapeutice sau nocive ale medicației pe termen lung. Ghidul NICE recomandă utilizarea inițială a Fluoxetinum în combinație cu Olanzapinum sau Quetiapinum, în cazul în care pacientul nu administrează deja un antipsihotic [120]. Lamotriginum este considerat a fi tratament de linia a doua. Ghidurile BAP (British Association for Psychopharmacology [66]) recomandă Lamotriginum ca opțiune de primă linie, deși cu avertismentul că, va fi necesar un stabilizator de dispoziție sau un antipsihotic pentru a proteja “virajul” spre manie. Lurasidonum este, de asemenea, o opțiune de primă linie în ghidurile BAP. Opțiunile de tratament pentru depresia bipolară sunt elucidate în Tabelul 12, Tabelul 13 și Tabelul 14.

Tabelul 12 Opțiuni de tratament în depresia bipolară (tratamentele sunt listate în ordine alfabetică).

Medicamente	Comentarii
Lamotriginum [141, 155, 189]	Lamotriginum pare a fi eficient atât ca tratament pentru depresia bipolară, cât și ca profilaxie împotriva episoadelor ulterioare. Nu induce “virajul spre manie” sau ciclarea rapidă a episoadelor. Este la fel de eficient ca Citalopramum și provoacă o creștere în greutate mai mică decât Lithium. În general, efectul Lamotriginum este unul modest, relatează unele studii nereușite [28, 55]. Poate fi util ca adjuvant la lithium [171] sau ca alternativă la acesta în timpul sarcinii [122]. Un studiu a demonstrat creșterea eficienței în cazul asocierii cu Quetiapinum [54]. Tratamentul se poate asocia cu risc de erupții cutanate, în special atunci, când dozele sunt crescute rapid. O altă complicație o constituie dozele utilizate: doza de 50 mg/zi este eficientă, dar doza de 200 mg/zi este probabil mai adecvată. În SUA, s-au utilizat doze de până la 1200 mg/zi (în medie aproximativ 250 mg/zi) . Cât ține de concentrațiile plasmatice, (este cunoscut doar intervalul pentru efectul anticonvulsivant) pot fi necesare doze mai mari

Medicamente	Comentarii
Lithium [23, 56, 189].	Lithium este probabil eficient pentru tratamentul depresiei bipolare, dar datele justificative sunt metodologic discutabile [68]. Există unele dovezi că, Lithium previne recidivarea depresiei, dar sunt mai multe dovezi, care susțin eficiența acestuia în prevenirea recidivei episodului de manie. Există și date, care demonstrează eficiența Lithium în reducerea comportamentului suicidal la pacienții cu tulburare bipolară [65, 92].
Lurasidonum	Trei SRC au demonstrat eficiența Lurasidonum, fie în monoterapie [104], fie ca adjuvant la stabilizatorii de dispoziție [103, 158]. Un alt SRC a raportat un rezultat bun în depresia bipolară cu simptome hipomaniacale subsindromale [159]. Analiza grupată sugerează că eficiența Lurasidonum este dependentă de doză [113].
Timostabilizator + antidepressiv [27, 45, 48]	Antidepressivele sunt încă utilizate pe scară largă în depresia bipolară, în special pentru episoadele, care apar la pacienții ce urmează timostabilizatori. S-a presupus că antidepressivele sunt eficiente, deși există riscul de “viraj spre manie”. Studiile sugerează că, stabilizatorii de dispoziție în monoterapie sunt la fel de eficienți ca și combinația stabilizatori de dispoziție+antidepressive, deși subanaliza sugerează că pot fi necesare doze mai mari de antidepressive pentru a crește eficacitatea [62, 161]. ADT și IMAO, de obicei ar fi bine să fie evitate. ISRS sunt, în general, recomandați dacă urmează să fie prescris un antidepressiv. De asemenea, au fost utilizate Venlafaxinum și Bupropionum (Amfebutamonum). Există riscul ca Venlafaxinum să inducă “virajul” spre manie [99, 132]. Continuarea tratamentului antidepressiv după rezolvarea simptomelor depresive, poate preveni recidivarea depresiei [3, 139], dar acest fenomen poate avea loc doar în absența unui stabilizator al dispoziției [60]. La moment, nu există un consens cu privire la continuarea sau nu a tratamentului cu antidepressive pe termen lung [125]. Un studiu mai recent sugerează că, ratele de schimbare a episoadelor nu au fost mai mari în cazul Monoterapiei cu Sertralinum , în comparație cu asocierea: Lithium + Sertralinum [4].
Olanzapinum +/- fluoxetinum [36, 43, 68]	Această combinație (Symbyax®) este mai eficientă decât placebo, la fel ca și Olanzapinum în monoterapie pentru tratamentul depresiei bipolare. Dozele fiind în intervalul - 5 - 25 mg/zi (pentru Olanzapinum) și 12 - 50 mg/zi (pentru Fluoxetinum). Deci, se presupune că raportul de 5/20 mg și 10/40 mg poate fi mai eficient decât Lamotriginum pentru tratamentul de menținere și profilaxia recidivelor depresiei. Recomandat ca tratament de primă linie de către NICE [120] Olanzapinum în <i>monoterapie</i> a demonstrat rezultat mai bun în comparație cu placebo, dar combinația Olanzapinum + Fluoxetinum s-a dovedit a fi mai eficientă [168].
Quetiapinum [156, 190]	Cinci SRC mari au demonstrat eficacitate clară pentru doze de 300 mg/zi și 600 mg/zi (ca <i>monoterapie</i>) în depresia bipolară I și bipolară II. Un studiu ulterior la pacienți chinezi a demonstrat eficacitatea a 300 mg/zi [102] în depresia bipolară I. Poate fi superior atât Lithium, cât și Paroxetinum. Quetiapinum previne, de asemenea, recidivarea depresiei și maniei [160] și, prin urmare, este unul dintre tratamentele de elecție în depresia bipolară. Se pare că nu provoacă “virajul” spre manie.

Medicamente	Comentarii
Derivați ai Ac. Valproicum [118, 145]	Dovezi limitate de eficacitate ca monoterapie, dar sunt recomandați în unele ghiduri. Există mai multe SRC foarte mici, dar multe cu rezultate negative, totuși meta-analizele susțin eficacitatea antidepressivelor [151]. Probabil, protejează împotriva recăderii depresive, dar baza de date este mică.

Notă: IMAO - inhibitor de monoaminoxidază; SRC - studiu randomizat controlat; ISRS - inhibitor selectiv al recaptării serotoninei.

Tabelul 13. Alte tratamente posibile pentru depresia bipolară (remediile sunt menționate în ordine alfabetică)

Medicamente	Comentarii
Aripiprazolom [38, 148]	Date limitate oferite de studiile deschise ca tratament suplimentar. Un SRC negativ. Posibil să nu fie eficient.
Cariprazinum [179]	Date limitate oferite de studiile deschise ca tratament suplimentar.
Gabapentinum [11, 182]	Studiile deschise sugerează un efect modest atunci, când sunt adăugate la timostabilizatori sau antipsihotice. Dozele medii sunt în jur de 1750 mg/zi. Efectul aparent în depresia bipolară poate fi explicat de proprietățile anxiolitice ale Gabapentinum.
Inositolum [33]	Un studiu pilot mic, randomizat, sugerează că 12 g/zi de Inositolum ar fi eficiente în depresia bipolară.
Ketaminum [41, 131, 192]	O singură doză de 0,5 mg/kg, administrată I/V este eficientă în depresia bipolară refractară. Rată de răspuns foarte mare. Simptome disociative frecvente, dar pe perioade scurte de timp. Risc de cistită ulceroasă dacă este utilizat în mod repetat.
Mifepristonum [184]	Câteva dovezi privind eficiența în depresia bipolară. Poate ameliora, de asemenea, funcțiile cognitive. Doza este de 600 mg/zi.
Modafinilum [24, 52]	Un SRC cu rezultate pozitive, în care a fost utilizat ca adjuvant la stabilizatorul de dispoziție. Doza este de 100-200 mg/zi. SRC cu rezultate pozitive cu armodafinilum 150 mg/zi.
Omega-3 [51, 89]	Un SRC cu rezultate pozitive (1g/2g pe zi) și unul cu rezultate negative (6g pe zi)
Riluzolum [19, 150]	Riluzolum are unele caracteristici farmacologice similare cu Lamotriginum. Baza de date este limitată. Singurul SRC nu a găsit nicio dovadă de eficacitate [128].
Thyroxinum [13]	Dovezi limitate de eficacitate ca tratament de augmentare. Dozele medii sunt în jur de 300 μg/zi. Unul SRC a eșuat [153].
Zonisamidum [58, 186]	Susținut de mai multe studii deschise. Doza este de 100-300 mg/zi.

Notă: I/V - intravenos; SRC - studiu randomizat controlat;

Rezumatul alegerii medicamentelor

- Combinația Olanzapinum + Fluoxetinum este probabil cel mai eficient tratament disponibil pentru depresia bipolară. Alți ISRS pot fi eficienți, dar ar trebui să fie evitați, cu excepția cazului, în care un beneficiu individual clar este evident [125].
- Opțiunile alternative de primă linie sunt Quetiapinum, Olanzapinum, Lurasidonum, Lamotriginum și Derivații Ac. Valproicum. Aceste medicamente diferă substanțial în ceea ce privește profilul efectelor adverse, tolerabilitatea și costul, fiecare dintre acestea trebuie prescrise individualizat, luând în considerare preferințele pacientului, dar și raportul risc/beneficiu.
- Lithium este, de asemenea, eficient, dar există puține dovezi susținătoare.
- Aripiprazolom, Cariprazinum, Risperidonum, Ziprasidonum, ADT și IMAO (cu posibila excepție a Tranilciprominum) sunt în proces de studii clinice și, probabil nu ar trebui utilizate în mod obișnuit [164].

Caseta 29 Tratamentul Tulburării Afective Bipolare cu Ciclare Rapidă

Tulburarea afectivă bipolară cu Ciclare rapidă este de obicei definită ca tulburare bipolară în care **4 (patru) sau mai multe episoade** de *hipo-manie/manie* sau *depresie* (sau **4 (patru) schimbări clare de polaritate**) apar într-o perioadă de 12 luni. În general, este considerată a fi mai puțin receptivă la tratamentul medicamentos decât boala bipolară fără ciclare rapidă [26, 96] implicând morbiditate depresivă considerabilă și risc de sinucidere [37] prin consum de medicamente [49, 169]. Această strategie este în linii mari în concordanță cu constatările reviuirilor sistematice publicate [49, 50]. NICE concluzionează că, nu există dovezi care să susțină că boala cu ciclare rapidă să fie gestionată diferit de cea cu un curs mai convențional [120]. Nu există un agent sau o combinație oficială de primă alegere - prescrierea depinde parțial de ce tratamente au fost deja utilizate în încercarea de a preveni sau trata episoadele de dispoziție perturbată.

În practică, răspunsul la tratament este uneori idiosincronic: indivizii pot prezenta un răspuns semnificativ doar la unul sau două medicamente. Remisiunile spontane sau legate de tratament apar la aproximativ 1/3 (o treime) dintre pacienții cu ciclare rapidă a episoadelor [95] și ciclarea rapidă poate să apară și să dispară la mulți pacienți [29]. Pot fi de asemenea luate în considerare metode non-medicamentoase [40, 107].

Tabelul 14. Strategia de tratament recomandată pentru tulburarea bipolară cu ciclare rapidă

Etapie	Tratament sugerat
1.	Retrageți antidepresivele la toți pacienții [44, 59] (unele dovezi controversate susțin continuarea ISRS[7, 8])
2.	Evaluati posibii factori precipitanți (de ex., consum de alcool, disfuncție tiroidiană, factori de stres externi) [96, 96]
3.	Optimizați tratamentul cu timostabilizatori [91, 187] (folosind nivelurile plasmatiche) și Luați în considerare combinarea stabilizatorilor de dispoziție (de ex. <i>Lithium + Valproat; Lithium + Lamotriginum</i>) sau treceți la Pasul 4
4.	Luați în considerare alte opțiuni de tratament (de obicei adjuvante): (enumerarea este în ordine alfabetică; opțiunile de tratament mai recomandate sunt evidențiate cu caractere aldine) Aripiprazolum [119, 157] (15–30mg/zi) Clozapinum [25] (doze uzuale) Lamotriginum [183] (până la 225mg/zi) Levetiracetamum [18] (până la 2000mg/zi) Nimodipinum [64] (180mg/zi) Olanzapinum [140] (doze uzuale) Queutuapinum [63, 98, 180] (300–600mg/zi) Risperidonum [15] (până la 6mg/zi) Tiroxinum [46, 185] (150–400µg/zi) Topiramatum [32] (până la 300mg/zi)

Notă: Alegerea medicamentului este una individuală – există puține date comparative de eficacitate care să ghideze alegerea la momentul scrierii protocolului actual. *Quetiapinum* are probabil cele mai multe studii de susținere, dar nu există dovezi de superioritate față de *Aripiprazolum* sau *Olanzapinum*. Datele justificative pentru *Levetiracetamum*, *Nimodipinum*, *Tiroxinum* și *Topiramatum* sunt destul de limitate.

Caseta 30 Aspecte de tratament în perioada pre-sarcina, sarcina și perioada postpartum în caz de pacient cu TAB

Dorința de a avea copii în cazul persoanelor cu TAB

• Femeile de vârstă reproductivă cu potențial fertil, care suferă de tulburare bipolară trebuie să utilizeze mijloace de contracepție de eficiență înaltă dacă nu doresc să aibă copii

(încă).

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

Sarcina

Pentru femeile cu tulburare bipolară care sunt (încearcă să devină) însărcinate, este recomandabil de a elabora un plan de tratament, care va include medicația de înainte, în timpul și după sarcină.

- La prescrierea medicației, alegeți medicamentele care s-au dovedit a fi eficiente anterior la pacient, cu condiția că medicamentul poate fi considerat (relativ) sigur.
- Atunci când este necesar de a prescrie stabilizatori ai dispoziției pe parcursul sarcinii, este preferabilă monoterapia (cu litiu ca prima alegere).
- În cazul continuării utilizării litiului pe parcursul sarcinii, dozajul și frecvența verificării concentrației sanguine a litiului trebuie ajustate.

Examinarea prenatală cu ultrasunet și testul lichidului amniotic poate indica prezența anomaliei Ebstein ca consecință a utilizării litiului sau spina bifida ca consecință a anticonvulsivantelor. În asemenea situații este bine ca, în acordul informat pe care-l semnează gravida să fie stipulat că, aceasta a fost prevenită despre malformațiile posibile la făt.

- Este important de a discuta la o etapă precoce cu un ginecolog și/sau moașă despre diagnostica prenatală, supravegherea primară sau specializată a sarcinii, precum și despre sarcină, posibila inducere a travaliului și perioadă imediat postpartum.
- Utilizarea stabilizatorilor de dispoziție pe parcursul sarcinii este o indicație pentru naștere în spital, dat fiind riscul de complicații atât pentru mamă, cât și pentru copil. În caz de utilizare a ISRS, nou-născutul trebuie să rămână sub observație la spital timp de cel puțin 12 ore după naștere din cauza riscului de hipertensiune pulmonară persistentă (HPP) și simptome de discontinuare .

Atenție la utilizarea:

1. Acidul valproic [195]

Utilizarea valproatului de către mamă în timpul sarcinii, pentru orice indicație crește riscul de malformații congenitale, în special

- defecte ale tubului neural, inclusiv spina bifida, dar și
- malformații care implică alte sisteme ale corpului (de exemplu, defecte cranio-faciale, inclusiv despicături bucale, malformații cardiovasculare, hipospadias, malformații ale membrelor)
- Pentru medicamentele enumerate mai jos nu există suficiente informații cu privire la utilizarea lor în timpul sarcinii pentru a trage concluzii cu privire la siguranța lor atunci când sunt utilizate în timpul sarcinii. Aceasta înseamnă că riscul de a răni un copil nu poate fi confirmat sau exclus.

- 1. Brivaracetamum, • 2. Clonazepamum, • 3. Eslicarbazepinum, • 4. Ethosuximide, • 5. Lacosamidum, • 6. Rufinamidum, • 7. Perampanelum, • 8. Primidone, • 9. Tiagabine, • 10. Vigabatrinum

2. Litium [124, 196]

1. Nu oferiți litiu femeilor care plănuiesc să rămână însărcinate sau care sunt însărcinate, cu excepția cazului în care medicamentele antipsihotice nu au fost eficiente.

2. Dacă medicamentele antipsihotice nu au fost eficiente și litiul este oferit unei femei care plănuiește o sarcină sau este însărcinată, asigurați-vă că:

- femeia știe că există riscul de malformații cardiace fetale atunci când se ia litiu în I trimestru, dar dimensiunea riscului este incertă

- femeia știe că nivelul de litiu poate fi ridicat în laptele matern, cu risc de toxicitate pentru copil

- nivelurile de litiu sunt monitorizate mai frecvent pe parcursul sarcinii și în perioada postnatală.

3. Dacă o femeie care ia litiu rămâne însărcinată, luați în considerare oprirea treptată a medicamentului pe parcursul a 4 săptămâni dacă starea este stabilă. Explica-i ca:

- oprirea medicației poate să nu elimine riscul de malformații ale inimii fetale
- există risc de recidivă, în special în perioada postnatală, dacă are tulburare bipolară.

Dacă o femeie care ia litiu rămâne însărcinată și nu se simte bine sau prezintă un risc ridicat de recidivă, luați în considerare:

4. • trecerea treptat la un antipsihotic sau

5. • oprirea litiului și reluarea acestuia în al II trimestru (dacă femeia nu intenționează să alăpteze și simptomele ei au răspuns mai bine la litiu decât la alte medicamente în trecut) sau

6. • continuarea tratamentului cu litiu dacă are un risc ridicat de recidivă și este puțin probabil ca un antipsihotic să fie eficient.

7. Dacă o femeie continuă să ia litiu în timpul sarcinii:

- verificați nivelurile plasmatiche de litiu la fiecare 4 săptămâni, apoi săptămânal din a 36-a săptămână

- ajustați doza pentru a menține nivelurile plasmatiche de litiu în intervalul terapeutic al femeii

- asigurați-vă că femeia menține un echilibru adecvat de lichide

- asigurați-vă că femeia naște în spital

- asigurarea monitorizării de către echipa obstetrică atunci când începe travaliul, inclusiv verificarea nivelurilor plasmatiche de litiu și a echilibrului de lichide din cauza riscului de deshidratare și toxicitate pentru litiu

- opriți administrarea de litiu în timpul travaliului și verificați nivelul plasmatic de litiu la 12 ore după ultima doză.

3. Carbamazepinum.

În clasificarea FDA sarcina se refera la categoria D:

1. Asociere între utilizarea medicamentului în timpul sarcinii și malformațiile congenitale, inclusiv:

- spina bifida 0,5-1,0% risc 15-30 zile postfertilizare
- malformațiile care implică alte sisteme ale corpului
- defecte cranio-faciale și
- malformații cardiovasculare
- întârzieri de dezvoltare raportate
- meningomielocel, atrezie anală,
- patologia organelor genitale
- defecte cardiace,
- torticolis.

Ecografia de înaltă rezoluție și ecocardiografie a fătului pentru expunerea în I trimestru recomandată până la 18 săptămâni

2. Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie informate cu privire la riscul potențial pentru făt

3. Trebuie luată în considerare întreruperea tratamentului la femeile care sunt însărcinate sau care încearcă să rămână gravide, dacă beneficiile întreruperii depășesc riscurile de convulsii recurente. Femeile cu epilepsie nu trebuie să întrerupă brusc tratamentul din cauza riscului de stare de convulsii care pot pune viața în pericol. Monitorizați concentrația serică a metaboliților. Se recomandă 20 mg pe zi de suplimente cu vitamina K (în ultima lună de sarcină)

4. Testele de detectare a malformațiilor congenitale folosind procedurile acceptate în prezent ar trebui să fie considerate o parte a îngrijirii prenatale de rutină la femeile în vârstă care primesc carbamazepinum;

5. Dovezile sugerează că suplimentarea cu acid folic înainte de concepție și în timpul I trimestru de sarcină scade riscul de defecte congenitale ale tubului neural în populația generală. Nu se știe dacă riscul de defecte ale tubului neural la descendenții femeilor care primesc terapie este redus prin suplimentarea cu acid folic, dar suplimentele alimentare de acid folic trebuie recomandate pacienților în tratament atât înainte de concepție, cât și în timpul sarcinii. Doza de 4 mg de acid folic este recomandată.

4. Lamotriginum [197, 199]

Sarcina Categoria C. Date limitate - Nu există o creștere a anomaliilor congenitale printre registrele disponibile. Există dovezi pozitive ale riscului fetal uman, dar beneficiile utilizării la femeile gravide pot fi acceptabile în ciuda riscului (de exemplu, dacă medicamentul este necesar într-o situație care pune viața în pericol sau pentru o boală gravă pentru care este mai sigură). Datele din mai multe registre prospective de expunere la sarcină și studii epidemiologice ale femeilor însărcinate nu au detectat o frecvență crescută a malformațiilor congenitale majore sau un model consistent de malformații în rândul femeilor expuse la lamotrigină în comparație cu populația generală; majoritatea datelor privind expunerea sunt de la femei cu epilepsie.

Medicamentele lamotrigină și levetiracetam sunt mai sigure de utilizat în timpul sarcinii decât alte medicamente pentru epilepsie. Informațiile susțin că acestea nu cresc riscul de anomalii fizice la naștere în comparație cu populația generală

Lamotrigina și levetiracetamul sunt antiepilepticele mai sigure de utilizat în timpul sarcinii și, în general, datele disponibile susțin:

nici un risc crescut de malformații congenitale majore sau alte efecte toxice asupra reproducerii la dozele obișnuite de întreținere, pe baza unui volum mare de date pentru ambele medicamente. Pentru lamotrigină datele pentru un risc crescut de malformații congenitale majore la doze mai mari sunt contradictorii.

Utilizarea carbamazepinei, fenobarbitalul, Phenobarbital sau topiramatul în timpul sarcinii crește riscul de anomalii fizice la naștere în comparație cu populația generală [200].

5. Topiramatum [198]

Poate provoca vătămări fetale au un risc crescut de malformații congenitale majore, inclusiv,

- despicătură de buză și/sau palato despicătură (despicături bucale)

La mai multe specii de animale, topiramatul a demonstrat toxicitate asupra dezvoltării, inclusiv teratogenitate, în absența toxicității materne la doze relevante clinic.[4]

Luați în considerare beneficiile și riscurile topiramatului atunci când prescrieți femeilor aflate la vârsta fertilă, în special atunci când topiramatul este luat în considerare pentru o afecțiune toate femeile aflate la vârsta fertilă trebuie informate cu privire la riscul potențial pentru făt în urma expunerii la topiramat;

Deși efectul topiramatului asupra travaliului și nașterii la om nu a fost stabilit, dezvoltarea acidozei metabolice induse de topiramat la mamă și/sau la făt ar putea afecta capacitatea fătului de a tolera travaliul; acidoza metabolică în timpul sarcinii (datorită altor cauze) poate provoca

- scăderea creșterii fetale,
- scăderea oxigenării fetale și
- moartea fătului și
- poate afecta capacitatea fătului de a tolera travaliul;

pacientele însărcinate trebuie monitorizate pentru acidoză metabolică și tratate ca în starea nesarcinată;

nou-născuții mamelor tratate cu topiramat trebuie monitorizați pentru acidoză metabolică din cauza transferului topiramatului la făt și a posibilei apariții a acidozei metabolice tranzitorii după naștere.

Perioada postpartum

- Perioada postpartum este o perioadă de risc sporit pentru femeile cu tulburare bipolară. Se

recomandă de a prescrie medicamente pentru această perioadă, chiar dacă pe parcursul sarcinii n-au fost administrate medicamente. Există dovezi că acest lucru ar putea reduce considerabil riscul de psihoză postpartum.

Caseta 31 Tratamentul medicamentos în cazul adolescenților

Farmacoterapia pentru manie în cazul adolescenților

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

Farmacoterapia pentru depresia bipolară la adolescenți

(2) Tratamentul depresiei bipolare este în primul rând ne-medicamentos. Se recomandă o intervenție psihologică cu durata de 3 luni, preferabil terapie cognitiv-comportamentală (TCC).

(3) În caz de depresie de la ușoară până la severă cu răspuns limitat la TCC, poate fi examinată oportunitatea adăugării farmacoterapiei, urmând ghidul pentru adulți (ținând cont de ajustările necesare pentru adolescenți).

(4) **Monoterapia cu un antidepressiv trebuie evitată;**

(5) Planul de tratament pentru depresia bipolară acută se recomandă să fie constituit din asocierea unui antipsihotic (există mai multe dovezi pentru Olanzapinum) sau Lithium cu un ISRS (există mai multe dovezi pentru Fluoxetinum).

Tratament farmacologic de menținere în cazul adolescenților

(5) În caz de efecte secundare nefavorabile ale antipsihoticelor (sedare sau/și creștere în greutate), se recomandă de a înceta utilizarea acestor medicamente în tratamentul de menținere.

(6) Recomandările privind tratamentul de menținere pentru adulți pot fi utile și în cazul adolescenților, cu condiția că, se va ține cont de diferențele privind dozele și efectele secundare.

(7) **La fetele adolescente NU se recomandă utilizarea derivaților Ac. Valproicum.**

(8) Plus la farmacoterapie, trebuie prestat suport individual sau în familie, ca parte a planului de tratament.

(9) În Olanda, medicamentele pentru tulburarea bipolară sunt disponibile doar off-label și pot fi prescrise doar dacă este menționat că sunt prescrise off-label.

Alte recomandări privind conduita terapeutică în cazul adolescenților

(10) Se recomandă de a include membrii echipei, care dispun de expertiză psihiatrică sistemică sau de lucru cu tinerii în centrele clinice ce se ocupă de tratamentul adolescenților cu tulburări (bipolare) de dispoziție.

(11) În tratamentul adolescenților cu tulburare bipolară (la fel ca și pentru alte tulburări specifice copilăriei sau de dezvoltare) este necesară o abordare sistemică.

(12) Tranziția spre îngrijirile psihiatrice pentru adulți trebuie pregătită minuțios, în comun cu toate persoanele implicate, pentru a garanta continuitatea îngrijirilor pentru pacienți și familiile lor.

(13) Pe parcursul adolescenței, se recomandă monitorizarea cu frecvență redusă a copiilor și adolescenților în situație de risc înalt (ținând cont de predispunerea familiei și/sau de patologia de dispoziție).

(14) Intervențiile ne-medicamentoase sunt preferabile în caz de comorbiditate (de ex., TAB+ ADHD; TAB + tulburări de comportament opoziționale, de sfidare ș.a.).

(15) Se cere o monitorizare minuțioasă a eficienței și efectelor secundare ale medicamentelor în combinație cu examene fizice.

(16) Va fi descurajat consumul de alcool și alte substanțe psihoactive. Dat fiind faptul că deseori la adolescenți nu se ajunge la abținerea completă, este necesară informarea lor despre consumul de substanțe și/sau alcool în combinație cu medicamente și posibilele interacțiuni.

Recomandările Ghidului NICE privind profilaxia farmacologică a tulburării bipolare

[120]

Când sunt planificate intervenții farmacologice pe termen lung pentru a preveni recăderea, luați în considerare medicamentele care au fost eficiente în timpul episoadelor acute de hipomanie/manie sau depresie bipolară. Discutați cu persoana dacă preferă să continue același tratament sau să treacă la Lithium și, explicați că Lithium este cel mai eficient tratament pe termen lung pentru tulburarea bipolară.

■ Oferiți Lithium ca tratament farmacologic de primă linie, pe termen lung pentru tulburarea bipolară și:

- dacă Lithium este insuficient de eficient, luați în considerare adăugarea de derivați ai Ac. Valproicum;
- dacă Lithium este slab tolerat, luați în considerare derivații Ac. Valproicum sau Olanzapinum, sau
- dacă a fost eficient în timpul unui episod de manie sau depresie bipolară, Quetiapinum.

■ Nu oferi derivați ai Ac. Valproicum femeilor aflate la vârsta fertilă.

■ Discutați cu persoana respectivă posibilele beneficii și riscuri ale fiecărui medicament.

■ Echipa de îngrijire multidisciplinară și aparținătorii ar trebui să-și mențină responsabilitatea pentru monitorizarea eficacității și tolerabilității medicamentelor antipsihotice până la stabilizarea stării de sănătate generală (inclusiv a dispoziției afective) a pacientului.

■ Înainte de a întrerupe medicația, se va discuta cu pacientul și i se va explica cum să recunoască semnele precoce de recidivă și ce trebuie făcut dacă simptomele reapar.

■ Dacă întrerupeți tratamentul, faceți acest lucru treptat și monitorizați semnele de recidivă.

■ Continuați să monitorizați simptomele, starea de spirit și starea mintală timp de 2 ani după oprirea medicației. Acest lucru va fi realizat de specialiștii din asistența medicală primară în colaborare cu specialiștii din CCSM.

C.2.3.9. EVOLUȚIA

Caseta 32 Evoluția clinică a tulburării bipolare

Evoluția clinică - Evoluția tulburării bipolare I este marcată de recăderi și remisiuni, cu episoade maniacale ce alternează frecvent cu cele depresive. 90% din persoanele care au un episod maniacal vor trece prin alt episod de acest gen în decursul unei perioade de cinci ani [71]. 90% din persoanele cu tulburare bipolară au cel puțin o spitalizare psihiatrică și două treimi din ele au două sau mai multe spitalizări în decursul vieții lor [188]. Tulburarea bipolară II este mai puțin studiată, iar evoluția acesteia este mai puțin înțeleasă.

În tulburarea bipolară, simptomele depresive sunt mai frecvente, decât cele maniacale, deși acestea din urmă definesc tulburarea [5]. Pacienții cu tulburare bipolară de tip I trec printr-o depresie de trei ori mai frecvent, decât prin manie; pacienții cu tulburare bipolară II au o depresie de 37 de ori mai frecvent, decât o hipomanie [84].

Episoadele hipomaniacale pot perturba funcționalitatea pacientului, dar sunt mai puțin severe, decât episoadele maniacale care apar în tulburarea bipolară I. Nivelul de deteriorare funcțională la pacienții cu tulburare bipolară II este strâns legat de severitatea episoadelor depresive [85].

Evoluția tulburării bipolare este influențată de ratele înalte ale abuzului comorbid de alcool sau substanțe. De-a lungul vieții, aproape două treimi din pacienții cu tulburare bipolară vor întruni criteriile de diagnosticare pentru o tulburare de dependență [71, 154]. Atât abuzul de substanțe, cât și tulburarea de dispoziție ar trebui să fie abordate în timpul tratamentului. Tulburarea comorbidă de anxietate este de asemenea frecventă [121, 149].

Evoluția bolii este definită ca având cicluri rapide, dacă pe parcursul a 12 luni anterioare au avut loc patru sau mai multe episoade de tulburare de dispoziție [5].

C.2.3.10. SUPRAVEGHEREA

Caseta 33 Supravegherea

După fiecare episod de manie sau depresie bipolară, discutați cu persoana și îngrijitorii acestora, dacă este cazul, gestionând tulburarea bipolară pe termen mai lung. Discuția ar trebui să aibă ca scop să-i ajute pe oameni să înțeleagă că aceasta tulburarea bipolară este în mod obișnuit o recidivă și remitență condiție pe termen lung, care necesită autogestionare și implicare cu profesioniști din domeniul sănătății mintale și implicarea îngrijitorilor.

Discuția ar trebui să conțină:

- natura și evoluția variabilă a tulburării bipolare
- rolul intervențiilor psihologice și farmacologice pentru prevenirea recidivelor și reducerea simptomele
- riscul de recidivă după reducerea sau întreruperea medicației pentru un episod acut
- beneficiile și riscurile potențiale ale medicației pe termen lung, intervențiile psihologice și necesitatea de a monitoriza starea de spirit și medicația
- beneficiile și riscurile potențiale ale întreruperii medicamentelor, inclusiv pentru femei care ar putea dori să rămână însărcinată.
- istoricul persoanei cu tulburare bipolară, inclusiv:
 - severitatea și frecvența episoadelor de manie sau depresie bipolară, cu accent pe riscurile asociate și reacțiile adverse
 - răspunsul anterior la tratament
 - simptome între episoade
 - declanșatori potențiali pentru recidivă, semne de avertizare timpurie și autogestionare strategii
- durata posibilă a tratamentului și când și cât de des ar trebui să fie aceasta revizuită [170].

C.2.3.10.1. RECUPERAREA PSIHO-SOCIALĂ

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

Caseta 34 Prima etapă de recuperare psiho-socială

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

Caseta 35 Etapa a doua de recuperare psiho-socială

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

Caseta 36 Etapa a treia de recuperare psihosocială

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

Caseta 37 Intervenții recomandate pentru a promova reintegrarea în comunitate

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

Caseta 38 Grupurile de suport de la egal-la-egal (contacte sociale)

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

Caseta 39 Grupul de suport pentru aparținători

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

Caseta 40. Reabilitarea vocațională, ocupațională și profesională (muncă și educație)

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

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

Caseta 41 Caracteristicile Suportului individual pentru angajare (SIA) – reabilitarea vocațională

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

C.2.4. STĂRILE DE URGENȚĂ

În cadrul tulburării afective bipolare pot fi prezente următoarele stări de urgență:

- Comportament suicidal
- Agitație psihomotorie
- Sindrom serotoninergic
- Sindromul de întrerupere
- Hiponatremie
- Cardiotoxicitate
- Hiperprolactinemie

C.2.5. COMPLICAȚIILE

Dacă tulburarea bipolară este lăsată netratată, poate duce la probleme mai grave care pot afecta viața pacientului, acestea includ:

- Sinucidere sau tentative de sinucidere
- Abuzul de droguri și alcool
- Daune aduse relațiilor
- Performanță slabă la școală sau la serviciu
- Probleme financiare sau juridice

Alte complicații tind să apară atunci când tulburarea bipolară se dezvoltă cu alte boli:

Unele dintre simptomele tulburării bipolare sunt foarte asemănătoare cu cele ale altor boli. Acest lucru poate face dificil pentru un medic să facă un diagnostic precis. Este obișnuit ca unele persoane să aibă tulburare bipolară, precum și o altă boală în același timp. Aceste boli includ:

- Abuz de substanțe
- Anxietate
- Tulburări de alimentație
- Depresie

Cei cu tulburare bipolară au un risc mai mare de a dezvolta următoarele:

- Migrene
- Boala de inima

- Diabet
- Obezitatea
- Alte boli fizice

Caseta 42 Efecte secundare ale antidepressivelor

Substanța	Tulb. centrale	Tulb. SN autonom	Reacții cutanate	Tulb. hepatice	Tulb. digestive	HTA	Tulb. cardiace	Tulb. sanguine
Amitriptylinum	++	+	+	+	+	+	+	±
Clomipraminum*	+++	++	±	+	+	±	+	0
Dibenzepinum	++	++	+	+	+	±	+	0
Doxepinum*	++	+	+	±	+	+	+	±
Maprotilinum*	+++	+	++	±	±	±	+	±
Mianserinum*	+	±	+	+	+	+	+	+
Nomifensinum	+	±	+	+	±	0	±	+
Zimelidinum	++	0	++	+	++	0	0	+
Fluoxetinum	+	0	?	+	++	0	0	±

*Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

Caseta 43 Principalele efecte secundare ale terapiei cu antidepressive ISRS

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

Caseta 44 Interacțiuni medicamentoase ale antidepressivelor

Substanța reactivă	Acțiunea substanței asupra activității antidepressivului	Acțiunea antidepressivului asupra activității substanței
Epinefrinum		Potențarea efectului hipertensiv, risc de aritmie
Alcool	<nivel plasmatic >eficacitatea	Potențarea efectului în administrare acută (amitriptylinum, mianserinum)
Metilfenidatum	> eficacitatea, > TA	
Anticoagulante		Scad eliminarea, risc de supradozare
Anestezice		HT oscilantă, tulburări de ritm
Anticolinergice		Stări confuzionale, ileus paralic
Antiepileptice	< nivel plasmatic, <eficacitatea	<pragul epileptogen
Barbiturice	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Clonidinum	<efectul antidepressiv	<efectul antihipertensiv

Substanța reactivă	Acțiunea substanței asupra activității antidepresivului	Acțiunea antidepresivului asupra activității substanței
Contraceptive orale	>nivel plasmatic, >eficacitatea	
Disulfiramum	>nivel plasmatic, risc de supradozare	
Diuretice	Aditivarea acțiunii hipotensoare	
L-dopa		Antagonizarea efectelor
Guanetidinum		<efect antihipertensiv
Glutetimidum	<nivel plasmatic, <eficacitatea	
Metildopa		<efect antihipertensiv
Metiltestosteronum	în unele cazuri, bufee delirante	
Neostigminum		>anomalii unde ST, T aritmii
Neuroleptice	>nivel plasmatic, >eficacitatea	Recrudescența delirului
Estrogeni	Scădere reciprocă a eficacității; somnolență, greață, cefalee, tremor, hipotensiune, sindrom de depersonalizare-derealizare	
Fenitoinum		>toxicitatea
Rezerpinum	Diaree, neliniște psihomotorie, hipomanie	
Tutun	< nivel plasmatic, <eficacitatea	

Caseta 45 Activitatea sedativă și anticolinergică a medicamentelor antidepresive

Preparat	Efect sedativ	Activitatea anticolinergică
1. Doxepinum*	+++	++
2. Trimipraminum*	+++	++
3. Amitriptylinum	+++	+++
4. Nortriptylinum*	++	++
5. Imipraminum*	++	++
6. Desipraminum	+	+
7. Protriptylinum	+	+++
8. Maprotilinum*	++	+++
9. Amoxepinum	++	+
10. Trazodonum	+++	0
11. Fluoxetinum	+	0
12. Viloxazină	+	0
13. Fluvoxaminum*	++	0
14. Paroxetinum	++	0
15. Sertralinum	++	0
16. Medifoxaminum	++	0
17. Zimelidinum	++	0
18. Reboxetinum*		0
19. Mitrazepinum		0

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

Notă. După Akiskal, 1991.

Caseta 46 Semnele și simptomele sindromului Rebound

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

Caseta 47 Primul ajutor în caz de apariție a efectelor secundare la administrarea medicamentelor antidepresive

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

Monitorizarea apariției efectelor secundare.

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

- Supraveghere;
- Scăderea dozei, frecvenței sau momentului administrării;
- Schimbarea medicației;
- Inițierea tratamentului specific de combatere a efectelor secundare

Continuarea monitorizării efectelor secundare:

- Evaluarea riscului medical;
- Interferența cu complianța la tratament;
- Aprecierea stării generale a pacientului.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<i>D.1. INSTITUȚIILE DE ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ</i>	
	Personal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ medic de familie ✓ asistenta medicului de familie
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • stetofonendoscop.
	Medicamente : <ul style="list-style-type: none"> • Timostabilizatoare; • Tranchilizante; • Antipsihotice.
<i>D.2. ASISTENȚA MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ</i>	
	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic urgentist • Felcer/asistent medical
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Timostabilizatoare; • Tranchilizante; • Antipsihotice.
<i>D.3. CENTRELE COMUNITARE DE SĂNĂTATE MINTALĂ</i>	
	Personal: <ol style="list-style-type: none"> 1. psihiatru (la 25 mii de populație); 2. psihoterapeut (la 25 mii de populație); 3. psiholog (la 25 mii de populație); 4. asistent social / ergoterapeut (la 25 mii de populație); <ul style="list-style-type: none"> • nursa psihiatrică (la 10 mii de populație).
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop.

	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timostabilizatoare (Litium, Carbamazepinum, Oxcarbazepinum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum) • Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpridum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum); • Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.); • Antidepresive (Amitriptylinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinumă, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatinum, Mirtazapinum, Tranilciprominum). • Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexolum, Bromcriptinum) <ul style="list-style-type: none"> • Levotiroxinum
<i>D.4.INSTITUȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ</i>	
<p>Secțiile de psihiatrie (raionale, dacă există), municipale și republicane. Spitalul clinic de Psihiatrie</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru; • psihoterapeut; • laborant; • asistent serviciul social; • ergoterapeut; • asistente medicale; • consultații calificate (chirurg, terapeut, neurolog, endocrinolog). <p>Dispozitive medicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • glucometru portabil; • laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei, indici biochimici serici (glicemie, lactat de dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionograma, creatinina și urea); • Aparataj specific pentru efectuarea • SMT (stimulării magnetice transcraniene); • - TEC (tratamentului electro-convulsivant).

	<p>Medicamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timostabilizatoare (Litium, Carbamazepynum, Oxcarbazepynum, Derivați ai Acidului Valproic, Lamotriginum) • Neuroleptice (Clorpromazinum, Levomepromazinum, Haloperidolum, Aripiprazolum, Asenapinum, Cariprazinum, Amisulpridum, Paliperidonum, Quetiapinum, Clozapinum, Olanzapinum, Risperidonum, Ziprasidonum, Lurasidonum); • Tranchilizante (Diazepamum, Lorazepamum, Clordiazepoxidum etc.); • Antidepresive (Amitriptylinum, Imipraminum, Clomipraminum, Sertralinumă, Escitalopramum, Paroxetinum, Fluoxetinum, Fluvoxaminum, Venlafaxinum, Agomelatinum, Mirtazapinum, Tranilciprominum). • Agoniști ai dopaminei (Modafinilum, Pramipexolum, Bromcriptinum) <ul style="list-style-type: none"> • Levotiroxinum • Medicamente pentru tratamentul complicațiilor
--	---

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ

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

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
		4.3. Ponderea pacienților cu TAB care au efectuat tentative și/sau sinucidere, pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TAB care au efectuat tentative sinucidere și/sau suicid, pe parcursul unui an.	Numărul total de pacienți supravegheați de către psihiatru, cu diagnosticul de TAB, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

ANEXA 1. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Perioada de audit	ZZ-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a pacientului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	ZZ-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1= feminin 9 = nu este specificat
Numele medicului curant	
CONSULTAREA	
Data debutului simptomelor	Data (ZZ-LL-AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (ZZ-LL-AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primară a pacientului	
- Asistența medicală primară	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
- Centrul Comunitar de Sănătate Mintală	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
- Asistența medicală spitalicească	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
Aplicarea Chestionarului Tulburării dispoziției MDQ	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
Data internării în spital	Data (ZZ-LL-AAAA) sau 9 = necunoscută
Semne de pericol vital	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
Stări grave după tentativă de suicid	0 = da; 1 = nu; 9 = nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL	
Evaluarea persoanelor cu risc înalt al semnelor prodromale	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Ereditatea compromisă	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de alcool	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Consum de droguri	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen clinic psihiatric	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Examen psihologic	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL	
Administrarea tratamentului farmacologic	nu = 0; da = 1;
Plan de tratament și/sau de intervenție în criză	nu = 0; da = 1;
Recuperarea psiho-socială	nu = 0; da = 1;
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include și data transferului la alt spital (ZZ-LL-AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ-LL-AAAA) sau 9 = necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
- tratament de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0 = da; 1 = nu;
Supravegherea pacientului la psihiatrul din CCSM	0 = da; 1 = nu;
DECESUL PACIENTULUI	
Decesul în spital	0 = da; 1 = nu;

ANEXA 2. GHIDUL PACIENTULUI CU TULBURARE AFECTIVĂ BIPOLARĂ (GHID PENTRU PACIENT)

Introducere

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

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

Indicațiile din ghid acoperă:

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

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

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

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

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

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

Episod maniacal – este o perioadă bine delimitată, caracterizată prin dispoziție anormal și

persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormală sau persistent crescută, cu durată de cel puțin 1 (una) săptămână; această stare este prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată). În asemenea cazuri poate fi necesară spitalizarea.

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

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

Ce tipuri de Tulburare afectivă bipolară sunt cunoscute azi ?

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

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

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

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

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

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

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

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

Pentru dumneavoastră și pentru familia dumneavoastră poate fi util să participați la un tip specific de terapie, numită “psihoeucația familiei.” Acest gen de terapie vă poate învăța pe

dumneavoastră și pe persoanele dragi să însușiți unele lucruri utile ca, de exemplu:

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

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

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

ANEXA 3. RECOMANDĂRI PENTRU TRATAMENTUL FARMACOLOGIC A TULBURĂRILOR BIPOLARE LA ADULȚI [81, 165]

Tabelul 15 Nivelul recomandărilor privind monoterapia în mania acută și mixtă și dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

Medicamentul / procedura	Mania Acută						Episod Mixt				Doze recomandate (mg/zi)
	Mono terapie	Combi-nație					Monoterapie		Combi-nație cu SD		
		SD	Li	AVP	Cbz	PGA	Component mani- acal	Component depresiv	Component mani- acal	Component depresiv	
Aripiprazolum	1	2	-	-	-	-	3	3	-	-	15-30
Asenapinum	1	2	-	-	-	-	3	3	-	-	10-20
Cariprazinum	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3-6
Paliperidonum	1	5	-	-	-	-	3	5	-	-	3-12
Quetiapinum	1	2	2	-	-	-	5	-	-	-	400-800
Risperidonum	1	2	-	5	-	-	3	-	5	5	2-6
Ac. Valproicum	1	-	-	-	-	2	3	4	-	-	1200-3000 (doza de încărcare inițială: 20- 30 mg/kg a masei corporale, nivelul în ser 75-150 mg/l)
Carbamazepinum	2	-	-	-	-	-	3	3	-	-	600-1200 (nivelul în ser de 4-15 mg/l)
Haloperidolum	2	2	2	2	2	-	-	-	5	5	5-20
Lithium	2	-	-	-	2	-	5	-	-	-	600-1200 (nivelul în ser de 0.8-1.3 mmol/l)
Olanzapinum	2	2	-	2	5	-	3	3	2	2	10-20

Medicamentul / procedura	Mania Acută					Episod Mixt				Doze recomandate (mg/zi)	
	Mono terapie	Combinatie					Monoterapie		Combinatie cu SD		
		SD	Li	AVP	Cbz	PGA	Component maniaco	Component depresiv	Component maniaco		Component depresiv
TEC	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oxcarbazepinum	3	-	2	-	-	-	-	-	-	900-1800	
Clorpromazinum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	300-1000	
Pimozidum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	2-16	
Tamoxifenum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	40-80	
Ziprasidonum	4	5	-	-	-	-	4	4	-	80-160	
FOC	-	-	-	-	-	-	4	4	-	(25 + 6); (50 + 6); (50 + 12 mg/zi)	
Medroxiprogesteronum	-	2	-	-	-	-	-	-	-	20	
Allopurinolum	-	5	2	-	-	5	-	-	-	300-600	
Celecoxibum	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	400
Eslicarbazepinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gabapentinum	5	5	-	-	-	-	-	-	-	2400	
Lamotriginum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	200	
Licarbazepinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
SMTr	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Topiramatum	5	5	-	-	-	-	-	-	-	300	
Verapamilum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
FEWP	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepinum

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

FOC – Combinația Fluoxetinum+Olanzapinum

Li – Lithium

PGA – Prima Generație de Antipsihotice

SD – Stabilizator de dispoziție

SMTr – Stimulare Magnetica Transcranială Repetitivă

TEC – Tratament Electroconvulsivant

AVP – Acid valproic

Tabelul 16 Nivelul recomandărilor privind monoterapia și terapia combinată în depresia bipolară acută și de asemenea pentru anxietatea comorbidă. Dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

	Medicamentul / procedura	Monoterapie				Combinatie					Dozele recomandate (mg/zi)
		În general (global)	BP-I	BP-II	Anxietate comorbidă	SD	Cbz	Lmt	Li	Val	
(1)	Quetiapinum	1	3	3	3	-	-	-	-	-	300 - 600
(2)	FOC	2	3	-	-	2	-	-	-	-	(6+25); (6+50) și (12+50 mg/zi)
(3)	Lurasidonum	2	-	-	3	2	-	-	-	-	20 - 120
(4)	Escitalopramum	2	-	3	-	-	-	-	-	-	10
(5)	Fluoxetinum	2	-	3	-	-	-	-	4	-	20 - 80
(6)	Ac. Valproicum	3	3	5	3	-	-	-	-	-	500 - 2500 mg/zi (50-100mcg/ml)
(7)	Aripiprazol	3	3	-	-	-	-	-	5	-	5 - 30
(8)	Imipraminum	3	-	-	-	-	-	-	5	-	75 - 300
(9)	Fenelzinum	3	-	-	-	-	-	-	-	-	15 - 90
(10)	Olanzapinum	4	4	-	-	-	-	-	-	-	5 - 20
(11)	Lamotriginum	4	4	4	-	-	-	-	4	-	50 - 200
(12)	Tranilciprominum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	20 - 30
(13)	Venlafaxinum	4	4	4	-	-	-	-	-	-	75 - 225
(14)	Carbamazepinum	4	-	-	-	-	-	-	-	-	300 - 800
(15)	Lithium	4	-	4	5	-	-	2	-	-	600 - 1800
(16)	Paroxetinum	5	5	5	3	5	5	-	5	5	20
(17)	Gabapentinum	5	-	-	-	-	-	-	-	-	1750
(18)	SMTr	5	-	4	5	-	-	-	-	-	-
(19)	Ziprazidonum	5	5	-	5	5	-	5	5	5	80 - 160
(20)	FEWP	-	-	-	-	-	1	-	-	-	36 g/zi
(21)	Levothyroxinum (L-T4)	-	-	-	-	2	-	-	-	-	300 mcg/zi
(22)	Modafinilum	-	-	-	-	2	-	-	-	-	100 - 200
(23)	Pioglitazonum	-	-	-	-	-	-	-	2	-	30
(24)	Pramipexolum	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1 - 3
(25)	Armodafinilum	-	-	-	-	4	-	-	-	-	150
(26)	Ketaminum	-	-	-	-	4	-	-	-	-	0.5 mg/kg i.v. (o singură doză)
(27)	L-sulpiridum	-	-	-	5	-	-	-	3	-	50 - 75
(28)	Oxcarbazepinum	-	-	-	3	-	-	-	2	-	600 - 1200
(29)	Agomelatinum	-	-	-	-	5	-	-	5	5	25 - 50
(30)	Imipraminum	-	-	-	-	-	-	-	5	-	125 - 200

	Medicamentul / procedura	Monoterapie				Combinatie					Dozele recomandate (mg/zi)
		În general (global)	BP-I	BP-II	Anxietate comorbidă	SD	Cbz	Lmt	Li	Val	
(31)	Memantinum	-	-	-	-	-	-	5	-	-	10 – 30
(32)	Levetiracetamum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	Până la 2000 mg/zi
(33)	Bupropionum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	225 – 450
(34)	Celecoxibum	-	-	-	-	5	-	-	-	-	400
(35)	Risperidonum	-	-	-	5	5	-	-	-	-	4 – 8

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepinum

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

FOC – Combinația Fluoxetinu+Olanzapinum

Lmt - Lamotriginum

Li – Lithium

PGA – Prima Generația de Antipsihotice

SD – Stabilizator de dispoziție

SMTTr – Stimulare Magnetica Transcraniană Repetitivă

TEC – Tratament Electroconvulsivant

AVP – Acid Valproic

Tabelul 17 Nivelul recomandărilor privind faza de menținere/remisiune și eficiența în prevenirea episoadelor maniacale, mixte sau depresive, precum și dozele recomandate pentru opțiunea farmacologică.

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

„ - ” – lipsă date

Cbz – Carbamazepinum

IRAP – Injecție Risperidonum cu Acțiune Prelungită

Lmt – Lamotriginum,

Li – Lithium

PCC – Psihoterapie Cognitiv Comportamentală

SD – Stabilizator de dispoziție

AVP – Ac. valproicum

ANEXA 4. TERAPIA DE URGENȚĂ – STAREA DE AGITAȚIE ÎN MANIE [20]

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

ANEXA 5. SPECTRUL DE ACȚIUNE CLINICĂ AL ANTIPSIHOTICELOR (NEUROLEPTICELOR)

Medicamentul	Acțiune predominant sedativă	Acțiune predominant antipsihotică	Acțiunea predominant antidelirantă
Chlorpromazinum	++++	++	+
Levomepromazinum	++++	+	+
Thioridazinum	+++	+	+
Chlorprotixenum	+++	++	+
Zuclopentixolum	+++	+++	+++
Periciazinum	+++	+	+
Alimemazinum	++	+	+
Preponderent cu o acțiune antipsihotică			
Trifluoperazinum	++	+++	++++
Haloperidolum	++	+++	++++
Flufenazinum	+	+++	+++
Preponderent cu o acțiune stimulatorie			
Sulpiridum	-	++	+
Neuroleptice atipice			
Clozapinum	++++	+++	+++
Quetiapinum	+	++	+++
Risperidonum	+	++	+++
Olanzapinum	++	+++	+++
Amisulpridum	+	++	++
Aripiprazolum	+	+++	+++
Asenapinum	+++	++	++
+++++ – acțiune maximă; +++ – acțiune exprimată; ++ – acțiune moderată; + – acțiune slabă; -- acțiunea lipsește.			

ANEXA 6. REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)

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

ANEXA 7. REMEDII ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE) CU ELIBERARE PRELUNGITĂ

Remediul antipsihotic	Doze clinice recomandate (mg)
Flufenazinum decanoat	12,5 – 100 (1 doză la interval de 3-4 săptămâni)
Haloperidolum decanoat	50 – 300 mg (1 doză la interval de 3-4 săptămâni)
Rispolept Consta	25 – 37,5 – 50 mg (1 doză la interval de 2 săptămâni)
Zuclopentixolum decanoat	50 – 600 mg (1 doză la interval de 3-4 săptămâni)
Paliperidonum	50 – 75 – 100 – 150 mg (1 doză la 3-4 săptămâni)
Olanzapinum	150 – 210 – 300 – 405 mg (1 doză la 2 săptămâni)

ANEXA 8. REMEDII PENTRU TRATAMENTUL EFECTELOR EXTRAPIRAMIDALE INDUSE DE ANTIPSIHOTICE (NEUROLEPTICE)

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

ANEXA 9. REMEDII TRANCHILIZANTE ȘI HIPNOTICE

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Alprazolamum	0,25 - 4
Bromazepamum	3 - 18
Diazepamum	5 – 60
Zolpidemum	5 - 20
Zopiclonum	3,75 - 15
Clonazepamum	0,5 – 16
Medazepamum	10 – 60

Remedii	Doze clinice diurne recomandate (mg/zi)
Nitrazepamum	2,5 – 10
Oxazepamum	10 – 60
Temazepamum	7,5 -30
Tofizopamum	50 – 300
Fenazepamum	0,5 - 8
Chlordiazepoxidum	20 - 60

ANEXA 10. REMEDII ANTIDEPRESIVE

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

ANEXA 11. DOZELE PRINCIPALELOR REMEDII CU EFECT TIMOSTABILIZATOR UTILIZATE ÎN ASOCIERE CU TRATAMENTUL ANTIPSIHOTIC

Remedii	Doza clinică diurnă recomandată (mg/zi)
Carbamazepinum	400 – 600 până la 1200 mg/zi în funcție de răspuns și concentrația sangvină.
Lithium și derivații săruilor de Lithium	300 – 1200 până la 1600 mg/zi în funcție de răspuns și concentrația sangvină.
Derivați ai Ac. Valproicum	500 – 1000 până la 3000 mg/zi în funcție de răspuns și concentrația sangvină.
Lamotriginum	100 – 300 până la 400 mg/zi în funcție de răspuns.

ANEXA 12. SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI (YOUNG MANIA RATING SCALE-YMRS)

Dacă scala lui Beigel (BSMR) este cea mai veche, scala lui Young este cea mai utilizată scală de evaluare a simptomelor maniacale. Ea a fost publicată în 1978 (Young și colab. 1978) cu intenția de a oferi o scală de observație așa cum există o scală de observație pentru depresie. Ea este construită pentru a evalua severitatea simptomelor și a evalua eficacitatea tratamentului antimaniacal. Itemii scalei au fost

selectati pe baza descrițiilor clinice ale maniei și reflectă simptomele existente atât în formele ușoare cât și în cele severe de manie (Young și colab. 2000).

Scala cuprinde 11 itemi, șapte dintre ei sunt cotați de la 0 la 4 în funcție de severitate și patru itemi (iritabilitatea, presiunea vorbirii, conținutul vorbirii și comportamentul destructurat-agresiv) sunt cotați de la 0 la 8 în funcție de descrierea fiecărui trepte de evaluare. Scorul se poate întinde de la 1 la 60.

Se recomandă ca YMRS să fie completată de medici sau asistenți medicali de psihiatrie cu experiența clinică adecvată. Completarea scalei ia în jur de 15-20 minute. Fiind o scală de observație, cotarea se face în funcție de starea în timp real a pacientului și nu după cum el s-a prezentat într-un alt cadru de timp.

Scala prezintă calități psihometrice foarte bune atât pentru validitate (Spearman $r = 0,67-0,95$, $p < 0,001$) cât și pentru confidența determinată prin corelația cu alte trei scale de manie (Poolsup și colab. 1999). Prin analiza factorială s-a demonstrat că scala generează trei factori: tulburări de gândire, comportament hipereactiv și destructurat și dispoziție crescută. Autorii recomandă cu precauția necesară diferite scoruri prag pentru evaluarea severității: manie minimă scor 13, manie ușoară scor 20, manie moderată scor 26 și manie severă scor 38 și peste. Azorin și colab. (2007) fac o analiză mult mai sofisticată pe un esanșion de 1.090 subiecți pentru a găsi un scor prag care să deosebească mania severă de celelalte forme și găsesc că la scorul de 39 scala YMRS prezintă cel mai favorabil raport între sensibilitate și specificitate cu care decelează cazurile de manie severă. Ca o recunoaștere a robusteții sale psihometrice, scala YMRS este folosită pentru evaluarea remisiunii clinice a episodului maniacal, un scor mai mic de 4 (Berk și colab. 2008) sau 5 (Baldessarini, 2003) evidențiind revenirea la eufonie a unui pacient maniacal.

Există și o versiune a YMRS pentru evaluarea maniei la copii și care este de fapt un chestionar pentru părintele copilului presupus maniacal. Această scală numită PYMRS conține tot 11 itemi sunt forma de întrebare și părintele trebuie să aleagă pentru fiecare întrebare un răspuns preformat cotați pentru 7 itemi cu 0-4 și pentru 4 itemi cu 0-8. Această scală este mai mult folosită cu scopuri de cercetare decât în rutina clinică de zi cu zi (Gracious și colab. 2002). O altă scală pentru evaluarea maniei la copii prin chestionarea părintelui a fost dezvoltată de Pavaluri și colab. (2006) Child Mania rating Scale-Parent Version și care cuprinde 21 itemi iar ulterior Henry și colab. (2008) construiește o scală mai scurtă doar cu 10 itemi bazată pe scala anterioară.

SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI (Young Mania Rating Scale-YMRS)

Ghid pentru evaluarea itemilor:

Scopul fiecărui item este să evalueze severitatea simptomelor pacientului. Pentru fiecare item sunt furnizate mai multe grade de severitate și este necesar să fie aleasă un anumit grad pentru ca itemul respectiv să fie evaluat. Astfel, alegeți un grad de severitate în acord cu percepția față de starea pacientului. Fiecare grad de severitate îi corespunde un scor, pentru unii itemi puteți alege și un scor între treptele de severitate furnizate.

1. Dispoziție crescută

1. 0 Absent
2. 1 Posibilă sau ușoară creștere a dispoziției când este întrebat
3. 2 Creștere subiectivă bine definită: optimist, confident, bucuros, conform cu contextul
4. 3 Crescută; veselie; neconform cu contextul
5. 4 Euforic; ras nepotrivit; cântă

2. Creșterea energiei – activității motorii

1. 0 Absent
2. 1 Creștere afirmată
3. 2 Animat, gesticulat
4. 3 Energie excesivă; perioade de hiperactivitate; se mișcă continuu (poate fi calmat)
5. 4 Excitație motorie; hiperactivitate continuă (nu poate fi calmat)

3. Interesul sexual

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

4. Somn

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

5. Iritabilitate

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

6. Vorbire (frecventa si cantitate)

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

7. Tulburarea gandirii – limbajului

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

8. Continut

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

9. Comportament deformat – agresiv

- 0 Absent; cooperant
- 2 Sarcastic, circumspect
- 4 Solicitant, amenintator
- 6 Ameninta interviuatorul, imbranceste, interviu dificil
- 8 Agresiv, distructiv, interviu imposibil

10. Aparenta

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

11. Insight (constiinta bolii)

- 0 Prezent; adminte existenta bolii; de acord cu tratamentul

- 1 Admite ca posibila boala
- 2 Admite modificarile comportamentale dar neaga existenta bolii
- 3 Admite unele modificari comportamentale dar neaga existenta bolii
- 4 Neaga orice schimbare comportamentala

ANEXA 13. CHESTIONARUL TULBURĂRILOR DISPOZIȚIEI (MDQ-MOOD DISORDERS QUESTIONNAIRES)

Instrucțiuni [78, 135]:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Încercuiți doar un singur răspuns.

Nici o problemă / Problemă minoră / Problemă moderată / Problemă

gravă

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

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

PUNCTAJUL CHESTIONARULUI TULBURĂRILOR DISPOZIȚIEI (MDQ)

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

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

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

Dacă pacientul răspunde:

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

ȘI

„Da” la întrebarea numărul 2;

ȘI

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

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

ANEXA 14. SCALELE DE EVALUARE A CALITĂȚII VIEȚII: HoNOS.

HoNOS

Numele _____

HoNOS Completat de (Numele): _____

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

		Evaluează cu 9 dacă răspunsul este „nu știu”	Scorul
1	Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator	0 1 2 3 4	
2	Auto-vătămare ne-accidentală	0 1 2 3 4	
3	Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor	0 1 2 3 4	
4	Probleme cognitive	0 1 2 3 4	
5	Boală fizică sau dizabilitate	0 1 2 3 4	
6	Probleme cu halucinațiile și ideile delirante	0 1 2 3 4	
7	Probleme cu dispoziție depresivă	0 1 2 3 4	
(Specificați tulburarea A,B,C,D,E,F,G,H,I, ori J)			
8	Alte probleme mintale sau comportamentale	0 1 2 3 4	
9	Probleme cu relațiile	0 1 2 3 4	
10	Probleme cu activitățile din viața de zi cu zi	0 1 2 3 4	
11	Probleme cu condițiile de trai	0 1 2 3 4	
12	Probleme cu ocupația și activitățile	0 1 2 3 4	
	Total	0-48	

Ce este HoNOS?

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

Cum sunt măsurate rezultatele utilizând HoNOS?

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

Cum este măsurată severitatea?

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

0 = nici o problemă în perioada evaluată

1 = problemă sub prag

2 = ușoară, dar cu siguranță prezentă

3 = moderat severă

4 = de la severă până la foarte severă

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

Ce perioadă acoperă fiecare evaluare?

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

Cine completează HoNOS și când?

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

Când este completat HoNOS?

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

Ce întrebări se adresează în evaluare?

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

Sunt opiniile pacienților/clientilor incluse în rating?

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

Cum este completat HoNOS?

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

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

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

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

Acest lucru se întâmplă destul de des, deoarece unele scale reprezintă o gamă largă de probleme.

Evaluează întotdeauna problema cea mai gravă, care a avut loc în timpul perioadei date a evaluării.

Perioada de timp inclusă în evaluare

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

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

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

● Comportament hiperactiv, agresiv, perturbator

• Include un astfel de comportament datorat oricărei cauze, de exemplu, droguri, alcool, demență, psihoze, depresie etc.

- Nu includeți comportament bizar, evaluat la scala a 6-a.

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

2. Auto-vătămare ne-accidentală

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

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

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

3. Problemă cu consumul alcoolului sau drogurilor

• Nu includeți comportament agresiv /distructiv cauzat de consumul de alcool sau de droguri, evaluat de Scala 1.

• Nu includeți boală fizică sau dizabilitate ca urmare a consumului de alcool sau de droguri, evaluat la Scala 5.

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

4. Probleme cognitive

● Includ probleme de memorie, orientare și înțelegere, asociate cu orice tulburare; dizabilitate de învățare, demență, schizofrenie etc.

● Nu includeți probleme temporare (de exemplu, mahmureala) rezultate din consumul de droguri/alcool, evaluate de Scala 3.

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

5. Boală fizică sau problemă cu dizabilitatea

- Include boala sau dizabilitatea din orice cauză care limitează sau împiedică mișcarea, sau afectează vederea sau auzul, sau interferează cu funcționarea personală.
- Include efecte secundare de la medicamente; efectele consumului de droguri /alcool; dizabilități fizice ca urmare a accidentelor de auto-vătămare asociate cu probleme cognitive, conducerea sub influența alcoolului etc.
- Nu includeți probleme mintale sau de comportament evaluate de Scala 4.

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

6. Probleme asociate cu halucinații și idei delirante

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

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

7. Probleme cu dispoziția depresivă

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

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

8. Alte probleme mintale și comportamentale

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

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

9. Probleme cu relațiile

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

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

10. Probleme cu activitățile cotidiene

- Evaluați rata de funcționare per ansamblu în activitățile cotidiene (AC): de exemplu, probleme cu activitățile de bază de auto-îngrijire, cum ar fi mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, toaleta; cât și aptitudini complexe, așa ca bugetarea, organizarea traiului, ocupație și recreere, mobilitatea și utilizarea transportului, cumpărături, auto-dezvoltare etc.
- Includeți orice lipsă de motivație pentru utilizarea oportunităților de auto-ajutor, deoarece aceasta contribuie la un nivel global mai scăzut de funcționare.
- Nu includeți lipsa de oportunități pentru exercitarea abilităților și competențelor intacte, evaluate de Scalele 11-12.

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

11. Probleme cu condițiile de trai

- Evaluează severitatea generală a problemelor cu calitatea condițiilor de trai și rutina cotidiană de acasă.
- Sunt necesitățile de bază respectate (căldură, lumină, igienă)? Dacă este așa, există ajutor pentru a face față dizabilității și o gamă de oportunități pentru a folosi abilitățile și pentru a dezvolta altele noi?
- Nu evalua nivelul dizabilității funcționale în sine, evaluat de Scala 10.

• **NB: evaluează locul de trai obișnuit al pacientului. Dacă se află într-o secție de psihoze acute, evaluează locul de trai de acasă. Dacă informațiile nu sunt disponibile, evaluează cu 9.**

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

12. Probleme cu ocupația și activitățile

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

0	Mediul din timpul zilei a pacientului este acceptabil: de ajutor în menținerea oricărei dizabilități evaluat de Scala 10 la cel mai mic nivel posibil, și de suport în auto-ajutor.
1	Probleme minore sau temporare; de exemplu, verificări cu întârziere; instituții rezonabile disponibile, dar nu întotdeauna la momentul dorit etc.
2	Alegere limitată de activități; de exemplu, există o lipsă de toleranță rezonabilă (de exemplu, refuzat pe nedrept la intrarea în biblioteca sau băile publice etc.); sau dizabilitat de lipsa de adresă permanentă; sau sprijin insuficient din partea îngrijitorului sau sprijin profesional insuficient; sau instituție de zi de ajutor disponibile, dar pentru ore foarte limitate.
3	Deficiență marcată în servicii calificate disponibile pentru a ajuta la minimizarea nivelului de dizabilitate existent; nu există oportunități de a folosi abilitățile intacte, de a adăuga noi; îngrijire necalificată, dificil de accesat.
4	Lipsa de oportunitate pentru activități în timpul zilei fac ca problemele pacientului să fie mai grave.

ANEXA 15. SCALA IMPRESIEI CLINICE GLOBALE

CGI este o evaluare globală a simptomatologiei curente, comportamentului, funcțiilor. Severitatea bolii se bazează pe IMPACTUL simptomelor curente asupra comportamentului și funcțiilor recente.

Clinical Global Impression (impresia clinică globală) legată de ameliorare (CGI-I)

Măsoară schimbarea clinică globală în cursul ultimelor șapte zile folosind evaluarea de bază ca punct de referință;

CGI - Improvement (CGI- Ameliorare, CGI-I)

CGI-I măsoară schimbarea globală de la începerea tratamentului (ameliorare, nici o schimbare sau înrăutățire);

CGI-I compară severitatea globală în timpul săptămânii precedente comparativ cu prima evaluare;



CGI-I evaluează, indiferent de credința dvs. că este legată sau nu de medicație de studiu sau de orice altă intervenție (fără atribuirea simptomelor).

Luați în considerare AMBELE:

Schimbarea simptomatică detectabilă față de aprecierea inițială;

Impactul acestei modificări asupra statutului clinic al subiectului (capacitatea de a funcționa, nivelul de stres).

Se evaluează ameliorarea totală, indiferent dacă după aprecierea dvs. ea se datorează în întregime tratamentului medicamentos. Cât de mult s-a schimbat pacientul (pacienta) în comparație cu starea sa din momentul inițierii tratamentului?

0 = Nu s-a evaluat		
1 = Foarte mult ameliorat		
2 = Foarte ameliorat		
3 = Ameliorat minimal		
4 = Fără schimbare		
5 = Minimal mai rău		
6 = Mult mai rău		
7 = Cât se poate de rău		

PRINCIPII DIRECTOARE CGI-I [134]

1.	Cât se poate de ameliorat	Mai bine în mai toate privințele: bun nivel de funcționare: simptome minimale: reprezintă o schimbare foarte substanțială.
2.	Mult ameliorat	Notabil mai bine, cu o reducere semnificativă a simptomelor: creșterea nivelului de funcționare, dar anumite simptome persistă.
3.	Minimal ameliorat	Ceva mai bine cu o mică reducere semnificativă a simptomelor sau fără reducere. Poate reprezenta o foarte mică schimbare a statutului clinic de bază, a nivelului de îngrijire sau a capacității funcționale.
4.	Fără schimbare	Simptomele rămân esențial neschimbate.
5.	Minimal mai rău	Ceva mai rău, dar posibil fără semnificație clinică, poate reprezenta o foarte mică schimbare a statutului clinic de bază sau a capacității funcționale.
6.	Mult mai rău	Clinic semnificativă a simptomelor și diminuarea funcțiilor.
7.	Cât se poate derău	Exacerbare severă a simptomelor și pierderea funcțiilor.

ANEXA 16. SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR

Instrucțiuni: Bifează toți factorii de risc și protectivi. Se recomandă să fie completată după interviul cu pacientul, după evaluarea statusului mental al pacientului și după culegerea altor date de la familie și alte informații.	
Comportament suicidar sau auto-vătămător (ultima săptămână)	Statut clinic (recent)
Tentativă actuala de suicid	Lipsă de speranță
Tentativă întreruptă de suicid	Episod depresiv major
Tentativa întreruptă sau abortată	Episod afectiv mixt
Alte acte preparatorii pentru suicid	Halucinații care comandă vătămarea corporală
Comportament auto-vătămător fără suicid	Comportament impulsiv sever
Ideație suicidară	Abuz sau dependență de substanțe
Dorința de a fi mort	Agitație sau anxietate severă
Gânduri suicidare	Percepție de povară pentru familie sau alții
Gânduri suicidare cu metodă dar fără plan sau intenție	Durere fizică cronică sau alte probleme medicale acute inclusiv cancer
Intenție de suicid (fără un plan specific)	Ideație homicidara
Intenție de suicid cu un plan specific	Comportament agresiv față de alții
Evenimente precipitante	Metoda de suicid disponibilă
Pierdere recentă sau evenimente negative majore	Refuza sau nu agreează planul de siguranță
Describe:	Istorie de abuz sexual
Nu are adăpost sau așteaptă să fie închis	Istorie familială de suicid
Izolarea socială sau sentiment de singurătate.	Factori protectivi (recenti)
Istorie medicală	Identifică rațiuni pentru a trăi
Diagnostice și tratamente anterioare psihiatrice	Are responsabilitate pentru familie sau alții

Instrucțiuni: Bifează toți factorii de risc și protectivi. Se recomandă să fie completată după interviul cu pacientul, după evaluarea statusului mental al pacientului și după culegerea altor date de la familie și alte informații.			
Comportament suicidar sau auto-vătămător (ultima săptămână)		Statut clinic (recent)	
	Lipsă de încredere în tratament		Familie sau rețea suportivă social
	Refuză tratamentul		Frică de moarte, de durere sau suferință
	Nu primește tratament		Credința că suicidul este imoral, spiritualitate
			Angajament în muncă sau școală
Alți factori de risc		Alți factori protectivi	
Descrie orice comportament suicidar, auto-vătămător sau agresiv:			

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR [61, 134]		
DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
<p>Dorința de a muri: Subiectul prezintă dorința de a fi mort sau de a nu mai fi sau dorința de a adormi și a nu se mai trezi. A-ți dori să nu mai trăiești sau a-ți dori să nu vă mai treziți Dacă da, descrie:</p>		
<p>Gânduri suicidare: Gânduri generale, nespecifice de a-și curma viața/de a comite un suicid, (“ Ma gândesc să mă omor”) fără a avea gânduri specifice referitor la metodă, intenție sau plan. Întrădevar aveți gânduri de a va curma viața? Dacă da, descrie:</p>		
<p>Gânduri suicidare cu metodă (fără plan specific sau intenție de a acționa): Subiectul prezintă gânduri de suicid și are în gând cel puțin o metodă de suicid. Aceasta este diferit de cazul când subiectul are un plan specific, un timp anumit și o metodă detaliată. (“ Mă gândesc să iau pastile dar nu știu încă de care, când și unde o voi face... dacă o voi face, nu sunt decis...”) V-ați gândit cum a-ți putea să vă curmați viața? Dacă da, descrie:</p>		
<p>Intenție suicidară (fără plan specific): Gânduri suicidare active și subiectul raportează că are ceva intenție să acționeze conform acestora dar încă poate să le controleze, (“Am gânduri dar în mod cert nu voi face nimic conform lor.”) A-ți avut gânduri de suicid și ceva intenție de a acționa conform lor?</p>		

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR [61, 134]

DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
Dacă da, descrie:		
<p>Intenție suicidară cu plan specific: Gânduri de suicid cu plan detaliat, persoana are ceva intenție de a-l duce la îndeplinire. A-ți început să vă gândiți serios la detaliile prin care a-ți vrea să vă omorâți? Aveți intenția de a duce la îndeplinire acest plan? Dacă da, descrie:</p>		
Dacă ideea suicidară este prezentă în vreun grad atunci evaluați intensitatea la nivelul cel mai serios al ideeației:	Ultima săptămână	În timpul vieții
<p>Frecvența: Aveți astfel de gânduri în mod uzual? De câte ori a-ți avut astfel de gânduri în ultima săptămână? (1) Mai puțin de odată; (2) Odată pe săptămână; (3) 2-5 ori pe săptămână; (4) Zilnic sau aproape zilnic; (5) de mai multe ori pe zi.</p>		
<p>Durata: Când aveți aceste gânduri cat de mult durează? (1) Puține secunde sau minute; (2) mai puțin de o oră; (3) 1-4 ore/mai mult; (4) 4-8 ore/aproape toată ziua; (5) Mai mult de 8 ore/persistente sau continue.</p>		
<p>Controlabilitatea: Dacă doriți a-ți putea sau puteți să stopați gândurile de a vă omorî sau dorința de a muri? (0) Nu a încercat sa-si controleze gandurile. (1) Ușor controlabil; (2) Control cu puțină dificultate; (3) Control cu ceva dificultate; (4) Control cu mare dificultate; (5) Totală lipsă de control al gândurilor suicidare;</p>		
<p>Există lucruri – cineva sau ceva (de ex., familia, religia, durerea morții) – care vă opresc să vă gândiți să vă curmați viața sau să acționați conform acestor gânduri? (0) Nu se aplică. (1) Există factori bine definiți care stopează încercarea de suicid; (2) Există factori probabili care ar stopa/amâna suicidul; (3) Incertă prezența a astfel de factori; (4) Existența puțin probabilă a factorilor de amânare/stopare; (5) În</p>		

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR [61, 134]

DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
mod cert acești factori nu întârzie sau opresc suicidul;		
<p>Rațiuni pentru ideea de suicid: Ce motive aveți să vă gândiți la faptul că a-ți putea să vă curmați viața? (0) Nu se aplică (1) Un mod de a atrage atenția, revanșă sau reacție față de alții; (2) În mod cert de a atrage atenția, obține o revanșă sau ca o reacție față de alții; (3) În mod egal de a atrage atenția, revanșă și reacție față de alții; (4) În principal pentru a opri durerea (nu poți îndura durerea sau sentimentele pe care le încerci); (5) Cu totul pentru a opri durerea (nu poți îndura durerea sau sentimentele pe care le încerci);</p>		
DEFINIȚIILE COMPORTAMENTULUI SUICIDAR	Ultima săptămână	În timpul vieții
<p>Tentativă reală de suicid: Un act potențial auto-vătămător comis cu dorința de a muri ca rezultat al acestui act. Comportamentul a fost în parte gândit ca o metodă de a muri. Intenția nu a fost 100%. Dacă există vreo intenție/dorința de a muri asociată cu acest act atunci el poate fi considerat ca o încercare reală de suicid. Nu trebuie să existe vreo injurie sau vătămare și potențialul pentru injurie și vătămare. Dacă subiectul apasă pe trăgaci când ține pistolul în gura dar pistolul nu i-a foc și nici o injurie nu se produce, aceasta este considerată o încercare reală de suicid. Deducerea intenției: chiar dacă un individ neagă intenția/dorința de a muri ea poate fi dedusă clinic din comportament și circumstanțe. De exemplu un act letal care în mod clar nu este un accident astfel încât nici o altă intenție nu poate fi dedusă decât cea de suicid (de ex. căderea de la înălțime, împușcarea în cap). La fel, dacă cineva neagă intenția de a muri, intenția poate fi dedusă după cât de letal este ceea ce a făcut subiectul. A-ți făcut o încercare de suicid? A-ți făcut ceva care să vă rănească?</p>		
<p>A-ți făcut ceva periculos încât a-ți fi putut muri? Ce a-ți făcut? A-ți făcut-o ca un mod de a vă pune capăt vieții? A-ți dorit să muriți când a-ți făcut aceasta? A fost o încercare de a muri când a-ți făcut aceasta? A-ți gândit că este posibil să muriți când a-ți făcut aceasta? Dacă da, descrie:</p>		

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR [61, 134]

DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
<p>Tentativă întreruptă: Atunci când subiectul este întrerupt (de circumstanțe externe) de la inițierea unui act potențial auto-injuriuos (dacă nu, tentative ar fi avut loc).</p> <p>Supradoză întreruptă: Subiectul are medicamentele în mână dar este oprit să le înghițită. Odata ce a înghițit doar o pastilă și a fost întrerupt aceasta este o tentativă chiar dacă a fost întreruptă. Împușcarea întreruptă: Subiectul și-a îndreptat arma înspre el dar arma a fost luată de altcineva și nu a mai putut apăsa pe trăgaci. Odata că a apasat pe trăgaci, chiar dacă a eșuat să tragă, aceasta este o tentativă reală.</p> <p>Spânzurare: Subiectul și-a pus în jurul gâtului o funie dar nu a strâns-o din diferite motive care l-au oprit.</p> <p>A fost un moment când a-ți început să faceți ceva care să vă i-a viața dar cineva sau ceva v-a oprit să o faceți? Dacă da, descrie:</p>		
<p>Tentativă auto-întreruptă sau abortată: Când subiectul a început preparativele pentru a face o tentativă de suicid dar s-a stopat înainte de a se angaja în orice fel de comportament auto-destructiv. Exemplele sunt similare cu cele din tentativele întrerupte cu excepția ca individul se stopează singur în loc de a fi stopat de alții.</p> <p>A existat un moment când a-ți început să faceți ceva ca să vă luați viața dar v-ati oprit înainte de a face ceva efectiv? Dacă da, descrie:</p>		
<p>Alte acte sau comportamente preparatorii: Acte sau preparative pentru o tentativă iminentă de suicid. Aceasta poate include orice în afară de verbalizare sau gânduri, precum procurarea de metode specifice (de ex. cumpărarea de medicamente, procurarea unei arme) sau pregătirea lui însuși pentru suicid (de exemplu scrierea unei scrisori, punerea lucrurilor în ordine).</p> <p>A-ți întreprins ceva pași spre a face o încercare de suicid sau să vă pregătiți pentru a vă sinucide (precum să cumpărați pastile, să obțineți o armă, să faceți cadou lucrurile Dvs, să scrieți o scrisoare de adio)? Dacă da, descrie:</p>		
<p>Comportament auto-destructiv fără intenție de suicid: Acte de auto-vătămare dar nu există nici o evidență ca persoana a intenționat să se sinucida și persoana a intenționat doar să-și producă o vătămare pentru alte motive.</p> <p>A-ți făcut (numiți comportamentul) doar pentru alte motive în afara oricăror intenții de a vă pune capăt zilelor (precum a vă elibera de stress, să vă simțiți mai bine, să obțineți simpatie, etc.)?</p>		

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR [61, 134]		
DEFINIȚIILE IDEAȚIEI SUICIDARE	Ultima săptămână	În timpul vieții
Dacă da, descrie:		
Evaluarea letalității numai pentru încercările de suicid	Ultima săptămână	În timpul vieții
<p>Vătămare fizică reală:</p> <p>0 = Nici una sau minoră (precum zgârieturi superficiale);</p> <p>1 = Minoră (precum sângerare usoară, arsură de gradul 1);</p> <p>2 = Moderată, solicită atenție medicală (arsură de gradul 2, sângerarea unui vas de sânge important);</p> <p>3 = Moderat severă, solicită spitalizare (precum stare comatoasă cu reflexele păstrate, arsură de gradul trei pe mai puțin de 20% suprafață, hemoragie extensivă dar cu semne vitale stabile, fracturi importante);</p> <p>4 = Severă, necesită îngrijire medicală intensivă (precum, stare comatoasă fără reflexe, arsură gradul 3 peste 20% suprafață, hemoragie importantă cu semne vitale instabile, daune majore ale organelor interne);</p> <p>5 = Deces probabil în ciuda îngrijirii medicale.</p>		
<p>Comportament auto-destructiv fără intenție de suicid:</p> <p>Acte de auto-vătămare dar nu există nici o evidență că persoana a intenționat să se sinucidă și persoana a intenționat doar să-și producă o vătămare pentru alte motive.</p> <p>A-ți făcut (numiți comportamentul) doar pentru alte motive în afara oricăror intenții de a vă pune capăt zilelor (precum a vă elibera de stres, să vă simțiți mai bine, să obțineți simpatie, etc.)?</p> <p>Dacă da, descrie:</p>		

ANEXA 17. SCALA DE INTENȚIE SUICIDARĂ BECK

Introducere

Scala include un interviu despre circumstanțele corelate cu tentativa de sinucidere care cuprinde 20 de itemi cu câte trei variante de răspuns.

SCALA DE INTENȚIE SUICIDARĂ BECK

Circumstanțele corelate cu tentativa de sinucidere

1. Izolarea

0. Cineva a fost prezent.

1. Cineva a fost în apropiere sau a comunicat (ex. la telefon).

2. Nici o persoană în apropiere.

2. Programarea

0. Programarea a făcut posibilă intervenția.

1. Programarea a făcut intervenția improbabilă.
2. Programarea a făcut intervenția extrem de improbabilă.
3. Precauții împotriva descoperirii și/sau intervenției
 0. Fără precauții.
 1. Precauții pasive, ca de ex. evitarea celorlalți, dar fără a încerca să prevină în vre-un fel intervenția acestora (singur în cameră, dar cu ușa neîncuiată)
 2. Precauții active (ușa încuiată)
4. Cerere de a primi ajutor în timpul/după tentativă
 - () Nu este cazul.
 0. A informat pe cineva, cerând ajutor în legătură cu tentativa.
 1. A contactat pe cineva, dar nu a specificat că este vorba de o tentativă.
 2. Nu a contactat/specificat pe nimeni pentru a nu primi ajutor.
5. Acte finale anticipatoare morții
 0. Nici unul.
 1. Pacientul se gândește să facă anumite aranjamente, care anticipează moartea.
 2. Planuri definitive (schimbări în testament, oferire de cadouri, retragerea din cont a depunerilor).
6. Grade de pregătire a tentativei
 0. Fără pregătire.
 1. Pregătire minimă sau moderată.
 2. Pregătire intensivă.
7. Anunțarea sinuciderii
 0. Absența anunțului.
 1. Anunțul scris, dar s-a razgândit ulterior.
 2. Prezența anunțului
8. Comunicarea intenției anterioare comiterii actului
 0. Fără
 1. Comunicare echivocă.
 2. Comunicare clară.
9. Scopul tentativei
 0. Mai ales ca să schimbe sau să manipuleze anturajul.
 1. Componente ale și din punctul zero și doi
 2. În principal pentru a scăpa de situație.

AUTOAPRECIERE

10. Expectanța privitoare la fatalitatea actului
 0. Pacientul credea că moartea nu era posibilă sau nu s-a gândit la această posibilitate.
 1. Pacientul se gândea că moartea era posibilă, dar nu probabilă.
 2. Pacientul se gândea că moartea era posibilă sau sigură.
11. Concepțiile despre letalitatea metodei
 0. Pacientul s-a gândit că metoda nu este letală sau nu s-a gândit deloc la acest lucru.
 1. Pacientul nu era sigur că ceea ce face poate fi letal.
 2. Actul a fost considerat ca fiind letal.
12. Seriozitatea tentativei.
 0. Pacientul nu considera că acțiunea poate să-i dăuneze vieții.
 1. Pacientul era nesigur în privința punerii în pericol a vieții sale.
 2. Pacientul era sigur că acțiunea sa va pune capăt vieții sale.
13. Ambivalența privitoare la supraviețuire
 0. Pacientul nu a dorit să moară.
 1. Pacientului nu i-a păsat dacă moare sau trăiește.
 2. Pacientul a dorit să moară.
14. Concepția privitoare la reversibilitate
 0. Pacientul s-a gândit că moartea nu se poate produce dacă primește îngrijiri medicale.

1. Pacientul nu era sigur că poate fi salvat prin intervenție medicală.
 2. Pacientul era sigur că moartea se va produce chiar și în cazul intervenției medicale.
15. Gradele de premeditare
0. Nici unul – impulsiv.
 1. Suicidul gândit cu mai puțin de trei ore înainte de tentativă.
 2. Suicidul gândit cu mai mult de trei ore înainte de tentativă.

FĂRĂ SCOR

16. Reacția după tentativă
- a. Regretă tentativa
 - b. Acceptă faptul că a rămas în viață.
 - c. Regretă ca încă mai este în viață.
17. Vizualizarea morții
- a. Moartea concepută ca o altă viață după moarte sau ca o reuniune cu cei decedați.
 - b. Moartea concepută ca un somn fără sfârșit sau ca un întuneric.
 - c. Nici o concepție despre moarte.
18. Numărul tentativelor anterioare
- a. Nici una.
 - b. Una sau două.
 - c. Trei sau mai multe.
19. Consumul de alcool în timpul tentativei.
- a. Pacientul a ingerat suficient alcool, încât era confuz și nu știa ce face în momentul tentativei.
 - b. A consumat alcool pentru a-și face curaj să facă tentativa.
 - c. A consumat alcool pentru a potența efectul altor medicamente sau metode folosite.
20. Consumul de droguri în timpul tentativei
- a. Pacientul se afla sub efectul unui drog, astfel că nu a știut ceea ce face în momentul tentativei sau nu a putut realiza consecința.
 - b. Pacientul a folosit drogul pentru a-l dezinhiba.
 - c. Pacientul a folosit drogul pentru a potența efectul metodei folosite.

Suma tuturor scorurilor (maxim 38) determină riscul de sinucidere la momentul interviului: cu cât scorul este mai înalt, cu atât riscul de sinucidere este mai mare. Două puncte suplimentare fixează cazurile de încercări anterioare de sinucidere și numărul acestora.

Scala vă permite să evaluați trei componente ale ideăției suicidare: activă cu dorință de sinucidere, dorință de sinucidere pasivă și acțiuni pregătitoare.

Punctajul de 6 și mai mult semnifică clinic risc sporit de sinucidere conform studiilor privind adulții [134].

ANEXA 18. NIVELE DE EVIDENȚĂ ȘI GRADE DE RECOMANDARE

Grad de recomandare	Nivel de evidență	Tipul dovezii
A	1a	Reviu sistematic a studiilor clinice randomizate
	1b	Cel puțin un studiu clinic randomizat riguros
B	2a	Reviu sistematic al SCR sau studii clinice randomizate cu risc de erori
	2b	Reviu sistematic a studiilor caz-control sau de cohortă de calitate înaltă
	3a	Studii caz-control sau de cohortă de o calitate înaltă
	3b	Studii caz-control sau de cohortă cu un risc mare de erori
C	4	Studii neanalitice, descriptive (serie de cazuri, raport de cazuri)
D	5	Opinia experților nebazată pe studii de calitate

BIBLIOGRAFIE

1. Akhondzadeh S et al. Risperidone as an adjunct to lithium and haloperidol for the treatment of medication-naïve patients with acute mania: a double blind and placebo controlled trial. *BMC Psychiatry* 2003; 3:7.
2. Aksoy Poyraz C et al. Effectiveness of ultra-rapid dose titration of clozapine for treatment-resistant bipolar mania: case series. *Ther Adv Psychopharmacol* 2015; 5:237–242.
3. Altshuler L.L. et al. Impact of antidepressant continuation after acute positive or partial treatment response for bipolar depression: a blinded, randomized study. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:450–457.
4. Altshuler L.L. et al. Switch rates during acute treatment for bipolar II depression with lithium, sertraline, or the two combined: a randomized double-blind comparison. *Am J Psychiatry* 2017; 174:266–276.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
6. Amrollahi Z et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled 6-week study on the efficacy and safety of the tamoxifen adjunctive to lithium in acute bipolar mania. *J Affect Disord* 2011; 129:327–331.
7. Amsterdam J.D. et al. Effectiveness and mood conversion rate of short-term fluoxetine monotherapy in patients with rapid cycling bipolar II depression versus patients with nonrapid cycling bipolar II depression. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33:420–424.
8. Amsterdam J.D. et al. Efficacy and mood conversion rate during long-term fluoxetine v. lithium monotherapy in rapid- and non-rapid-cycling bipolar II disorder. *Br J Psychiatry* 2013; 202:301–306.
9. Applebaum J et al. Rapid tryptophan depletion as a treatment for acute mania: a double-blind, pilot-controlled study. *Bipolar Disord* 2007; 9:884–887.
10. Arabzadeh S et al. Celecoxib adjunctive therapy for acute bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Bipolar Disord* 2015; 17:606–614.
11. Ashton H. et al. GABA-ergic drugs: exit stage left, enter stage right. *J Psychopharmacol* 2003; 17:174–178.
12. Baldassano C.F. et al. Rethinking the treatment paradigm for bipolar depression: the importance of long-term management. *CNS Spectr* 2004; 9:11–18.
13. Bauer M. Thyroid hormone augmentation with levothyroxine in bipolar depression. *Bipolar Disord* 2002; 4 Suppl 1:109–110.
14. Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., & Geddes, J.R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 192, 5-11.
15. Bobo W.V. et al. A randomized open comparison of longacting injectable risperidone and treatment as usual for prevention of relapse, rehospitalization, and urgent care referral in community-treated patients with rapid cycling bipolar disorder. *Clin Neuropharmacol* 2011; 34:224–233.
16. Bowden CL et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:392–400.
17. Bowden CL et al. Efficacy of valproate versus lithium in mania or mixed mania: a randomized, open 12-week trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25:60–67.
18. Braunig P. et al. Levetiracetam in the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *J Psychopharmacol* 2003; 17:239–241.
19. Brennan B.P. et al. Rapid enhancement of glutamatergic neurotransmission in bipolar depression following treatment with riluzole. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35:834–846.
20. Bschor T., Rub A. Bazele clinico-terapeutice ale tulburărilor afective. Ed. FaramaMedia, Tg.-Mureș, 2010, 122 p.

21. Bschor Tom, Rub Andreas Bazele clinico-terapeutice ale tulburărilor afective. Ed. Farmamedia, Tg.-Mureș, 2010, p. 77
22. Cakir, S., & Ozerdem, A. (2010). [Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review]. *Türk Psikiyatri Dergisi*[Turkish Journal of Psychiatry], 21, 143-154.
23. Calabrese J.R. et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1013–1024.
24. Calabrese J.R. et al. Adjunctive armodafinil for major depressive episodes associated with bipolar I disorder: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1363–1370.
25. Calabrese J.R. et al. Clozapine prophylaxis in rapid cycling bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11:396–397.
26. Calabrese J.R. et al. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord* 2001; 67:241–255.
27. Calabrese J.R. et al. International Consensus Group on Bipolar I Depression Treatment Guidelines. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:571–579.
28. Calabrese J.R. et al. Lamotrigine in the acute treatment of bipolar depression: results of five double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Bipolar Disord* 2008; 10:323–333.
29. Carvalho A.F. et al. Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:e578–586.
30. Cerimele JM, Chwastiak LA, Dodson S, Katon WJ. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36:19.
31. Chapel S. et al. Lurasidone dose response in bipolar depression: a population dose-response analysis. *Clin Ther* 2016; 38:4–15.
32. Chen C.K. et al. Combination treatment of clozapine and topiramate in resistant rapid-cycling bipolar disorder. *Clin Neuropharmacol* 2005; 28:136–138.
33. Chengappa K.N. et al. Inositol as an add-on treatment for bipolar depression. *Bipolar Disord* 2000; 2:47–55.
34. Cipriani A. et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378:1306–1315.
35. Cook J.A., Copeland M.E., Floyd C.B., Jonikas J.A., Hamilton M.M., Razzano L., e.a. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatric Services*, 63, 541-547.
36. Corya S.A. et al. A 24-week open-label extension study of olanzapine-fluoxetine combination and olanzapine monotherapy in the treatment of bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:798–806.
37. Coryell W. et al. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:914–920.
38. Cruz N. et al. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:5–14.
39. Curtin F et al. Clonazepam and lorazepam in acute mania: a Bayesian meta-analysis. *J Affect Disord* 2004; 78:201–208.
40. Dell'osso B. et al. Augmentative transcranial magnetic stimulation (TMS) combined with brain navigation in drug-resistant rapid cycling bipolar depression: a case report of acute and maintenance efficacy. *World J Biol Psychiatry* 2009; 10:673–676.
41. Diazgranados N. et al. A randomized add-on trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant bipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:793–802.
42. DSM-5, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistica a Tulburarilor Mintale, American Psychiatric Association, Editura: Medicala CALLISTO, 2016, Ediția: 5.
43. Dube S. et al. Onset of antidepressant effect of olanzapine and olanzapine/fluoxetine combination in bipolar depression. *Bipolar Disord* 2007; 9:618–627.

44. El-Mallakh R.S. et al. Antidepressants worsen rapid-cycling course in bipolar depression: a STEP-BD randomized clinical trial. *J Affect Disord* 2015; 184:318–321.
45. Erfurth A. et al. Bupropion as add-on strategy in difficult-to-treat bipolar depressive patients. *Neuropsychobiology* 2002; 45 Suppl 1:33–36.
46. Extein I.L.. High doses of levothyroxine for refractory rapid cycling. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1704–1705.
47. Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62, 606-612.
48. Fawcett J.A. Lithium combinations in acute and maintenance treatment of unipolar and bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 5:32–37.
49. Fountoulakis K.N. et al. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013; 15:115–137.
50. Fountoulakis K.N. et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise Algorithm. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017; 20:121–179.
51. Frangou S. et al. Efficacy of ethyl-eicosapentaenoic acid in bipolar depression: randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2006; 188:46–50.
52. Frye M.A. et al. A placebo-controlled evaluation of adjunctive modafinil in the treatment of bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1242–1249.
53. Garber-Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S., & Roe, D. (2013). Comparative impact of professional mental health background on ratings of consumer outcome and fidelity in an illness management and recovery program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 236-242.
54. Geddes J.R. et al. Comparative evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination versus quetiapine monotherapy (and folic acid versus placebo) in bipolar depression (CEQUEL): a 2 x 2 factorial randomised trial. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:31–39.
55. Geddes J.R. et al. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *Br J Psychiatry* 2009; 194:4–9.
56. Geddes J.R. et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J. Psychiatry* 2004; 161:217–222.
57. Geddes, J.R., & Miklowitz, D.J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1672-1682.
58. Ghaemi S.N. et al. An open prospective study of zonisamide in acute bipolar depression. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26:385–388.
59. Ghaemi S.N. et al. Antidepressant discontinuation in bipolar depression: a Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) randomized clinical trial of long-term effectiveness and safety. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:372–380.
60. Ghaemi S.N. et al. Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118:347–356.
61. GHID PRACTIC DE INTERVENTIE IN CRIZA, Radu Vrasti, MD, PhD, Huron Perth Healthcare, Alliance Mental Health, Programs Crisis Intervention, Program Stratford, Ontario, Canada.
62. Goldberg J.F. et al. Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1348–1355.
63. Goldberg J.F. et al. Effectiveness of quetiapine in rapid cycling bipolar disorder: a preliminary study. *J Affect Disord* 2008; 105:305–310.
64. Goodnick P.J. Nimodipine treatment of rapid cycling bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:330.

65. Goodwin F.K. et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003; 290:1467–1473.
66. Goodwin G.M. et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Psychopharmacol* 2016; 30:495–553.
67. Grunze H et al. Levetiracetam in the treatment of acute mania: an open add-on study with an on-off-on design. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:781–784.
68. Grunze H. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11:81–109.
69. Haddad P. et al. Pharmacological management of bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:401–403.
70. Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58, 1461-1466.
71. Hilty DM, Brady KT, Hales RE. A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatr Serv* 1999; 50:201
72. Hirschfeld R.M. Bipolar depression: the real challenge. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14 Suppl 2:S83–S88.
73. Hirschfeld RM et al. A randomized, placebo-controlled, multicenter study of divalproex sodium extended-release in the acute treatment of mania. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:426–432.
74. Hirschfeld RM et al. Safety and tolerability of oral loading divalproex sodium in acutely manic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:815–818.
75. Hirschfeld RM et al. The safety and early efficacy of oral-loaded divalproex versus standard-titration divalproex, lithium, olanzapine, and placebo in the treatment of acute mania associated with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:841–846.
76. Hirschfeld, R., Williams, J., Spitzer, R., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E. Jr. e.a. (2000). Development and validation of screening instrument for bipolar spectrum disorder: the mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.
77. Hirschfeld, R.M., Holzer, C., Calabrese, J.R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., e.a. (2003a). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 178-80.
78. Hirschfeld, Robert M.A., M.D., Janet B.W. Williams, D.S.W., Robert L. Spitzer, M.D., Joseph R. Calabrese, M.D., Laurie Flynn, Paul E. Keck, Jr., M.D., Lydia Lewis, Susan L. McElroy, M.D., Robert M. Post, M.D., Daniel J. Rapport, M.D., James M. Russell, M.D., Gary S. Sachs, M.D., John Zajecka, M.D., Dezvoltarea și validarea unui instrument de screening pentru Tulburarea Afectivă Bipolară: Chestionarul pentru Tulburarea de Dispoziție.” *Revista Americană de Psihiatrie* 157:11 (Noiembrie 2000) 1873-1875.
79. ICD-10 Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament (Simptomatologie și diagnostic clinic). București, Ed. ALL, 1998, 419 p
80. Ifteni P et al. Switching bipolar disorder patients treated with clozapine to another antipsychotic medication: a mirror image study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13:201–204.
81. *International Journal of Neuropsychopharmacology Advance Access published December 10, 2016*
82. Jagadheesan K et al. Acute antimanic efficacy and safety of intravenous valproate loading therapy: an open-label study. *Neuropsychobiology* 2003; 47:90–93.
83. Jahangard L et al. In a double-blind, randomized and placebo-controlled trial, adjuvant allopurinol improved symptoms of mania in in- patients suffering from bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014; 24:1210–1221.
84. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:261.

85. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1322.
86. Juruena MF et al. Bipolar I and II disorder residual symptoms: oxcarbazepine and carbamazepine as add-on treatment to lithium in a double-blind, randomized trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33:94–99.
87. Kaplan & Sadock. *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*, ediția a treia, București: Editura medicală, 2009. ISBN 978-973-39-0629-2.
88. Keck P.E. et al. Aripiprazole monotherapy in the treatment of acute bipolar mania: a randomized, double-blind, placebo-and lithium-controlled study. *J Affect Disord* 2009; 112:36–49.
89. Keck P.E., Jr. et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trials of ethyl-eicosapentanoate in the treatment of bipolar depression and rapid cycling bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 60:1020–1022.
90. Keck P.E., Jr. et al. Ziprasidone in the treatment of acute bipolar mania: a three-week, placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Am J Psychiatry* 2003; 160:741–748.
91. Kemp D.E. et al. A 6-month, double-blind, maintenance trial of lithium monotherapy versus the combination of lithium and divalproex for rapid-cycling bipolar disorder and co-occurring substance abuse or dependence. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:113–121.
92. Kessing L.V. et al. Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:860–866.
93. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90
94. Koukopoulos A et al. Antimanic and mood-stabilizing effect of memantine as an augmenting agent in treatment-resistant bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12:348–349.
95. Koukopoulos A. et al. Duration and stability of the rapid-cycling course: a long-term personal follow-up of 109 patients. *J Affect Disord* 2003; 73:75–85.
96. Kupka R.W. et al. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1483–1494.
97. Lakshmi N. Yatham, Gin S. Malhi *Bipolar disorder*. Oxford University Press, 2011, 76 p
98. Langosch J.M. et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in rapid-cycling bipolar disorder in comparison with sodium valproate. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:555–560.
99. Leverich G.S. et al. Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline, and bupropion as adjuncts to mood stabilizers. *Am J Psychiatry* 2006; 163:232–239.
100. Levitt, A.J., Mueser, K.T., Degenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., e.a. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60, 1629-1636.
101. Li DJ et al. Efficacy, safety and tolerability of aripiprazole in bipolar disorder: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017; 79:289–301.
102. Li H. et al. Efficacy and safety of quetiapine extended release monotherapy in bipolar depression: a multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2016; 233:1289–1297.
103. Loebel A. et al. Lurasidone as adjunctive therapy with lithium or valproate for the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2014; 171:169–177.
104. Loebel A. et al. Lurasidone monotherapy in the treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2014; 171:160–168.
105. Macdonald KJ et al. Newer antiepileptic drugs in bipolar disorder: rationale for use and role in therapy. *CNS Drugs* 2002; 16:549–562.

106. Machado-Vieira R et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled 4-week study on the efficacy and safety of the purinergic agents allopurinol and dipyridamole adjunctive to lithium in acute bipolar mania. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1237–1245.
107. Marangell L.B. et al. A 1-year pilot study of vagus nerve stimulation in treatment-resistant rapid-cycling bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:183–189.
108. McElroy SL et al. A randomized comparison of divalproex oral loading versus haloperidol in the initial treatment of acute psychotic mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:142–146.
109. McElroy SL et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of divalproex extended release loading monotherapy in ambulatory bipolar spectrum disorder patients with moderate-to-severe hypomania or mild mania. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:557–565.
110. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:543.
111. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:241.
112. Miklowitz, D.J. (2008). Psihoterapia adjuvantă pentru tulburarea bipolară: starea dovezilor. *Jurnalul American de Psihiatrie*, 165, 1408-1419.
113. Mishory A et al. Phenytoin as an antimanic anticonvulsant: a controlled study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:463–465.
114. Mitchell P.B. et al. Comparison of depressive episodes in bipolar disorder and in major depressive disorder within bipolar disorder pedigrees. *Br J Psychiatry* 2011; 199:303–309.
115. Modell JG et al. Inpatient clinical trial of lorazepam for the management of manic agitation. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5:109–113.
116. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310:591.
117. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2197.
118. Muzina D.J. et al. Acute efficacy of divalproex sodium versus placebo in mood stabilizer-naïve bipolar I or II depression: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:813–819.
119. Muzina D.J. et al. Aripiprazole monotherapy in patients with rapid-cycling bipolar I disorder: an analysis from a long-term, double-blind, placebo-controlled study. *Int J Clin Pract* 2008; 62:679–687.
120. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical Guideline 185, 2014; last updated February 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
121. Nease DE Jr, Volk RJ, Cass AR. Investigation of a severity-based classification of mood and anxiety symptoms in primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12:21.
122. Newport D.J. et al. Lamotrigine in bipolar disorder: efficacy during pregnancy. *Bipolar Disord* 2008; 10:432–436.
123. NICE guidelines 2015
124. NICE guideline. 2014. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance April 2018. URL: www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations (accessed 14 November 2018).
125. Pacchiarotti I. et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013; 170:1249–1262.
126. Pajonk FG et al. Rapid dose titration of quetiapine for the treatment of acute schizophrenia and acute mania: a case series. *J Psychopharmacol* 2006; 20:119–124.
127. Park EM et al. Acute mania associated with levetiracetam treatment. *Psychosomatics* 2014; 55:98–100.

128. Park L.T. et al. A double-blind, placebo-controlled, pilot study of riluzole monotherapy for acute bipolar depression. *J Clin Psychopharmacol* 2017; 37:355–358.
129. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:573.
130. Perlis R.H. et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry* 2006; 163:225–231
131. Permoda-Osip A. et al. Single ketamine infusion and neurocognitive performance in bipolar depression. *Pharmacopsychiatry* 2015; 48:78–79.
132. Post R.M. et al. Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. *Br J Psychiatry* 2006; 189:124–131.
133. Potkin SG et al. Ziprasidone in acute bipolar mania: a 21-day randomized, double-blind, placebo-controlled replication trial. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25:301-310.
134. Psihologie medicală: Consecte și note de curs pentru studenții și rezidenții Universității de Medicină / Nicolae Oprea, Mircea Revenco, Valentin Oprea [et al.]; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală; Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Iași; Institutul de Psihiatrie „Socola”, Iași. – Ed. a 3-a. – Ch.: Î.E.P. Știința, 2021, (Tipogr. „Bons Offices”). – 224 p.
135. RECUNOAȘTERE: Acest instrument a fost elaborat de către un comitet format din următoarele persoane: Președinte, Robert M.A. Hirschfeld, MD – Facultatea de Medicină a Universității din Texas; Joseph R. Calabrese, MD - Scoala de Medicină Case Western Reserve; Laurie Flynn - Alianța Națională pentru Boli Mintale; Paul E. Keck, Jr., MD – Colegiul de Medicină al Universității din Cincinnati; Lydia Lewis -
136. Reinares, M., Sanches-Moreno, J., & Fountoulakis, K.N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom and when. *Journal of Affective Disorders*, 15, 46-55.
137. Sachs GS et al. Adjunctive clonazepam for maintenance treatment of bipolar affective disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10:42–47.
138. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A., Pedro Ruiz “Comprehensive textbook of psychiatry”. Apple Books, 10th ed. 2017, p. 4312-4358.
139. Salvi V. et al. The use of antidepressants in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1307–1318.
140. Sanger T.M. et al. Olanzapine in the acute treatment of bipolar I disorder with a history of rapid cycling. *J Affect Disord* 2003; 73:155–161.
141. Schaffer A. et al. Randomized, double-blind pilot trial comparing lamotrigine versus citalopram for the treatment of bipolar depression. *J Affect Disord* 2006; 96:95–99.
142. Schöttle, D., Huber, C.G., Bock, T., & Meyer, T.D. (2011). Psychotherapy for bipolar disorder: a review of the most recent studies. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 549-555.
143. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785.
144. Sekhar S et al. Efficacy of sodium valproate and haloperidol in the management of acute mania: a randomized open-label comparative study. *J Clin Pharmacol* 2010; 50:688–692.
145. Selle V. et al. Treatments for acute bipolar depression: meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics. *Pharmacopsychiatry* 2014; 47:43–52.
146. Serra G et al. Three-year, naturalistic, mirror-image assessment of adding memantine to the treatment of 30 treatment-resistant patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:e91–97.
147. Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. *The Language of Mental health: A Glossary of Psychiatric Terms*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011.
148. Sidor M.M. et al. Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:156–167.

149. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2222.
150. Singh J. et al. Case report: successful riluzole augmentation therapy in treatment-resistant bipolar depression following the development of rash with lamotrigine. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 173:227–228.
151. Smith L.A. et al. Valproate for the treatment of acute bipolar depression: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2010; 122:1–9.
152. Smith LA et al. Acute bipolar mania: a systematic review and meta-analysis of co-therapy vs. monotherapy. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:12–20.
153. Stamm T.J. et al. Supraphysiologic doses of levothyroxine as adjunctive therapy in bipolar depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:162–168.
154. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 9:23.
155. Suppes T. et al. A single blind comparison of lithium and lamotrigine for the treatment of bipolar II depression. *J Affect Disord* 2008; 111:334–343.
156. Suppes T. et al. Effectiveness of the extended release formulation of quetiapine as monotherapy for the treatment of acute bipolar depression. *J Affect Disord* 2010; 121:106–115.
157. Suppes T. et al. Efficacy and safety of aripiprazole in subpopulations with acute manic or mixed episodes of bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2008; 107:145–154.
158. Suppes T. et al. Lurasidone adjunctive with lithium or valproate for bipolar depression: a placebo-controlled trial utilizing prospective and retrospective enrolment cohorts. *J Psychiatr Res* 2016; 78:86–93.
159. Suppes T. et al. Lurasidone for the treatment of major depressive disorder with mixed features: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2016; 173:400–407.
160. Suppes T. et al. Maintenance treatment for patients with bipolar I disorder: results from a north american study of quetiapine in combination with lithium or divalproex (trial 127). *Am J Psychiatry* 2009; 166:476–488.
161. Tada M. et al. Antidepressant dose and treatment response in bipolar depression: reanalysis of the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) data. *J Psychiatr Res* 2015; 68:151–156.
162. Talaei A et al. Tamoxifen: a protein kinase C inhibitor to treat mania: a systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36:272–275.
163. Taylor D., Barnes Thomas R.E., Young Allan H. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th Edition, Wiley Blackwell, London, 2018, 873 p.
164. Taylor D.M. et al. Comparative efficacy and acceptability of drug treatments for bipolar depression: a multiple-treatments meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130:452–469.
165. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for Bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), part 3: The clinical guidelines.
166. The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010, pag.17 (Dovadă de nivel C)
167. Tintiuc Dumitru, Sănătate Publică și Management, Chișinău, 2007, ISBN – 978-9975-918-90-9
168. Tohen M. et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in patients with bipolar I depression. *Br J Psychiatry* 2012; 201:376–382.
169. Tondo L. et al. Rapid-cycling bipolar disorder: effects of long-term treatments. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:4–14.
170. Tulburare bipolară: evaluare și management (CG185) © NICE 2023

171. van der Loos M.L. et al. Efficacy and safety of lamotrigine as add-on treatment to lithium in bipolar depression: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:223–231.
172. van der Voort TY, van Meijel B, Goossens PJ, Hoogendoorn AW, Draisma S, Beekman A, Kupka RW. Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2015, 206,393-400
173. Veronese N et al. Acetylcholinesterase inhibitors and memantine in bipolar disorder: a systematic review and best evidence synthesis of the efficacy and safety for multiple disease dimensions. *J Affect Disord* 2016; 197:268–280.
174. Vieta E et al. 1-year follow-up of patients treated with risperidone and topiramate for a manic episode. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:834–839.
175. Vieta E et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled prophylaxis trial of oxcarbazepine as adjunctive treatment to lithium in the long-term treatment of bipolar I and II disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:445–452.
176. Vieta E et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled, prophylaxis study of adjunctive gabapentin for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:473–477.
177. Vieta E et al. Effect of cariprazine across the symptoms of mania in bipolar I disorder: Analyses of pooled data from phase II/III trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25:1882–1891.
178. Vieta E et al. Ziprasidone in the treatment of acute mania: a 12-week, placebo-controlled, haloperidol-referenced study. *J Psychopharmacol* 2010; 24:547–558.
179. Vieta E. et al. Effect of cariprazine across the symptoms of mania in bipolar I disorder: Analyses of pooled data from phase II/III trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25:1882–1891.
180. Vieta E. et al. Quetiapine monotherapy in the treatment of patients with bipolar I or II depression and a rapid-cycling disease course: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Bipolar Disord* 2007; 9:413–425.
181. Wagner KD et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of oxcarbazepine in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1179–1186.
182. Wang P.W. et al. Gabapentin augmentation therapy in bipolar depression. *Bipolar Disord* 2002; 4:296–301.
183. Wang Z. et al. Lamotrigine adjunctive therapy to lithium and divalproex in depressed patients with rapid cycling bipolar disorder and a recent substance use disorder: a 12-week, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychopharmacol Bull* 2010; 43:5–21.
184. Watson S. et al. A randomized trial to examine the effect of mifepristone on neuropsychological performance and mood in patients with bipolar depression. *Biol Psychiatry* 2012; 72:943–949.
185. Weeston TF et al. High-dose T4 for rapid-cycling bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:131–132.
186. Wilson M.S. et al. Zonisamide for bipolar depression. *Expert Opin Pharmacother* 2007; 8:111–113.
187. Woo Y.S. et al. Lamotrigine added to valproate successfully treated a case of ultra-rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61:130–131.
188. Woods SW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Supp 13:38.
189. Yatham L.N. et al. Bipolar depression: criteria for treatment selection, definition of refractoriness, and treatment options. *Bipolar Disord* 2003; 5:85–97.
190. Young A.H. et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). *J Clin Psychiatry* 2010; 71:150–162.
191. Young AH et al. Aripiprazole monotherapy in acute mania: 12-week randomised placebo- and haloperidol-controlled study. *Br J Psychiatry* 2009; 194:40–48.

192. Zarate C.A., Jr. et al. Replication of ketamine's antidepressant efficacy in bipolar depression: a randomized controlled add-on trial. *Biol Psychiatry* 2012; 71:939–946.
193. <https://icd.who.int/browse11> la data de 11 aprilie 2023
194. <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-maintenance-treatment>
195. <https://reference.medscape.com/drug/valproic-acid-343024>
196. <https://reference.medscape.com/drug/eskalith-lithobid-lithium-342934#5>
197. <https://reference.medscape.com/drug/lamictal-lamotrigine-343012>
198. <https://reference.medscape.com/drug/topamax-trokendi-xr-topiramate-343023>
199. https://www.medscape.com/viewarticle/551020_3
200. <https://www.gov.uk/government/publications/public-assessment-report-of-antiepileptic-drugs-review-of-safety-of-use-during-pregnancy/antiepileptic-drugs-review-of-safety-of-use-during-pregnancy#introduction-1>