



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

CNEPSS

CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUAREA ȘI
PROMOVAREA STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE SĂNĂTATE
PUBLICĂ SIBIU



EDDD

European
Depression
Day

Ziua Europeană Anti-Depresie

1 octombrie 2019

Analiză de situație

Cuprins

| | |
|--|----|
| Depresia..... | 3 |
| Date statistice la nivel european privind dinamica fenomenului | 3 |
| Date statistice la nivel național privind dinamica fenomenului..... | 6 |
| Rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale..... | 13 |
| Factori de risc. Mecanisme de acțiune..... | 16 |
| Intervenții eficiente la nivel național pentru grupurile țintă ale campaniei | 21 |
| Evidențe utile pentru intervențiile la nivel național, european și internațional..... | 22 |
| Politici, strategii, planuri de acțiune și programe existente la nivel european, național și județean..... | 23 |
| Analiza grupurilor populaționale..... | 23 |
| Campaniile IEC efectuate la nivel național în anii anteriori..... | 24 |

Ziua Europeană Anti-Depresie este marcată în fiecare an, la data de 1 octombrie, fiind o inițiativă a Asociației Europene pentru Combaterea Depresiei (European Depression Association - EDA).

Depresia

Din antichitate și până astăzi, sentimentul de tristețe a fost strâns legat de melancolie, simțire acută a durerii sufletești profunde. Tristețea este trăită de toate ființele umane, fiind o experiență care aparține însăși condiției umane.¹

Din punct de vedere psihologic, depresia se caracterizează printr-o trăire afectivă negativă, intensă, ce cuprinde sentimentul durerii morale, al inutilității, însoțite de lentoare a gândirii și mișcărilor, neliniște, deznădejde și lipsă de speranță în ceea ce privește viitorul, sentimente de vinovăție. Tulburările depresive, pe de altă parte, includ tulburări de dereglare a dispoziției, tulburarea depresivă majoră (inclusiv episodul depresiv major), tulburarea depresivă persistentă (distimie), tulburarea disforică premenstruală, tulburarea depresivă indusă de substanțe / medicație, tulburarea depresivă datorată unei alte condiții medicale, tulburarea depresivă specifică, și tulburările depresive nespecifice. Tulburările depresive, comparativ cu tulburările bipolare și conexe, au ca și caracteristică comună prezența stării de tristețe, senzație de gol afectiv sau iritabilitate, însoțită de modificări somatice și cognitive care afectează semnificativ capacitatea de funcționare a individului. Ceea ce diferă între ele sunt problemele de durată, de calendar sau de presupus etiologie.¹

Depresia debutează lent, pe parcursul mai multor săptămâni sau luni, fiind, cel mai adesea, asociată unor evenimente de viață negative (eșecuri sau conflicte în viața personală sau profesională, boli somatice, mai ales cele care evoluează cu dureri cronice). Pe durata episodului depresiv, pacientul are o mimică tristă, plânge ușor, vorbește încet, adesea monosilabic, este lipsit de spontaneitate și de energie, activitățile care altădată îi făceau plăcere nu îl mai bucură, se concentrează cu dificultate, preferă să stea singur, adoarme cu greutate, iar somnul este scurt și neodihnitor, însoțit de coșmaruri.² Alte semne asociate stării depresive sunt pierderea poftei de mâncare, dureri de cap, greață, vărsături. Pe lângă semnele și simptomele psihiatrice definitive ale depresiei, tabloul clinic al pacientului depresiv poate include manifestări ale unor sisteme și organe, de exemplu dureri de cap, spate sau articulații, grețuri, vărsături, tulburări urinare, pierderea dorinței sexuale, palpitații, dureri în piept, respirație dificilă.³

Date statistice la nivel european privind dinamica fenomenului

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, depresia a devenit principala cauză de îmbolnăvire și dizabilitate la nivel mondial. În anul 2017, la nivel global, peste 300 de milioane de persoane (echivalentul a 4,4% din populația lumii) de toate vârstele sufereau de depresie, cu o creștere de peste 18% între 2005 și 2015. Aproape jumătate din cele peste 300 de milioane de oameni trăiesc în sud-estul Asiei și în Pacificul de Vest.⁴

Organizația Mondială a Sănătății afirmă că până în anul 2020, depresia va deveni a doua cea mai mare povară a bolilor, după cele cardiovasculare, iar până în anul 2030, se așteaptă a deveni cel mai mare contributor la povara globală a bolii și dizabilității.⁵

În ceea ce privește costurile economice asociate cu depresia, acestea sunt uluitoare: în 2007, costurile economice ale depresiei au fost în valoare de 136,3 miliarde EUR în Spațiul Economic European.

¹ Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018 p. 9

DSMS V: <https://www.cchaler.org/app/download/6123778860/DSM+V+-+Version+en+Ingles.pdf?t=1445959363>

² Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018. p. 10.

³ Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018. p. 16.

⁴ World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Estimates, Data Publicației: 2017. https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

⁵ https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

Cea mai mare parte a acestor costuri provine din productivitatea redusă (99,3 miliarde de euro) și costurile de îngrijire a sănătății (37,0 miliarde de euro).⁶

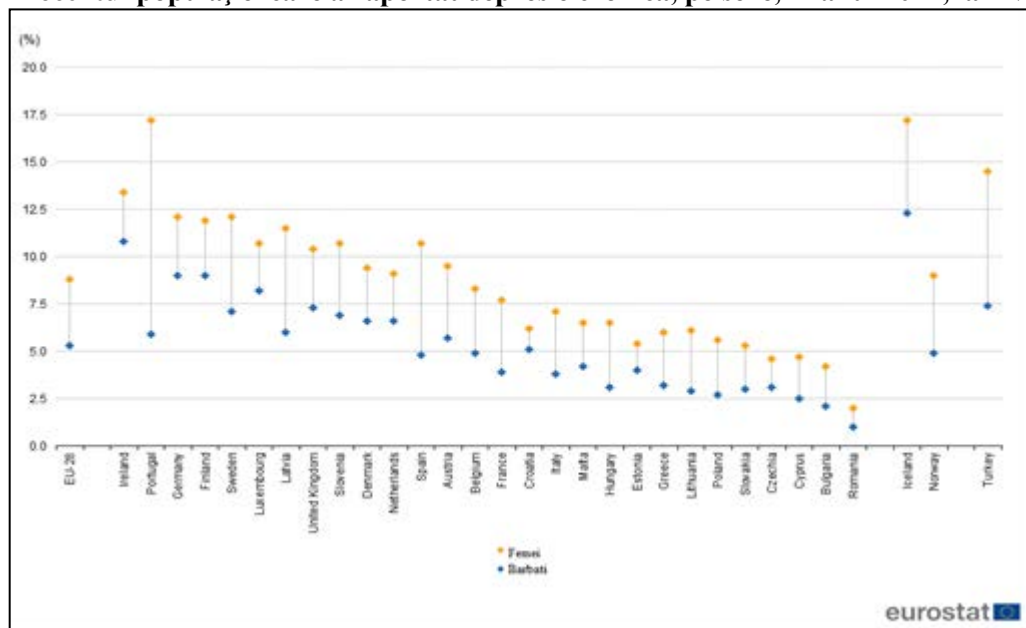
În Europa, una din douăzeci de persoane suferă în prezent de depresie și o persoană din patru va trece printr-un episod depresiv la un moment dat în viață.⁷

La nivelul Uniunii Europene, estimările Eurostat arată că în anul 2014, 7% din populația UE suferea de depresie cronică. Aceste estimări provin de la al doilea val al anchetei europene European Health Interview Survey, desfășurat între anii 2013 și 2015 și care a inclus persoane începând cu vârsta de 15 ani. Următoarea etapă a studiului va fi realizată în anul 2019, urmând a se desfășura la intervale regulate de cinci ani. Studiul a inclus întrebări privind autoevaluarea stării de sănătate și datele privind bolile cronice diagnosticate de un medic și care au avut loc în ultimele 12 luni. Aceste date sunt disponibile pentru toate statele membre ale UE, Islanda, Norvegia și Turcia.

Potrivit acestui studiu, dintre statele membre ale UE, Irlanda a înregistrat cel mai mare procent al populației care a raportat depresie cronică, de 12,1%, urmată de Portugalia, Germania și Finlanda. Republica Cehă, Cipru, Bulgaria și România au înregistrat procente mai mici de 4%. Dintre statele nemembre ale UE, în Islanda s-a înregistrat cel mai mare procentaj al persoanelor care au raportat depresie cronică, urmat de Turcia și Norvegia.⁸

Proporția persoanelor care au raportat depresie cronică a fost mai mare pentru femeii decât pentru bărbați în fiecare stat membru al Uniunii Europene. Ponderea femeilor care au raportat depresie cronică a atins un nivel maxim de 17% în Portugalia, ceea ce a contribuit la înregistrarea, în Portugalia, a celui mai mare decalaj de gen (ponderea femeilor portugheze care au raportat depresie cronică a fost cu 11 puncte procentuale mai mare decât cea corespunzătoare bărbaților portughezi). De asemenea, în Spania, Letonia și Suedia au fost înregistrate astfel de decalaje de cel puțin 5 puncte procentuale.⁸

Procentul populației care a raportat depresie cronică, pe sexe, în anul 2014, la nivelul EU 28



Notă: clasament în funcție de procentul din populația totală care a raportat depresie cronică
Sursa: Eurostat (online data code: hlth_ehis_cd1e)

⁶ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2016/preventing-depression-in-the-who-european-region-2016>

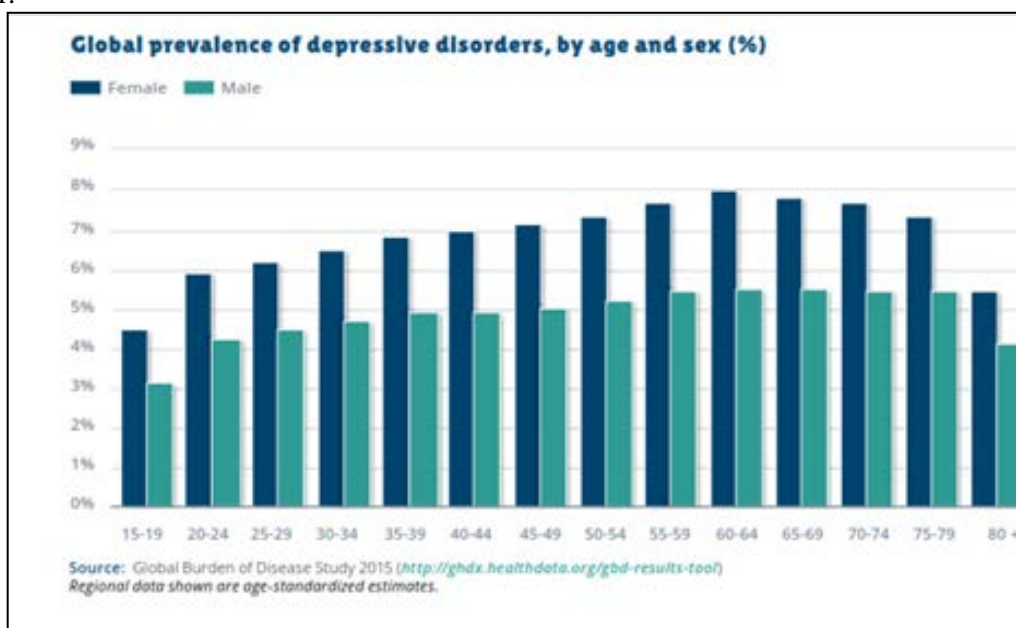
⁷ Depression and other common mental disorders: Global health estimates. (Depresia și alte tulburări psihice răspândite. Estimări privind sănătatea la nivel mondial)

https://ec.europa.eu/romania/content/20170404_editorial_ziua_mondiala_a_sanatatii_ro

⁸ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20181010-1>

În anul 2015, la nivelul regiunii OMS Europa, erau 40 de milioane de persoane care sufereau de depresie. De asemenea, în fiecare an se înregistrează 128 000 de cazuri de suicid având drept cauză depresia.⁹

La nivel european, prevalența depresiei a fost de 9% în rândul bărbaților și de 17% în rândul femeilor.



Datele regionale sunt estimări pe grupe de vârstă standardizate

Sursa: Studiul Global Burden of Disease, 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

În ceea ce privește prevalența depresiei pe grupe de vârstă, vârful se întâlnește la femeile adulte cu vârsta între 55-74 ani, peste 7,5%, iar la bărbați, peste 5,5%.

Depresia apare și la copii și la adolescenți cu vârsta sub 15 ani, dar la un nivel mai scăzut comparativ cu grupele de vârstă înaintată.⁴

Prevalența episodului depresiv major, UE, ambele genuri 2007-2017

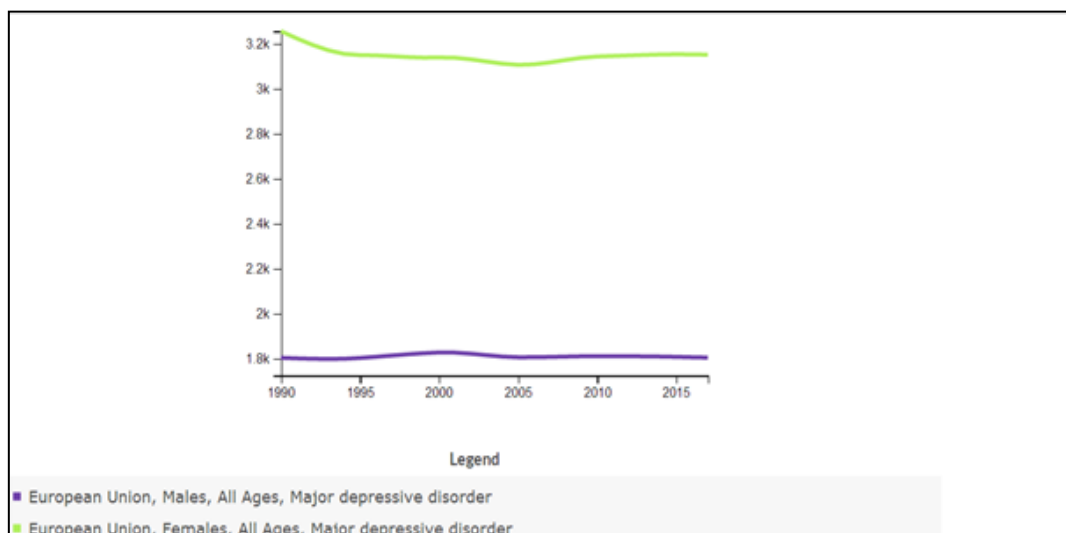
Sursa:

| Anul | Feminin | Masculin | Ambele genuri |
|------|----------|----------|---------------|
| 2007 | 3.115,71 | 1.807,21 | 2.477,02 |
| 2008 | 3.126,56 | 1.808,78 | 2.483,22 |
| 2009 | 3.136,51 | 1.810,24 | 2.488,95 |
| 2010 | 3.142,21 | 1.810,98 | 2.492,23 |
| 2011 | 3.144,57 | 1.810,91 | 2.493,44 |
| 2012 | 3.147,03 | 1.810,52 | 2.494,49 |
| 2013 | 3.149,25 | 1.809,84 | 2.495,23 |
| 2014 | 3.151,15 | 1.808,97 | 2.495,66 |
| 2015 | 3.152,14 | 1.807,64 | 2.495,31 |
| 2016 | 3.151,49 | 1.805,82 | 2.493,53 |
| 2017 | 3.150,36 | 1.804,46 | 2.492,17 |

⁹ <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/3-out-of-4-people-suffering-from-major-depression-do-not-receive-adequate-treatment>

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Prevalența episodului depresiv major, UE, ambele genuri

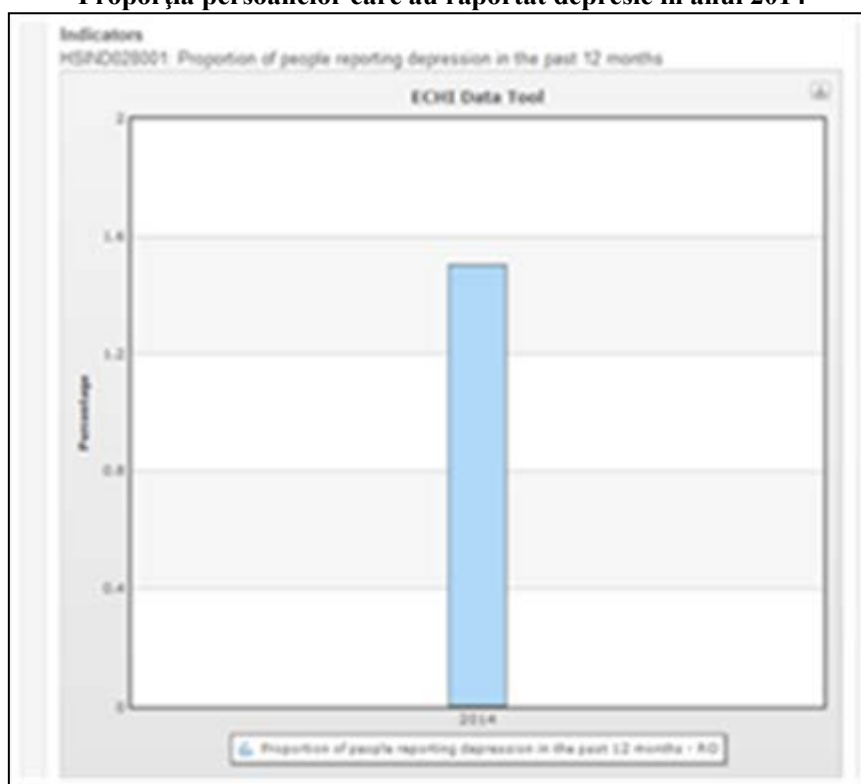


Sursa: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Date statistice la nivel național privind dinamica fenomenului

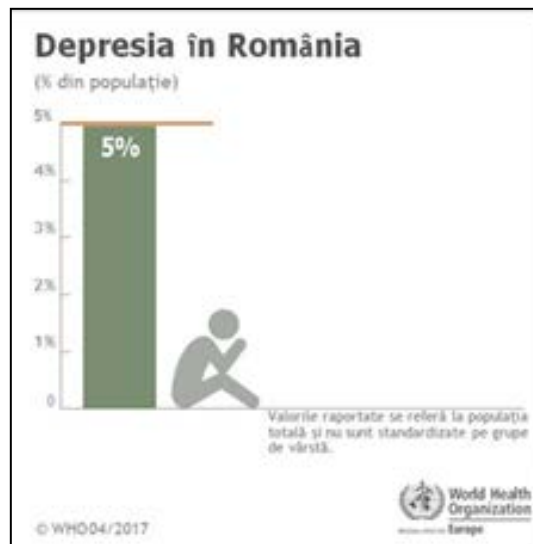
În România, în anul 2014, 1,5% din populație suferea de depresie, iar în anul 2017, procentul a crescut la 5%.

Proporția persoanelor care au raportat depresie în anul 2014



Sursa: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_ro

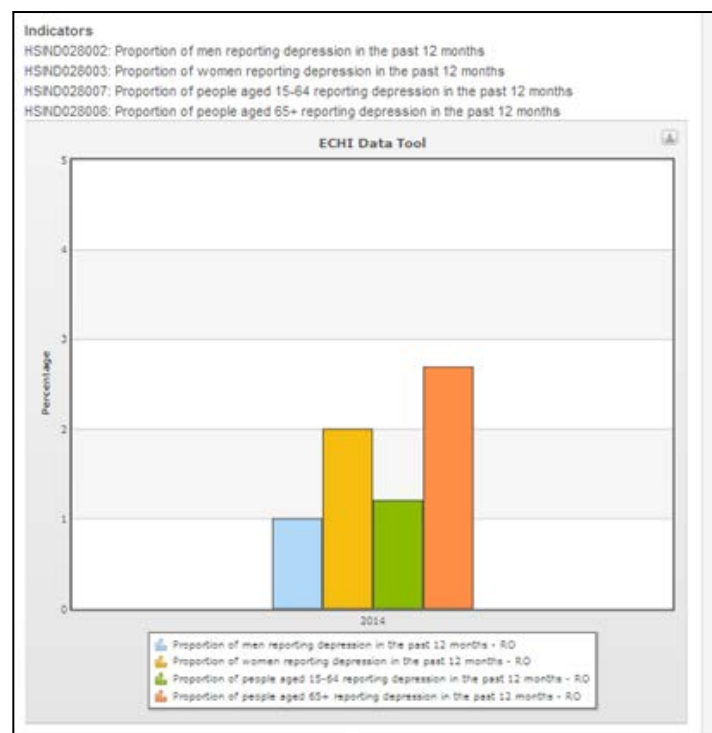
Proporția persoanelor care au raportat depresie în anul 2017



Sursa: <http://www.euro.who.int/en/countries/romania/data-and-statistics/infographic-depression-in-romania-2017>

Persoanele în vârstă (peste 65 de ani) și femeile au înregistrat cele mai mari procente în ceea ce privește raportarea depresiei în 2014, 2% respectiv 2,7%.

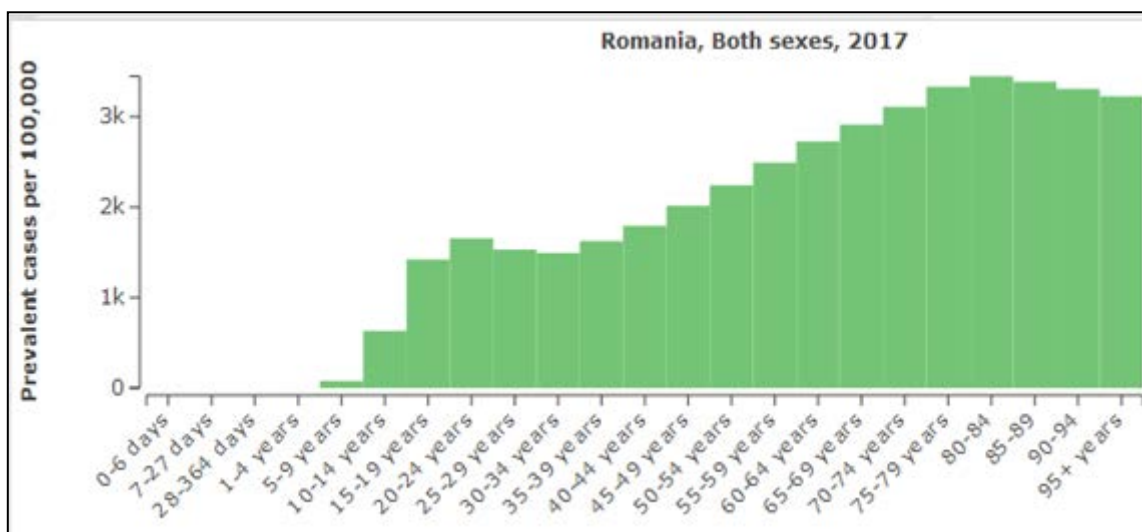
Depresia în România pe grupe de vârstă și sexe în anul 2014



Sursa: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_ro

În anul 2017, prevalența cazurilor de depresie majoră a fost de 1,878.26 la 100,000 locuitori, cu o prevalență de 2,261.61 cazuri înregistrate în rândul femeilor și 1,474,7 cazuri la 100,000 locuitori în rândul bărbaților.

Prevalența depresiei (episodului depresiv major) în România, în anul 2017, pe grupe de vârstă și ambele sexe



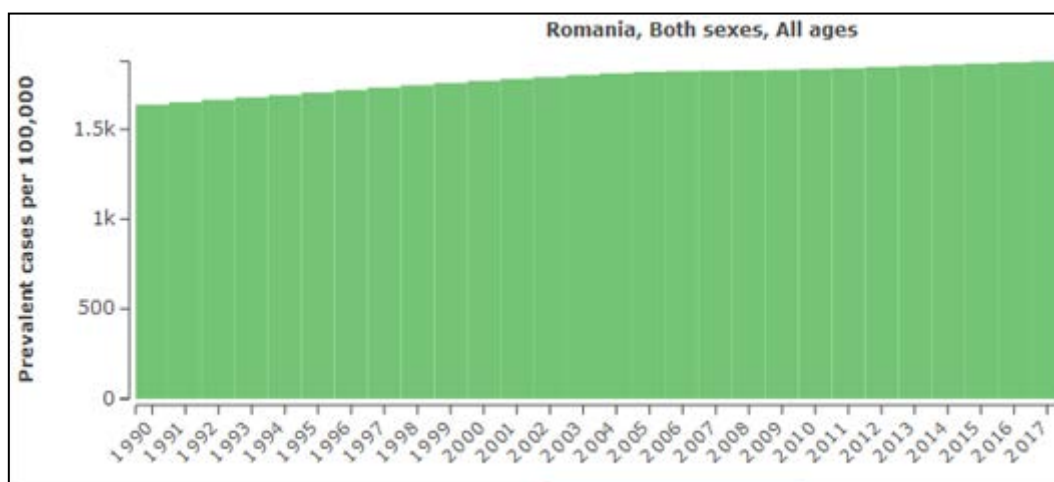
Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Prevalența cazurilor de depresie pe grupe de vârstă arată creșterea numărului cazurilor de depresie odată cu înaintarea în vârstă. Între anii 1990 și 2017 se observă un trend ușor ascendent al prevalenței cazurilor de depresie în România.

| Grupa de vârstă | Prevalența cazurilor |
|-----------------|--------------------------------------|
| 5-14 ani | 355.15 cazuri la 100,000 locuitori |
| 10-24 ani | 1,222.75 cazuri la 100,000 locuitori |
| 15-49 ani | 1,674.96 cazuri la 100,000 locuitori |
| 50-69 ani | 2,603.96 cazuri la 100,000 locuitori |
| 70+ | 3,286.83 cazuri la 100,000 locuitori |
| 80+ | 3,412 cazuri la 100,000 locuitori |

Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Prevalența cazurilor de depresie majoră pe ani în România



Sursa: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

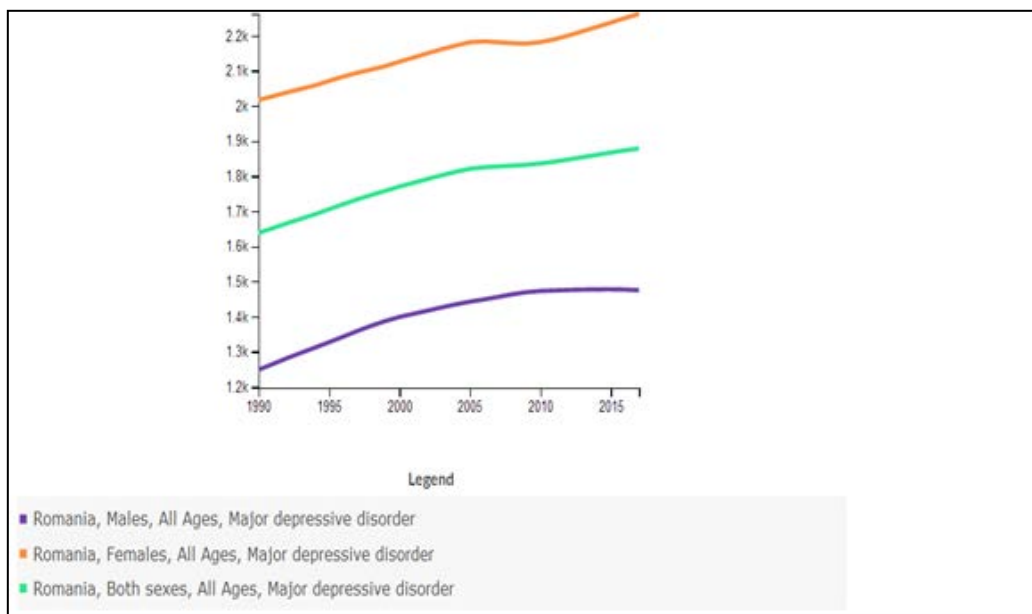
În ceea ce privește anii trăiți cu incapacitate (YLDs) ca urmare a prezenței depresiei, în România, în anul 2017, s-au înregistrat 368,44 YLDs la 100,000 locuitori.

Prevalența episodului depresiv major în România, între anii 2007 - 2017

| Anul | Feminin | Masculin | Ambele genuri |
|------|----------|----------|---------------|
| 2007 | 2.180,75 | 1.455,57 | 1.827,09 |
| 2008 | 2.177,82 | 1.463,07 | 1.829,29 |
| 2009 | 2.176,53 | 1.469,06 | 1.831,61 |
| 2010 | 2.181,01 | 1.472,53 | 1.835,65 |
| 2011 | 2.189,03 | 1.473,95 | 1.840,49 |
| 2012 | 2.199,82 | 1.475,46 | 1.846,79 |
| 2013 | 2.211,89 | 1.476,45 | 1.853,46 |
| 2014 | 2.224,05 | 1.477,15 | 1.860,04 |
| 2015 | 2.236,62 | 1.477,19 | 1.866,54 |
| 2016 | 2.249,40 | 1.476,51 | 1.872,84 |
| 2017 | 2.261,61 | 1.474,70 | 1.878,26 |

Sursa: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Prevalența episodului depresiv major în România



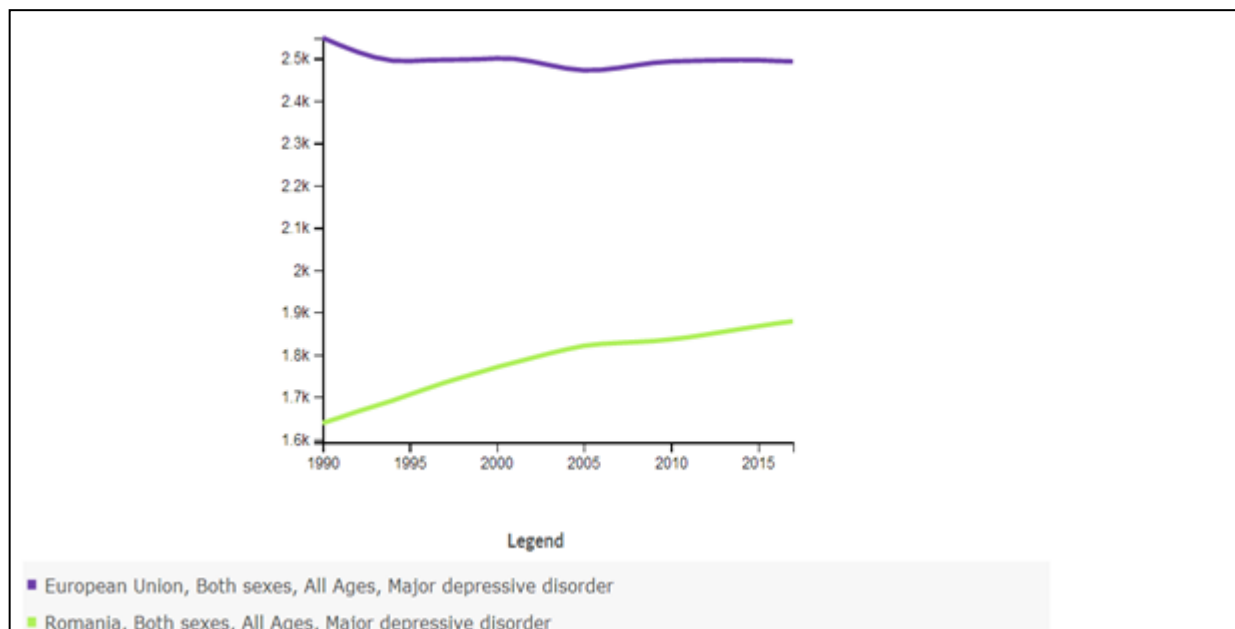
Sursa: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Prevalența episodului depresiv major în România comparativ cu Uniunea Europeană

| Anul | România | Uniunea Europeană |
|------|----------|-------------------|
| 2007 | 1,827.09 | 2,477.02 |
| 2008 | 1,829.29 | 2,483.22 |
| 2009 | 1,831.61 | 2,488.95 |
| 2010 | 1,835.65 | 2,492.23 |
| 2011 | 1,840.49 | 2,493.44 |
| 2012 | 1,846.79 | 2,494.49 |
| 2013 | 1,853.46 | 2,495.23 |
| 2014 | 1,860.04 | 2,495.66 |
| 2015 | 1,866.54 | 2,495.31 |
| 2016 | 1,872.84 | 2,493.53 |
| 2017 | 1,878.26 | 2,492.17 |

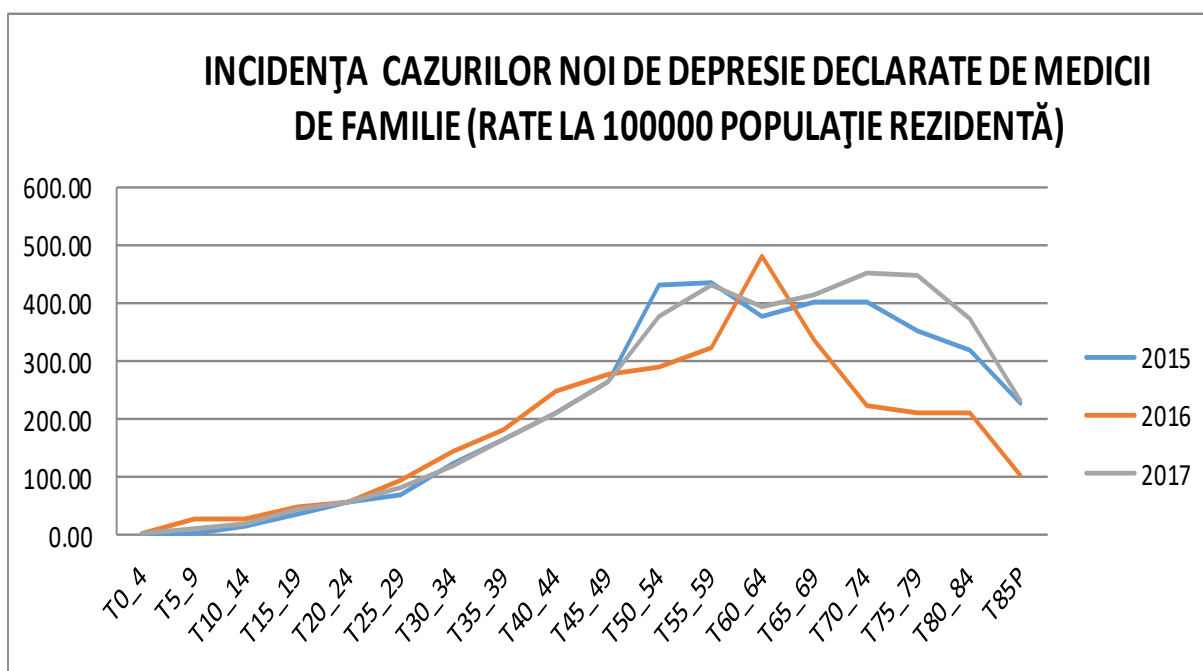
Sursa: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Prevalența episodului depresiv major în România comparativ cu Uniunea Europeană



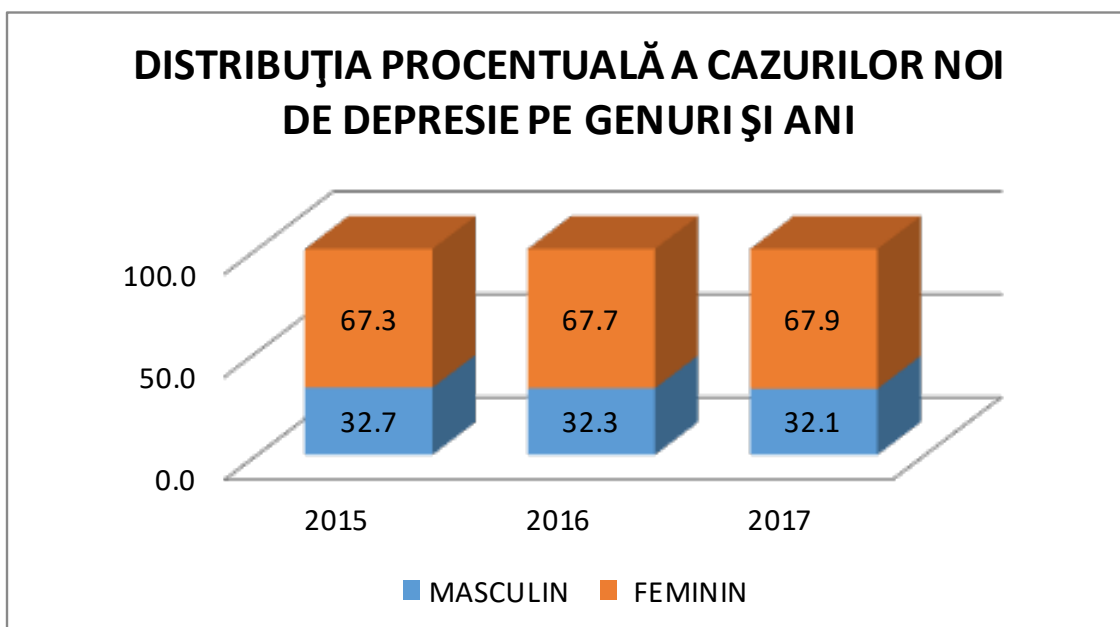
Sursa: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Incidența cazurilor noi de depresie declarate de medicii de familie în anii 2015, 2016, 2017



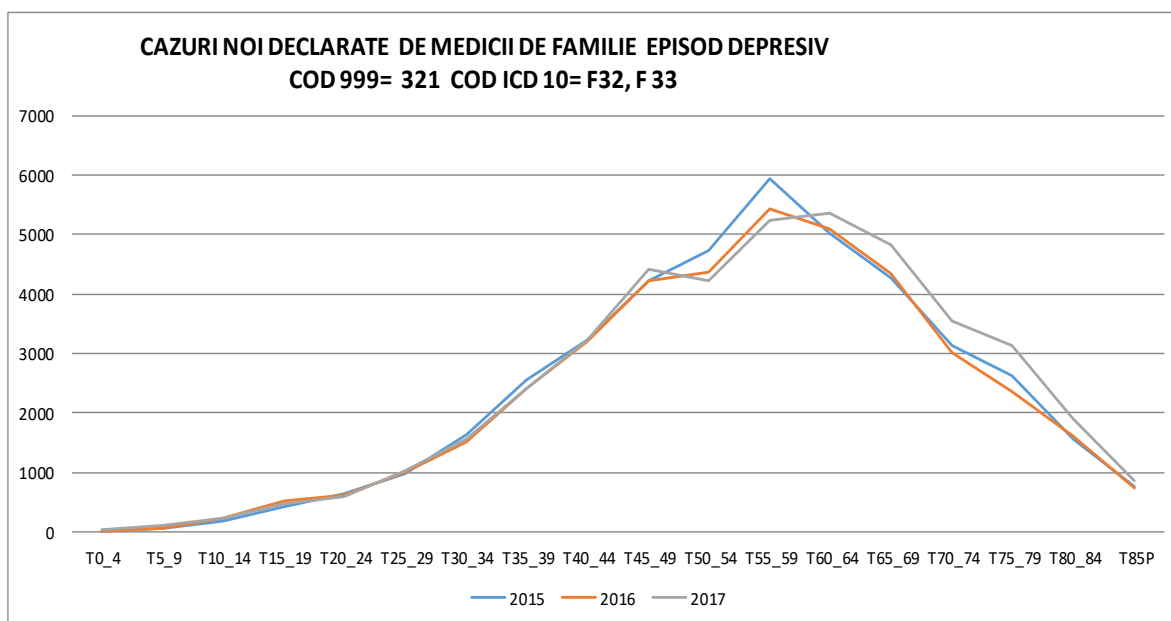
Sursa: CNSISP

Distribuția procentuală a cazurilor noi de depresie declarate de medicii de familie pe genuri și ani (2015, 2016, 2017)



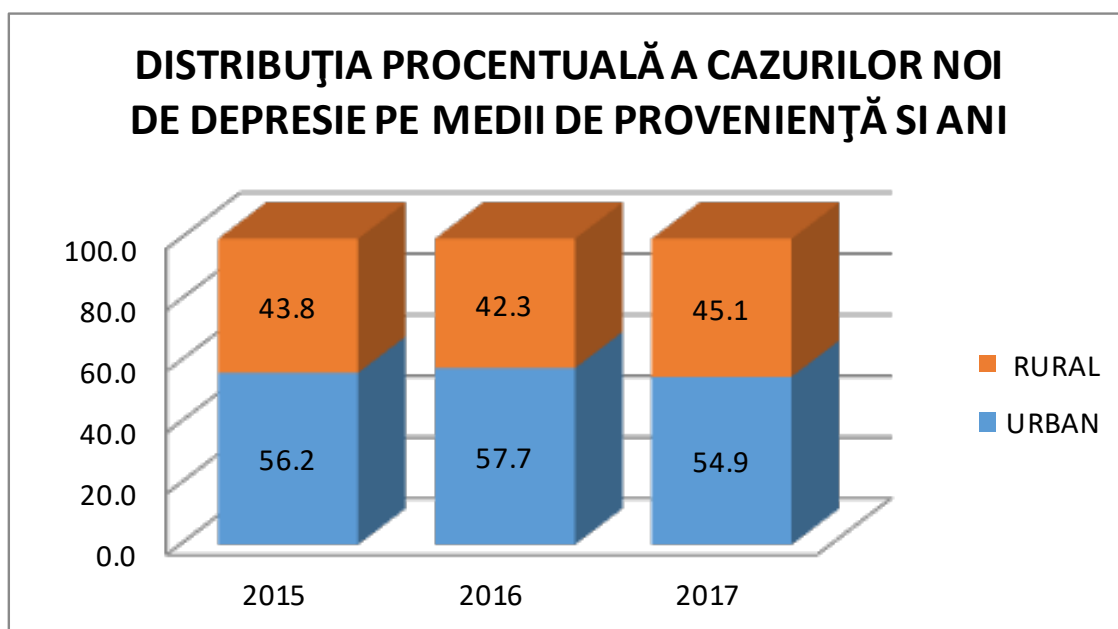
Sursa: CNSISP

Episodul depresiv. Cazurile noi declarate de medicii de familie



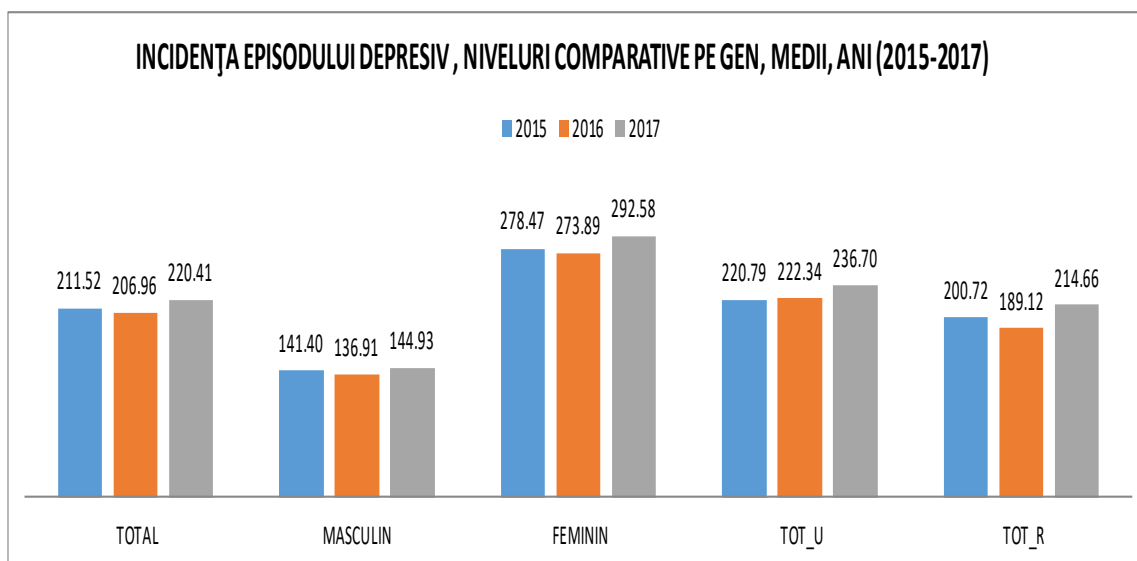
Sursa: CNSISP

Distribuția procentuală a cazurilor noi de depresie pe medii de proveniență și ani (2015, 2016, 2017)



Sursa: CNSISP

Incidența episodului depresiv. Niveluri comparative pe genuri, medii de rezidență și ani (2015, 2016, 2017)



Sursa: CNSISP

Rezultate relevate din studiile naționale, europene și internaționale

I. Studii despre impactul depresiei asupra bolilor fizice

Depresia coexistă cu alte afecțiuni, iar unele dintre acestea sunt degenerative, care pot întreține sau amplifica depresia. Depresia coexistă cu următoarele afecțiuni fizice, în special la vârsta a treia: bolile cardiovasculare, boala Parkinson, bolile pulmonare cronice, cancerul, accidentul vascular cerebral etc. Depresia are un impact negativ asupra evoluției acestor boli, care include o calitate slabă a vieții, deficiențe funcționale și o rată mai mare a mortalității. Acești pacienți trebuie monitorizați îndeaproape, prin oferirea de îngrijiri cuprinzătoare și integrative care includ tratamentul antidepresiv (cu considerații privind efectele adverse și interacțiunile medicamentoase), tratamentul tulburării fizice, tratamentul psihologic (educație pentru sănătate, informare asupra bolii, restructurare cognitivă, tratament suportiv, stilului de coping etc.).

Dovezi importante sugerează că depresia este mai frecventă la pacienții cu tulburări fizice și în special la pacienții cu tulburări fizice multiple. Un studiu de prevalență de 1 an, care a cuprins 30801 de adulți din Statele Unite, a constatat că pacienții cu boli cronice au fost aproape de trei ori mai susceptibili de a suferi de depresie (raportul șanse [OR]: 2,6, intervalul de încredere [CI]: 2,31-2,94) decât persoanele sănătoase.¹⁰

În mod similar, un alt studiu de prevalență a depresiei pe o perioadă de un an, care a inclus 245 400 de pacienți din 60 de țări, efectuat de OMS, a constatat că depresia a fost înregistrată la 9,3% până la 18% dintre subiecții cu o tulburare fizică, în timp ce numai 3,2% dintre subiecții sănătoși au înregistrat depresie.¹¹

În ceea ce privește bolile fizice specifice, o revizuire sistematică a 31 de studii de prevalență utilizând interviuri structurate a arătat că 10,8% dintre pacienții cu cancer au avut tulburare depresivă majoră, iar o

¹⁰ Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:409–416. [PubMed]

¹¹ Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370:851–858. [PubMed]

revizuire sistematică și meta-analiză a 61 studii care au investigat depresia după accidentul vascular cerebral a constatat că 31% dintre supraviețuitorii accidentului vascular cerebral au suferit de depresie.¹²

II. Prezența depresiei alături de alte boli psihice

Depresia coexistă și cu disfuncții ale personalității. O serie de studii arată că între 20% și 50% din pacienții internați în spitalele de psihiatrie și între 50% și 85% din pacienții externi cu depresie majoră, prezintă de asemenea, și tulburări de personalitate. Acești pacienți înregistrează un timp îndelungat de remisie a simptomelor depresiei. De asemenea, depresia poate apărea și în cazul altor tulburări mentale: tulburările anxioase, tulburarea de stres post-traumatic, tulburarea de hiperactivitate și deficit de atenție.¹³

III. Depresia ca și cauză a suicidului

Depresia, în forma sa cea mai severă duce la suicid, care reprezintă a doua principală cauză de mortalitate în rândul tinerilor cu vârsta între 15 și 29 de ani, după accidentele rutiere. Aproape 800 000 de oameni se sinucid anual. 79% dintre sinucideri la nivel global au loc în țările cu venituri mici și mijlocii 90% din sinucideri sunt atribuite bolilor psihice în țările cu venituri mari și 22% din totalul sinuciderilor sunt legate de consumul de alcool.¹⁴

Noile date despre depresia pe termen lung sugerează că aproximativ 2% dintre persoanele tratate vreodată pentru depresie în ambulatoriu vor muri prin sinucidere. Rata de sinucidere crește, fiind de două ori mai mare la cei tratați în spitale. Persoanele care au urmat tratament pentru depresie și care au fost internați în urma unei tentative de sinucidere sau ideții suicidare sunt de trei ori mai susceptibile de a comite suicid (6%) decât cei care au primit tratament în ambulatoriu. Există, de asemenea, diferențe dramatice între sexe în ceea ce privește riscul de sinucidere în timpul depresiei. Deși aproximativ 7% dintre bărbații cu un istoric de depresie pe parcursul vieții vor muri prin sinucidere, doar 1% dintre femeile cu istoric de depresie pe parcursul vieții vor muri prin sinucidere.

De asemenea, în ceea ce privește legătura dintre riscul de suicid și depresie, analiza vieții celor care au murit prin sinucidere arată că aproximativ 60% dintre persoanele care se sinucid au avut o tulburare de dispoziție (de exemplu, depresie majoră, tulburare bipolară, distimie). Persoanele mai tinere care se sinucid, pe lângă faptul că se simt deprimare, asociază deseori și o tulburare prin abuz de substanțe.¹⁵

IV. Studii recente despre cauzele depresiei

1. Într-un studiu condus de *Universitatea Hiroshima*, de către *Yuki Kobayashia, Risa Takemotoa, Shogo Yamatoa, Tomoya Okadaa, Michihiko Iijimab, Yoshikatsu Uematsub, Shigeyuki Chakib Yumiko Saitoa*, intitulat *Depression-resistant Phenotype in Mice Overexpressing Regulator of G Protein Signaling 8 (RGS8)*, care a fost publicat în revista *Neuroscience*, se arată modul în care o proteină numită RGS8 joacă un rol în comportamentele depresive. Oamenii de știință cred că depresia are la bază ipoteza monoaminelor, numită așa datorită a două substanțe chimice pe care oamenii cu depresie nu le au: serotonina și norepinefrina (NE). 90% dintre medicamentele antidepressiv se dezvoltă pe baza acestei idei. Scopul lor este de a recalibra aceste două monoamine. Cu toate acestea, pentru unii dintre acești pacienți, este posibil să nu fie suficient. „Pentru 30% dintre pacienți aceste medicamente nu au efecte. Evident, avem nevoie de un medicament nou. Avem nevoie de o altă explicație pentru cauzele depresiei”, au declarat Yumiko Saito și Yuki Kobayashi. Acest studiu s-a bazat pe cercetări anterioare în care echipa a constatat că RGS8 (Regulator of G-protein signaling 8 – reglator 8 de semnalizare a proteinei G) controlează un receptor hormonal numit MCHR1. Părțile din creier implicate în mișcarea și reglarea dispoziției arată semne ale expresiei RGS8. MCHR1, atunci când este activ, ajută la reglarea somnului, alimentației și stării de spirit. Cercetătorii au descoperit că RGS8 inactivează MCHR1 în celulele de

¹² Ng CG, Boks MP, Zainal NZ, de Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord.* 2011;131:1–7. [PubMed] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4406996/>

¹³ Sumedrea CM. Perspective ale abordării și comorbidității în depresie. Volumul - Aspecte cantitative și calitative în studii psihologice recente, Coordonator Ruxandra Rășcanu., Editura Universității din București, 2016.

¹⁴ WHO, Suicide – Key Facts, August 2018 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

¹⁵ <https://www.hhs.gov/answers/mental-health-and-substance-abuse/does-depression-increase-risk-of-suicide/index.html>

cultură. Astfel, ideea este că niveluri scăzute de RGS8 înseamnă un comportament depresiv crescut. Totuși, acest efect nu a fost niciodată examinat într-o ființă vie. Astfel că, cercetătorii au studiat depresia la șoareci la nivel comportamental și la nivel imunohistologic. În primul rând, s-a efectuat un test de înot, care este o metodă obișnuită de analiză comportamentală pentru evaluarea comportamentelor depresive la animale. Cercetătorii au măsurat timpul în care fiecare șoarece a fost activ, apoi această valoare a fost scăzută din valoarea timpului total de testare. Șoarecii cu mai mult RGS8 în sistemul lor nervos au înregistrat timpi de imobilitate mai scurți decât cei cu o cantitate normală de RGS8. Când li se administrează un medicament antidepresiv care acționează asupra monoaminelor, timpii de imobilitate se scurtau. Cu toate acestea, atunci când șoarecii au primit un medicament care oprește activitatea MCHR1, timpul de imobilitate nu s-a schimbat. Aceste experimente au indicat un nou tip de depresie. Monoaminele nu păreau implicate în comportamentul depresiv. „În schimb, a fost implicat MCHR1”, a remarcat Saito. Apoi, echipa a analizat la microscop creierul șoarecilor, pentru a determina relația dintre MCHR1 și RGS8. Mai exact, ei au examinat mărimea cililor care au germinat din celulele regiunii hipocampice CA1, unde concentrația RGS8 a fost cea mai mare, întrucât cilii sunt structuri implicate în comunicarea celulară. Echipa a constatat că șoarecii cu RGS8 nu numai că au avut un comportament mai puțin depresiv decât cei fără RGS8, dar au avut și cilii mai lungi, deci șoarecii care au luat medicamentul care a inactivat MCHR1 au avut cilii mai lungi. În ultimii zece ani, oamenii de știință au observat că cilii disfuncționali sunt asociați cu tulburări precum obezitatea și boala de rinichi. Nu se cunoaște prea mult despre relația acestora cu tulburările de dispoziție. Aceste constatări i-au făcut pe cercetători să creadă că RGS8 este un candidat promițător în dezvoltarea de noi medicamente antidepresive.¹⁶

2. Studiul efectuat de *Jiménez-Fernández S, Gurpegui M, Diaz-Atienza F, Perez Costillas L, Gerstenberg M, Correll C. Oxidative Stress and Antioxidant Parameters in Patients With Major Depressive Disorder Compared to healthy Controls Before and After Antidepressant Treatment: Results From a Meta-Analysis* publicat în *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2016, arată că depresia nu este doar o tulburare mintală, ci afectează și capacitatea organismului de detoxifiere. și că depresia ar trebui abordată ca o boală sistemică tocmai pentru că afectează întregul organism. Dacă într-adevăr depresia are efecte negative asupra întregului organism, s-ar putea explica de ce persoanele care suferă de depresie prezintă un risc mai mare să sufere și de alte afecțiuni precum bolile cardiovasculare sau cancerul. S-a ajuns la această concluzie după ce au fost examinate rezultatele a 29 de studii diferite. Aceste studii, efectuate pe un eșantion de 3961 de persoane au analizat diferitele moduri în care depresia afectează organismul. Acestea au arătat în mod repetat că depresia este asociată cu creșterea nivelului parametrilor stresului oxidativ în organism. Stresul oxidativ este cauzat de un dezechilibru în organism care slăbește capacitatea acestuia de a se proteja de toxine. Cercetătorii au ajuns la concluzia că dacă se urmează un tratament împotriva depresiei, organismul își revine relativ repede. În urma tratamentului, persoanele care au suferit de depresie sunt aproape imposibil de deosebit de cele sănătoase în ceea ce privește nivelul stresului oxidativ.
3. Studiul *Subcortical volume and white matter integrity abnormalities in major depressive disorder: findings from UK Biobank imaging data*, efectuat de *Xueyi Shen, Lianne M. Reus, Simon R. Cox, Mark J. Adams, David C. Liewald, Mark E. Bastin, Daniel J. Smith, Ian J. Deary, Heather C. Whalley & Andrew M. McIntosh* și publicat în *Scientific Reports*, Volume 7, Article number: 5547 (2017), autorii au testat diferențele dintre volumul subcortical al substanței cenușii (n = 1157) și integritatea substanței albe (n = 1089) la persoanele depresive și grupul de control, din cei 8590 de participanți la studiul Biobank Imaging din Marea Britanie, care au fost supuși evaluării depresiei. Diferențe semnificative nu au fost găsite în ceea ce privește volumul subcortical, însă au fost observate reduceri semnificative ale integrității substanței albe la persoanele cu depresie comparativ cu grupul de control măsurate cu ajutorul anizotropiei fracționate - AF ($\beta = -0,182, p = 0,005$). De asemenea, s-au constatat reduceri ale AF în fibrele comisurale ($\beta = -0,184, p_{\text{corectat}} = 0,010$), radiațiile talamice ($\beta = -0,159, p_{\text{corectat}} = 0,020$), în cazul fasciculului longitudinal superior stâng ($\beta = -0,194, p = 0,025$), radiația talamică superioară ($\beta = -0,224, p_{\text{corectat}} = 0,009$) și forcepsul major ($\beta = -0,193, p_{\text{corectat}} = 0,025$) la persoanele cu depresie. Concluziile articolului furnizează dovezi suplimentare privind perturbarea integrității substanței albe în explicarea depresiei.

¹⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306452218303294>

Mecanisme implicate în apariția depresiei. Teoriile etiopatogenetice

Depresia este o tulburare mentală cu etiologie complexă, incomplet elucidată, în geneza căreia intervin atât factori de ordin genetic, cât și factori legați de personalitate, precum și factori de mediu – evenimente de viață traumatizante.

Teoriile genetice

Studiile demonstrează că riscul de a dezvolta depresie este de 10-25 de ori mai mare la descendenții familiilor în care un părinte are depresie, iar acest risc se dublează în cazul în care ambii părinți au tulburare depresivă. Chiar și copiii adoptați, dar ai căror părinți biologi au depresie, au un risc crescut de depresie. Cu toate acestea, genetica nu explică în totalitate apariția depresiei. Studii recente au descoperit că, în afara transmiterii genetice (de la părinți la copii), există și gene individuale care determină un risc crescut de apariție a depresiei.¹⁷

Teoriile neurofiziologice

Teoriile neurofiziologice sunt centrate pe rolul unor substanțe chimice de la nivelul sistemului nervos, prin care se realizează transmiterea influxului nervos. Aceste substanțe poartă numele de neurotransmițători. Principalul neurotransmițător implicat în apariția depresiei este *serotonina*, scăderea nivelului acesteia fiind cert asociat cu depresia. *Noradrenalia* este un alt neurotransmițător, al cărui nivel redus este asociat cu anumite forme de depresie. Nivele anormale ale *dopaminei* au fost puse în evidență la pacienții cu depresii grave, psihotice. Studiile clinice au demonstrat că scăderea dopaminei la pacienții cu boală Parkinson se asociază cu forme severe de depresie. Efectul concentrațiilor scăzute de *acetilcolină* în depresie este probat de efectul anumitor medicamente care acționează asupra sistemului colinergic, amplificând simptomele depresiei la pacienții depresivi și putând produce o reducere a energiei chiar și la persoanele sănătoase. Pe de altă parte, la pacienții cu depresie au fost puse în evidență tulburări ale reglării hormonale, precum scăderea nivelului *hormonilor tiroidieni* și creșterea *cortizolului*, cunoscut ca „hormon al stresului”.¹⁸

Teoriile neuroanatomice

Studiile clinice au identificat la pacienții depresivi, alterări ale structurii și funcției anumitor zone ale creierului, având ca și consecință scăderea voinței, a controlului emoțiilor și a funcțiilor gândirii.

Teoriile psihologice

Cel mai frecvent utilizate în explicarea depresiei sunt teoria psihodinamică și teoria cognitivă. *Ipoteza psihodinamică* încearcă să explice instalarea depresiei ca rezultat al faptului că individul conștientizează neconcordanța dintre idealurile sale și realitatea vieții. *Ipoteza cognitivă*, lansată de Beck, este centrată în jurul unei triade (triada Beck), care apare în mod caracteristic în depresie: 1. viziune negativă asupra propriei persoane; 2. tendința de a considera lumea înconjurătoare ca fiind ostilă și amenințătoare; 3. viziune pesimistă asupra viitorului.

¹⁷ Sadock et al, 2015 citat de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018. p. 29

¹⁸ Sadock et al, 2015 citat de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018. p. 30

Teoriile sociologice

Teoriile sociologice pun accentul asupra rolului factorilor de mediu, al experiențelor negative de viață ale persoanei, în special în perioada copilăriei. De exemplu, pierderea unui părinte înainte de vârsta de 11 ani sau pierderea partenerului de viață sunt factori de risc cerți pentru apariția depresiei. De asemenea, singurătatea și sentimentul de a nu putea face față greutăților cresc riscul de apariție a tulburării.¹⁹

Teoria biologică

Teoria aminelor biogene se bazează pe nivelurile anormale ale metaboliților serotoninei, dopaminei și noradrenalinei. În special, scăderea serotoninei este asociată cu depresia, violența și sinuciderea. În același timp, medicamentele care conțin serotonină reprezintă tratamentul eficient al depresiei.

În depresie, au fost constatate tulburări ale funcționării axului unor glande endocrine, având ca și consecință creșterea secreției de cortizol, precum și a unor hormoni hipofizari.

Diagnostic. Semne și simptome

Episodul depresiv major

Episodul depresiv major este un diagnostic care se pune în urma recunoașterii unui grup de semne și simptome definitorii, care au o anumită intensitate și o anumită durată. Astfel, un episod depresiv poate fi diferențiat de o tristețe ușoară pe care fiecare persoană o experimentează pe parcursul vieții, dar și de episoadele de tristețe intensă sau frică ce apar ca reacție la anumite situații stresante de viață și care durează câteva ore sau câteva zile. La persoanele vârstnice, declinul activității psihice poate fi asociat cu semne asemănătoare depresiei, fără a fi o depresie în adevăratul sens al cuvântului. În funcție de gravitatea tabloului depresiv, de semnele și simptomele asociate, precum și de durata și de frecvența stărilor depresive, pot fi definite diferitele forme clinice ale depresiei.

Conform *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale (DSM V)* tulburarea depresivă majoră reprezintă o condiția clasică din grup tulburărilor depresive. Se caracterizează prin episoade discrete cu o durată de cel puțin 2 săptămâni (deși majoritatea episoadelor durează mult mai mult), care implică schimbări clare în funcțiile afective, de cogniție, și funcțiile neurovegetative și remisiuni între episoade. Un diagnostic bazat pe un singur episod este posibil, deși tulburarea este recurentă în majoritatea cazurilor. Se acordă atenție atentă delimitării tristeții și durerii normale de la un episod depresiv major. Pierderea unei persoane apropiate poate induce suferințe mari, dar nu provoacă de obicei un episod de tulburare depresivă majoră. Atunci când apar împreună, simptomele depresive și afectarea funcțională tind să fie mai severe, iar prognosticul este mai grav comparativ cu durerea care nu este însoțită de tulburări depresive majore. Depresia legată de pierderea unei persoane apropiate tinde să apară la persoanele cu alte vulnerabilități la tulburări depresive, iar recuperarea poate fi facilitată prin tratament antidepresiv.

Conform *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale*, poate fi pus diagnosticul de episod depresiv major atunci când o persoană prezintă dispoziție depresivă (tristețe) sau pierderea interesului și a plăcerii pentru ceea ce înainte îi făcea plăcere. Pe lângă aceste simptome esențiale pentru diagnostic, trebuie să mai fie prezente cel puțin 4 dintre semnele de mai jos:

- Scăderea poftei de mâncare și scădere în greutate, fără ca persoana să fi ținut regim de slăbire. Există însă și forme atipice ale depresiei care sunt însoțite de o creștere a apetitului și greutateii;
- Insomnie sau, dimpotrivă, creșterea nevoii de somn;
- Lentoare în mișcări sau agitație;
- Senzație de oboseală sau lipsă de energie;

¹⁹ Sadock et all, 2015 citat de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint; 2018. p. 29-30

- Lipsa stimei de sine sau sentimente de vinovăție nejustificate;
- Dificultăți de concentrare, gândire și luare a deciziei;
- Gânduri legate de moarte sau sinucidere.

Pentru a îndeplini criteriile de diagnostic pentru un episod depresiv, trebuie ca aceste semne și simptome să fie prezente în fiecare zi, pe o perioadă de cel puțin 2 săptămâni și să reprezinte în mod cert o schimbare față de felul obișnuit de a fi al persoanei respective și să îi afecteze în mod semnificativ calitatea vieții în toate domeniile (familial, social, profesional). Pentru persoanele care se află în doliu după moartea cuiva apropiat, sentimentele de tristețe sunt firești. Atunci când acestea sunt însă extrem de puternice, împiedicând persoana să-și desfășoare activitățile obișnuite, sau apar gânduri legate de sinucidere, se pune diagnosticul de episod depresiv, iar persoana are nevoie de ajutorul medicului pentru a depăși această perioadă.

Persoanele cu depresie pot fi capricioase și iritabile, pot fi preocupate de diferite boli, pot avea obsesii și stări de neliniște, pot fi îngrijorate în mod excesiv de anumite lucruri. Uneori gândirea pacientului poate fi intens perturbată, el ajungând să aibă idei delirante, desprinse de realitate, de care nu este conștient. Adesea, depresivul nu realizează această schimbare în felul său de fi și de a gândi, ea fiind mai evidentă pentru cei din jurul său.²⁰

Unele stări depresive durează câteva luni și trec de la sine sau cu ajutorul medicului sau al psihologului, fără să se mai repete. Cei mai mulți pacienți cu depresie trec însă prin mai multe episoade depresive în decursul vieții, între aceste episoade starea lor fiind normală sau cu simptome depresive ușoare, care nu le afectează viața în mod semnificativ.

Relația depresiei cu vârsta și sexul

Vârsta medie la care se înregistrează primul episod depresiv este 40 de ani, dar depresia poate apărea la orice vârstă.²¹ La copiii aflați înainte de pubertate, depresia se manifestă frecvent prin semne ale corpului, agitație, halucinații auditive, neliniște sau frică. În adolescență, depresia este adesea asociată cu consumul de alcool sau droguri, comportament antisocial, probleme la școală, stări de neliniște. La copii și adolescenți, iritabilitatea este un simptom obișnuit al depresiei.²²

La copii și adolescenți, depresia se însoțește adesea de iritabilitate și tulburări de comportament.²³

La vârstnici, depresia se însoțește de lipsă de energie și apatie, precum și de dificultăți de concentrare, memorie, gândire asemănătoare celor din demență.²⁴

Femeile care au născut pot prezenta, în decurs de 4 săptămâni de la naștere, un episod depresiv care poate avea diferite forme de gravitate, de la insomnie, oboseală și labilitate emoțională până la sinucidere.²⁵

Factori de risc

Anumiți factori de risc pot declanșa un episod depresiv sau pot contribui la reapariția unui nou episod după o perioadă de normalitate:

²⁰ APA (2013).DSM-V. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale. Ed. a 5-a. București:Callisto, 2016;161-165.

²¹ Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală, 2001:179.

²² Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală, 2001:176-177.

²³ APA (2013).DSM-V. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale. Ed. a 5-a. București:Callisto, 2016;155.

²⁴ Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală, 2001:176-177.

²⁵ Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală, 2001:180.

Temperamentul unei persoane poate predispuce la apariția episoadelor depresive.

Experiențele negative din copilărie, mai ales atunci când ele sunt numeroase, reprezintă o categorie foarte importantă de factori de risc pentru apariția depresiei.

În apariția depresiei sunt implicați și **factori genetici**, persoanele care au rude de gradul I cu depresie având un risc de 2 până la 4 ori mare de a face ei înșiși depresie.

Asocierea altor **tulburări mentale** crește riscul de depresie, depresia fiind cel mai frecvent asociată cu tulburările anxioase, unele tulburări de personalitate și consumul de substanțe de abuz (alcool, droguri de abuz). De asemenea, bolile somatice ca diabetul zaharat, obezitatea, bolile cardiovasculare se asociază frecvent cu depresia.²⁶

De asemenea, **evenimentele stresante** ale vieții de zi cu zi pot favoriza instalarea depresiei la persoanele vulnerabile. Cel puțin 25% din depresii au avut un eveniment precipitant.²⁷

În literatura de specialitate din România, Prelipceanu (citată de Cosman&Coman, 2018) definește acești factori ca fiind următorii:

- sexul feminin;
- existența depresiei în antecedente;
- coexistența unor boli somatice (în special bolile cu simptomatologie dureroasă);
- consumul de substanțe psihoactive;
- prezența depresiei la rudele apropiate;
- tentative de suicid în antecedente;
- perioada imediat următoare nașterii;
- evenimentele stresante de viață;
- lipsa unui sprijin social.

Factorii care favorizează reapariția unui nou episod depresiv sunt:

- existența mai multor episoade depresive în antecedente;
- răspunsul parțial la tratament;
- întreruperea prea timpurie a tratamentului;
- nerespectarea tratamentului;
- coexistența altor boli somatice și psihice;
- stresul.²⁸

Evoluție și prognostic

Un episod de depresie moderată, netratat, durează în jur de 10 luni. Cel puțin 75% din persoanele care au avut un episod depresiv vor face și un al doilea episod, de obicei în următoarele 6 luni. Pe parcursul vieții, un pacient cu depresie va face în medie 5 episoade depresive majore. Prognosticul bolii este în general bun: 50% din bolnavii de depresie se vor vindeca complet, 30% se vor vindeca parțial, iar 20% vor deveni pacienți cronici. Aproximativ 15% din persoanele cu depresie se sinucid, în cele din urmă.²⁹

²⁶ APA (2013).DSM-V. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale. Ed. a 5-a. București:Callisto, 2016;166.

²⁷ APA (2013).DSM-V. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale. Ed. a 5-a. București:Callisto, 2016;179.

²⁸ Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:31-32.

²⁹ Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală, 2001:191-192.

Depresia și suicidul

În orice episod depresiv există un risc de suicid. Sinuciderea este o cauză majoră de deces în statisticile Organizației Mondiale a Sănătății din ultimii 50 de ani. Majoritatea studiilor indică depresia ca fiind cauza cea mai frecventă a sinuciderilor. O metaanaliză pe 48 de studii efectuată de Harris și Barraclough (citați de Cosman&Coman, 2018) indică nivelul riscului suicidar în diferitele forme de depresie. Astfel, riscul autolitic este de 20 mai mare la pacienții cu episoade depresive majore, de 15 ori mai mare pentru pacienții cu depresie în cadrul bolii afective bipolare, de 12 ori mai mare pentru pacienții cu depresie persistentă (tulburare depresivă de intensitate mai redusă decât cea a unui episod depresiv major, dar cu durată de aproximativ 2 ani) și de 16 ori mai mare pentru pacienții cu tulburări afective față de cei cu alte tulburări psihice.³⁰

Cel mai adesea, se sinucid pacienții cu depresie care au mai avut astfel de tentative în trecut sau care declară că intenționează să recurgă la acest gest, deși majoritatea tentativelor de suicid nu sunt duse la bun sfârșit. Alți factori de risc pentru suicid sunt sexul masculin, singurătatea sau lipsa unui partener de viață, unele tulburări de personalitate.³¹

Factorii de risc ai suicidului sunt sintetizați în tabelul de mai jos:

Tabelul I. Factori de risc asociați cu suicidul

| Factori demografici | Factori clinici |
|-------------------------------|---|
| Sexul masculin | Istoricul și severitatea tentativelor anterioare |
| Adolescența și vârsta a treia | Istoric familial de depresie și suicid |
| Fără loc de muncă | Lipsă de speranță, impulsivitate, agitație, elemente psihotice, abuz de substanțe |
| Izolarea socială | Trăsături de personalitate borderline/antisociale |
| Necăsătorit/separat/divorțat | Afecțiuni cronice somatice sau psihiatrice |
| Suport social slab | Externarea recentă |

Sursa: Kennedy și colab, 2007, citați de Cosman&Coman, 2018:96

Tratament

Episoadele depresive majore sunt tratabile la 70-80% din pacienți. Tratamentul modern al depresiei integrează terapia medicamentoasă cu intervențiile psihologice.

Tratamentul farmacologic

În tratamentul medicamentos (farmacologic) al depresiei se folosesc mai multe clase de medicamente. Acest tratament este întotdeauna indicat în episoadele depresive majore. Medicamentele antidepressive de ultimă generație sunt eficiente, ușor de tolerat și nu prezintă reacții adverse semnificative. Ele pot fi asociate, pe perioade scurte de timp, cu tranchilizante care reduc starea de neliniște, somnifere care

³⁰ Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere. Cluj-Napoca: Risoprint, 2018:95

³¹ APA (2013). DSM-V. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mentale. Ed. a 5-a. București: Callisto, 2016;167.

ajută la corectarea somnului, dar și medicamente aparținând altor clase, în funcție de severitatea și tabloul clinic al fiecărui pacient în parte.³²

Intervențiile psihoterapeutice

Tratamentul psihologic include:

- **terapia cognitivă** – care încearcă să corecteze distorsiunile de gândire care favorizează și întrețin starea depresivă;
- **terapia comportamentală** – este centrată pe corectarea comportamentelor nedorite;
- **terapia interpersonală** – pune accentul pe problemele de relaționare ale persoanei;
- **psihanaliza** – ajută pacientul să înțeleagă cauzele subconștiente care pot favoriza apariția depresiei;
- **psihoterapia suportivă** – oferă pacientului depresiv un suport emoțional, de exemplu în cazul parcurgerii unei perioade de doliu;
- **terapia de grup** - ajută pacienții să își exprime sentimentele, să cunoască persoane cu suferințe asemănătoare, să interacționeze și să învețe comportamente care să îi sprijine în depășirea bolii;
- **terapia familială** – este indicată atunci când suferința pacientului perturbă viața familiei sau este întreținută de anumite comportamente din sânul familiei.³³

Intervenții eficiente la nivel național pentru grupurile țintă ale campaniei

Proiectul RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Volumul 4 – Consultația preventivă integrată la copil și adult.

Screeningul depresiei la adolescenți (12–18 ani) * PQH-9 modificat pentru adolescenți*

Există dovezi de calitate care demonstrează că tratamentul depresiei la adolescent, detectată prin screening în asistența primară, se asociază cu beneficii certe privind: ameliorarea severității depresiei, a simptomelor și/sau a scorurilor globale de funcționare. Recomandarea are în vedere tulburarea depresivă majoră și nu se adresează altor tulburări din spectrul depresiv, cum ar fi depresia minoră sau distimia.

Deși este normal pentru adolescent să traverseze ocazional momente de tristețe sau alte simptome ale depresiei, adolescenții cu sindrom depresiv major (SDM) au episoade repetate, care durează cel puțin 2 săptămâni (pe perioade de luni sau chiar ani de zile) și care determină o alterare a funcționalității acestora în domeniul social, educațional sau ocupațional. SDM se asociază cu morbiditate și mortalitate semnificative. Adolescenții cu SDM au performanțe școlare scăzute, o integrare socială deficitară, sarcini timpurii, afecțiuni somatice frecvente și sunt mai predispuși la abuzul de substanțe.

Există numeroase instrumente dezvoltate pentru screeningul depresiei în asistența primară care au demonstrat acuratețe variabilă în capacitatea de a prezice corect probabilitatea unei depresii majore. Dintre

³² Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală; 2001. p. 192.

³³ Sadock B.J, Sadock V.A (2001). Kaplan&Sadock. Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed a 3-a. București:Ed. Medicală; 2001. p. 197.

acestea, cea mai mare valoare predictivă pozitivă o are instrumentul PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents), respectiv o sensibilitate de 73% și o specificitate de 94%.

În ceea ce privește evaluarea depresiei la adulți, se recomandă pre-screeningul cu chestionarul cu 2 întrebări validat în asistența primară (Se-96% și Sp 57%). Un răspuns pozitiv la ambele întrebări indică necesitatea continuării evaluării prin aplicarea unor chestionare mai complexe: MDI, PHQ9, Beck Depression Inventory. Ghidul recomandă utilizarea MDI (Major Depression Inventory), elaborat de OMS, întrucât a fost validat în asistența primară, este ușor de folosit și permite cuantificarea gravității bolii.

Evidențe utile pentru intervenții la nivel național, european și internațional

La nivel național

1. Depresia adultului. Ghid de practică pentru medicul de familie, Ed. Infomedica. București <http://ghidurimedicale.ro/guidelines/ghid-depresia-adultului.pdf>
2. Ghid de farmacoterapie în tulburarea depresivă, Variantă finală valabilă pentru publicare în Monitorul Oficial, reconfirmată 27 ianuarie 2011. old.ms.ro/documente/ANEXA%20Ghid%20Depresie_473_940.doc.
3. Tratatamentul farmacologic în tulburarea depresivă majoră. DOI: 10.26416/Psih.53.2.2018.1782
4. Centrul Național pentru Sănătate Mintală și Luptă Antidrog. Pagina Principală - Ghiduri și Manuale - Ghiduri - Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologie psihiatrie. <http://cnsm.org.ro/>.
5. Ghid - 11 căi de luptă împotriva depresiei. <https://view.joomag.com/11-c-i-de-lupt-impotriva-depresiei/M0919571001534832704>
6. Ghid de prevenție. Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile în asistența medicală primară, Volumul 4, Promotor Institutul Național de Sănătate Publică

La nivel internațional

1. Depression. A Guide for Employers and Employees. http://eddas.eu/wp-content/uploads/2016/04/guide_depression.pdf
2. Depression in adults: treatment and management. NICE guidelines: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742638037>
3. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. https://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/
4. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/
5. Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/
6. <https://www.depressionalliance.org/complete-guide-to-depression/>
7. Depression. An information guide. Centre for Addiction and Mental Health. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/depression-guide-en.pdf?la=en&hash=23FF02308C6E23305720>

8. Canadian network for mood and anxiety treatments
<http://www.canmat.org/canmatpub.html#Guidelines>
9. RANZCP Clinical Practice Guidelines for mood disorders published 07 December 2015
<https://www.ranzcp.org/news-policy/news-archive/news-archive-2015/ranzcp-clinical-practice-guidelines-for-mood-disorders>

Politici, strategii, planuri de acțiune și programe existente la nivel european, național și județean

La nivel european

1. European Commission. Health & Consumer Protection Directorate-General. Actions against Depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_en.pdf
2. WHO. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders
https://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=A0F71AA2217300BC6967F3BF16B81200?sequence=1
4. Gov. UK. Department of Health & Social Care. Policy paper 2010 to 2015 government policy: mental health service reform, Updated 8 May 2015.
<https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-mental-health-service-reform/2010-to-2015-government-policy-mental-health-service-reform>
5. Employee Assistance Programs (EAPs). Centre for Disease Control and Prevention. Policies/Depression Interventions <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/health-strategies/depression/interventions/policies.html>
6. Raportul Parlamentului European referitor la promovarea egalității de gen în sănătatea mintală și în cercetarea clinică. 12.12.2016
http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0380_RO.html

La nivel național

1. Strategia națională pentru sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2016-2020 <https://sgg.gov.ro/new/wp-content/uploads/2016/11/Anexa-Strategie.pdf>
2. Programul Național de Sănătate Mintală <http://www.cnas.ro/page/programul-national-de-sanatate-mintala.html>.
3. Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 13 septembrie 2012. Legea 487/2002 republicata 2012, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice. [Online].; 2012 [cited 2017 March 21. Available from: http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_sanatatiei_mintale.php.
4. Ministerul Sănătății. Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, din 15.04.2016. [Online].; 2016 [cited 2017 March 21. Available from: <http://lege5.ro/Gratuit/geydmobuhe3q/norme-de-aplicare-a-legii-sanatatiei-mintale-si-aprotectiei-persoanelor-cu-tulburari-psihice-nr-487-2002-din-15042016&d=2017-03-22>.

Analiza grupurilor populaționale la risc

Depresia la copii și adolescenți

Conform Asociației Americane de Psihiatrie, 2013 (citată de Cosman&Coman, 2018), prevalența tulburării depresive este estimată la 2% în rândul copiilor și la 6% în rândul adolescenților. Caracteristicile simptomatologiei depresive la această vârstă sunt: hiperactivitate, dificultăți școlare, comportamente de risc sau delincvență. Durata medie a unui episod depresiv la această vârstă este 8-13 luni, iar simptomele depresive dispar complet în maximum 2 ani la 90% din pacienți. Până la 70% din copiii și adolescenții care au avut un episod depresiv vor repeta episodul în cel mult 5 ani. De asemenea, copiii și adolescenții care au trecut printr-un episod depresiv sunt mai predispuși și la alte tulburări psihiatrice cum sunt tulburările anxioase, fobiile, tulburările de comportament și tulburarea hiperkinetică.³⁴

Depresia la adult

Adulții tineri cu depresie asociază mai frecvent tulburări de anxietate, panică, fobii, abuz de substanțe și ideate suicidară față de adulții în vârstă de 30-50 ani. Adulții de vârstă medie prezintă mai frecvent insomnie, acuze gastrointestinale, scăderea libidoului și un număr mai mare de episoade depresive.³⁵ Riscul suicidar al adultului tânăr cu depresie este mai mare și ca urmare a accesului mai frecvent la mijloacele media, expunerea în media a cazurilor de sinucidere având un efect de contagiune.³⁶

Depresia post-partum

Studii recente indică o frecvență între 50-80% a unor simptome depresive (tristețe, plâns facil, epuizare, dificultăți de concentrare, anxietate) în săptămânile imediat următoare nașterii. Fenomenul durează aproximativ 2 săptămâni și nu necesită tratament specific. Formele mai grave ale depresiei post-partum se întâlnesc la 10-20% din femeile care au născut recent și se caracterizează prin iritabilitate, oboseală marcată, insomnie și îngrijorare excesivă legată de capacitatea de a îngriji bebelușul, sentimentul de a nu fi sprijinită de familie și nemulțumire față de viață, în general. La 0,1-0,2% din femeile care au născut depresia poate avea forme severe, care pot duce la suicid sau omorârea nou-născutului.³⁷

Depresia la vârsta a treia

Aproape un sfert din persoanele în vârstă de peste 60 de ani prezintă simptome depresive, de diferite intensități. Deoarece capacitatea vârstnicului de a trăi emoțiile este mai scăzută, persoanele din jur pot să nu fie conștiente de suferința pacientului. La vârstnici, simptomele depresive asociază mai frecvent simptome somatice (de obicei dureroase), neliniște sau lentoare în gândire și mișcări. Majoritatea vârstnicilor nu răspund adecvat la tratamentul cu medicamente antidepressive obișnuite, iar frecvența episoadelor depresive este mai mare decât la alte vârste. În rândul vârstnicilor se înregistrează cele mai înalte rate ale sinuciderilor datorate bolii depresive.³⁸

Grupurile țintă ale campaniei la nivel național sunt:

1. Medicii de familie
2. Populația generală și, în special, gravidele și lăuzele

³⁴ Asociația Americană de Psihiatrie (2013), Kutcher&Chehil (2007) citați de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere.Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:65-66.

³⁵ (Asociația Americană de Psihiatrie (2013) citată de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere.Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:67)

³⁶ (Edward, 2005, citat de Asociația Americană de Psihiatrie (2013), Kutcher&Chehil (2007) citați de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere.Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:67).

³⁷ (Asociația Americană de Psihiatrie, 2013 citată de Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere.Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:67-68).

³⁸ Cosman D, Coman H. Melancolia. De la tristețe la sinucidere.Cluj-Napoca:Risoprint, 2018:68-69

Campanii IEC efectuate la nivel național în anii anteriori

Anul 2017

Tema zilei Mondiale a Sănătății din anul 2017 a fost Depresia.

Tema campaniei din anul 2017 având ca subiect depresia a fost: Importanța comunicării în profilaxia și tratarea depresiei.

Scopul campaniei a fost: Schimbarea percepției bolilor mentale, inclusiv a depresiei, ca stigmat, printr-o informare corectă.

Sloganul campaniei mondiale: Să stăm de vorbă!

Sloganul campaniei naționale: Rupe bariera tăcerii!

Organizația Mondială a Sănătății a ales **trei grupe la risc** ca grupuri țintă ale campaniei:

- adolescenții și adulții tineri
- femeile la vârsta procreării și în special, cele care au născut recent
- vârstnicii peste 60 de ani

Mesajele cheie ale campaniei au fost:

- Depresia este cea mai comună boală psihică, afectând persoane de toate vârstele și categoriile sociale din toată lumea.
- Riscul pentru depresie crește odată cu sărăcia, șomajul, evenimente negative de viață (decese, divorțuri, boli grave), alcoolismul, consumul de droguri.
- Are efecte devastatoare asupra existenței, putând conduce la suicid.
- Depășirea stigmatului asociat depresiei va crește numărul celor care cer ajutor.
- Comunicarea cu persoane în care ai încredere poate fi primul pas spre vindecare.