



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară: Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Operațiunea: Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical

Titlu: „Optimizarea prevenției și tratamentului Hepatitelor cronice B și C prin creșterea competențelor personalului medical din România”

Contract: POCU 91/4/8/106781

SA 1.3.1.

MODUL ON-LINE

TULBURAREA DEPRESIVĂ LA PACIENȚII CU HEPATITE B ȘI C

*Psiholog clinician și psihoterapeut Georgescu-Ilea Domnița Adriana
Medic specialist psihiatru, psihoterapeut Colcear Doina*

În limbajul psihologiei clinice, depresia este definită ca fiind un sindrom: un grup de simptome emoționale, fizice și comportamentale caracterizate prin: tristețe, stimă de sine scăzută, pierderea plăcerii și afectarea principalelor domenii ale vieții (personal, profesional, social). Atunci când aceste simptome nu sunt trecătoare, ajung să provoace suferință și să interfereze cu viața pacientului, este posibil să se pună problema unui diagnostic de tulburare depresivă. Aceasta poate fi pus doar în urma unui interviu clinic de către un medic psihiatru. În viața de zi cu zi însă, oamenii afirmă adesea că sunt deprimați atunci când se simt nefericiți, când le este afectată dispoziția sau când își pierd speranța. A trăi cu o boală cronică, cum ar fi hepatita, poate fi stresant pentru pacient și poate genera sau exacerba astfel de stări, mai ales atunci când sunt însoțite de simptome precum oboseala.

Datele arată că aproximativ 170 de milioane de persoane suferă de hepatita C la nivel mondial^{14, 28}, iar mai mult de o treime din persoanele care trăiesc cu hepatită C suferă de depresie – studiile arată o prevalență cuprinsă între 30%-70%²⁸. Cu toate că nu sunt complet înțelese aceste mecanisme, se pare totuși că virusul interferează cu o serie de substanțe chimice din creierul, ceea ce poate conduce la depresie. În plus, studiile arată că persoanele cărora li s-a administrat un tratament pentru hepatita C în urma căruia au fost vindecate, adesea declară că și simptomele depresive au dispărut. Hepatita C poate afecta de asemenea somnul, care la rândul său poate fi asociat cu simptome depresive.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Conform *Global Health Data Exchange* din 2017¹⁶, există aproximativ 257 de milioane de pacienți cu hepatită B; hepatita B acută fiind responsabilă pentru 0,16% din decesele la nivelul populației. Deși este adesea asociată cu tulburări psihiatrice, mai ales tulburarea depresivă, cele mai multe studii analizează asocierea dintre virusul hepatitei C, în special din cauza tratamentelor utilizate.

Într-un raport al Organizației Mondiale a Sănătății din 2017, s-a arătat faptul că în România trăiesc aproximativ 600.000 de bolnavi cu hepatita cronică C și 800.000 cu hepatita cronică B. Numărul de persoane bolnave de hepatita C ne situează la nivel mondial în grupul celor 7 țări cu prevalența cea mai ridicată (categoria 2,9% – 10,2%). De asemenea, România este a patra țară din Europa în clasamentul morților cauzate de afecțiuni hepatice.

Dacă în trecut hepatita C era tratată medicamentos cu interferon (INF) pegilat și ribavirin (RBV), primul fiind un stimulent pentru sistemul imunitar și al doilea un inhibitor pentru reproducerea virusului, tratamentele actuale sunt adesea combinate. Medicamentele noi includ: simeprevir, daclatasvir, sofosbuvir, ledipasvir, ombitasvir, paritaprevir, ritonavir și velpatasvir, iar tratamentele sunt o combinație între două sau mai multe dintre acestea și se pot întinde de la câteva săptămâni până la un an. Acestea pot avea efecte secundare precum: greață, vomă sau diaree, anemie, căderea parului, insomnii, iritații cutanate, frisoane, febră, dureri articulare și musculare, tuse, dureri de cap.

Tratamentul pentru hepatita C ce utilizează interferon a fost în foarte multe situații asociat cu depresia. Din fericire, cele mai noi medicamente, cunoscute sub numele de antivirale cu acțiune directă (AAD), au schimbat situația. Aceste tratamente sunt, de obicei, fără interferon (peg-IFN- α) și în majoritatea cazurilor fără ribavirin (RBV). INF și RBV pot determina modificări ale dispoziției, inclusiv depresie. Pe lângă riscul scăzut de depresie pe care se presupune că îl au noile tratamente, efectele secundare tind să fie mult mai ușoare, iar lungimea tratamentului este mult mai scurtă (de obicei, în jur de 12 săptămâni). În cazul în care tratamentul pacientului include interferon, este recomandat consultul din partea specialiștilor în sănătatea mintală care poate evalua prezența unui istoric de depresie sau a altor afecțiuni psihice pre-existente.

Cu toate acestea, din motive legate de costurile terapiei, există numeroase țări din întreaga lume în care terapia cu interferon este încă disponibilă. Deși se obțin rezultate pozitive în tratamentul hepatitei C în 46% din cazuri la pacienții infectați cu genotipul 1 și, respectiv, 76% la pacienții infectați cu genotipurile 2 și 3, terapia asociată cu peg-IFN- α și RBV este deseori



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

întreruptă din cauza unor reacții neuro-psihiatrice adverse semnificative, ceea ce îi limitează utilizarea. După cum am văzut deja, cel mai frecvent efect secundar psihiatric este depresia; în funcție de gravitatea tulburării depresive, pot să apară psihoze, ideație suicidară și tentativă de suicid^{26, 29}.

Toate aceste date arată nevoia unei strategii de gestionare și de prevenție a depresiei la acești pacienți, în conformitate cu orientările actuale. Cu atât mai mult cu cât simptomele depresive apar mai ales în primele etape ale tratamentului și ating un vârf între 4 și 16 săptămâni¹³.

Tulburarea depresivă majoră

Înainte de a trece la o analiză mai complexă a depresiei la pacienții cu hepatite B și C, este oportun să vedem cum este definită depresia, care sunt criteriile care stau la baza unui diagnostic cu tulburare depresivă majoră și care sunt deosebirile între depresie și tristețe.

Conform criteriilor de diagnostic DSM-5 - Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale⁵, o persoană trebuie să se confrunte cu 5 sau mai multe simptome în timpul unei perioade de 2 săptămâni, iar cel puțin unul dintre simptome ar trebui să fie: 1) stare depresivă sau 2) pierderea interesului sau a plăcerii. Simptomele enunțate în DSM-5⁵ includ:

- (1) Starea depresivă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi.
- (2) Diminuarea interesului sau a plăcerii în toate sau aproape toate activitățile, în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi.
- (3) Scăderea semnificativă în greutate sau creșterea în greutate, sau scăderea/creșterea apetitului aproape în fiecare zi.
- (4) O încetinire în gândire și o lentoare în mișcare (observabile de ceilalți, nu doar sentimente subiective de neliniște sau lentoare).
- (5) Oboseală sau diminuarea energiei aproape în fiecare zi.
- (6) Sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă sau inadecvată, aproape în fiecare zi.
- (7) Diminuarea abilității de a gândi sau de a se concentra, dificultatea în a lua decizii, aproape în fiecare zi.
- (8). Gânduri recurente asupra morții, idei suicidare recurente fără un plan specific, încercare de suicid sau plan specific de sinucidere.

Pentru ca un pacient să primească un diagnostic de depresie, aceste simptome trebuie să provoace tulburări clinice semnificative sau să afecteze funcționarea individului în principalele



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

domenii (familial, social, ocupațional). Simptomele nu trebuie să fie, de asemenea, un rezultat al abuzului de substanțe sau al unei alte afecțiuni medicale.

Depresie versus tristețe

Care este diferența dintre depresie și tristețe? Ținând cont de faptul că tristețea se numără printre simptomele primare asociate cu depresia, poate fi dificilă realizarea unei distincții între cele două stări. Depresia reprezintă mult mai mult decât tristețe și nu doar la nivelul intensității emoționale. Diferența nu constă în măsura în care o persoană manifestă o anumită dispoziție, ci mai degrabă într-o combinație de factori care au în vedere: durata de manifestare a acestor emoții disfuncționale, prezența altor simptome, impactul asupra organismului și efectul asupra capacității individului de a funcționa în viața de zi cu zi .

Tristețea este o emoție negativă funcțională, pe care toată lumea o va resimți la un moment dat în viață. Ea este cauzată de un eveniment specific, o situație sau o persoană; de exemplu, atunci când ne pierdem locul de muncă, când punem punct unei relații, când pierdem pe cineva drag sau când primim un diagnostic medical nefavorabil. În cazul depresiei, însă, nu este neapărat nevoie de un eveniment declanșator. O persoană care suferă de depresie se simte tristă și fără speranță în legătură cu majoritatea aspectelor din viața ei, își pierde capacitatea de a experimenta bucuria chiar și a lucrurilor care înainte îi făceau plăcere. Tristețea nu afectează semnificativ somnul, motivația sau comportamentul alimentar, în timp ce depresia are efecte negative asupra lor. În tristețe, s-ar putea să simțiți regrete sau remușcări pentru ceva ce ați spus sau făcut, dar nu veți avea un sentiment permanent de lipsă de valoare sau de vină, așa cum ați putea în cazul depresiei. În cele din urmă, auto-vătămarea și înclinațiile suicidare nu apar din tristețe. Cei care se luptă cu depresia severă pot avea gânduri de auto-vătămarea sau sinucidere.

Tulburarea depresivă la pacienții cu hepatite

Similar cu alte boli cronice, infecția cu virusul hepatitei este asociată cu rate mai mari de depresie. Un studiu prospectiv¹⁰ pe 135 de pacienți cu hepatită C, fără istoric de abuz de substanță, a evidențiat un număr semnificativ mai mare de diagnostice de tulburare depresivă majoră pe parcursul vieții, comparativ cu subiecții de control. În ciuda acestor rate crescute de depresie comorbidă, aproximativ 85% dintre pacienții infectați cu virusul hepatitei C continuă să sufere de tulburări mentale nerecunoscute în studiile prospective^{8, 17}.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Pacienții cu hepatită C sunt de două ori mai predispuși să sufere de o problemă psihiatrică în comparație cu pacienții cu hepatită B³. Un studiu a arătat o rată semnificativ mai mare de depresie la pacienții cu hepatită virală cronică decât la participanții sănătoși¹⁹, în timp ce alt studiu realizat la nivel internațional arată o depresie de 86% la pacienții infectați cu hepatită C și o depresie de 68% la hepatita B².

Stigmatizarea și impactul psihosocial al unui diagnostic cu hepatită măresc rata de depresie la acești pacienți. Un studiu realizat de Alavi¹ a arătat că factorii asociați cu depresia la începutul tratamentului includeau: locuri de muncă instabile, consumul de droguri injectabile și activitate socială redusă / limitată. De asemenea, studiul a mai arătat că la începutul tratamentului, rata depresiei în rândul pacienților era de 38%. Pe de altă parte, studiul realizat de Reichenberg²⁷ pe un grup de pacienți care au primit tratament cu INF și RBV pe o perioadă de 72 de săptămâni (48 săptămâni de tratament și 24 de săptămâni de urmărire post-tratament) a arătat că 82% dintre pacienți au prezentat simptome depresive majore.

Un studiu prospectiv de cohortă realizat de Alavi¹ a evaluat impactul terapiei cu IFN- α (monoterapie) asupra sănătății mintale la 111 pacienți cu hepatită C, ce aveau antecedente de utilizare a drogurilor injectabile. Din cei 111 care au primit tratament antiviral, 88 nu au avut depresie la înscrierea în studiu. Dintre acești 88 de participanți, 31 (35%) au dezvoltat depresie cu debut nou în timpul tratamentului, iar 11 din 31 (35%) dintre aceștia au primit antidepresive.

O analiză realizată de Evon¹⁵ s-a concentrat pe evaluarea simptomelor depresive preexistente și apariția unor noi simptome depresive, cu debut în timpul terapiei antivirale, pe un eșantion de 394 de pacienți. La momentul inițial, 12% dintre pacienți au avut o tulburare depresivă, 13% utilizau antidepresive și nu a fost raportată ideea de suicid. Studiul a arătat că incidența depresiei cu debut nou a fost de 26% în primele 24 de săptămâni de tratament. Predictorii pentru apariția noilor simptome depresive au fost identificați ca fiind: vârsta mai mică, sprijinul social redus, educația mai scăzută, șomajul și utilizarea antidepresivelor. Un alt studiu realizat de Barany⁷ a sugerat un model bio-psiho-social al reacțiilor adverse ale terapiei cu IFN- α la pacienții cu hepatită C și a raportat simptome depresive cu debut nou la o rată de 53,7%.

Un studiu efectuat de Alian¹ care analizează corelarea depresiei cu medicamentele pentru hepatită la 205 pacienți cu hepatită cronică B și C, a raportat o prevalență a depresiei în rândul pacienților tratați cu IFN de 100% față de 94,4% la pacienții care au primit IFN plus tratament



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

RBV. Depresia a fost, de asemenea, mai frecventă la pacienții cu hepatită C decât în cazul pacienților cu hepatită cronică B (86,3% față de 68,8%, respectiv).

O analiză temporală a simptomelor apărute în timpul terapiei cu IFN- α a evidențiat că simptomele diferite (oboseală, scăderea poftei de mâncare și durerea) se manifestă în primele săptămâni de tratament și persistă pe întreaga durată a tratamentului⁹. Tulburările cognitive și tulburările de dispoziție (simptome depresive, anhedonie, tulburări de memorie) se dezvoltă în etapele ulterioare de tratament (după săptămâna 4), cu o intensitate crescută a simptomelor depresive după 8 săptămâni de tratament.

Având în vedere faptul că hepatita cronică B este greu tratabilă și că pacienții ajung să trăiască cu boala toată viața³¹, aceasta poate avea un impact puternic asupra stării mentale a pacientului²³. Deoarece virusul hepatitei B poate fi transmis în populația generală, pacienții cu hepatită B sunt predispuși să sufere de stigmatizare și discriminare^{20, 22} ceea ce poate duce la un răspuns social negativ²³. Pacienții pot resimți singurătatea, lipsa de speranță și tind să fie izolați din punct de vedere social, ceea ce îi face mai vulnerabili la depresie¹⁸. Debutul depresiei este, de asemenea, atribuit progresului bolii și complicațiilor, cum ar fi insuficiența hepatică și ciroza, în care pacienții pot suferi de simptome grave cum ar fi: edem, ascite, oboseală sau icter^{21, 24, 30}. În plus, dezvoltarea depresiei poate fi considerată un efect secundar al terapiei cu interferon^{4, 6}. Pacienții cu hepatită B cronică care suferă de depresie manifestă un nivel mai scăzut al aderenței la tratament⁴. Inegalitățile socio-economice sunt considerate predictorii semnificativi pentru apariția depresiei. În mod specific, un studiu din China a indicat asocierea dintre depresie și condițiile economico-sociale, cum ar fi: venitul scăzut al gospodăriei, sexul masculin, locuirea în mediul rural²³, în timp ce alte studii au arătat că trăirea cu soț/partener ar putea fi considerată ca factor de risc la depresie din cauza fricii de transmitere către soț, precum și dificultăților de acceptare a pacientului de către familie și grupul social^{11, 12}.

Ideația suicidară și suicidul

Ideația suicidară și tentativele de suicid reprezintă unele dintre cele mai severe simptome ale tulburării depresive. Studiile arată că depresia severă care duce la ideație suicidară / tentativă de suicid este motivul încetării tratamentului antiviral la pacienții cu hepatită C³².

Studiul realizat de de Alavi¹ pe pacienți cu hepatită C a arătat un risc de sinucidere moderat până la sever de 18% înainte de tratament; cea mai mare rată de comportament suicidar a fost



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

raportată în săptămâna 12 de tratament (34%). Dieperink și colegii¹³ au studiat apariția ideii suicidare la 55 de veterani care sufereau de hepatita C și erau tratați cu IFN- α și RBV. Treisprezece dintre cei 55 de veterani au făcut parte din grupul de control, iar 42 de pacienți au primit tratament antiviral. Pacienții care au suferit tratament antiviral au fost evaluați la momentul inițial și în săptămânile 4, 8, 12 și 24. Rezultatele indică o rată a ideii suicidare în timpul tratamentului la 26% dintre pacienți în timp ce 45% dintre aceștia au necesitat antidepresive. Nici un pacient nu a încercat să se sinucidă în cursul tratamentului.

Intervențiile în tulburarea depresivă majoră la pacienții hepatici cronici

În cazul pacienților hepatici care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră conform DSM-5, este necesară luarea în considerare a unui tratament farmacologic sau psihologic. Înainte însă, este necesară elaborarea unui plan de tratament care să aibă în vedere: istoricul pacientului, tratamente anterioare, administrarea de medicamente pentru hepatită, factori de stres psihosocial, severitatea bolii hepatice, riscul de suicid – toți acești factori pot contribui la exacerbarea simptomelor sau pot interfera cu tratamentul.

Ghidurile Institutului Național pentru Sănătate și Îngrijire din Marea Britanie (*The National Institute for Health and Care Excellence – NICE*²⁵) prezintă un model în 4 etape care ghidează intervențiile furnizate de specialiștii în domeniul medical și care sunt adresate bolnavilor de hepatite care suferă de depresie.

Etapa 1: pentru toate simptomele depresive manifestate explicit sau implicit

Intervenții recomandate: evaluare, suport, psiho-educație, monitorizare activă și recomandări pentru evaluări și intervenții suplimentare.

Recomandările din această secțiune sunt în primul rând pentru practicienii care lucrează în asistența medicală primară și în spitalele. Ei ar trebui să fie conștienți de faptul că pacienții cu o problemă cronică de sănătate prezintă un risc ridicat de depresie.

Identificarea și recunoașterea cazurilor

- Fiți atenți la simptomele depresive (în special la pacienții cu antecedente de depresie sau o problemă de sănătate fizică cronică care le afectează funcționarea) și solicitați pacienților răspuns la 2 întrebări: “În ultima lună, ați fost adesea deranjat de senzația de depresie, deprimare sau lipsă de speranță?” și „În ultima lună, ați fost adesea deranjat de lipsa de interes sau de plăcere în a face lucruri?”.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- Dacă un pacient cu o problemă de sănătate cronică răspunde "da" la oricare dintre întrebările de mai sus, dar cadrul medical nu este competent să realizeze o evaluare a sănătății mintale, ar trebui să îl îndrume pe pacient spre un specialist care poate face acest lucru.
- Dacă un pacient cu o problemă cronică de sănătate fizică răspunde "da" la oricare dintre întrebările de identificare ale depresiei de mai sus, un cadru medical competent pentru efectuarea unei evaluări psihiatrice trebuie să aibă în vedere următoarele întrebări: "În ultima lună, ați fost adesea deranjați de sentimente de lipsă de valoare?", „În ultima lună, ați fost adesea deranjați de o capacitate de concentrare scăzută?", "În ultima lună, ați fost deranjat de gânduri referitoare la moarte?". După această etapă, este nevoie ca clinicianul să: analizeze starea psihică a pacientului și dificultățile funcționale, interpersonale și sociale asociate; ia în considerare rolul problemei de sănătate și a medicamentelor prescrise în debutul sau menținerea simptomelor depresive; să se asigure că tratamentul optim pentru problema fizică de sănătate este asigurat și respectat, căutând sfaturi de specialitate dacă este necesar.
- La evaluarea unui pacient cu simptome depresive, luați în considerare utilizarea unor măsurători validate științific (de exemplu, pentru simptome, funcționare/dizabilități) pentru a aduna mai multe informații și a evalua nevoia de tratament.
- Pentru pacienții cu dificultăți semnificative în domeniul limbajului sau al comunicării, luați în considerare utilizarea Termometrului Emoțiilor sau solicitați unui membru al familiei să descrie simptomele pacientului pentru a evalua posibila depresie. Dacă este identificat un nivel semnificativ de suferință, investigați mai departe.

Evaluarea și monitorizarea riscurilor

- Dacă un pacient cu depresie, care suferă de hepatită, prezintă un risc pentru el sau pentru alții, trimiteți-i urgent la serviciile de sănătate mintală specializate.
- Informați pacienții de posibila apariție a unei stări de agitație crescută, anxietății și ideății suicidare în stadiile inițiale de tratament pentru depresie; căutați în mod activ aceste simptome și asigurați-vă că pacientul știe cum să caute ajutor în cazul ideății suicidare sau revizuiți tratamentul pacientului dacă acesta manifestă agitație marcată și/sau prelungită.
- Recomandați pacientului, precum și familiei sau îngrijitorului său, să fie atenți la schimbările de dispoziție, lipsă de speranță și ideăție suicidară și să contacteze medicul în cazul în care este



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

îngrijorat. Acest lucru este deosebit de important în perioadele cu risc ridicat, cum ar fi începerea sau schimbarea tratamentului și în momente de stres crescut.

- Dacă un pacient este evaluat ca fiind în pericol de suicid: revizuiți tratamentul antidepresiv sau medicația pentru boala hepatică cronică, luați în considerare modalități de creșterea a suportului social și recomandați pacientului servicii specializate de sănătate mintală.

Etapa 2: simptome depresive subclinice, depresie ușoară până la moderată

Intervenții recomandate: intervenții psihosociale cu intensitate scăzută, intervenții psihologice, medicație și recomandări pentru evaluări și intervenții ulterioare.

Măsuri generale

- *Depresie cu anxietate.* Când depresia este însoțită de simptome de anxietate, prioritară este tratarea depresiei.
- *Igiena somnului.* Oferiți pacientului sfaturi referitoare la igiena somnului, dacă este necesar: stabilirea unor perioade regulate de somn și trezire, evitarea consumului de alcool sau fumatul înaintea somnului, crearea unui mediu adecvat pentru somn și efectuarea unor exerciții fizice regulate.
- *Monitorizarea activă.* Discutați problemele cu care se confruntă pacientul și îngrijorările aferente, oferiți informații despre tipul și natura depresiei, realizați o evaluare suplimentară a pacientului în termen de 2 săptămâni, contactați pacientul dacă acesta nu ajunge la întâlnirea de re-evaluare.

Intervenții psihosociale de intensitate scăzută

Pentru pacienții cu simptome depresive persistente sau depresie ușoară până la moderată și pentru pacienții cu simptome depresive subclinice care complică tratamentul hepatitei cronice, luați în considerare recomandarea uneia sau mai multora dintre următoarele intervenții:

- O intervenție de grup bazată pe activitate fizică.
- Participarea la un grup de suport.
- Intervenție psihologică individuală pe baza principiilor terapiei comportamentale și cognitive (CBT).
- Terapie computerizată comportamentală și cognitivă (CCBT).



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Furnizarea intervențiilor psihosociale de intensitate scăzută

Programele de activitate fizică menționate mai sus ar trebui:

- Să fie modificate (durată și frecvență) în funcție de capacitățile fizice ale pacientului, mai ales dacă boala fizică cronică i le poate afecta.
- Să fie livrate în grup, cu sprijinul unui practician competent.
- Să fie formate din 2 sau 3 sesiuni pe săptămână, cu durată moderată (45 minute până la 1 oră), de la 10 la 14 săptămâni (în medie 12 săptămâni).
- Să fie integrate cu orice program de reabilitare/tratament pentru hepatita cronică.

Grupurile de suport ar trebui să fie formate din pacienți care suferă de aceeași problemă de sănătate fizică (hepatită cronică) și să se concentreze pe schimbul de experiențe și împărtășirea emoțiilor asociate cu problema cronică de sănătate fizică. De asemenea, aceste grupuri trebuie să fie coordonate de personal specializat care are cunoștințe despre hepatită și despre relația sa cu depresia și care poate să analizeze rezultatele intervenției la fiecare pacient. Programele se desfășoară, de obicei, pe o perioadă de 8-12 săptămâni iar ședințele livrate o dată pe săptămână.

Programe individuale bazate pe principiile CBT ar trebui:

- Să îi ajute pe pacienți să identifice modelele lor de gândire distorsionate (cogniții iraționale care au stat la baza debutului și menținerii simptomelor depresive și care se constituie ca bariere în aderența la tratamentul pentru hepatită) și comportamente dezadaptative (obiceiuri alimentare, izolarea, dificultăți în luarea deciziilor sau în rezolvarea de probleme).
- Să includă furnizarea de materiale scrise, adaptate vârstei și nivelului educațional al pacientului.
- Să fie furnizate de un practician instruit, care facilitează realizează terapia și analizează progresul și rezultatele pacienților.
- Să cuprindă până la 6-8 sesiuni (față în față și prin telefon), care au loc între 9-12 săptămâni, inclusiv evaluarea post-intervenție.

Intervențiile computerizate bazate pe principiile CBT ar trebui:

- Să fie furnizate prin intermediul unui program autonom sau prin internet.
- Să includă o explicație a modelului CBT, să încurajeze sarcinile între sesiuni și să utilizeze monitorizarea activă a comportamentului, a cognițiilor și a rezultatelor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- Să fie susținute de un practician instruit.
- Să se desfășoare pe o perioadă de 9-12 săptămâni, inclusiv evaluarea post-intervenție.

Tratamentul medicamentos

Nu sunt recomandate antidepresivele în mod obișnuit pentru a trata simptomele depresive subclinice sau depresia ușoară la pacienții cu hepatite (deoarece raportul risc/beneficiu este scăzut), dar luați în considerare:

- Dacă există un istoric de depresie moderată sau severă.
- Dacă o depresie ușoară complică sau împiedică îngrijirea problemei de sănătate fizice.
- Dacă simptomele depresive subclinice au fost prezente pe o perioadă lungă de timp (de obicei, cel puțin 2 ani).
- Dacă simptomele depresive persistă, chiar după ce a fost realizată o intervenție

Etapa 3: simptome depresive persistente, depresie ușoară până la moderată - cu răspuns inadecvat la intervențiile inițiale, depresie moderată și severă.

Intervenții recomandate: medicație, intervenții psihologice de intensitate ridicată, tratamente combinate, îngrijire în colaborare cu alți specialiști în cazul pacienților cu alte diagnostice medicale, recomandări pentru evaluări și intervenții ulterioare.

Opțiuni de tratament

În mod obișnuit, recomandările de tratament pentru acești pacienți includ:

- Administrarea de antidepresive (în mod normal, un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei – SSRI).
- Una dintre următoarele intervenții psihologice de înaltă intensitate:
 - ✓ terapie de grup CBT;
 - ✓ CBT individual pentru pacienții care refuză CBT de grup sau pentru care nu este adecvată terapia de grup (pacientul este foarte afectat);
 - ✓ terapia comportamentală pentru cuplu, în cazul pacienților la care relația poate contribui la menținerea depresiei sau în cazul în care implicarea partenerului este considerată a avea un efect benefic.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Furnizarea intervențiilor psihologice de intensitate ridicată

CBT de grup pentru pacienții cu depresie și o problemă cronică de sănătate fizică ar trebui să fie:

- Livrate în grupuri (de obicei între 6 și 8 pacienți) care suferă de aceeași problemă cronică de sănătate fizică.
- Furnizate pe o perioadă de 6-8 săptămâni.

CBT individual pentru pacienții cu depresie moderată și o problemă cronică de sănătate fizică ar trebui să fie:

- Livrate până când simptomele depresiei au fost remise (pe o perioadă care este de obicei de 6 până la 8 săptămâni și nu ar trebui să depășească 16-18 săptămâni).
- Urmat de două sesiuni ulterioare în cele 6 luni de la terminarea tratamentului, mai ales dacă tratamentul a fost extins.

CBT individual pentru pacienții cu depresie severă și o problemă cronică de sănătate fizică ar trebui să fie:

- Livrate până când simptomele depresiei au fost remise (într-o perioadă de 16-18 săptămâni).
- Focalizat în primele ședințe (care ar trebui să aibă loc de 2 ori pe săptămână pentru primele 2 până la 3 săptămâni) pe activarea comportamentală
- Urmat de 2 sau 3 sesiuni ulterioare în cele 12 luni de la terminarea tratamentului.

Terapia comportamentală adresată cuplurilor trebuie să se bazeze, în mod normal, pe principii comportamentale (rezolvare de probleme), iar durata ar trebui să aibă între 15-20 de sesiuni pe o perioadă cuprinsă între 5 și 6 luni.

Etapa 4: depresie severă, risc suicidar

Intervenții recomandate: medicație, intervenții psihologice de intensitate ridicată, terapie electroconvulsivă, tratamente combinate, îngrijire din partea unei echipe multidisciplinare și spitalizare. În cazul pacienților cu depresie severă, care suferă și de o problemă cronică de sănătate fizică, luați în considerare oferirea unei combinații de CBT individual și un antidepresiv. De asemenea,



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

trebuie evaluată în ce măsură este prezentă ideea de suicidară/tentativele de suicid și dacă aceștia necesită spitalizare pentru o mai bună administrare a tratamentelor.

Concluzii

Pacienții care suferă de hepatită cronică se confruntă, de cele mai multe ori, și cu probleme de ordin psihic. Studiile arată că cea mai prezentă tulburare psihică este depresia. Fie că aceasta este o condiție pre-existentă, înainte de diagnosticul cu hepatită, fie că a apărut în timpul tratamentului antiviral, ea trebuie abordată cu maximă seriozitate deoarece nu doar că afectează aderența la tratamentul hepatic și scade calitatea vieții pacientului, dar poate avea ca efecte ideea de suicidară și chiar suicidul.

Cu toate că noile tratamente ale hepatitei par să aibă mai puține efecte negative asupra psihicului pacienților, bolnavii nu au întotdeauna acces la acestea. În plus, fiind vorba de o serie de terapii medicamentoase noi, este necesară realizarea de studii care să evalueze mai acurat în ce măsură efectele secundare pot include afectări la nivelul sănătății psihice ale pacienților.

În plus, este nevoie ca orice tratamente adresate pacienților cu hepatite cronice să fie administrate de o echipă multidisciplinară, în care colaborarea dintre medicii specialiști și psihiatri/psihologi este esențială pentru creșterea calității vieții bolnavilor cronici.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BIBLIOGRAFIE

1. Alavi M, Grebely J, Matthews GV, et al. Impact of pegylated interferon alfa-2a treatment on mental health during recent hepatitis C virus infection. *J Gastroenterol Hepatol* 2012;27:957-965.
2. Alian S, Masoudzadeh A, Khoddad T, Dadashian A, Ali Mohammadpour R. Depression in hepatitis B and C, and its correlation with hepatitis drugs consumption (interferon/lamivudine/ribavirin). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2013;7:24-29.
3. AlHuthail YR. Comparison of the prevalence of psychiatric co-morbidities in hepatitis C patients and hepatitis B patients in Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol.* 2013;19(4):165-71.
4. Alian S, Masoudzadeh A, Khoddad T, Dadashian A, Ali Mohammadpour R. Depression in hepatitis B and C, and its correlation with hepatitis drugs consumption (interfron/lamivodin/ribaverin). *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2013;7(1):24-9.
5. American Psychiatric Association (2016). *DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburarilor Mintale.* Editura Medicală Callisto, București
6. Arslan, N.; Buyukgebiz, B.; Ozturk, Y.; Akay, A.P. Depression and anxiety in chronic hepatitis b: Effect of hepatitis b virus infection on psychological state in childhood. *Turk. J. Pediatr.* 2003, 45, 26–28.
7. Barany A, Meinitzer A, Stepan A, et al. A biopsychosocial model of interferon-alpha-induced depression in patients with chronic hepatitis C infection. *Psychother Psychosom* 2013;82:332-340.
8. Batista-Neves SC, Quarantini LC, de Almeida AG, et al. High frequency of unrecognized mental disorders in HCV-infected patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:80–82.
9. Capuron L, Gumnick JF, Musselman DL, et al. Neurobehavioral effects of interferon-alpha in cancer patients: phenomenology and paroxetine responsiveness of symptom dimensions. *Neuropsychopharmacology* 2002;26:643-652.
10. Carta MG, Hardoy MC, Garofalo A, et al. Association of chronic hepatitis C with major depressive disorders: irrespective of interferon-alpha therapy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007;23(3):22.
11. Corrigan, P.W.; Druss, B.G.; Perlick, D.A. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol. Sci. Public Interest* 2014, 15, 37–70.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

12. Daryani, N.; Bashashati, M.; Mehdi, K.; Keramati, M.R.; Daryani, N.; Shadman Yazdi, A.A. Prevalence of psychiatric disorders in hepatitis b virus carriers in iranian charity for hepatic patients support (december 2004-august 2005). *Hepat. Mon.* 2008, 8, 201–205.
13. Dieperink E, Ho SB, Tetrack L, Th uras P, Dua K, Willenbring ML. Suicidal ideation during interferon- α 2b and ribavirin treatment of patients with chronic hepatitis C. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:237- 240.
14. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2011;55:245-264.
15. Evon DM, Ramcharran D, Belle SH, Terrault NA, Fontana RJ, Fried MW, Virahep-C Study Group. Prospective analysis of depression during peginterferon and ribavirin therapy of chronic hepatitis C: results of the Virahep-C study. *Am J Gastroenterol* 2009;104:2949-2958.
16. Global Health Data Exchange. GBD 2017 Results. Available online: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-resultstool>
17. Golden J, O'Dwyer AM, Conroy RM. Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(6):431–438.
18. Gutteling, J.J.; de Man, R.A.; van der Plas, S.M.; Schalm, S.W.; Busschbach, J.J.; Darlington, A.S. Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006, 23, 1629–1635.
19. Hazaveh MM, Toosi TD, Toosi MA, Tavakoli A, Shahbazi F. Prevalence and severity of depression in chronic viral hepatitis in Iran. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015 Aug; 3(3): 234–237.
20. Huang, J.; Guan, M.L.; Balch, J.; Wu, E.; Rao, H.; Lin, A.; Wei, L.; Lok, A.S. Survey of hepatitis b knowledge and stigma among chronically infected patients and uninfected persons in beijing, china. *Liver Int.* 2016, 36, 1595–1603.
21. Huang, X.; Liu, X.; Yu, Y. Depression and chronic liver diseases: Are there shared underlying mechanisms? *Front. Mol. Neurosci.* 2017, 10, 134.
22. Kan, Q.; Wen, J.; Xue, R. Discrimination against people with hepatitis b in china. *Lancet* 2015, 386, 245–246.
23. Liu, Y.; Tang, K.; Long, J.; Zhao, C. The association between hepatitis b self-awareness and depression: Exploring the modifying effects of socio-economic factors. *J. Viral Hepat.* 2017, 24, 330–336.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

24. Mullish, B.H.; Kabir, M.S.; Thursz, M.R.; Dhar, A. Review article: Depression and the use of antidepressants in patients with chronic liver disease or liver transplantation. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2014, 40, 880–892.
25. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management. NICE guidelines. 2009 Oct.
26. Negro F. Adverse effects of drugs in the treatment of viral hepatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24:183-192.
27. Reichenberg A, Gorman GM, Dieterich D. Interferon-induced depression and cognitive impairment in Hepatitis C virus patients: a 72 week prospective study. *AIDS* 2005;19(Suppl. 3):174-178.
28. Schaefer M, Capuran L, Friebe A, et al. Hepatitis C infection, antiviral treatment and mental health: A European expert consensus statement. *J Hepatol* 2012;57:1379-1390.
29. Silverman BC, Kim AI, Freudenreich O. Interferon induced psychosis as a "psychiatric contraindication" to hepatitis C treatment: a review and case-based discussion. *Psychosomatics* 2010;51:1-7.
30. Valizadeh, L.; Zamanzadeh, V.; Negarandeh, R.; Zamani, F.; Hamidia, A.; Zabihi, A. Psychological reactions among patients with chronic hepatitis b: A qualitative study. *J. Caring Sci.* 2016, 5, 57–66.
31. Wang, T. Model of life expectancy of chronic hepatitis b carriers in an endemic region. *J. Epidemiol.* 2009, 19, 311–318.
32. Yu ML, Dai CI, Lee LP, et al. Outcome of chronic hepatitis C patients who required early termination of pegylated interferon-alpha plus ribavirin combination therapy. *Antivir Ther* 2006;11:1015-1019.