



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

MODUL ON-LINE

ANXIETATEA LA PACIENȚII CU HEPATITE B ȘI C

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

Anxietatea este una dintre problemele cu care pacienții cu hepatite B și C se confruntă atât în perioada de diagnostic cât și în cea de tratament: studiile arată că aproximativ 24% dintre bolnavi suferă de o tulburare de anxietate, fiind la fel de frecventă ca cea depresivă^{4, 10}, iar peste 50% dintre pacienții hepatici manifestă simptomatologie anxioasă⁵. Nesiguranțele legate de boală și de modul în care aceasta va evolua, uneori lipsa de tratamente eficiente sau accesul dificil la tratament, teama de a nu transmite virusul celor apropiați, cursul sinuos al bolii hepatice, stigmatizarea și izolarea socială^{3, 12} – toate acestea stau la baza îngrijorărilor pe care le resimt bolnavii cu hepatite B și C. Deși apare frecvent, studiile arată că anxietatea este cel mai adesea trecută cu vedere de furnizorii de servicii medicale și că, atunci când este identificată, cei mai mulți dintre bolnavi află că suferă de această tulburare doar după ce primesc diagnosticul de hepatită⁶.

Din câte se poate observa, tipurile de îngrijorări pe care le resimt pacienții hepatici nu se limitează doar la starea lor de sănătate, ci se regăsesc la nivelul tuturor domeniilor vieții: social, personal, profesional. De aceea, cea mai diagnosticată tulburare anxioasă ajunge să fie tulburarea de anxietate generalizată (TAG). Cu toate acestea, în momentul realizării de investigații medicale, diagnosticului și tratamentului, pacienții pot manifesta și simptomatologie specifică atacului de panică situațional.

Semnele care pot indica prezența unei tulburări de anxietate și care necesită consult psihiatric sunt: sentimentul de neliniște accentuată, pacientul obosește mai repede decât în mod normal, apar problemele de concentrare, pacientul se declară mai iritabil decât de obicei, apar durerile de cap/tensiune musculară,/crampe, pacientul are probleme în a adormi sau a dormi.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Într-un studiu realizat de Katon, Lin și Kroenke⁷ s-a arătat că pacienții cu boală fizică cronică și depresie sau anxietate comorbidă, comparativ cu cei cu afecțiuni medicale cronice fără alte tulburări psihiatrice, au raportat semnificativ un număr mai mare de simptome medicale atunci când se controlează severitatea tulburărilor medicale. De asemenea, anxietatea asociată unui diagnostic cu boală cronică poate interfera cu aderența la tratament în peste 45% dintre cazuri⁸.

Tulburările de anxietate la pacienții cronici

Tulburarea de anxietate generalizată (TAG) cu care se confruntă pacienții hepatici cronici are două caracteristici centrale: îngrijorare excesivă în legătură cu o serie de evenimente și activități din majoritatea domeniilor vieții lor (personal, social, profesional etc.) și dificultăți ridicate în controlul îngrijorării. La acestea se mai adaugă o serie de simptome specifice: agitație și nerăbdare, senzația de nod în gât, oboseală, stare de slăbiciune, dificultăți de concentrare, senzația de „vid mintal”, stare de nervozitate sau iritabilitate, tensiune musculară sau stare de încordare, probleme de somn (de a adormi, trezit în mijlocul nopții, trezit devreme dimineața, somn excesiv). Simptomele trebuie să fie prezente timp de cel puțin 6 luni și ar trebui să afecteze semnificativ, din punct de vedere clinic, domeniile importante de funcționare ale pacientului (social, personal, ocupațional etc.)¹.

În ceea ce privește atacurile de panică, o caracteristică fundamentală a acestora este apariția lor recurentă și neprevăzută, urmată de cel puțin o lună de îngrijorare persistentă cu privire la un alt atac de panică și îngrijorare cu privire la consecințele unui atac de panică sau o schimbare semnificativă a comportamentului asociat atacurilor. Cel puțin două atacuri de panică neașteptate sunt necesare pentru diagnosticare, iar atacurile nu trebuie să fie explicate prin utilizarea unei substanțe, a unei afecțiuni medicale generale sau a unei alte probleme psihologice. Printre simptomele specifice tulburării de panică se numără: palpitații, bătăi puternice și/sau accelerate ale inimii, transpirație, valuri de căldură sau de frig, amorțeală, furnicături în corp, tremurături sau frisoane, senzație de sufocare sau de nod în gât, respirație îngreunată sau senzația de tăiere a respirației, presiune, disconfort sau durere în piept, greață, diaree sau alte probleme cu stomacul, senzație de amețeală, de rău, de pierdere a echilibrului sau de leșin, senzație de irealitate, de a fi în afara corpului sau senzația că ceea ce se petrece este neobișnuit, teama de a muri, teama de a pierde controlul sau de a înnebuni¹.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

TAG și atacurile de panică variază în funcție de severitate și complexitate și acest lucru are implicații asupra răspunsului la tratament. Prin urmare, este important ca, în cazul tratamentului, să se ia în considerare severitatea simptomelor, durata, gradul de stres, tulburările funcționale, istoricul personal și co-morbiditățile atunci când se efectuează o evaluare diagnostică. TAG și tulburarea de panică pot urma atât cursuri cronice, cât și cursuri de remitere. Acolo unde este posibil, scopul unei intervenții ar trebui să fie ameliorarea completă a simptomelor, care este asociată cu o mai bună funcționare și cu o probabilitate mai scăzută de recădere, dar și cu o aderență mai ridicată la tratamentul medicamentos.

Tulburările anxioase poate apărea izolat, dar, în mai mult de 85% dintre cazuri ele apar împreună cu alte tipuri de tulburări anxioase (de exemplu, pacientul poate să aibă un diagnostic de TAG cu atacuri de panică) dar și cu tulburări depresive, abuz de substanțe¹. Evaluarea psihiatrică a pacientului trebuie să ia în considerație atât sănătatea fizică a pacientului cronic cât și prezența unor tulburări psihiatrice comorbide și să recomande intervenții medicamentoase și/sau psihologice pe baza tuturor acestor informații.

Anxietate versus îngrijorare

Foarte adesea, în limbajul de zi cu zi, oamenii folosesc termenii “îngrijorare” și „anxietate” interschimbabil, dar acestea sunt de fapt stări psihologice foarte diferite. Deși ambele au în comun un sentiment de neliniște, modul în care le trăim este destul de distinct, precum și implicațiile pe care acestea le au asupra sănătății noastre emoționale.

În cartea sa, *Emotional First Aid: Healing Rejection, Guilt, Failure, and Other Everyday Hurts*, autorul Guy Winch¹⁶ a identificat o serie de diferențe între anxietate și îngrijorare:

- ✓ Îngrijorarea tinde să fie mai focalizată pe gândurile din capul nostru, în timp ce anxietatea este mai viscerală, prin faptul că o simțim în tot corpul.
- ✓ Îngrijorarea este specifică, în timp ce anxietatea este mai difuză: ne îngrijorăm să ajungem la timp la o programare la spital (amenințare specifică), dar ne simțim neliniștiți în legătură diagnosticul - o preocupare mai vagă și mai generală.
- ✓ Îngrijorarea ia formă verbală, în timp ce anxietatea include gânduri verbale și imagini mintale. Această diferență este importantă deoarece imaginile mentale emoționale, precum cele asociate cu anxietatea, provoacă un răspuns cardiovascular mult mai mare decât gândurile verbale



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

emoționale (cum ar fi cele asociate îngrijorării). Acesta este un alt motiv pentru care simțim anxietate în tot corpul.

- ✓ Îngrijorarea poate reprezenta un punct declanșator în rezolvarea problemelor, dar anxietatea nu o face. Îngrijorarea ne poate face să ne gândim la soluții și strategii pentru a face față unei situații date. Anxietatea nu ne conduce la soluții productive. Tocmai natura difuză a anxietății o face să fie mai puțin susceptibilă la rezolvarea problemelor.
- ✓ Îngrijorarea creează o suferință ușoară, anxietatea poate crea o suferință severă deoarece aceasta din urmă este o stare psihologică mult mai puternică, disruptivă și problematică.
- ✓ Îngrijorarea este cauzată de preocupări mai realiste decât anxietatea. Dacă un pacient hepatic este preocupat de faptul că relația cu un coleg va avea de suferit din cauză că i-a vorbit urât, își face griji. Dacă își face griji că relația va avea de suferit din cauza diagnosticului său, atunci este anxios.
- ✓ Îngrijorarea poate să fie controlată, anxietate mult mai puțin. Folosind strategii de rezolvare de probleme, îngrijorarea poate fi diminuată. Folosind aceleași tehnici, avem mai puține șanse de reușită în cazul anxietății.
- ✓ Îngrijorarea este de obicei o stare temporară, anxietatea poate rămâne neschimbată. Imediat ce găsim soluție la problema care ne îngrijorează, aceasta se diminuează și dispare. Anxietatea poate persista pentru perioade lungi de timp și poate să își schimbe domeniul (o perioadă se manifestă anxietatea legată de locul munca, apoi de sănătatea, apoi de relații).
- ✓ Îngrijorarea nu afectează funcționarea noastră profesională și personală; anxietate o afectează. Nimeni nu își ia o zi liberă de la locul de muncă dacă este îngrijorat în legătură un examen pe îl susține o persoană apropiată. Dar, anxietatea poate să creeze așa de multă neliniște și lipsă de confort încât putem ajunge să fim incapabili să ne concentrăm asupra muncii.
- ✓ Îngrijorarea este considerată o stare psihologică normală (emoții negative funcționale) în timp ce anxietatea nu este (emoții negative disfuncționale). De aceea, ținând cont de durată și de intensitate, anxietatea este considerată o tulburare mentală care poate necesita tratament psihologic și/sau medicație.

Tulburările de anxietate la pacienții cu hepatite



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Diagnosticul cu hepatită B sau C, dar și tratamentul administrat, pot avea efecte negative la nivelul stabilității emoționale a pacienților. Cele mai frecvente reacții emoționale sunt:

- stupoare, negare, furie și agresivitate ca urmare a pierderii sănătății;
- îngrijorări referitoare la progresul bolii, teama de a transmite virusul, teama de a-și pierde locul de muncă, teama de stigmatizare, teama de moarte, îngrijorări referitoare la ambiguitatea evoluției bolii;
- apariția unui complex de inferioritate care are efecte de tipul: izolare socială, sentiment de umilință, vină și auto-culpabilizare.

Un studiu realizat de Valizadeh și colegii¹⁵ a scos la iveală o serie de anxietăți și îngrijorări excesive cu care se confruntă pacienții hepatici:

Îngrijorări excesive legate de evoluția nefavorabilă a bolii și a viitorului pacientului

"Cel mai probabil într-o zi va recidiva, deci resimt un fel de anxietate și de îngrijorare întotdeauna."

"Această boală mi-a ocupat mintea, mă întreb dacă m-aș lăsa netratată și boala ar rămâne în corpul meu, cum ar mai arăta viitorul meu? Aceste lucruri îmi ocupă mintea și mă îngrijorează mereu".

Îngrijorări referitoare la faptul că se simt nevoiți să-și ascundă boala

Unii dintre pacienți afirmă că atunci când s-au dus la centrele de sănătate, inițial au încercat să informeze personalul despre infecția lor cu virusul hepatitei. Dar, deoarece au considerat că dezvăluind boala lor, nu ar mai fi tratați în mod corespunzător, au decis să o ascundă. Pe de altă parte, ascunderea bolii a făcut ca pacienții să se simtă îngrijorați și vinovați.

"Când mergem la un centru medical sau când participăm la activități sociale și ne ascundem boala, practic mințim. Nu numai că este un păcat, ci este și imoral. Din nefericire, contextul este de așa natură încât pacienții hepatici nu sunt dispuși să își dezvăluie boala. Pe de altă parte, ei sunt îngrijorați atât de faptul că își neagă boala cât și de posibilitatea de a o transmite altora."

Temeri accentuate legate de diferite tipuri de restricții



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Majoritatea pacienților hepatici care au participat la studiu au considerat că o infecție cu hepatită este echivalentă cu o serie de restricții și de pierderi legate mai ales de viața socială: pierderea statutului social și a locului de muncă. Astfel, ei au declarat:

"Mă tem că nu voi mai fi angajat în viitor. Ce se întâmplă dacă află despre boala mea și mă supun unor analize medicale?"

"Mă tem pentru că îmi doresc ca boala mea să rămână un secret, deoarece îmi este frică că oamenii nu vor comunica cu mine, nici nu mă vor mai dori aproape de ei, nici nu vor mai mânca împreună cu mine dacă află."

Teama ridicată de stigmatizare socială

O altă îngrijorare importantă și considerabilă a participanților a fost frica de a fi expus. În acest sens, un participant a spus:

"Mi-e frică că ar putea să apară un incident, mi-e așa de teamă de faptul că oamenii vor afla și de modul în care se vor uita la mine, ca la cineva care are HIV."

Teama de moarte

Majoritatea participanților au considerat că hepatita este o boală incurabilă și cauzează deces prematur. Participanții au spus în această privință:

"Au trecut deja doi ani și sora mea refuză să își facă analize medicale, spune că vrea să fie lăsată în pace să moară, spune că atunci când îți vine vremea să mori este nevoie pur și simplu să fii lăsat să mori, pentru că ea oricum se așteaptă la o moarte prematură."

"În primele luni de diagnostic am crezut că viața mea s-a sfârșit, ca și când mai devreme sau mai târziu voi cădea pe undeva și voi muri."

Intervențiile în tulburarea de anxietate la pacienții hepatici cronici

Ghidurile Institutului Național pentru Sănătate și Îngrijire din Marea Britanie (*The National Institute for Health and Care Excellence – NICE*^{13, 14}) prezintă un model în 4 etape care ghidează intervențiile furnizate de specialiștii în domeniul medical și care sunt adresate inclusiv bolnavilor de hepatite care suferă de anxietate generalizată.

Etapa 1: pentru toate simptomele de anxietate generalizată manifestate explicit sau implicit



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Intervenții recomandate: identificare și evaluare, psiho-educație, prezentare tratamente disponibile, monitorizare activă.

Identificarea tulburării de anxietate generalizată

- Identificarea și comunicarea diagnosticului de TAG cât mai curând posibil pentru a ajuta pacienții să înțeleagă tulburarea și să înceapă tratamentul eficient.
- Luați în considerare diagnosticul TAG la persoanele care au o problemă cronică de sănătate fizică.
- Atunci când un pacient cu o problemă cronică de sănătate fizică manifestă simptome somatice și/sau îngrijorări repetate, luați în considerare faptul că unele dintre simptomele lor se pot datora TAG.

Evaluare și educație

- Pentru persoanele care ar putea avea TAG, efectuați o evaluare cuprinzătoare care să nu se bazeze numai pe numărul, severitatea și durata simptomelor, dar care să ia în considerare și gradul de suferință și deficiență funcțională.
- În cadrul evaluării globale, luați în considerare modul în care următorii factori ar fi putut influența evoluția, cursul și severitatea TAG: orice tulburare depresivă comorbidă sau altă tulburare de anxietate, orice abuz de substanțe, un istoric al tulburărilor de sănătate mintală, experiența trecută și răspunsul la tratamente.
- Pentru persoanele cu TAG și o tulburare depresivă comorbidă sau altă tulburare de anxietate, tratați mai întâi tulburarea primară (adică cea mai severă și în care este mai probabil ca tratamentul să îmbunătățească funcționarea generală).
- În urma evaluării și diagnosticării TAG: oferiți informații despre natura tulburării de anxietate și opțiunile pentru tratament.
- Discutați despre utilizarea medicamentelor și preparatelor fără rețetă medicală cu pacienții. Explicați potențialul de interacțiune cu alte medicamente prescrise și fără prescripție medicală.

Etapa 2: TAG diagnosticată sau dacă simptomatologia nu s-a îmbunătățit ca urmare a intervențiilor din Etapa 1



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Intervenții recomandate: intervenții psihologice de intensitate scăzută, ședințe de auto-ajutorare individuale, ședințe de auto-ajutorare ghidate și grupuri de psiho-educație.

Intervenții psihologice cu intensitate scăzută

Pentru pacienții ale căror simptome nu s-au îmbunătățit după psiho-educație și monitorizare activă în Etapa 1, oferiți una sau mai multe dintre următoarele, ca o intervenție de primă linie, în funcție de preferința pacientului:

- ✓ ședințe de auto-ajutorare individuale;
- ✓ ședințe de auto-ajutorare ghidate;
- ✓ grupuri de psiho-educație.

Auto-ajutorarea individuală ar trebui: să includă materiale scrise sau electronice bazate pe principiile de tratament ale terapiei comportamentale și cognitive (CBT); să includă instrucțiuni pentru ca persoana să lucreze, folosind materialul pus la dispoziție, pe o perioadă de cel puțin 6 săptămâni; să implice un contact minimal cu terapeutul, de exemplu un apel telefonic ocazional scurt de cel mult 5 minute.

Ajutorul individual ghidat pentru persoanele cu TAG ar trebui: să se bazeze pe principiile de tratament ale CBT; să includă materiale scrise sau electronice, să fie furnizat de un clinician instruit, care facilitează programul de auto-ajutorare și analizează progresul și rezultatele; să se desfășoare pe o perioadă de 5-7 săptămâni sau de 24 de zile cu întâlniri față în față sau în sesiuni telefonice, fiecare având o durată de 20-30 de minute.

Grupurile psiho-educație ar trebui: să se bazeze pe principiile CBT, să aibă un design interactiv și să încurajeze învățarea observațională, să includă prezentări și manuale de ajutor, să fie conduse de clinicieni instruiți, să existe 1 terapeut la aproximativ 12 participanți, să includă 6 sesiuni săptămânale, fiecare având o durată de 2 ore.

Etapa 3: TAG cu afectarea marcantă a domeniilor de activitate sau dacă simptomatologia nu s-a îmbunătățit ca urmare a intervențiilor din Etapa 2

Intervenții recomandate: intervenții psihologice de intensitate ridicată, tratament medicamentos.

Intervenții psihologice de intensitate ridicată



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Intervențiile CBT pentru pacienți ar trebui: să se bazeze pe manualele de tratament utilizate în studiile clinice ale CBT pentru TAG, să fie livrate de clinicieni instruiți și competenți, să conțină 12-15 sesiuni săptămânale (mai puține dacă persoana se recuperează mai devreme, mai mult dacă este necesară din punct de vedere clinic), iar fiecare ședință să dureze 1 oră.

Tratament medicamentos

În funcție de severitatea tulburării, modului în care pacientul răspunde la tratament medicamentos dar și al medicației suplimentare pentru tulburarea cronică, specialiștii vor recomanda tratamentul medicamentos cel mai eficient pentru pacient (SSRI, SNRI etc.).

Etapa 4: TAG rezistent la tratament, afectare marcantă a domeniilor de activitate, risc de auto-vătămare

Intervenții recomandate: tratament specializat, tratament psihologic și medicamentos combinat, echipă multidisciplinară care gestionează pacientul, spitalizare.

Evaluare

- Oferiți pacientului o evaluare a nevoilor și riscurilor, inclusiv: durata și severitatea simptomelor, tulburări funcționale, morbidități, risc pentru sine și auto-neglijare.
- Revizuiți tratamentele curente și trecute, inclusiv aderarea la tratamentele medicamentoase prescrise anterior și fidelitatea intervențiilor psihologice anterioare și impactul lor asupra simptomelor și a afectării funcționale.
- Oferiți sfaturi referitoare la organizarea mediului de acasă.
- Îndemnați pacientul să caute sprijin în comunitate.
- Subliniați nevoia consolidării relațiilor și a necesității evaluării impactului tulburării psihice asupra familiilor și îngrijitorilor.

Tratament

- Luați în considerare oferirea de combinații de tratamente psihologice și de medicamente.
- Tratamentele combinate trebuie întreprinse numai de către clinicieni cu experiență în tratamentul psihologic și medicamentos al tulburărilor de anxietate complexe, refractare la tratament și după discuții complete cu persoana despre avantajele și dezavantajele probabile ale tratamentelor sugerate.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

În cazul în care pacienții prezintă, pe lângă simptomele de anxietate generalizată, atacuri de panică, intervențiile trebuie să fie adaptate etapei în care se regăsește pacientul: evaluare și diagnostic, tratament, alternative de tratament în cazul în care cel inițial nu a fost eficient, re-evaluarea simptomelor și trimiterea către un specialist în sănătate mentală, internarea într-o instituție care oferă servicii de sănătate mentală. Primele măsuri care se impun în cazul unui pacient cu simptomatologie specifică atacurilor de panică, este realizarea de investigații pentru înlăturarea cauzelor medicale care au condus la manifestarea simptomelor. Apoi, intervențiile psihologice (bazate pe principiile CBT, ședințe individuale sau de grup) precum și tratamentul medicamentos urmează cursul menționat în cazul intervențiilor pentru TAG.

Concluzii

Studiile arată că o mare parte dintre pacienții cu afecțiuni hepatice prezintă simptome de anxietate^{2, 17}. În încercarea de a explica această asociere, unii cercetători au susținut că procesul implicat în bolile hepatitei dă naștere unor simptome psihiatrice. Alții au subliniat că pacienții cu afecțiuni hepatice provin din subgrupele de populație care prezintă un risc ridicat de tulburări psihiatrice. O a treia linie de raționament a sugerat că etichetarea tulburărilor, stigmatizarea pe care o implică, este responsabilă pentru creșterea ratelor de simptome psihiatrice^{9,11}. Oricare ar fi cauzele, anxietatea are un impact negativ puternic asupra calității vieții pacientului, cu efecte la nivelul tuturor domeniilor lui de activitate. Teama de a fi stigmatizat, anxietatea legată de transmiterea bolii, îngrijorările excesive legate de cursul bolii, frica de pierdere a locului de muncă și a relațiilor importante – toate conduc la o stare permanentă și generalizată de stres în cazul pacienților cu hepatite B și C. De aceea, este foarte importantă identificarea timpurie a simptomelor anxietății (comparativ cu cele ale îngrijorărilor funcționale) generalizate și a atacurilor de panică și oferirea de tratamente psihologice și/sau medicamentoase eficiente. Nu doar că acestea pot crește calitatea vieții pacienților hepatici, dar pot conduce la o aderență mai ridicată la tratamentul hepatitei, ceea ce are efecte benefice asupra sănătății fizice a acestora.

BIBLIOGRAFIE



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

1. American Psychiatric Association (2016). DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburarilor Mintale. Editura Medicală Callisto, București.
2. Bayliss MS, Gandek B, Bungay KM, Sugano D, Hsu MA, Ware JE. A questionnaire to assess the generic and disease-specific health outcomes of patients with chronic hepatitis C. *Qual Life Res* 1998; 7: 39-55.
3. Cotler, S., Cotler, S., Xie, H., Luc, B., Layden, T., & Wong, S. (2012). Characterizing hepatitis B stigma in Chinese immigrants. *Journal of Viral Hepatitis*, 19(2), 147–152.
4. El-Serag HB, Kunik M, Richardson P, et al. Psychiatric disorders among veterans with hepatitis C infection. *Gastroenterology*. 2002;123(2):476-82.
5. Fortier E1, Alavi M, Bruneau J, Micallef M, Perram J, Sockalingam S, Dunlop AJ, Balcomb AC, Day CA, Treloar C, Bath N, Haber PS, Dore GJ, Grebely J. Depression, Anxiety, and Stress Among People With Chronic Hepatitis C Virus Infection and a History of Injecting Drug Use in New South Wales, Australia. *J Addict Med*. 2017 Jan/Feb;11(1):10-18. doi: 10.1097/ADM.0000000000000261.
6. 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.
7. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(2):147–155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.11.005>
8. Kraus MR, Schafer A, Csef H, et al. Compliance with therapy in patients with chronic hepatitis C. Associations with psychiatric symptoms, interpersonal problems, and mode of acquisition. *Dig Dis Sci* 2001;46:2060–65.
9. Lobo A, Campos R, Marcos G, Garcia-Campayo J, Campayo A, Lopez-Anton R, et al. Somatic and psychiatric co-morbidity in Primary Care patients in Spain. *Eur J Psychiatry* 2007; 21: 71-8.
10. Loftis JM, Matthews AM, and Hauser P. Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management. *Drugs*. 2006;66(2):155-74.
11. Malik M, Abbas N, Azad N. Psychiatric co-morbidity in medical and surgical in-patients, referred for Psychiatric Consultation. *J Rawal Med Coll* 2008; 12: 19-24.
12. Mohammadi, N., HassanpourDehkordi, A., & NikbakhatNasrabadi, A. (2013). Iranian patients with chronic hepatitis struggle to do self-care. *Life Science Journal*, 10(1), 457–



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

462.

13. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management. NICE guidelines. 2009 Oct.
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Common mental health disorders: identification and pathways to care (2011).
15. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Negarandeh R, Zamani F, Hamidia A, Zabihi A. Psychological Reactions among Patients with Chronic Hepatitis B: a Qualitative Study Journal of Caring Sciences, 2016, 5(1), 57-66, doi:10.15171/jcs.2016.006, <http://journals.tbzmed.ac.ir/JCS>.
16. Winch G. Emotional First Aid: Healing Rejection, Guilt, Failure, and Other Everyday Hurts. Plume; Reprint edition (July 29, 2014).
17. Yates WR, Gleason O. Hepatitis C and depression. *Depress Anxiety* 1998; 7: 188-93.