

DEPRESJA, LĘK

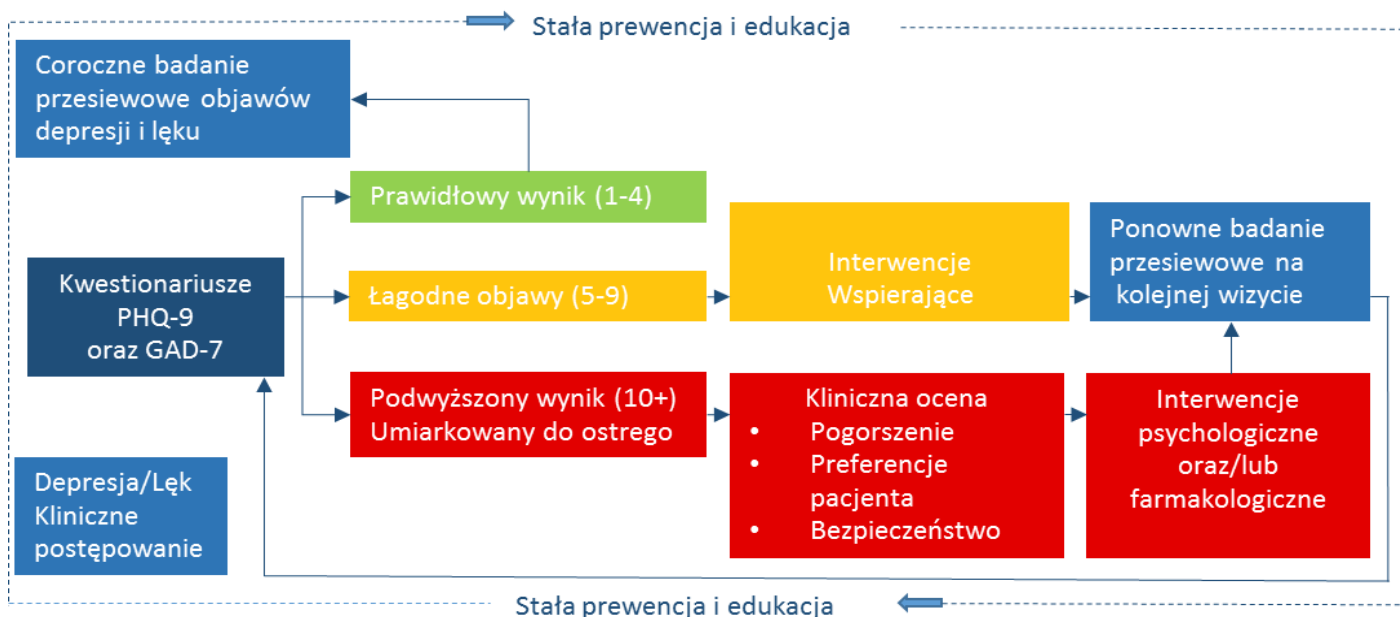
MUKOWISCYDOZA

wytyczne dla specjalistów

MIĘDZYNARODOWE WYTYCZNE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z DEPRESJĄ I LĘKIEM W MUKOWISCYDOZIE:

The European Cystic Fibrosis Society we współpracy z Cystic Fibrosis Foundation opracowało wytyczne dotyczące badań przesiewowych i leczenia depresji i lęku. Wytyczne te zawierają zalecenia dotyczące profilaktyki, badań przesiewowych, oceny klinicznej oraz interwencji psychologicznych i / lub farmakologicznych (Wykres 1).

Ocena i leczenie depresji i lęku



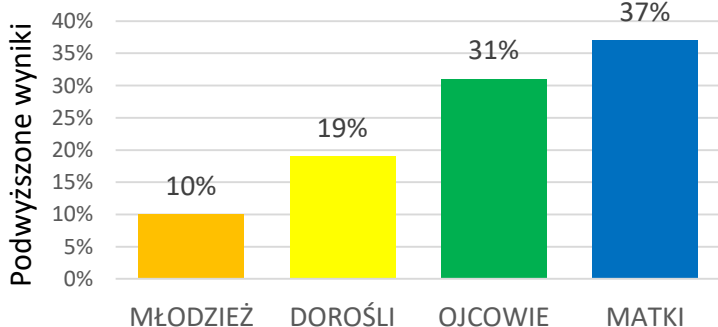
Wykres 1. Schemat postępowania dla Przesiewu i Leczenia Depresji i Lęku

DLACZEGO PRZESIEW I LECZENIE DEPRESJI I LĘKU W MUKOWISCYDOZIE JEST WAŻNY?

W badaniu w dziewięciu krajach (TIDES) sprawdzono ponad 6.000 pacjentów z mukowiscydozą, w wieku powyżej 12 lat oraz ponad 4.000 rodziców.² Wyniki pokazują, że depresja, a szczególnie objawy lęku były podwyższone u pacjentów z mukowiscydozą oraz u rodziców dzieci z mukowiscydozą (Wykres 2 i 3). Wyniki były podwyższone 2-3 krotnie w porównaniu z wynikami zdrowej populacji.

Występowanie depresji

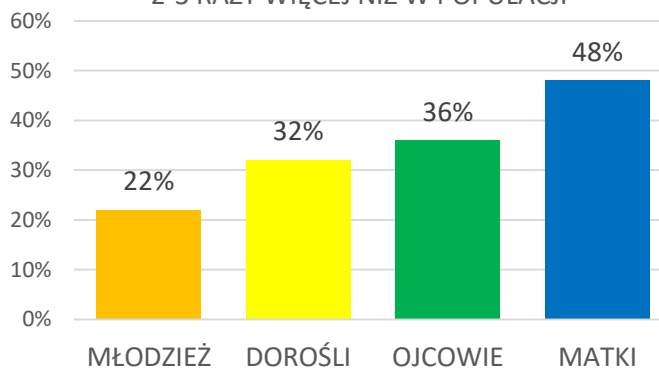
2-3 RAZY WIĘCEJ NIŻ W POPULACJI



Wykres 2. Występowanie depresji wśród pacjentów z mukowiscydozą i ich rodziców. Źródło: Quittner i in. Thorax. 2014;69(12):1090-7

Występowanie lęku

2-3 RAZY WIĘCEJ NIŻ W POPULACJI



Wykres 3. Występowanie lęku wśród pacjentów z mukowiscydozą i ich rodziców. Źródło: Quittner i in. Thorax. 2014;69(12):1090-7

USTALENIE SCHEMATU OPIEKI:

Schemat opieki oraz ośrodków referencyjnych należy ustalić przed rozpoczęciem przesiewu.

Powinien on zawierać wszystkie poniższe elementy:

1. Identyfikacja klinicysty (ów) w zespole mającego doświadczenie w pracy z problemami psychicznymi.
2. Opracowanie lub stosowanie zalecanych materiałów edukacyjnych w miarę dostępności w każdym kraju a także w ogólnodostępnym artykule z wytycznymi dotyczącymi przesiewu (<http://thorax.bmj.com/content/71/1/26>) w sekcji załączników (<http://thorax.bmj.com/content/suppl/2015/10/09/thoraxjnl-2015-207488.DC1>)
3. Opracowanie i uzupełnianie listy ośrodków referencyjnych zarówno w szpitalu, jak i poza nim.
4. Opracowanie planu działania w przypadku myśli samobójczych u pacjentów lub opiekunów, którzy mają podwyższone wyniki w skali ryzyka samobójstwa (pytanie 9 w PHQ-9). Wyznaczona osoba z doświadczeniem dotyczącym zdrowia psychicznego w zespole CF powinna natychmiast określić stopień nasilenia.

KLUCZOWE REKOMENDACJE DOTYCZĄCE**PRZESIEWU:**

- W zespole CF konieczne jest ustalenie osoby odpowiedzialnej za rozpoczęcie przesiewu, koordynację opieki i monitorowanie efektów leczenia
- Wszyscy pacjenci z CF powyżej 12 roku życia powinni być corocznie poddani badaniu przesiewowemu w kierunku depresji i lęku z użyciem Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) oraz Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Oba narzędzia w języku polskim dostępne są nieodpłatnie na stronie: <http://www.phqscreeners.com/select-screener/36>
- Przynajmniej jednemu opiekunowi dziecka z CF (w wielu 0-17lat) powinno się proponować coroczny przesiew używając narzędzi: PHQ-9, PHQ-8 lub PHQ-2 oraz GAD-7 lub GAD-2 (opis dostępny na stronie http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/ZZ_OTHER%20TRANSLATIONS_3.pdf)

DLACZEGO NARZĘDZIA PHQ oraz GAD ?

- PHQ-9 do pomiaru objawów depresji oraz GAD-7 do objawów lęku są bezpłatne, krótkie, rzetelne i trafne
- Posiadają optymalne punkty odcięcia dla wykrycia psychologicznych objawów
- Są dostępne w wielu europejskich językach.

Pobierz kwestionariusze oraz klucz do obliczeń ze strony

<http://www.phqscreeners.com/>

KLUCZOWE REKOMENDACJE DOTYCZĄCE LECZENIA:

- W zespole CF konieczne jest ustalenie osoby odpowiedzialnej za rozpoczęcie i koordynację opieki i monitorowanie efektów leczenia
- Leczenie powinno zostać wprowadzone na bazie klinicznej diagnozy postawionej przez uprawnionego specjalistę.
- Model opieki krokowej (Wykres 4) powinien zostać ustalony i wprowadzony w ścisłej współpracy z pacjentem, jego rodzicami, wielodyscyplinarnym zespołem oraz innymi konsultantami
- Modele opieki i możliwych zasobów różnią się w poszczególnych krajach, jednak osoba w zespole odpowiedzialna za ocenę i leczenie związane z aspektami psychicznymi powinna być wykwalifikowana i przeszkolona. Może to być: licencjonowany pracownik społeczny, psycholog, psychiatra, praktykująca pielęgniarka, asystent lekarza lub lekarz po dodatkowym przeszkoleniu w zakresie zdrowia psychicznego.
- Pacjent z dodatnim wynikiem przesiewu wymaga dalszej oceny klinicznej przed włączeniem leczenia lub przesłania do ośrodka referencyjnego. Ocena po pozytywnym wyniku przesiewu zawiera: identyfikację, obecność, czas trwania oraz nasilenie objawów, dotychczasową historię oraz czynniki ryzyka dla depresji i/lub zaburzeń lękowych.

KROKOWY MODEL OPIEKI NAD PACJENTAMI Z CF - INTERWENCJE W DEPRESJI I LĘKU:

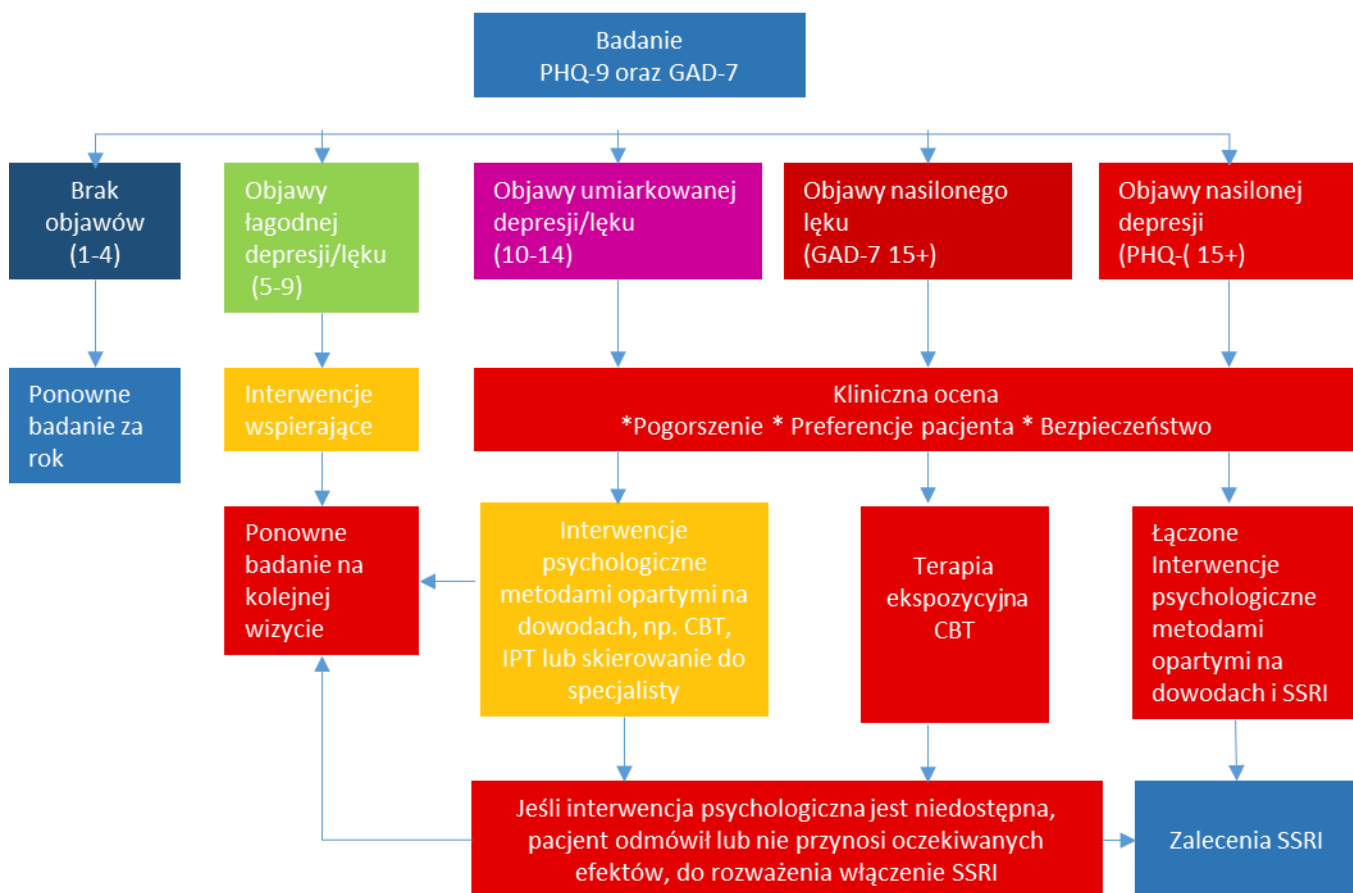
Jeśli PHQ i GAD zidentyfikują obecność depresji i lęku. Zalecane interwencje są zależne od nasilenia objawów (Wykres 4).

- Objawy łagodnej depresji i/lub lęku (5-9):
 - edukacja na temat depresji i/lub niepokoju, prewencja, wsparcie oraz ponowne badanie na następnej wizycie
- Objawy umiarkowanej depresji i/lub lęku (10-14)
 - Zaoferować lub skierować do miejsca gdzie uzyska zalecane interwencje psychologiczne, w tym terapię poznawczo – behawioralną (CBT) i terapię interpersonalną (IPT).
 - Jeśli interwencja psychologiczna jest niedostępna, pacjent odmówił lub nie przynosi oczekiwanych efektów, należy rozważyć włączenie leczenia farmakologicznego
- Objawy nasilonej depresji (PHQ-9: 15+)
 - połączone interwencje psychologiczne i farmakologiczne
- Objawy nasilonego lęku (GAD-7: 15+)
 - Terapia ekspozycyjna CBT
 - Jeśli terapia ekspozycyjna CBT jest niedostępna, pacjent odmówił lub nie przynosi oczekiwanych efektów, należy rozważyć włączenie leczenia farmakologicznego

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Jako leczenie pierwszego rzutu zalecane jest stosowanie selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), w porozumieniu z lekarzem psychiatrą.

Wskazane jest monitorowanie efektu terapeutycznego, objawów ubocznych, interakcji z innymi lekami i chorobami współistniejącymi. Kiedy włączane jest leczenie farmakologiczne należy rozważyć konsultację z farmaceutą w celu ustalenia możliwych interakcji pomiędzy lekami.

ELASTYCZNY, KROKOWY MODEL OPIEKI NAD PACJENTAMI Z CF

Wykres 4. Elastyczny, Krokowy Model Przesiewu i Interwencji dla pacjentów z CF

KROKOWY MODEL OPIEKI NAD RODZICAMI/OPIEKUNAMI - INTERWENCJE W DEPRESJI I LĘKU:

* Rekomendowane interwencje dla rodziców/opiekunów są także oparte na stopniu nasilenia objawów (Wykres 5).

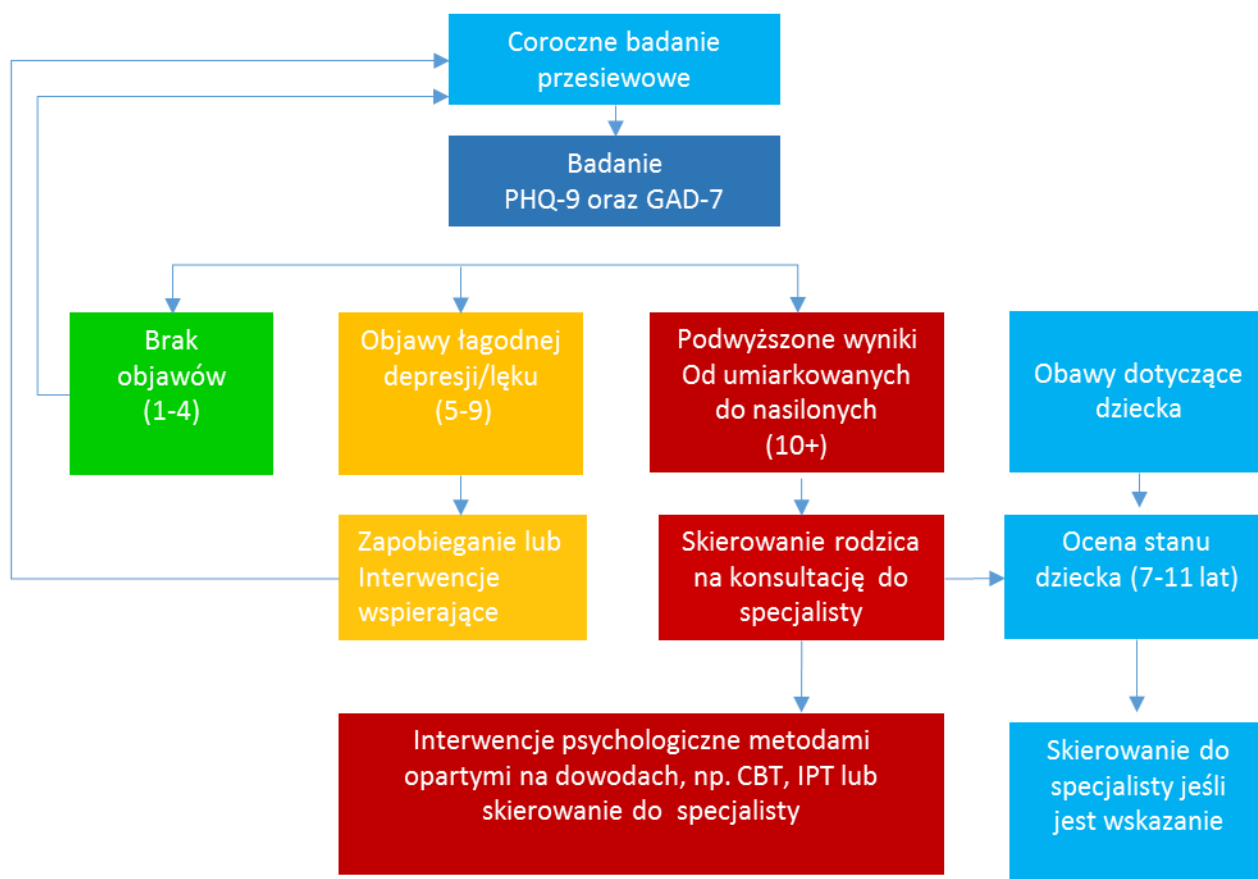
* Wyłącznie dla rodziców/opiekunów: ośrodki, które nie mają możliwości oceny ryzyka samobójstwa mogą zdecydować o wyłączeniu pytania 9 w PHQ-9, które dotyczy myśli samobójczych lub samookaleczenia

Zagadnienia związane z ubezpieczeniem zdrowotnym

* Każdy kraj europejski posiada własny, indywidualny system ubezpieczenia zdrowotnego

* Ważne jest by osoba, która koordynuje zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym w zespole CF miała aktualne informacje dotyczące ubezpieczenia kiedy kieruje pacjenta lub jego rodzica do specjalisty

ELASTYCZNY, KROKOWY MODEL OPIEKI NAD RODZICAMI



Wykres 5. Elastyczny, Krokowy Model Przesiewu i Interwencji dla Rodziców/Opiekunów



Informacja została zaadaptowana dla ECFS za zgodą CFF

References: 1. Quittner AL, Abbott J, Georgiopoulos AM, Goldbeck L, Smith B, Hempstead SE, Marshall BM, Sabadosa KA, Elborn S, and the International Committee on Mental Health. International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax* thoraxjnl-2015-207488 Published Online First: 9 October 2015 doi:10.1136/thoraxjnl-2015-207488. 2. Quittner AL, Goldbeck L, Abbott J, Duff A, Lambrecht P, Solé A, Tiboshc MM, Brucefors AB, Yüksel H, Catastini P, Blackwell L, Barker D. Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: results of The International Depression Epidemiological Study across nine countries. *Thorax*. 2014;69:1090-1097. doi:10.1136/thoraxjnl-2014-205983.