



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministerstvo Zdravstva – Ministry of Health

TRAJTIMI I DEPRESIONIT

UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyesi Nr. 23

Prishtinë, 2022

Verzioni 1.0

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

Dr. Arbëresha Turjaka	Kryesues
Dr. Teuta Qilerxhiu	Anëtare
Dr. Fakete Hoxha	Anëtare
Z. Mentor Sadiku	Anëtar
Z. Bekim Fusha	Anëtar
Prof.Dr. Lul Raka	Anëtar
Dr. Driton Vela	Anëtar
Dr. Sebahate Lleshi	Anëtare
Prof.Dr. Salih Ahmeti	Anëtar
Dr. Edmond Haliti	Anëtar
Z. Agron Bytyqi	Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

Prof.Dr. Merita Berisha	Kryesuese
Prof. Dr. Vlora Ibishi	Anëtare
Prof.Dr. Valbona Zhjeqi	Anëtare
Dr. Merita Vuthaj	Anëtare
Dr. Drita Demiri	Anëtare

Sekretaria për procesin e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

MSc. Niman Bardhi	Kryesues
Dr. Rina Hoxha	Anëtare
Znj. Zana Shabani	Anëtare

Grupi punues për adaptimin e Udhërrëfyesit Klinik "Trajtimi i Depresionit"

Dr. Laura Shehu	DShM	Kryesuese
Mr. Sci Ariana Qerimi	DShM	Anëtare
Dr. Rushit Ismjali	KPSh	Anëtar
Dr. Naim Fanaj	KDSh	Anëtar
Dr. Shukrije Statovci	KTSh	Anëtar
Znj. Shqipe Ukshini	KTSh	Anëtare
Mr. Ph Furtuna Thaqi	MSh	Anëtare

Përmbajtja

I.Hyrje.....	5
1.1.Qëllimi dhe fokusi	5
1.2.Të dhënat për depresionin	5
1.3. Popullata e synuar.....	6
1.4.Dedikimi i udhërrëfyesit.....	6
1.5 Pyetjet.....	6
II.Metodologjia.....	7
III.Përkufizimet.....	8
IV. Vlerësimi.....	9
4.1 Intervenime Psikosociale.....	12
4.2 Intervenime Farmakologjike	14
V.Rekomandimet Klinike	16
5.1 Fëmijët dhe Adoleshentët.....	16
5.1.1 Adresimi te popullatata e ndryshme fëmijë /adoleshentë.....	16
5.1.2 Efikasiteti i ndërhyrjeve psikofarmakologjike fëmijë/adoleshentë	17
5.2 Popullata e Përgjithshme -Të Rriturit.....	19
5.2.1 Efektet e nëngrupit	23
5.2.2 Ofrimi i trajtimeve	24
5.2.3 Efektet e qëndrueshme të trajtimit.....	24
5.3 Të moshuarit.....	24
5.3.1 Për depresionin e vogël/nënpragor.....	25
5.3.2Për çrregullimin persistent depresiv.....	25
5.3.3Parandalimi i rikthimit tek të moshuarit.....	25
5.4 Kujdesi i integruar	27
VI.Kujdesi Parësor Shëndetësor	28
6.1Parimet themelore të zbatimit.....	28
VII.Çrregullimet Depressive.....	31
7.1 Çrregullimet depressive	31
7.1.1Çrregullimi depresiv madhor	31
7.1.2 Çrregullimi depresiv persistent.....	31
7.2 Fëmijët dhe adoleshentët.....	32
7.2.1 Prevalenca tek fëmijët dhe adoleshentët.....	32

7.2.2. Dallimet gjinore tek fëmijët dhe adoleshentët.....	34
7.2.3 Depresioni dhe suicidi te fëmijët/adoleshentët.....	35
7.2.4 Depresioni i fëmijëve/adoleshentëve dhe komorbiditeti.....	35
7.3 Popullata e përgjithëshme- të rriturit.....	35
7.3.1 Prevalenca te adultët.....	35
7.3.2 Dallimet gjinore tek të rriturit.....	36
7.3.3 Depresioni i të rriturve dhe suicidi.....	36
7.3.4 Depresioni dhe komorbiditeti te të rriturit.....	36
7.4 Popullata e moshuar.....	37
7.4.1 Karakteristikat e depresionit tek të moshuarit.....	37
7.4.2 Depresioni i të moshuarve dhe suicidi.....	37
7.4.3 Depresioni dhe komorbiditeti te të moshuarit.....	37
7.4.4 Problemet e trajtimit tek të moshuarit.....	38
VIII. Çrregullimi i Depresionit Madhor.....	38
8.1 Menaxhimi i çrregullimit të depresionit madhor.....	38
IX. Konsideratat - Shqyrtimi i zbatimit të trajtimit.....	41
9.1 Rëndësia e pëlqimit të informuar.....	41
9.1.1 Kultura, Vlerat dhe Preferencat.....	42
9.1.2 Përshtatja e trajtimit në përputhje me individin.....	44
9.1.3 Zbatueshmëria e rezultateve dhe rëndësia klinike.....	44
9.1.4 Aftësia për të përgjithësuar nga të dhënat e grumbulluara tek individi.....	44
9.1.5 Ekzistenca e një sëmundjeje shoqëruese të sjelljes ose çrregullimi mjekësor.....	45
X. Farmakoterapia.....	51
XI. Standardet e Auditueshme.....	57
XII. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona.....	57
XIII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit.....	57
XIV. Referencat.....	59
XV. Shkurtesat.....	84

I.Hyrje

Depresioni [i njohur gjithashtu si depresion i madh ose çrregullim i madh depresiv], është një çrregullim psikiatrik që ndikon në disponim, sjellje dhe në shëndetin e përgjithshëm. Shkakton ndjenja të zgjatura trishtimi, zbrazësi, dëshpërim dhe humbje të interesimit për zhvillimin e aktiviteteve normale të jetës.

Faktet kryesore

- ❖ Depresioni është një sëmundje e karakterizuar nga trishtimi i vazhdueshëm dhe humbje e interesimit për zhvillimin e aktiviteteve normale, e që shoqërohet nga pamundësia për t'i kryer aktivitetet e përditshme jetësore për të paktën dy javë.
- ❖ Personat me depresion normalisht, kanë disa nga këto reaksione: humbje të energjisë; ndryshim në oreks, çrregullime të gjumit duke fjetur pak a shumë; ankth, përqëndrimi i reduktuar, pavendosshmëri, shqetësim, ndjenja e pavlefshmërisë, fajit ose mungesës së shpresës dhe mendimet për vetëlëndim ose suicid.
- ❖ Sa i përket ngarkesës dhe prevalencës, depresioni vazhdon të jetë çrregullimi kryesor mendor dhe është dy herë më i shpeshtë tek femrat sesa tek meshkujt.
Nga 10% deri në 15% e femrave në vendet e industrializuara dhe nga 20% deri në 40% e femrave në vendet në zhvillim vuajnë nga depresioni gjatë shtatzënisë ose periudhës pas lindjes.
- ❖ Përjetimi ose të qenurit dëshmitar të dhunës, mund të ndikojë negativisht në shëndetin mendor të një personi dhe t'i vendosë ata në rrezik më të madh për zhvillimin e depresionit. Femrat që kanë përjetuar dhunë nga partneri kanë pothuajse dy herë më shumë gjasa të përjetojnë depresion krahasuar me femrat që nuk kanë përjetuar dhunë.
- ❖ Ekspozimi ndaj dhunës mund të rrisë gjithashtu, rrezikun e suicidit të një personi.

1.1.Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është të japë rekomandime të qarta për trajtumin e depresionit te fëmijët, adoleshentët, popullata e përgjithshme, të rriturit dhe të moshuarit.

1.2.Të dhënat për depresionin

Sipas OBSH-së, 3.8% e popullatës në nivel global janë të prekur nga depresioni, ku vlerësohet se 5.0% e të rriturve vuajnë nga depresioni derisa 5.7% e të prekurve janë mbi moshën 60 vjeçare. Çdo vit mbi 700 000

njerëz, vdesin për shkak të suicidit. Suicid është shkak i katërt kryesor i vdekjes tek të rinjtë e moshës 15-29-vjeçare¹.

1.3. Popullata e synuar

Personat me çrregullime mendore, personat me status ekonomik të ulët, dhuna familjare, izolimi social.

1.4. Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor që janë të punësuar në të gjitha nivelet e kujdesit të shërbimeve shëndetësore që marrin me trajtimin e çrregullimeve që lidhen me depresion.

1.5 Pyetjet

- ❖ Çka është depresioni?
- ❖ Si bëhet vlerësimi i depresionit?
- ❖ Cila intervenime bëhen te depresioni ?
- ❖ Si bëhet menaxhimi i pacientëve në depresion në kujdesin parësor shëndetësor ?
- ❖ Si menaxhohen rastet me çrregullime depressive ?
- ❖ Cilët janë faktorët kryesor që ndikojnë te depresioni ?
- ❖ Cikat janë strategjitë e psikoedukimi?
- ❖ Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit?

¹ WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

II. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës.

Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus [me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues].

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave, gjithashtu grupi punues është referuar në të dhënat e OBSH-së.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur.

Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesin: "APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts" ndërsa sa i përket çështjes së trajtimit gjithashtu, janë konsultuar udhërrëfyesit e mëposhtëm:

- ❖ "MhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0." 2016
- ❖ "The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders." Gjithashtu grupi punues është referuar në të dhënat më të reja të OBSH-së.

Në këtë udhërrëfyes studimet janë përshkruar sipas metodës AMSTAR që është një mjet i zhvilluar për vlerësimin kritik të rishikimeve sistematike që integron fushat që lidhen me rrezikun e paragjykit, mbulimit të raportimit dhe përshtatjen e metodave analitike të përdorura.

Metodologjia e përdorur në literatura e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit referohet në provat që mbështesin referencat: prova klinike të rastësishme, studime në të cilat përcillen subjektet gjatë gjithë kohës, studime të randomizuara të klusterizuara etj.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet e organizatave kredibile ndërkombëtare

III.Përkufizimet

Anhedonia: përkufizohet si humbje e interesimit, tërheqje nga aktivitetet e rregullta dhe të këndshme, shpesh e lidhur me depresion.

Ankth [i zakonshëm]: përkufizohet si një ndjenjë e pakëndshme frike, frikë e shoqëruar me reagime fiziologjike [p.sh. tension, rritje të rrahjeve të zemrës, djersitje të pëllëmbëve].

Ankth [çrregullim]: përkufizohet si çrregullim mendore në të cilat frika, shqetësimi dhe tensioni janë problemi kryesor. Frika njihet nga personi si e tepruar dhe mund të rezultojë në sjellje të reduktuara të tilla si shmangie [p.sh. agorafobia] ose sjellja rituale [që gjendet në çrregullimin obsesiv-kompulsiv].

Aktivizimi i sjelljes: [bihejvioral] nënkupton trajtimin psikologjik që fokusohet në përmirësimin e disponimit duke u angazhuar sërish në aktivitete që janë të orientuara drejt detyrave që dikur ishin të këndshme, pavarësisht disponimit të ulët aktual. Mund të përdoret si një trajtim i pavarur, dhe është gjithashtu një komponent i terapisë konjitive të sjelljes.

Empatia: përkufizohet si ndërgjegjësim dhe kuptim i ndjenjave, sjelljes dhe motiveve të një personi tjetër, kombinuar me shqetësimin për atë person, pa vetë-identifikim me ato përvoja.

Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance

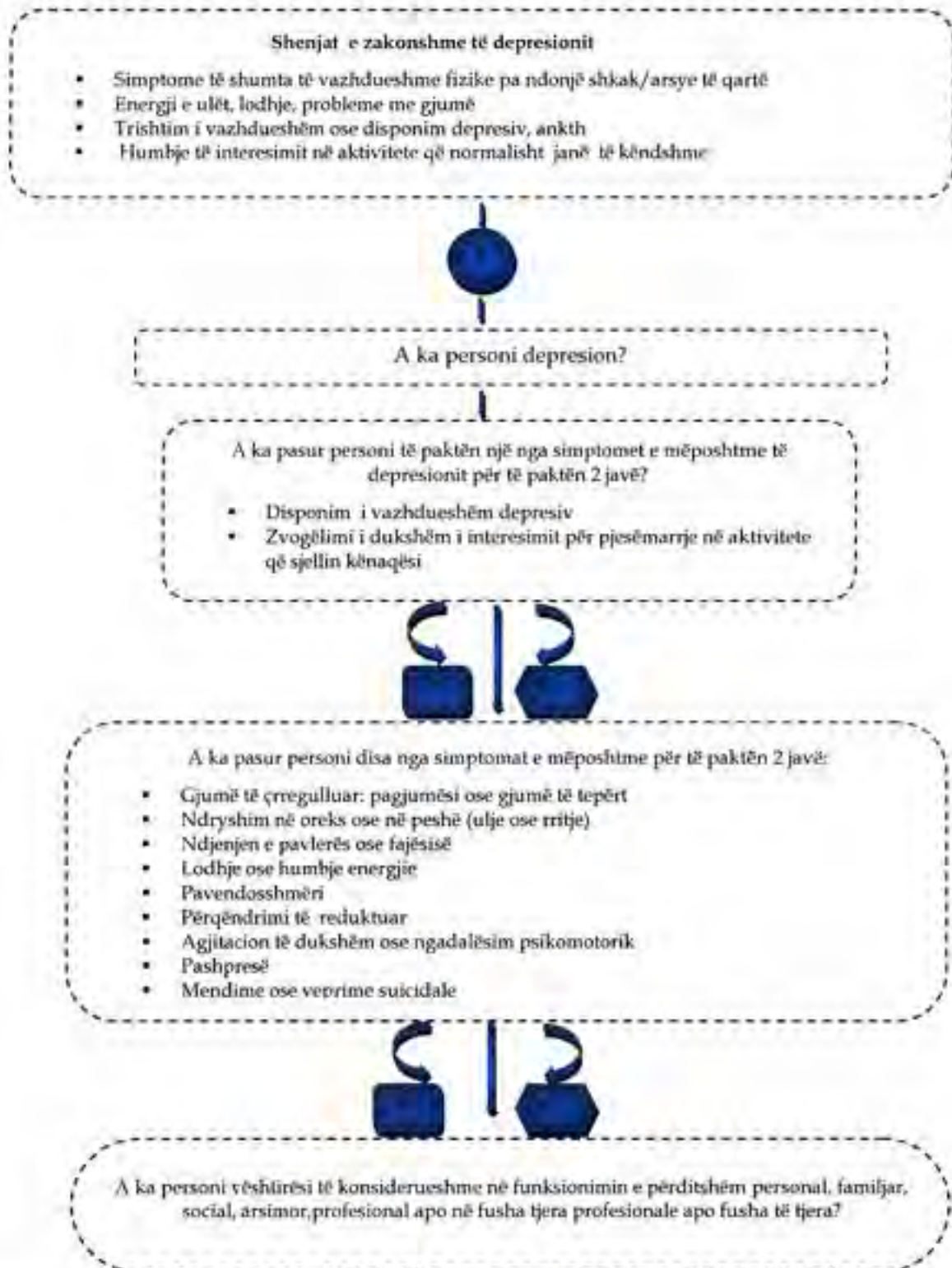
përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

Tërheqja/Abstenenca: përfshinë një sërë simptomash të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza unjall të larta në një periudhë të gjatë kohore.

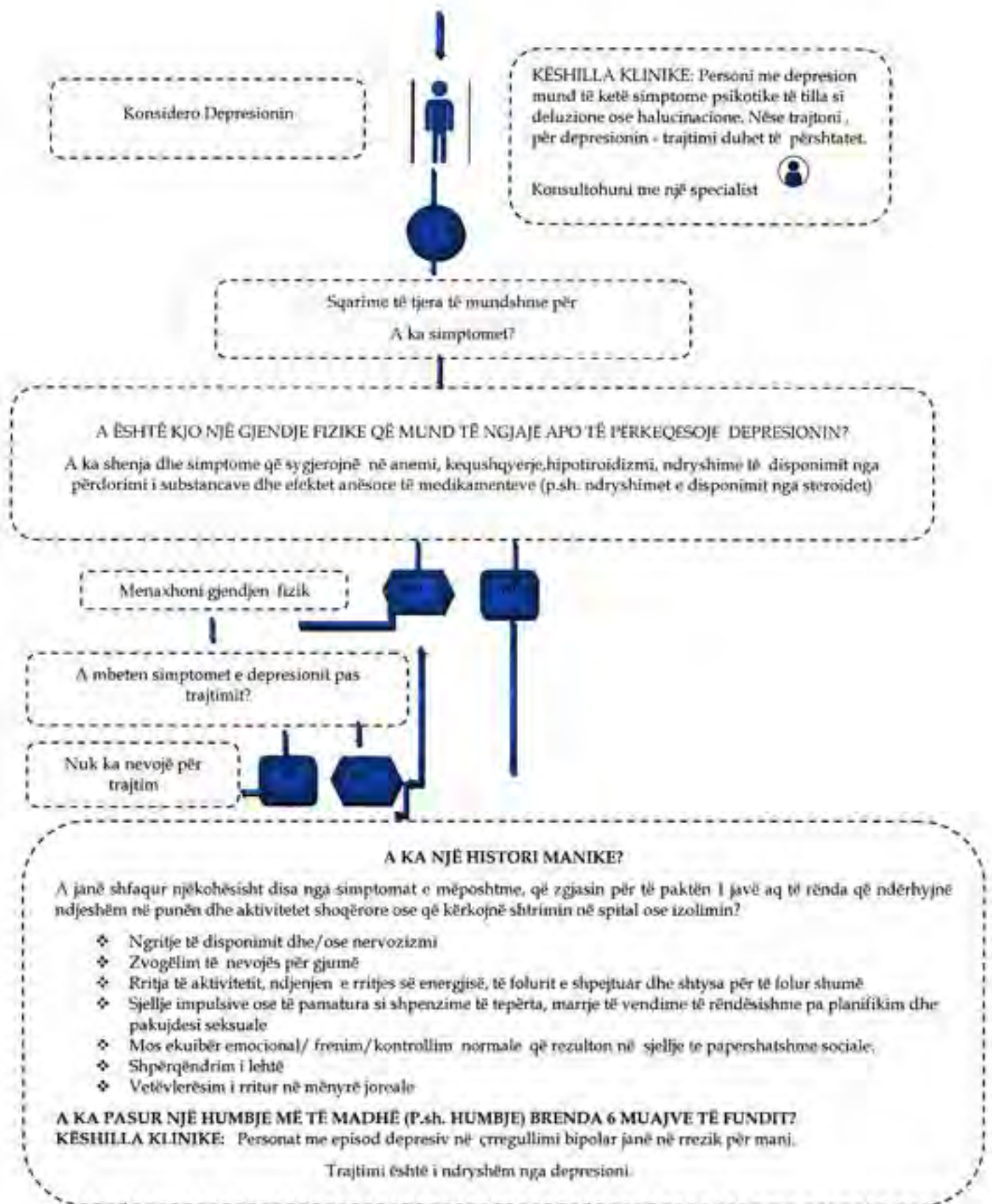
Sindroma mund të jetë e shoqëruar me shenja të shqetësimit fiziologjik, që është një nga treguesit e një sindromi të varësisë. Simptomat e tërheqjes në bazë janë, të kundërta me ato që prodhohen nga vetë substanca psikoaktive.

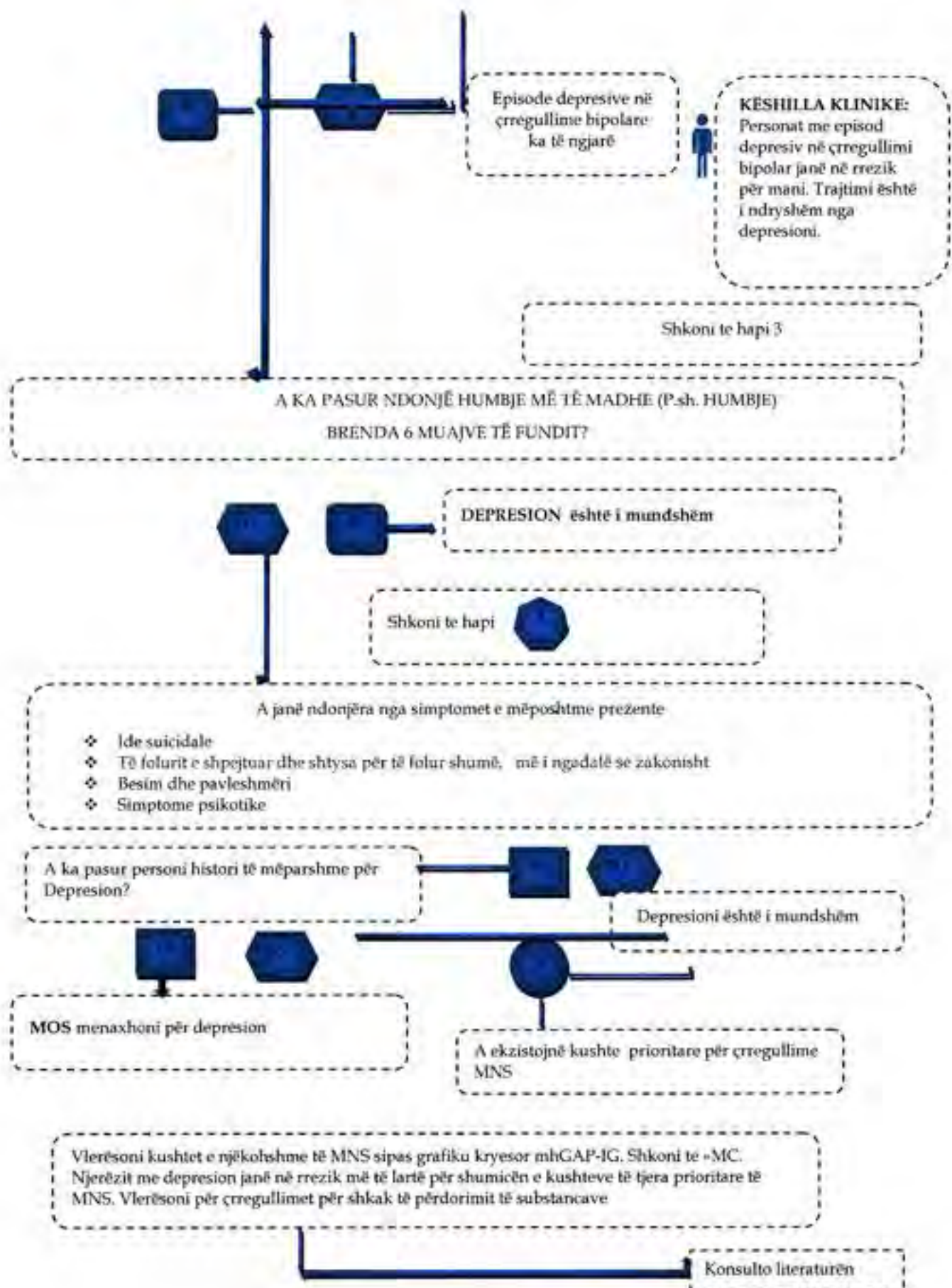
Terapia familjare: nënkupton këshillimin që përfshin disa seanca [zakonisht më shumë se gjashtë] të planifikuara gjatë një periudhe mujore. Seancat realizohen përmes individit, familjes ose grupeve familjare, dhe duhet të përfshijnë personin që jeton me sëmundje mendore, nëse është e mundur. Ka rol mbështetëse dhe edukative, shpesh përfshin zgjidhjen e problemeve të negociuara për menaxhimin e krizave.

IV. Vlerësimi²



² MhGAP-IG 2.0





4.1 Intervenime Psikosociale

Psikoedukimi: mesazhet kryesore ndaj personit dhe kujdestarit



Depresioni është një gjendje shumë e zakonshme që mund t'i ndodhë secilit/es.

- ❖ Shfaqja e depresionit nuk do të thotë që personi është i dobët.
- ❖ Qëndrimet negative të të tjerëve [p.sh. "Duhet të jesh më i fortë," "Kontrolloje veten"] etj, depresioni është një gjendje jo e dukshme, ndryshe nga një frakturë ose një plagë. Gjithashtu ekzistonë keqkuptimi që njerëzit me depresion mundën të kontrollojnë lehtësisht simptomat e tyre me vullnet të plotë.
- ❖ Njerëzit me depresion prirën të kenë negativitet, opinione jorealiste për veten, jetën dhe të ardhmen e tyre. Situata aktuale e tyre mund të jetë shumë e vështirë. Depresioni mundet të shkaktojë mendime të pajustificuara, siç janë: mungesa e shpresës dhe pavlefshmëria. Këto pikëpamje ka të ngjarë të përmirësohen sapo që gjendja depresive të përmirësohet.
- ❖ Mendimet për vetëdëmtim ose suidid janë të zakonshme. Nëse ata vërejnë këto mendime, nuk duhet të veprojnë sipas tyre, por duhet t'i tregojnë një personi të besuar dhe të kthehet për ndihmë menjëherë.

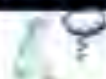
Zvogëloni stresin dhe forconi mbështetjen sociale



Vlerësoni dhe përpuni të reduktoni stresorët

- ❖ Riaktivizoni rrjetin e mëparshëm social të personit. Identifikoni paraprakisht aktivitetet sociale që, nëse fillojnë përsëri, të mund t'i ofrojmë mbështetje psikosociale direkte ose indirekte, p.sh. tubimet familjare, vizitat e fqinjëve dhe aktivitetet e komunitetit.

Promovoni funksionimin në aktivitetet të përditshme ditore dhe jetën në komunitetit



Edhe nëse është e vështirë, inkurajoni personin të përpqet t'i bëjë gjërat të cilat i ka bërë më parë si:

- ❖ Mundohuni të filloni përsëri [ose të vazhdoni] me aktivitetet që ishin më parë të këndshme.

- ❖ Mundohuni të mbani orar të rregullt të gjumit dhe zgjimit.
- ❖ Mundohuni të jeni sa më aktiv fizikisht.
- ❖ Mundohuni të hani rregullisht pavarësisht ndryshimeve në oreks.
- ❖ Mundohuni të kaloni kohë me miqtë dhe familjarët, personat që ju i besoni.
- ❖ Përpiquni të merrni pjesë në komunitet dhe në aktivitete të tjera shoqërore sa më shumë që të jetë e mundur.

Shpjegoni personit dhe kujdestarit se të gjitha këto aktivitete mund të ndihmojnë në përmirësimin e disponimit.

Trajtime të shkurta psikologjike për depresionin



Trajtime të shkurtra psikologjike për depresionin

- ❖ Prova më e mirë është psikoterapi ndërpersonale [përshtatur për adoleshentët] dhe terapi konjitive-sjellëse [TKS], duke mundësuar një rekomandim për të dy këto ndërhyrje psikosociale kundrejt mungesës së trajtimit ose listës së pritjes, dhe kundrejt trajtimit të zakonshëm.
- ❖ Kujdesi i integruar mund të ndihmojë në adresimin e problemeve të shëndetit mendor dhe fizik dhe të sigurojë trajtim më të qetë.
- ❖ Rishikimi aktual-qasjet e kujdesit bashkëpunues, një numër i konsiderueshëm sprovash kanë treguar se kujdesi bashkëpunues është një sistem i bazuar në prova dhe i vendosur mirë për ofrimin e trajtimeve të depresionit.
- ❖ Modeli i kujdesit bashkëpunues për depresionin përfshin menaxherët e kujdesit ndaj depresionit me trajtim të veçantë në ndërhyrjet e bazuara në prova dhe konsultime të rregullta të specialitetit të shëndetit mendor, mund të ofrojë kujdes efikas për pacientët e kujdesit parësor gjatë gjithë jetës - adoleshentët, të rinjtë, të moshës së mesme dhe të të moshuarit.

4.2 Intervenime Farmakologjike

Konsideroni Antidepresantët



Diskutoni me personin dhe vendosni së bashku nëse duhet t'i përshkruani medikamentet antidepresive.

Shpjegoni se:

- ❖ Medikamentet antidepresive nuk shkaktojnë varësi,
- ❖ Është shumë me rëndësi që medikamentet të mirren çdo ditë ashtu siç janë përshkruar.
- ❖ Disa efekte anësore mund të shfaqen brenda ditëve të para por zakonisht zgjidhen.
- ❖ Zakonisht kalojnë disa javë, përpara se të vihen re efektet e përmirësimit të disponimit, interesimit apo rritjes së energjisë pozitive.
- ❖ Merrni parasysh/konsideroni moshën e personit, gjendjet aktuale mjekësore, dhe efekteve anësore të medikamenteve.
- ❖ Filloni me vetëm një medikament me dozë fillestare më të ulët.
- ❖ Antidepresivët zakonisht duhet të vazhdojnë për të paktën 9-12 muaj pas përfundimit të simptomave.
- ❖ Medikamentet nuk duhet të ndërpriten kurrë vetëm për shkak se personi përjeton njëfarë përmirësimi.
- ❖ Edukoni personin për afatin kohor të rekomanduar për marrjen e medikamenteve.

KUJDES!



KUJDES!



Nëse personi zhvillon një episod maniake, ndaloni menjëherë antidepresivët; mund të shkaktojnë një episod maniake në çrregullimin bipolar të patrajtuar.

- ❖ Mos i kombinoni me antidepresantë të tjerë, pasi kjo mund të shkaktojë sindromën e serotoninës.
- ❖ Medikamentët kundër depresionit mund të rrisin idetë për suicid, veçanërisht tek adoleshentët dhe të rinjtë.

Antidepresantët në popullata të veçanta




Adoleshentët 12 vjeç apo më të vjetër/mëdhenj

- ❖ Nëse simptomet vazhdojnë ose përkeqësohen pavarësisht nga ndërhyrjet psikosociale, merrni parasysh fluoksetinën [por jo serotoninën tjetër, selektiv frenues të rimarrjes [SSRI] ose antidepressiv triciklik [TCA]].
- ❖ Nëse përshkruhet fluoksetina, kërkoni që adoleshenti të vjen/ kthehet çdo javë, për 4 javët e para, për të monitoruar mendimet ose planet e tija për suicid.

Gratë që janë shatëzane ose gjdhënëse



Shmangni medikamentet kundër depresionit, nëse është e mundur.

- ❖ Konsideroni antidepressivët në dozën më të ulët efektive nëse nuk ka përgjigje ndaj ndërhyrjeve psikosociale.
- ❖ Nëse gruaja ushqen me gjë, shmangni veprimin e gjatë të antidepressivëve siç është fluoksetina.
- ❖ Konsultohuni me një specialist nëse është i disponueshëm 

Të moshuarit



Shmangni amitriptylinën nëse është e mundur.

Personat me sëmundje kardiovaskulare



MOS përshkruani amitriptylin.

Të rriturit me mendime apo plane vetëvrasjeje



SSRI-të, janë zgjedhja e parë. Mbidozimi i TCA-ve si p.sh. amitriptylina mund të jetë fatale dhe për këtë arsye duhet të shmanget në këtë grup. Nëse ekziston një rrezik i afërt për vetëdëmtim ose vetëvrasje jepni një sasi të kufizuar të antidepressantëve [p.sh. një sasi në javë në të njëjtën kohë].

Kërkojuni kujdestarëve të personit të mbajnë dhe monitorojnë medikamentet dhe për të përcjellë personin për të parandaluar mbidozimin e medikamenteve.

V.Rekomandimet Klinike

5.1 Fëmijët dhe Adoleshentët

Trajtimi i depresionit tek fëmijët dhe adoleshentët njihet si një ndër çështjet më të rëndësishme të shëndetit publik, duke pasur parasysh ndikimet e dëmshme që shkakton depresioni në zhvillim të adoleshentëve si dhe në ndërveprimet ndërpersonale, aktivitete të përditshme jetësore, shkollë, punë etj, e që vazhdon të kenë efekte të dëmshme edhe në moshën madhore.

Në mënyrë të veçantë, u realizua një studim të fëmijët dhe adoleshentët [Cipriani et al., 2016; Zhou et al., 2015], me fokus tek fëmijët, shqyrtimi i Zhou et al. [2015] vuri në dukje në mënyrë specifike gjetje më pak të forta për fëmijët specifikisht për terapinë konjitive-sjellëse [TKS], dhe terapinë ndërpersonale të adoleshentët [TNA].

Prova më e mirë e dëshmuar deri më tani është për psikoterapinë ndërpersonale [përshtatur për adoleshentët] dhe terapi konjitive-sjellëse [TKS], duke mundur një rekomandim për të dy këto ndërhyrje psikosociale kundrejt mungesës së trajtimit ose listës së pritjes, dhe kundrejt trajtimit të zakonshëm.

Baza e provave për terapinë e sjelljes, terapinë konjitive, terapinë familjare, terapinë e lojës, terapinë e zgjidhjes së problemeve dhe psikoterapinë psikodinamike, mbështetëse është e pamjaftueshme për rekomandim.

Kur trajtimet e lartpërmendura [TKS, psikoterapia ndërpersonale-përshtatur për adoleshentët], u krahasuan me njëra-tjetrën, nuk kishte prova të mjaftueshme për rekomandim pro ose kundër klinikistëve që ofrojnë ndonjë nga psikoterapitë mbi ndonjë nga psikoterapitë e tjera të listuara. TKS dhe TNA janë dy psikoterapi më të studjuara SRK [Studime të randomizuara të klusterizuara] që demonstrojnë efikasitetin e tyre në uljen e simptomave të depresionit tek adoleshentët.

5.1.1 Adresimi të popullatata e ndryshme fëmijë/adoleshentë

Terapia Ndërpersonale e Adoleshentëve [TNA], ka një bazë provash të fokusuar në një mostër më të larmishëm të të rinjve sesa terapia konjitive e sjelljes [TKS].

Megjithatë, studimet e secilës prej këtyre terapive përmbajnë të dhëna dhe informacione të pamjaftueshëm për të lejuar gjykimin ose për një rekomandim më të nuancuar, pasi që në shumicën e studimeve mbi TNA nuk kanë pasur informacionet mbi rezultatet afatgjata të pjesëmarrësve të trajtuar.

Për më tepër, për shumë nga studimet e TKS të shqyrtuara, gjendja TKS u krahasua me një gjendje në listën e pritjes dhe jo me trajtime të tjera aktive. Pavarësisht nga këto, TNA dhe TKS ende paraqesin dëshminë më të mirë me rezultate pozitive për trajtimin e depresionit tek të rinjtë.

Rekomandimet për Popullatën e Fëmijëve për Trajtimin e Depresionit		
Rekomandimet	Rekomandimet të forta	Arsyetimi/ Justifikimi
Trajtimi fillestar		
<p>Për trajtimin fillestar të pacientëve, fëmijëve me çrregullime depresive nuk kishte prova të mjaftueshme për të bërë një rekomandim në lidhje me ndonjë nga psikoterapitë/ndërhyrjet e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia e sjelljes ❖ Terapia konjitive/konjitive e sjelljes ❖ Terapia familjare ❖ Terapia me lojëra ❖ Terapia për zgjidhjen e problemeve ❖ Terapia psikodinamike ❖ Terapia mbështetëse <p>Nuk kishte prova të mjaftueshme për të bërë një rekomandim në lidhje me farmakoterapinë për pacientët/ fëmijë me çrregullime depresive.</p>	<p>Dëshmi të pamjaftueshme për një rekomandim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotëson kërkesat AMSTAR, nuk kishte prova të mjaftueshme për të rekomanduar apo për të mos rekomanduar përdorimin e psikoterapive të listuara/ për ndërhyrje, tek fëmijët me çrregullime depresive.</p>

5.1.2 Efikasiteti i ndërhyrjeve psikofarmakologjike fëmijë/adoleshentë

Sa i përket efikasitetit të ndërhyrjeve psikofarmakologjike, janë shqyrtuar provat për ndërhyrjet psikofarmakologjike për depresionin tek fëmijët dhe adoleshentët.

Ka prova të shumta të kontrolluara të randomizuara për përdorimin e fluoksetinës [Prozac] tek fëmijët dhe adoleshentët, ka prova të kufizuara për antidepressivët të tjerë, duke përfshirë ato të Administratës së Ushqimit dhe Barnave [FDA] që miratoi antidepressantin për të rinjtë, **escitalopram [Lexapro]**.

Në këtë drejtim, vërejmë se megjithëse FDA miratoi medikamentin escitalopram, në shqyrtimin e provave nuk ka pasur rekomandime pro ose kundër këtij medikamenti.

Prova më e fortë për një trajtim farmakologjik për depresionin e adoleshentëve është për fluoksetinën [Prozac].

Nëse fluoksetina nuk është një opsion trajtimi ose nuk është i pranueshëm, rekomandohet vendimarrje e përbashkët në lidhje me opsionet e mjekimit me një psikiatër fëmijësh, përveç klinikistit, pacientit dhe prindërve/kujdestarëve të tyre ose anëtarëve të familjes që janë të përfshirë aktivisht në kujdesin e tyre.

Megjithatë, nevojiten më shumë kërkime për të krahasuar efikasitetin e medikamenteve aktive me popullata të ndryshme dhe në kombinim me psikoterapi.

Tabela II.

Rekomandime për popullatën: adoleshente për trajtimin e depresionit		
Rekomandimet	Rekomandimet të forta	Arsyetimi/ Justifikimi
Trajtimi fillestar		
<p>Për trajtimin fillestar të pacientëve adoleshentë me çrregullime depresive, u rekomandohet që mjekëve që të ofrojnë një nga psikoterapitë/ndërhyrjet e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia konjitive/konjitive-sjellëse ❖ Psikoterapi ndërpersonale e përshtatur për adoleshentët [TNA]. <p>Rekomandohet fluoksetinën si mjekim i linjës së parë ndaj medikamenteve të tjera për pacientët adoleshentë me depresion.</p> <p>Çrregullimin e madhë, veçanërisht kur merren parasysh opsionet e mjekimit.</p> <p>Nuk kishte prova të mjaftueshme për të rekomanduar një trajtim [koterapi psiko ose fluoksetinë] mbi tjetrin për çrregullimin e madh depresiv.</p>	Rekomandim për përdorim	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësonin kërkesat AMSTAR.</p> <p>Terapia konjitive/konjitive, sjellëse dhe psikoterapia ndërpersonale e përshtatur për adoleshentët ishin të vetmet ndërhyrje psikoterapeutike me dëshmi të efikasitetit.</p>
Rekomandime shtesë të psikoterapisë për trajtim fillestar		
<p>Nëse asnjë psikoterapi e rekomanduar nuk është e disponueshme ose asnjëra nuk pranohet nga pacienti dhe prindi/kujdestari i tyre, sugjerohet shqyrtimi i një modeli alternativ. Ndërkohë që ndërhyrjet e mëposhtme të vlerësuara tek adoleshentët, nuk kanë dhënë prova të mjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinikistëve që ofrojnë ndonjë nga psikoterapitë/ndërhyrjet e mëposhtme mbi të tjerat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia e sjelljes ❖ Terapia konjitive ❖ Terapia familjare ❖ Terapia për zgjidhjen e problemeve ❖ Terapia psikodinamike ❖ Terapia mbështetëse 	Dëshmi të pamjaftueshme për një rekomandim	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësonin kërkesat AMSTAR, për të gjitha ndërhyrjet, përveç terapisë konjitive-sjellëse dhe psikoterapisë ndërpersonale të përshtatur për adoleshentët [TNA], provat nuk ishin mjaft të forta për të përcaktuar se një terapi ishte më efiçase se një tjetër. Vendimi duhet të bazohet në vendimmarrje të përbashkët me të rinjtë pacientët, prindërit/kujdestarët e tyre ose anëtarët e familjes të përfshirë në mënyrë aktive në kujdesin e tyre.</p>

Udhëzime shitesë për trajtimin fillestar të farmakoterapisë

<p>Informatat mungon në lidhje me opsionet e tjera të mjekimit për adoleshentët.</p> <p>Kështu, nëse fluoksetina nuk është një opsion trajtimi ose nuk është i pranueshëm, rekomandohet vendimmarrje e përbashkët në lidhje me opsionet e mjekimit me një psikiatër fëmijësh, përveç klinicistit, pacientit dhe prindërve/kujdestarëve të tyre ose anëtarëve të familjes të përfshirë aktivisht në kujdesin e tyre.</p>	<p>Rekomandim i kushtëzuar për përdorim</p>	<p>Rekomandohet për shkak të shqetësimeve rreth sigurisë: si rritja e rrezikut të suicidit për adoleshentët kur përdorin medikamente të tjera.</p>
<p>Në përgjithësi, rekomandohet mos përdorimi i medikamenteve të mëposhtme për pacientët adoleshentë me çrregullime të rënda depresive.</p> <p>Megjithatë, kur opsionet e tjera nuk janë të disponueshme, efektive dhe ose të pranueshme për pacientin rekomandohet vendimmarrje e përbashkët midis pacientit dhe klinicistit.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klomipramina ❖ Imipramine ❖ Mirtazapine ❖ Paroxetine ❖ Venlafaksina <p>Nëse merren parasysh këto medikamente, rekomandohet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Paroxetine mbi Klomipramine kur të dyja janë duke u konsideruar. ❖ Paroxetine mbi Imipramine kur të dyja janë duke u konsideruar. <p>Nuk kishite informacion në dispozicion për krahasime të tjera ndërmjet medikamenteve të listuara.</p>	<p>Rekomandim për MOS përdorim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësonin kërkesat AMSTAR, rekomandohet kundër medikamenteve siç theksohet për shkak të sigurisë për përdorimin e këtyre medikamenteve tek adoleshentët.</p> <p>Më tej, rekomandohet vetëm duke zgjedhur midis medikamenteve.</p> <p>Kjo është për shkak të shqetësimeve rreth sigurisë të përdorimit të këtyre medikamenteve tek fëmijët.</p>

5.2 Popullata e Përgjithshme -Të Rriturit

Për trajtimin fillestar të pacientëve të rritur me depresion, rekomandohet që klinicistët të ofrojnë psikoterapi ose antidepressantë të gjeneratës së dytë dhe të përdorin një qasje të përbashkët vendimmarrëse për të shqyrtuar opsionet.

Studimet krahasuese të efektivitetit treguan efekte të ngjashme në modele të ndryshme të psikoterapisë.

Nuk rekomandohet një terapi specifike për trajtimin fillestar midis modeleve të mëposhtme, të paraqitura sipas renditjes së mëposhtme:

- ❖ Terapi e sjelljes
- ❖ Terapi konjitive/konjitive dhe konjitive-sjelljes.
- ❖ Psikoterapi ndërpersonale
- ❖ Terapi psikodinamike dhe
- ❖ Terapi mbështetëse.

Nëse merret parasysh trajtimi i kombinuar, rekomandohet terapikonjitive-sjellëse ose psikoterapi ndërpersonale plus një antidepressant të gjeneratës së dytë.

Përtej këtyre rekomandimeve sugjerohet me kusht disa trajtime të bazuara në situata të veçanta të nuancuara [p.sh., për një individ me depresion i cili po përjeton gjithashtu shqetësime në marrëdhënie] dhe vëren disa trajtime për të cilat nuk ka dëshmi të mjaftueshme për të qenë në gjendje për të bërë një rekomandim.

Në lidhje me trajtimet plotësuese dhe alternative, u dhanë jo më shumë se një rekomandim të kushtëzuar për përdorim.

Në mënyrë të veçantë, sugjerohet fillimi i ushtrimeve dhe St. John's Wort [kantarion] dhe alternativa tjera nëse këto nuk ishin të disponueshme ose të pranueshme.

Megjithatë, kërkohet kujdes gjatë përdorimit të agjentëve pa recetë për të parandaluar ndërveprimet e paqëllimta të medikamenteve, veçanërisht duke pasur parasysh praktikat e ndryshueshme të prodhimit.

Në konsideratë ishin personat që pjesërisht ose që nuk i përgjigjen trajtimit fillestar me antidepressivë për këta individë u rekomandua të kalonin nga medikamentet kundër depresionit të vetme në terapi konjitive ose të kalonin nga medikamentet kundër depresionit të vetëm në një medikament tjetër kundër depresionit.

Në konsideratë ishte dhe parandalimi i rikthimit dhe u sygjera që klinikistët të ofrojnë psikoterapi në vend të medikamenteve kundër depresionit ose trajtim si zakonisht për të parandaluar rikthimin.

Inkurajohet vendimmarrje e përbashkët me pacientin.

Rekomandime për Popullatën e Përgjithshme të Rritur për trajtimin e depresionit		
Rekomandimet	Rekomandimet të forta	Arsyetimi/ Justifikimi
Trajtimi fillestar		
<p>Psikoterapia dhe Farmakoterapia</p> <p>Për trajtimin fillestar të pacientëve të rritur me depresion, në kontekstin e ndarjes së vendimmarrjes me pacientin janë shqyrtuar opsionet që rekomandohet:</p> <p>1. Që klinikistët/mjekët të ofrojnë ose psikoterapi ose antidepressiv të gjeneratës së dytë.</p> <p>Kur zgjidhni ndërmjet trajtimeve duke marrë parasysh opsionet e mëposhtme rekomandohet</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Medikamente kundër depresionit të gjeneratës së dytë. ❖ Studimet e efektivitetit treguan efekte të ngjashme në psikoterapi. Nuk mund të rekomandohet monoterapi specifike për fillimin e trajtimit. <p>Modele të përgjithshme që duket se kanë të efekte të ngjashme përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapi e sjelljes ❖ Terapi e konjitive konjitive-sjelljes dhe 	<p>Rekomandim për përdorim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që përmbushë kërkesat e AMSTAR të efektiviteti krahasues. Hulumtimi zbulon ose efekte të ngjashme ndërmjet trajtimeve ose janë të pamjaftueshme prova për të përcaktuar se një trajtim mund të ofrohet mbi një tjetër.</p>

<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kombinim i antidepressantit të gjeneratës së dytë dhe Omega-3 Acidet yndyrore. ❖ Monoterapia me S-Adenosyl Metionine <p>Kombinimi i antidepressantëve të gjeneratës së dytë dhe ushtrimeve</p>		
<p>Për pacientët e rritur me depresion subklinik, sugjerohet që klinikistët të ofrojnë psikoterapi [psikoterapia në përgjithësi duke përfshirë terapinë konjitive-sjellëse dhe psikoterapië e terapisë jokonjitive-sjellëse [p.sh., këshillimi ndërpersonal], terapia për zgjidhjen e problemeve, terapia e rishikimit të jetës].</p>	<p>Rekomandim i kushtëzuar për përdorim</p>	<p>Kur depresioni subklinik është fokusuar në trajtim, bazuar në literaturë e shqyrtuar që plotësonin IOM ose kërkesat AMSTAR, sugjerohen ndërhyrjet e listuara, të cilat tregojnë efikasitet krahasuar me kontrollin.</p>

Antidepressantët të pjesëshëm dhe mos përgjegjës në trajtimin fillestar

Antidepressantët të pjesëshëm dhe mos përgjegjës në trajtimin fillestar		
<p>Për pacientët e rritur me depresion të cilët ose nuk janë përgjigjur ose vetëm pjesërisht u janë përgjigjur trajtimit fillestar me medikamente kundër depresionit rekomandohen opsionet e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kaloni nga medikamentet kundër depresionit në terapi konjitive vetëm ose, ❖ Kaloni nga medikamentet kundër depresionit në një medikament tjetër kundër depresionit 	<p>Rekomandim për përdorim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar IOM ose AMSTAR; në mënyrë të barabartë, rekomandohen ndërhyrjet e listuara, ka prova që nuk tregojnë ndryshim në efekt.</p>
<p>Për pacientët e rritur me depresion të cilët ose nuk janë përgjigjur ose u janë përgjigjur vetëm pjesërisht trajtimit fillestar me medikamente kundër depresionit, sygjerohet që klinikistët të ofrojnë një nga ndërhyrjet psikoterike të mëposhtme dhe të zgjedhin ndërhyrjet trajtimeve si më poshtë:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Shtoni psikoterapi [psikoterapi ndërpersonale, terapi konjitive-sjellëse, ose psikoterapia psikodinamike] në trajtimin me medikamente kundër depresionit ❖ Shtoni një medikament tjetër kundër depresionit 	<p>Rekomandim i kushtëzuar për përdorim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotëson kërkesat e IOM ose AMSTAR, sygjerohet shtimi i një prej psikoterapive të listuara ose shtimin me një medikament tjetër antidepressiv për trajtimin e të rriturve, pacientët që nuk i janë përgjigjur ose i janë përgjigjur vetëm pjesërisht trajtimit fillestar me medikamente, kundër depresionit. Megjithatë, nuk sugjerohet analiza konjitive-sjellëse [psikoterapisë] ose terapi e shkurtër mbështetëse për trajtimin me medikamente antidepressante</p>
<p>Për pacientët e rritur me çrregullim depresiv madhor, të cilët ose nuk i janë përgjigjur ose i janë përgjigjur vetëm pjesërisht përpjekjes fillestare adekuate të trajtimit antidepressiv të gjeneratës së dytë, nuk ka prova të mjaftueshme për të përcaktuar dallimet në efektin e trajtimit</p>	<p>Dëshmi të pamjaftueshme për një rekomandim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësonin kriteret e IOM ose AMSTAR, provat ishin të pamjaftueshme për të qenë në gjendje të rekomandohen pro ose kundër</p>

<p>për sa vijon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kalimi në një tjetër antidepressant të gjeneratës së dytë. ❖ Kalimi në një terapi jo-farmakologjike [d.m.th. terapi konjitive]. ❖ Shtimi me terapinë konjitive-sjelljes vetëndihmëse. 		<p>shtimit të vetëndihmës së terapisë konjitive-sjellëse të udhëhequr në trajtimin me medikamente kundër depresionit, ndërrimi ose shtimin midis modaliteteve të tjera antidepressive të gjeneratës së dytë ose jo-farmakologjike [d.m.th. terapi konjitive].</p>
--	--	---

PARANDALIMI I RELAPSES

<p>Për pacientët e rritur me depresion paneli sugjeron që klinicistët të ofrojnë psikoterapi [kognitive-sjellëse terapi, terapi konjitive e bazuar në ndërgjegje, ose psikoterapi ndërpersonale] në vend të medikamenteve kundër depresionit ose trajtimit si zakonisht për të parandaluar rikthimin.</p> <p>Nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar një formë nga tre psikoterapitë e listuara</p>	<p>Rekomandim i kushtëzuar për përdorin</p>	<p>Bazuar në literaturën e rishikuar që plotësonte kërkesat e IOM ose AMSTAR, sugjerohet psikoterapi në përgjithësi [terapia konjitive e sjelljes, terapia konjitive e bazuar në ndërgjegje ose psikoterapi ndërpersonale], e cila demonstron një efektivitet krahasues kur krahasohet me trajtim si zakonisht me medikamente kundër depresionit për të parandaluar rikthimin.</p> <p>Megjithatë, nuk kishte prova të mjaftueshme për të qenë në gjendje për të rekomanduar një formë specifike të psikoterapisë për të parandaluar rikthimin</p>
--	---	---

5.2.1 Efektet e nëngrupit

Fatkeqësisht, nuk ka indikacione të qarta se cili pacient me cilat karakteristika do të përfitojë nga cili trajtim, megjithëse kohët e fundit është punuar në zhvillimin e algoritmeve që janë premtuese].

Prandaj i takon terapistit të diskutojë me secilin pacient se cilin trajtim ai ose ajo preferon, duke marrë parasysh rezultatet e pritura, efektet anësore, efektet e mundshme negative, kostot dhe investimin në kohë të pacientëve.

Shumica e pacientëve preferojnë psikoterapinë mbi farmakoterapinë, megjithëse një pakicë e rëndësishme [rreth 25%] preferojnë farmakoterapinë.

Për më tepër, trajtimet e kombinuara të psikoterapisë dhe farmakoterapisë janë më efektive se trajtimet e vetëme në disa nën popullata, por kostot, rreziku i efekteve anësore dhe kërkesat për pacientët janë më të mëdha.

Përveç kësaj, disa kërkime sugjerojnë se trajtimi i kombinuar mund të ndërhyjë në efektet e qëndrueshme për psikoterapi.

Si i tillë, i takon ofruesit dhe pacientit të vendosin nëse një trajtim i kombinuar është i preferueshëm.

Për pacientët me depresion kronik dhe rezistent ndaj trajtimit, zakonisht rekomandohet trajtimi i kombinuar.

5.2.2 Ofrimi i trajtimeve

Megjithëse rekomandimet fokusohen në llojet e ndërhyrjeve, mënyra në të cilën ofrohen trajtimet është gjithashtu e rëndësishme.

Megjithatë, rishikimi aktual dha informacion të kufizuar në këtë fushë.

Një numër i konsiderueshëm i sprovave ka treguar se kujdesi bashkëpunues është një sistem i bazuar në prova dhe i vendosur mirë për ofrimin e trajtimeve të depresionit.

Modeli i kujdesit bashkëpunues për depresionin përfshin profesionistët e kujdesit ndaj depresionit me trajnim të veçantë në ndërhyrjet e bazuara në prova dhe konsultime të rregullta të specialitetit të shëndetit mendor dhe mund të ofrojë kujdes efikas për pacientët e kujdesit parësor gjatë gjithë jetës - adoleshentët, të rinjtë, të moshës së mesme dhe të rriturit më të vjetër.

Prova të pamjaftueshme ishin në lidhje me efektivitetin e psikoterapive në grupe specifike të synuara, si studentët, personat me sëmundje siç janë : diabeti, sëmundjet e zemrës dhe kanceri.

5.2.3 Efektet e qëndrueshme të trajtimit

Psikoterapitë e përgjithshme duket se kanë efekte më afatgjate që mund të shihen 6 deri në 12 muaj pas përfundimit të trajtimit, ndërsa shkalla e rikthimit pas ndërprerjes së antidepressantëve është shumë më e lartë dhe krahasimet e drejtpërdrejta midis psikoterapive dhe antidepressantëve sugjerojnë se efektet e psikoterapive mund të jenë më të mira në aspektin afatgjatë. Ka prova të qarta që TKS ka një efekt të qëndrueshëm.

Aktivizimi i sjelljes tregoi gjithashtu një efekt të ngjashëm në një studim në të cilin u testua dhe psikoterapia afatgjatë dinamike në lidhje me trajtimin si zakonisht [i cili mund të përfshijë medikamente kundër depresionit], që mund të ketë gjithashtu një efekt të ngjashëm.

5.3 Të moshuarit

Rekomandimet dhe sugjerimet e përshkruara për Terapinë konjitive të sjelljes TKS, terapinë e zgjidhjes së problemeve, terapinë e rishikimit të jetës janë në përputhje me hulumtimet e realizuar për trajtimin e depresionit te të moshuarit.

Kur merret parasysh trajtimi fillestar i çrregullimit depresiv madhor tek të moshuarit, rekomandohet ose trajtimi i rishikimit të jetës në grup ose TKS-në grupore [ose vetëm ose të shtuar në kujdesin e zakonshëm] në vend të mungesës së trajtimit ose terapisë së kombinuar farmakoterapike dhe psikoterapisë ndërpersonale mbi psikoterapinë ndërpersonale të vetme. Nëse këto opsione nuk janë të

disponueshme ose të pranueshme atëherë sugjerohen trajtime të veçanta bazuar në situata të nuancuara dhe gjithashtu vijhet në dukje situata në të cilat provat janë të pamjaftueshme për një rekomandim.

5.3.1 Për depresionin e vogël/nënpragor

Sygjerohet TKS, trajtim të rishikimit të jetës dhe terapi për zgjidhjen e problemeve nuk ka rekomandim specifik. Për situatat në të cilat ka çrregullim të madh depresiv ose depresion të vogël dhe dëmtim njohës, sugjerohet terapi për zgjidhjen e problemeve, por nuk ka rekomandim në lidhje me kombinimin e aktivizimit të sjelljes dhe trajtimit si zakonisht.

5.3.2 Për çrregullimin persistent depresiv

Sygjerohet terapia me kusht për zgjidhjen e problemeve [individuale] ose paroksetinë, megjithëse argumentohet se paroksetina është e kundërrindikuar tek të moshuarit për shkak të efekteve të saj anësore antikolinergjike [shih Kriteret e Beers të Shoqatës Amerikane të Geriatriisë 2015] dhe shumë psikiatër geriatrikë do të preferonte një tjetër SSRl [d.m.th., escitalopram ose sertraline].

Kur një i moshuar paraqet çrregullim të madh depresiv, ashtu edhe komplikime mjekësore ose të tjera, propozohen sygjerrime të kushtëzuara bazuar në situatën e veçantë të nuancuar.

5.3.3 Parandalimi i rikthimit tek të moshuarit

Së fundi, për parandalimin e përsëritjes, rekomandohet kombinimin e psikoterapisë ndërpersonale dhe farmakoterapisë ose kombinimin e kujdesit mbështetës dhe farmakoterapisë. Nëse këto opsione nuk janë të disponueshme sygjerohet me kusht psikoterapia ndërpersonale për parandalimin e përsëritjes, provat janë të pamjaftueshme për të qenë në gjendje të rekomandohet ndërmjet terapisë konjitive-sjelljes [grupore] plus farmakoterapisë dhe vetëm farmakoterapisë për parandalimin e përsëritjes.

Rekomandime për popullatën e të rriturve të moshuar për trajtimin e depresionit		
Rekomandimet	Rekomandime të forta	Arsyetimi/ Justifikimi
Trajtimi fillestar		
<p>Për trajtim fillestar të pacientëve më të moshuar me depresion në kontekstin e vendimmarrjes së përbashkët me pacientin rekomandohet:</p> <ol style="list-style-type: none"> Trajtim/ rishikim i jetës në grup ose sjelljes konjitive në grup. Terapia [ose e vetme ose e shtuar në kujdesin e zakonshëm] pa trajtim Farmakoterapia e kombinuar dhe TNA mbi TNA vetëm. <p>Vlen të përmendet, ndërsa studimi mbi të cilin bazohet ka përdorur nortriptyline rekomandohet</p>	Rekomandohet për përdorim	Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësoi kriteret e IOM ose AMSTAR, terapi konjitive-sjellëse [grupi] dhe rishikimi i jetës [grupi] ndërhyrjet e bazuara ishin të vetmet ndërhyrjet me efikasitet dhe dëshmi adekuate. Derisa nortriptyline u përdor në të kaluar për shkak të efikasitetit dhe sigurtisë së tij, praktikant kanë ndryshuar ndjeshëm, dhe nortriptyline tani

<p>një antidepressant të gjeneratës së dytë për shkak të uljes së rrezikut i efekteve anësore.</p>		<p>shihet si strategjia farmakoterapike e linjës së dytë ose të tretë për depresionin madhor. Është përgjithësisht i rezervuar për pacientët të cilët nuk kanë reaguar mirë në një frenues selektiv të rimarrjes së serotoninës ose serotoninën-norepinefrinën frenues, të cilët përgjithësisht konsiderohen të jenë më të sigurt për të rriturit më të vjetër se nortriptylin. Ka njëfarë efikasiteti të dhënat nga rishikimet sistematike/ meta-analizat që tregojnë efikasitetin e medikamenteve kundër depresionit të gjeneratës së dytë.</p>
<p>Për pacientët e rritur të moshuar me depresion, nëse një trajtim i rekomanduar nuk është i pranueshëm ose i disponueshëm, sygjerohet që klinikistët të ofrojnë një nga psikoterapitë/ ndërhyrjet e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia kognitive-sjelljes [individuale] [ose e pavarur ose brenda kombinimit me kujdesin e zakonshëm], u zbulua se ishte më i lartë se: ❖ nuk ka trajtim ❖ një kontroll jospesifik i terapisë së bisedës ❖ kujdesi i zakonshëm ❖ desipramine <p>Terapia e kombinuar kognitive-sjellëse dhe teknikat terapeutike jospesifike [individuale] me farmakoterapinë, e cila ishte superiore ndaj farmakoterapisë vetëm. Vlen të përmendet një studim specifik që bazohet në përdorimin e desipramina, rekomandohet një antidepressant i gjeneratës së dytë për shkak të rrezikut të reduktuar të efekteve anësore.</p> <p>Psikoterapia ndërpersonale dhe farmakoterapia, e cila ishte kushtimisht superiore për parandalimin e përsëritjes në:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kujdesi mbështetës ❖ TNA dhe kujdesi mbështetës ❖ Vlen të përmendet, që studimi mbi të cilin bazohet ka përdorur nortriptyline <p>rekomandohet një antidepressant i gjeneratës së dytë për shkak të uljes së rrezikut të efekteve anësore</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia e zgjidhjes së problemeve [grupi], e cila ishte më e lartë se terapia e kujtimeve [grupi] 	<p>Rekomandim i kushtëzuar për përdorim</p>	<p>Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësojnë kriteret e IOM ose AMSTAR, nëse një trajtim i rekomanduar nuk është i disponueshëm ose i pranueshëm, sygjerohet përdorimi i ndërhyrjeve që treguan efikasitet.</p> <p>Më tej, efektiviteti krahasues i hulumtimi gjen prova për të sugjeruar trajtime ose kombinime të caktuara e trajtimeve mbi të tjerët. Derisa nortriptyline dhe triciklik të tjera kundër depresionit janë përdorur në të kaluarën për shkak të efikasitetit dhe sigurisë së tij, praktikantët kanë ndryshuar ndjeshëm, dhe nortriptyline tani shihet si strategjia farmakoterapike e linjës së dytë ose të tretë për depresionin madhor. Është përgjithësisht i rezervuar për pacientët tek të cilët nuk ka reaguar mirë në një frenues selektiv të rimarrjes së serotoninës ose rimarrjes së serotoninës-norepinefrinës frenues, të cilët përgjithësisht konsiderohen të jenë më të sigurt për të rriturit më të vjetër se nortriptyline. Ka njëfarë efikasiteti të dhënat nga rishikimet sistematike/ meta-analizat që tregojnë</p>

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psikoterapia, ndërpersonale [individuale], e cila ishte superiore ndaj kujdesi mbështetës 		efikasitetin e medikamenteve kundër depresionit të gjeneratës së dytë.
Për pacientët e rritur të moshuar me depresion, nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar pro ose kunder ofrimit të mjekëve <ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia për zgjidhjen e problemeve [personalisht] kundrejt kontrollit të vëmendjes [thirrje telefoni] për çrregullimin madhor depresiv. ❖ Terapia për zgjidhjen e problemeve [video thirrje] kundrejt kontrollimit të vëmendjes [thirrje telefoni] për çrregullimin madhor depresiv. 	Dëshmi të pamjaftueshme për një rekomandim	Bazuar në literaturën e shqyrtuar që plotësonte kërkesat e IOM ose AMSTAR, nuk ka prova të mjaftueshme në dispozicion për të përcaktuar dallimet në efektin e trajtimit për krahasimet e listuara të trajtimit për pacientët e rritur të moshuar me depresion. Nuk ka rekomandime për një trajtim mbi tjetrin. Vendimi duhet të bazohet në vendimmarrjen e përbashkët me pacientin.

Lidhja me literaturën tjetër. Rekomandimet dhe sugjerimet e grupit studiues janë që trajtimet psikologjike të ofrohen në të gjithë spektrin e ashpërsisë [d.m.th., çrregullimi i depresionit madhor, nënpragor] është e rëndësishme sepse prezantimet e simptomave subsindromale ose simptomet e vogla depresive ndodhin shpesh tek të moshuarit. Farmakoterapia zakonisht nuk indikohet për rastet e simptomave depresive subsindromale dhe për këtë arsye ekziston një nevojë e veçantë për trajtime psikologjike dhe TKS, terapi për zgjidhjen e problemeve, rishikim të jetës dhe ndoshta ndërhyrje të tjera mund të rekomandohen. Vlen gjithashtu të theksohet se të moshuarit dhe të rinjtë duket se tregojnë përmirësime të ngjashme në përgjigje të psikoterapisë.

Preferencat e trajtimit të të moshuarve dhe konsideratat e trajtimit. Për shkak se të moshuarit shpesh shprehin një preferencë për trajtime psikologjike dhe ofrimin e një shërbimi të tillë në mjediset e kujdesit shëndetësor parësor, është e rëndësishme që përpjekjet për t'i integruar të vazhdojnë.

5.4 Kujdesi i integruar

Kujdesi i integruar është një model i tillë që mund të adresojë keqpërdorimin e shërbimeve të trajtimit të depresionit nga të moshuarit.

Përveç kësaj, duke pasur parasysh se të moshuarit kanë më shumë gjasa të kenë kushte të tjera shëndetësore, psikoterapia mbetet një trajtim i preferuar pasi medikamentet kanë potencial për ndërveprime negative me medikamente të tjera.

Kujdesi i integruar mund të ndihmojë në adresimin e problemeve të shëndetit mendor dhe fizik dhe të sigurojë trajtim më të qetë.

Së fundi, në lidhje me rekomandimet e mjekimit duhet të theksohet se derisa nortralina është përdorur në të kaluarën për shkak të efikasitetit dhe sigurisë së saj, praktikat kanë ndryshuar ndjeshëm dhe nortralina tani shihet si një strategji farmakoterapie e linjës së dytë ose të tretë për depresionin madhor.

Në përgjithësi është i rezervuar për pacientët të cilët nuk kanë ecur mirë me një frenues selektiv të rikapjes së serotoninës ose një frenues të rimarrjes së serotoninës-norepinephrine, të cilët përgjithësisht konsiderohen të jenë më të sigurt për të rriturit më të vjetër se noritroptilina.

Për më tepër, disa argumentojnë se paroksetina është kundërrindikuar tek të moshuarit për shkak të efekteve të saj anësore antikolinergjike [shih Lista e Beers të Shoqatës Amerikane të Geriatriisë 2015] dhe shumë psikiatër geriatrikë do të preferonin një tjetër SSRI [d.m.th., escitalopram ose sertraline].

VI. Kujdesi Parësor Shëndetësor

Rekomandimet e paraqitura për trajtimin e depresionit në kujdesin parësor shëndetësor janë paraqitur në tabelën në vijim në formë të modelit të shkallëzuar varësisht nga fazat e paraqitjes së sëmundjes, regresioni³.

Hapat	Përgjegjësit	Qëllimi	Veprimi
Hapat I-V	Kush është përgjegjës për ofrimin e kujdesit?	Cili është qëllimi?	Çka duhet të bëni?
Hapi I	Mjeku familjar/infermier	Njohja e depresionit identifikimi	Vlerësimi
Hapi II	Ekipi i kujdesit parësor	Depresion i lehtë	Të qenit vigjilent vetëndihma e udhëhequr, ushtrimet, intervenimet e shkurta psikologjike
Hapi III	Ekipi i kujdesit parësor	Depresion mesatar apo i rëndë	Medikamentet ,intervenimet, psikologjik, përkrahje sociale
Hapi IV	Specialistët e Shëndetit Mendor	Depresion rezistent në trajtim , rekurent atipik dhe psikotik si dhe ata me rrezikshmëri të lartë	Medikamentet ,intervenimet komplekse , psikologjike trajtimet e kombinuara
Hapi V	Kujdesi Spitalor	Rreziku për jetën vet neglizhiencë e rëndë	Medikamentet trajtim i kombinuar

6.1 Parimet themelore të zbatimit

Hapi I. Skreningu i depresionit në kujdesin parësor

³ www.amfk.org

Skreningu i depresionit te grupet e rrezikut [psh, ata me anamnezë të kaluar të depresionit, sëmundje të rëndë fizike, të cilat shkaktojnë paaftësi apo probleme të tjera të shëndetit mendor siç është demenca] duhet të bëhen në kujdesin parësor shëndetësor.

Mendoni për shkaktarët potencial të depresionit si sëmundje trupore apo mundësin që depresioni të jetë i shkaktuar nga medikamentet.

Pyesni klientin/pacientin :

- ❖ Gjatë dy muajve të fundit a jeni brengosur, sepse shpesh herë jeni ndjerë të padisponuar, depresivë apo të pashpresë.
- ❖ Gjatë muajit të fundit a jeni brengosur sepse shpesh herë keni pasur më pak interesim apo kënaqësi për të bërë gjëra të ndryshme.

Hapi II. "Të qenit vigjilent"

Te rastet me depresion të lehtë, nëse vlerësojmë që pacienti nuk dëshiron të trajtohet apo gjendja e tij mund të përmirësohet pa ndonjë intervenim taktik një takim brenda dy [2] javëve për të rivlerësuar gjendjen.

Menaxhimi i gjumit dhe ankthit

- ❖ Keni parasysh këshillat lidhur me gjumin dhe menaxhimin e ankthit.

Ushtrimet dhe vetëndihma

Ndihmoni në trajtimin e depresionit në shërbimin parësor të pacientët me depresion të lehtë. Këshillohet që të marrin pjesë:

- ❖ Në ushtrime të mbikëqyrura, kohëzgjatja efektive është tri [3] seanca në javë me kohëzgjatje mesatare [45 minuta deri në 1 orë] për dhjetë[10] deri në dymbëdhjet [12] javë].
- ❖ Pjesëmarrje në programe të vetëndihmës , nëse ato ekzistojnë për 6 deri në 9 javë përfshirë edhe përcjelljen nga profesionisti.

Intervenimet psikologjike

- ❖ Te rastet me depresion të lehtë dhe mesatar duhet të merret parasysh trajtimi psikologjik , i cili në mënyrë specifike përqëndrohet në depresion [terapinë e zgjedhjes së problemeve dhe këshillim,gjashtë[6]deri në tetë [8] seanca për dhjetë [10] deri në dymbëdhjetë[12].
- ❖ Tek intervenimet psikologjike, rëndësi të madhe në rezultatet e intervenimit ka në kompetencat e terapeutut dhe aleanca terapeutike.

Antidepresivët nuk rekomandohen për trajtim fillestar të depresionit të lehtë për shkak të rrezikut, përfitimi është mjaft i dobët.

- ❖ Në raste kur depresioni i lehtë persiston edhe pas ndërhyrjeve të tjera apo shoqërohet me probleme psikosociale dhe mjekësor atëherë duhet të mirret parasysh përdorimi i medikamenteve antidepresive.
- ❖ Nëse pacienti me anamnezë të depresionit mesatar apo të rëndë shfaqet me depresion të lehtë, atëherë mirren parasysh përdorimi i antidepresantëve.

Hapi III.

Trajtimi i depresionit mesatar dhe atij të rëndë në kujdesin parësor shëndetësor

Fillimi i trajtimit

- ❖ Te rastet e depresionit mesatar, para ndërhyrjeve psikologjike ofroni medikamente antidepresive në mënyrë rutinore për të gjithë pacientët.
- ❖ Diskutoni frikën e pacientëve ndaj varësisë apo brengave tjera që kanë lidhur me përdorimin e medikamenteve. Sqaroni se nuk do të paraqitet varësia dhe toleranca.
- ❖ Pas fillimit të trajtimit informoni pacientët për:
 - ❖ Rrezikun e simptomave të ndërprerjes/tërheqjes së medikamentit.
 - ❖ Efektete anësore potenciale.
- ❖ Informoni pacientin lidhur me vonesën e paraqitjes së efekteve, kohëzgjatjen e trajtimit dhe nevojën për të marrë medikamente ashtu siç janë të përshkruara.
- ❖ Përpiquni që të ofroni informata të shkruara adekuate lidhur me nevjat e pacientëve

VII. Çrregullimet Depressive

7.1 Çrregullimet depressive

Çrregullimi depresiv madhor, çrregullimi depresiv persistent, janë disa nga çrregullimet më të përhapura, më dëmtuese dhe më të kushtueshme.

Depresioni madhor çon në humbje të produktivitetit në punë, rritje të morbiditetit dhe mortalitetit për shkak të efekteve të drejtpërdrejta që lidhen me rritjen e rrezikut për suicid, uljen e sjelljeve funksionale dhe funksionimin ndërpersonal.

Gjithashtu për shkak të efekteve indirekte çon në dëmtim të shëndetit nëpërmjet përkeqësimit të shkaktarëve të tjerë të morbiditetit dhe mortalitetit, p.sh. rritë prevalencën e diabetit posaçërisht në mesin e adultëve dhe të rriturve të moshës së mesme.

7.1.1 Çrregullimi depresiv madhor

karakterizohet me disponim depresiv [ose shqetësim të fëmijët] dhe/ose humbje e kënaqësisë ose interesimit për të paktën 2 javë.

Shoqërohet nga të paktën prej tri prej simptomave të mëposhtme që shfaqen në pjesën më të madhe të ditës, [për një total prej të paktën pesë] si:

- ❖ Humbje peshe dhe/ose ndryshim në oreks
- ❖ Pagjumësi ose hipersomni
- ❖ Ngadalësim psikomotor ose agjitim, lodhje ose humbje të energjisë
- ❖ Ndjenjë e fajësisë, ose ndjenjë e pavlerës, vetrespekt i ulur, apo aftësi e zvogëluar për të u përqëndruar apo për zë menduar, mendimet e përsëritura rreth vdekjes.
- ❖ Idetë suicidale/ plani për suicid apo tentative suicidale.

7.1.2 Çrregullimi depresiv persistent

Një tjetër çrregullim depresiv është çrregullimi depresiv persistent që karakterizohet nga disponimi depresiv në shumicën e kohës për të paktën 2 vjet, me më së paku nga dy simptomet e mëposhtme:

- ❖ Ndjenjë e pashpresës,
- ❖ Pagjumësi ose hipersomni,
- ❖ Mbingrënie ose oreks i dobët.
- ❖ Lodhje ose energji e ulët,
- ❖ Vetëbesim i ulët dhe pengesa në koncentrim.

Te fëmijët dhe adoleshentët, kohëzgjatja është të paktën një vit, dhe disponimi mund të jetë iritabil. Për më tepër, nuk mund të ketë një hendek në këto simptoma për më shumë se 2 muaj. Një episodë hipomanike ose manike që shfaqet gjatë kësaj periudhe kohore, as kriteret e plotësuara për çrregullimin ciklotimik. Me tutje, simptomat e paraqitura nuk shpjegohen si pjesë e një çrregullimi apo gjendje tjetër mjekësore, si dhe përdorimit të ndonjë substance,

Niveli i pa-afhtësisë që lidhet me çrregullimet depresive [çrregullimi depresiv madhor, çrregullimi depresiv persistent, depresioni subklinik dhe manifestime të tjera] varet nga intensiteti dhe natyra kronike ose e përsëritur e simptomave, si dhe frekuenca e lartë e çrregullimit.

Ndryshe nga sëmundjet e tjera kronike, fillimi i çrregullimit depresiv madhor shpesh shfaqet në adoleshencë të vonë ose në fillim të moshës madhore.

SHBA, afërsisht 6.7% deri në 7.6% e të rriturve raportojnë një episod të depresionit madhor në një periudhë prej 12 muajsh, ku femrat kanë afërsisht 1.7 herë më shumë rrezik sesa meshkujt.

Në popullatat e marginalizuara dhe ato të nivel ekonomik të ulët, normat ka të ngjarë të jenë më të larta. Prevalenca gjatë gjithë jetës vlerësohet të jetë 17.9%.

Depresioni madhor shpesh shoqërohet me çrregullime të tjera të shëndetit mendor, veçanërisht me çrregullimet e ankthit dhe çrregullimet e përdorimit të substancave. Barra e madhe për individin, familjen, sistemin e kujdesit shëndetësor dhe shoqërinë e bën të domosdoshme zhvillimin dhe zbatimin e mjeteve efektive dhe strategjitë për të vlerësuar dhe trajtuar çrregullimin depresiv madhor dhe çrregullime të tjera depresive.

7.2 Fëmijët dhe adoleshentët

7.2.1 Prevalenca tek fëmijët dhe adoleshentët

Depresioni është një nga çrregullimet psikiatrike më të zakonshme tek adoleshentët. Ka të dhëna për prevalence prej 11.7% gjatë gjithë jetës për çrregullimin depresiv madhor apo çrregullimin distimik te adoleshentët.

Adoleshenca është periudhë unike, prandaj duhet pasur parasysh rritjen dramatike të rrezikut për depresion gjatë kësaj periudhë.

Është gjetur se dëmtimet që ndërlidhen me depresionin e adoleshentëve vazhdojnë deri në moshën madhore dhe reflektojnë morbiditetin sinjifikant dhe dëmtimin afatgjatë të shoqëruar me çrregullimin.

Nga studimet del se shkalla e depresionit është rritur ndjeshëm në mesin e të rinjve të moshës 13 deri në 18 vjeç dhe se prevalenca e çrregullimit depresiv madhor është dy herë më e lartë tek adoleshentët më të vjetër se sa te ata më të rinj, si dhe më e lartë te adoleshentët femra sesa meshkujt.

Për më tepër adoleshentët me çrregullime ankthi, çrregullime të deficitit të vëmendjes/hiperaktivitetit, çrregullime të përdorimit të substancave dhe çrregullimet e sjelljes kanë shkallë të konsiderueshme të komorbiditetit me çrregullimin depresiv madhor.

Prevalenca e depresionit është më e ulët tek fëmijët e vegjël dhe te ata para adoleshencës duke filluar nga 0.4% në 2.5% të fëmijëve para adoleshencës [tek fëmijët që plotësojnë kriteret diagnostikuese për çrregullimin depresiv madhor, ka të ngjarë të nënvlerësojnë ndikimin e depresionit tek të rinjtë, pasi tek fëmijët para adoleshencës që paraqesin simptoma klinike të rëndësishme dhe funksionim të dëmtuar, por jo diagnozë të plotë klinike].

Këto të dhëna gjithashtu mund të mospërfshijnë përfaqësim të rëndësishëm të fëmijëve me ngjyrë ose të pakicave tjera që kanë më pak gjasa për vlerësim dhe trajtim.

Këta fëmijët me depresion subklinik janë në rrezik për t'u zhvilluar depresion që plotëson kriteret diagnostifikuese më vonë në fëmijëri dhe adoleshencë.

Studimet e hershme longitudinale të fëmijëve me depresion sugjerojnë se depresioni me fillimin e hershëm të fëmijët shoqërohet me një kurs më të zgjatur të sëmundjes dhe është indikator për rezultate më të rënda psikiatrike në adoleshencë dhe moshë madhore.

Në mënyrë të veçantë, shoqërohet edhe me depresionin në moshë madhore duke përfshirë këtu edhe historinë psikiatrike familjare .

Gjetjet kanë sugjeruar se depresioni i fëmijërisë dyfishon rrezikun e përjetimit të depresionit në adoleshencë dhe depresioni i adoleshentëve është parashikues i fuqishëm i depresionit në moshën e hershme të rritur.

Fëmijët dhe të rinjtë që jetojnë në zonat rurale, të largëta, dhe lokacione të tjera me shërbime jo mirë apo jo mjaftueshëm të zhvilluara kanë më pak gjasa të marrin trajtimin e nevojshëm për probleme të shëndetit mendor.

Fëmijët dhe adoleshentët me depresion kanë shumë më pak gjasa se të rriturit për të marrë trajtimin e nevojshëm në kuadër të shëndetit mendor.

Prandaj, është e rëndësishme për të identifikuar strategjitë efektive të trajtimit për moshën e fëmijërisë dhe depresionin e adoleshentëve për të ulur dëmtimet aktuale funksionale dhe për të prishur potencialisht trajektoret negative të zhvillimit që mund të vazhdojnë në moshën madhore.

Karakteristikat e depresionit tek fëmijët dhe adoleshentët

Me prezantimin e DSM-5, ato që më parë njiheshin si "Çrregullimet e Disponimit" tani referohen si "Çrregullime Depresive" dhe përfshijnë:

- ❖ Çrregullimin disruptiv të disponimit
- ❖ Çrregullimi depresiv madhor - epizode të vetme dhe të përsëritura
- ❖ Çrregullim depresiv perzistent
- ❖ Çrregullim disforik premenstrual
- ❖ Çrregullim depresiv i shkaktuar nga substanca/medikamente
- ❖ Çrregullim depresiv për shkak të një çrregullimi tjetër mjekësorë, çrregullime të tjera depresive të specifikuara dhe
- ❖ Çrregullimi depresiv i paspecifikuar.

Sic u përmend më herët, Çrregullimi Depresiv madhor – episodë e vetme apo e përsëritur dhe çrregullimet depresive persistente janë çrregullimet me prevalencën më të lartë tek adoleshentët.

Çrregullimet depresive në përgjithësi karakterizohen nga një grup simptomash duke përfshirë trishtimin ose disponimin e ulët, vajin, humbjen e interesit për aktivitetet, zvogëlimin e energjisë dhe ndryshimet në gjumë dhe ngrënie.

Deri sa këto simptoma mund të jenë të pranishme te të rinjtë dhe të rriturit, në adoleshencë, depresioni mund të shfaqet në mënyra pak të ndryshme.

Për shembull, mbi 60% e adoleshentëve me depresion raportojnë dëmtim të rëndë në funksionim në lidhje me shkollën/punën, familjen, punët dhe rolet sociale. Hulumtimet e fundit kanë treguar se prezantimet tipike të të rinjve me depresion mund të përfshijnë: lodhjen, nervozën [iritabilitetin] dhe zemërimin që ndërlidhet me ndryshime në sjellje duke përfshirë këtu performancën e dobët në shkollë, acting-out [dalje nga kontrolli], dhe marrëdhënie të dobëta ndërpersonale dhe me bashkëmoshatarë.

Në mënyrë tipike, ndryshimet e sjelljes individuale duhet të ndodhin për të paktën 2 javë dhe duhet të shkaktojnë një ndryshim të dukshëm në funksionim nga sjelljet e mëparshme të konsideruara normale që ai individ të konsiderohet i dëmtuar.

Edhe pse episodet e çrregullimit depresiv madhor janë më pak të shpeshta tek fëmijët sesa tek adoleshentët, kohëzgjatja e episodit është dukshëm më e gjatë tek fëmijët sesa tek adoleshentët [mesatarja 16 javë kundrejt 8 javëve].

Pavarësisht nga kohëzgjatja e episodit, klinikistët janë inkurajuar të ndërhyjnë për të lehtësuar vuajtjet, veçanërisht duke pasur parasysh periudhat dhe detyrat e ndjeshme të zhvillimit të fëmijërisë dhe adoleshencës.

Kriteret diagnostike të DSM-5 për karakteristikat e çrregullimeve depressive shënojnë disa përjashtime për fëmijët ose adoleshentët, të tilla si një përjashtim specifik për fëmijët për depresionin madhor: p.sh. dështimi për të fituar peshën e pritur dhe jo vetëm humbja ose shtim i konsiderueshëm i peshës duhet të merret parasysh gjatë diagnostikimit.

Lidhur me manifestimet e çrregullimit depresiv madhor tek të rinjtë me depresion shfaqen simptoma që përfshijnë: izolimin social, ndjeshmërinë ekstreme ndaj refuzimit ose dështimit dhe rritjen e nervozës [iritabilitetit].

Ndërsa këto simptoma mund të shfaqen edhe te të rriturit, këto janë simptoma që mund të jenë më rëndësi të madhe për njohjen e depresionit në rinë, veçanërisht sepse ka dallime të rëndësishme zhvillimore në shprehjen verbale dhe pjekurinë emocionale mes të rinjve dhe të rriturve.

Në përgjithësi, pjesa më e madhe e literaturës nuk i trajton fëmijët dhe adoleshentët si grupe të veçanta zhvillimi, duke kufizuar kështu të kuptuarit tonë për simptomat unike të fëmijët dhe adoleshentët. Kjo është një shqetësim sepse dallimet në zhvillim mund të kenë implikime në trajtim [p.sh. përshtatshmëria e disa strategjive trajtuese të terapisë konjitive ose formave të terapisë së lojës].

7.2.2. Dallimet gjinore tek fëmijët dhe adoleshentët

Shkalla e depresionit ndryshon ndërmjet gjinive në periudhën e moshës nga fëmijëria deri në adoleshencë. Para pubertetit, normat për çrregullimet depressive janë ekuivalente ndërmjet gjinive. Pas pubertetit, kjo kalon në një raport 2:1 për femrat dhe kjo vazhdon gjatë gjithë moshës madhore. Rritja e normave për femrat fillon të shfaqet rreth moshës 13 vjeçare. Arsytet për diferencat në kohën e fillimit pas pubertetit nuk dihen plotësisht, por mendohet se ndryshimet hormonale dhe sociale që ndodhin në këtë periudhë luajnë një rol të rëndësishëm.

7.2.3 Depresioni dhe suicidi te fëmijët/adoleshentët

Ndërsa adoleshentët të cilët përjetojnë një epizod depresioni kanë 30-fish rrezik të rritur për vdekje nga suicidi, shkalla e depresionit është stabilizuar apo ka rënë gjatë 20 viteve të fundit, në adoleshencë është ulë në 28% nga viti 1999-2013. Edhe pse ka stabilitet në shkallën e suicidit tek të rinjtë, suicidi është shkaku i tretë kryesor i vdekjeve për të rinjtë midis moshës 10 dhe 24 vjeçare.

Çrregullime depressive janë të lidhura me rritjen e rrezikut për ide suicidale dhe tentative suicidale. Prevalenca e tentativave serioze për suicid është më e lartë tek të rinjtë homoseksualë, lezbike dhe biseksualë sesa homologët e tyre heteroseksualë [përkatësisht 42.8% dhe 14.8%].

Depresioni është një faktor rreziku kryesor për suicid të më shumë se gjysma e viktimave të suicidit të adoleshentëve. Kështu, duke ofruar trajtim efektiv për depresionin tek të rinjtë dhe duke redukuar qasjen në mjeket vdekjeprurëse mund të kemi ndikim të konsiderueshëm në parandalimin e sjelljeve dhe tentativave suicidale në këtë grup moshë

7.2.4 Depresioni i fëmijëve/adoleshentëve dhe komorbiditeti

Një pjesë e madhe e fëmijëve dhe adoleshentëve me depresion gjithashtu plotësojnë kriteret për çrregullimet psikiatrike komorbide, me çrregullimet më të zakonshme duke përfshirë ankthin dhe çrregullime e sjelljes. Hulumtimet kanë treguar se të rinjtë me depresion primar, krahasuar me të rinjtë me ankth primar, kanë më shumë mundësi të kenë sëmundje të tjera shoqëruese [të tilla si ankthi].

Për shembull, hulumtimet gjatë 10 viteve të fundit sugjerojnë se pothuajse gjysma e të rinjve me depresion primar plotësojnë gjithashtu kriteret për çrregullimet e ankthit ndërsa më pak se 20% e të rinjve me ankth primar gjithashtu plotësojnë kriteret për një çrregullim depresiv .Përveç ankthit, ekzistojnë edhe sëmundje të tjera psikiatrike në të rinjtë me depresion primar që përfshijnë: përdorimin dhe abuzimin e substancave , problemet e gjumit dhe çrregullimin e mungesës së vëmendjes/hiperaktivitetit.

Ekzistojnë gjithashtu disa dallime të raportuara në gjini në modelet e komorbiditetit, me disa studime që tregojnë që depresion shoqërohet me çrregullim të sjelljes tek vajzat dhe depresioni shoqërohet me çrregullimet e përdorimit të substancave tek djemtë.

7.3 Popullata e përgjithëshme- të rriturit

7.3.1 Prevalenca te adultët

Çrregullimi depresiv madhor është një nga çrregullimet më të shpeshta të disponimit në mesin e të rriturve të rinj dhe të moshës së mesme. Sipas një raporti të vitit 2014 rreth 15.7 milionë të rritur në SHBA të moshës 18 vjeç e lartë kishin të paktën një episod të depresionit madhor. Kjo përfaqësoi 6.7% e të gjithë të rriturve në SHBA.

Depresioni jo vetëm që është i përhapur, por mbart në vete barrën më të madhe të pa-afetësisë në mesin e çrregullimeve psikologjike. Sipas hulumtimeve të vitit 2012 vlerësohet se mesatarisht 1 në 20 njerëz në mbarë botën kanë përjetuar një episod depressive duke bërë kështu që rreth 350 milionë njerëz të jenë të prekur nga depresioni.

Karakteristikat e depresionit në popullatën e përgjithshme të rritur

7.3.2 Dallimet gjinore tek të rriturit

Në të gjithë botën, femrat kanë afërsisht dy herë më shumë gjasa për të përjetuar depresion. Për shembull, femrat gjatë jetës së tyre, kanë një prevalencë rreth 21% për të zhvilluar çrregullim depresiv madhor, krahasuar me meshkujt tek të cilët kjo prevalencë është 12%.

Ky dallim gjinor shfaqet herët gjatë adoleshencës. Shpjegimet për këtë ndryshim përfshijnë një sërë zhvillimesh, shkaqet biologjike, kulturore dhe ato sociale.

Pavarësisht nga arsyet, OBSH ka vlerësuar se barra nga depresioni është 50% më e lartë për femrat në krahasim me meshkujt. Për më tepër, është shkaku kryesor i dëmtimit funksional për femrat pavarësisht nga statusi socio-ekonomik i një vendi të caktuar.

Një shqetësim tjetër është nocioni i depresionit maternal, veçanërisht në vendet në zhvillim, që mund të jetë një faktor rreziku për rritjen të fëmijëve të vegjël, duke nënvizuar kështu ndikimin e depresionit ndërmjet gjeneratave.

Ka dallime gjinore edhe në mënyrën se si shfaqet depresioni te të rriturit. Për shembull, sipas Institutit Kombëtar të Shëndeti Mendor [NIMH], femrat raportojnë më tepër për simptoma si: trishtimi [mërzia], ndjenjë e pavlerës dhe fajësisë, kurse meshkujt raportojnë se kanë: lodhje, irritabilitet, probleme me gjumin dhe humbje të interesit për aktivitete që më parë ju kanë ofruar kënaqësi.

7.3.3 Depresioni i të rriturve dhe suicidi

Vlerësohet se rreth dy të tretat e atyre që vdesin nga suicidi në SHBA vuajnë nga depresioni në kohën e realizimit të aktit suicidal.

Për më tepër, gjasat për një tentativë sucidale gjatë gjithë jetës është vlerësuar të jetë pesë herë më e madhe për personat me çrregullim depresiv madhor ose çrregullim depresiv persistent krahasuar me një person pa diagnozë. Statistikat e tilla theksojnë fuqimisht nevojën për vlerësim adekuat të pranisë dhe shkallës së suicidit gjatë punës me të rriturit me depresion, reduktimin e qasjes në mjete me të cilat mund të realizohet tentative apo suicidi dhe nevojën për një trajtim efektiv të depresionit për të reduktuar suicidin.

7.3.4 Depresioni dhe komorbiditeti te të rriturit

Hulumtimet kanë treguar se në mesin e personave pa sëmundje kardiovaskulare p

Simptomat dhe çrregullimet depressive zakonisht shoqërohen me një gamë të gjerë të çrregullimeve tjera psikiatrike dhe sëmundjeve mjekësore.

Këto përfshijnë ankthin, çrregullimin e stresit post-traumatik, përdorimin e substancave, çrregullimet e personalitetit, sëmundjet e zemrës, kancerin, sklerozën multiple, dhimbjen, demencën dhe diabetin.

Përtej vetë sëmundjes komorbiditeti mund të ketë ndikim të rëndësishëm dhe mund të jetë shkak për rezultate të pafavorshme. Për shembull, depresioni tek pacientët me diabet shoqërohet me rrezik më të lartë të komplikimeve të tilla si amputimi, verbëria dhe demenca or me depresion, ka rreth 200% rritje të rrezikut relativ [ose probabilitetit] për zhvillim të sëmundjeve të zemrës krahasuar me personat

jodepresivë. Shumë shpesh depresioni raportohet tek pacientët me HIV/SIDA. Literatura për vlerësimin dhe trajtimin e sëmundjeve komorbide me depresionin është në rrëje.

7.4 Popullata e moshuar

Shkalla e prevalencës së depresionit në përgjithësi të të moshuarit vlerësohet të jetë 2.6%. Përlllogaritja e prevalencës së depresionit madhor tek pacientët e moshuar sillet ndërmjet 5%-10% në mjediset e kujdesit parësor dhe është akoma më e lartë [10%-40%] në mesin e të moshuarve në mjediset me pacientë të hospitalizuar, duke përfshirë këtu edhe shërbimet e kujdesit afatgjatë.

Studimet epidemiologjike të personave të moshës së shtyer tregojnë se prevalenca e depresionit dhe simptomat sinjifikante klinike rriten me tepër dhe mund të bëhen barrë e mjekësisë, të shkaktojnë komorbiditetet dhe pa-afhtësi.

Depresioni subklinik është 2-3 herë më i shpeshtë se depresioni madhor tek të moshuarit, dhe 8%-10% e atyre me simptoma subklinike zhvillojnë çrregullim depresiv madhor çdo vit.

Rënia konjitive, ndryshimet neurobiologjike të lidhura me moshën, ngjarjet stresuese dhe problemet me gjumin janë gjithashtu faktorë rreziku për depresionin në moshën e shtyer. Është gjithashtu e rëndësishme të merren parasysh dallimet e grupmoshave të caktuara në prevalencë, manifestim dhe trajtimi të depresionit tek të moshuarit. Për shembull, çështjet e një personi në të 60-at mund të jenë të ndryshme nga një personi i moshuar në të 90-at.

7.4.1 Karakteristikat e depresionit tek të moshuarit

Paraqitja klinike e depresionit tek të moshuarit është gjithashtu e veçantë dhe, në një masë të rëndësishme, ndryshon nga periudhat e hershme të ciklit jetësor duke ndjekur një kurs me epizoda rekurente.

Depresioni tek të moshuarit shpesh është rezistent ndaj trajtimit, domethënë, pacientët mund të përmirësohen pjesërisht, por nuk arrijnë të kenë rikthim të plotë të funksionimit. Përmirësimi jo i plotë [remisioni parcial] që karakterizohet nga prania e simptomave reziduale, shoqërohet me paafhtësi të vazhdueshme, barrën për familjarët dhe me rrezik të rritur për rikthim të hershëm dhe përsëritje të çrregullimit. Edhe pse literatura mbi rezistencën ndaj trajtimit tek të moshuarit është ende e mangët, hulumtimet e fundit në fushën e farmakoterapisë janë premtuese.

Depresioni subklinik në pleqëri është një mundësi e rëndësishme për ndërhyrjet e hershme për të parandaluar zhvillimin e plotë të depresionit klinik. Intervenimet e bazuara në mësim dhe ato që aktivizojnë sjelljen [p.sh., aktivizimi i sjelljes, terapia konjitive dhe e sjellëse, terapia për zgjidhjen e problemeve] janë metoda premtuese të parandalimit të depresionit [me fokus te personat me simptoma të lehta].

7.4.2 Depresioni i të moshuarve dhe suicidi Një aspekt tjetër dhe veçanërisht i rëndësishëm i depresionit tek të moshuarit është rreziku për suicid, veçanërisht te meshkujt e bardhë të moshuar që zakonisht përdorin pistoletë për t'i dhënë fund jetës. Rritja e qasjes dhe shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit për depresionin tek të moshuarit, dhe reduktimi i qasjes në mjete shumë vdekjeprurëse [p.sh., armët e zjarrit] janë strategjitë thelbësore për reduktimin e faktorëve proksimal të rrezikut për suicid.

7.4.3 Depresioni dhe komorbiditeti të të moshuarit Edhe pse simptomat kryesore janë të njëjta si në popullatën e përgjithshme adulte [p.sh., disponimi i ulët dhe anhedonia], depresioni tek të moshuarit

zakonisht bashkë-ndodh me çrregullime kronike mjekësore duke përfshirë pa-afhtësinë. Është gjetur se rritja e kujdesit për depresionin lidhet me nivele më të ulëta të dhimbjes, si dhe cilësi më të lartë të jetës dhe funksionimit në mesin e të moshuarve me depresion dhe artrit në komorbiditet. Më tej, depresioni tek të moshuarit ose bashkëjeton ose parashikon zhvillimin e dëmtimi kognitiv dhe demencës. Për shembull, në një meta-analizë të vitit 2013 u gjetë një lidhje midis depresionit tek të moshuarit dhe rrezikut për demencë, duke përfshirë këtu demencën e Alzheimerit dhe demencën vaskulare. Ky rrezik ishte veçanërisht i lartë për demencën vaskulare. Komorbiditetet me depresionin në moshën e shtyer komplikojnë menaxhimin dhe nevojat që duhet të adresohen në planifikimin e trajtimit.

7.4.4 Problemet e trajtimit tek të moshuarit Shumë të moshuar për trajtim të depresionit preferojnë trajtimet psikosociale më shumë se farmakoterapinë. Faktorë të shumtë ndikojnë në këto preferenca, duke përfshirë sigurimin, disponueshmërinë e trajtimeve specifike, transportin dhe lëvizshmërinë e reduktuar të pacientit. Vlerësohet se 6%-10% e pacientëve të moshuar në kujdesin parësor shëndetësor diagnostifikohen me epizodë depressive madhore dhe 10%-20% të tjerë kanë simptoma subklinike që shkaktojnë pa-afhtësi dhe paraqesin rrezik për zhvillim të çrregullimit depresiv madhor.

VIII. Çrregullimi i Depresionit Madhor

8.1 Menaxhimi i çrregullimit të depresionit madhor

Është e rëndësishme që të kihet parasysh se ndërkaq që depresioni mund të ndodh në formë të veçantë, simptomat dhe sindromet depressive shpesh shoqërojnë gjendjet e përgjithshme mjekësore, si kardiologjike, neurologjike [p.sh. Parkinsoni], sëmundjet endokrine dhe gjendje kronike shëndetësore si kanceri, apo sindromat autoimmune.

Në gamën e problemeve që shfaqen psikiatria depresioni shpesh është komorbiditet – duke ngërthyer në vete edhe çrregullimet e ankthit, çrregullimet e personalitetit, abuzimin me substanca, veçanërisht me alkool.

Për më shumë, si fenomen, nuk është i ndryshëm prej depresionit bipolar. Një përqindje e vogël e pacientëve që në fillim janë diagnostikuar të kenë pasur depresion madhor do të ridiagnostikohen se kanë pasur në fakt depresion bipolar, sapo që ata të kenë shfaqur simptome manike.

Sidoqoftë, klinikisht, depresioni po ashtu manifestohet si i vetëm dhe, në shumë raste, është problemi i vetëm mjekësor me të cilin ballafaqohet pacienti.

Intervenimet

Krijimi i një bazamenti të fortë është qenësor në menaxhimin e depresionit, jo vetëm për të ofruar një zgjidhje të suksesshme për epizodin e tanishëm, por edhe për të zvogëluar gjasën e përsëritjes së tij.

Gjatë menaxhimit, e rëndësishme l'i kushtohet rëndësi faktit që depresioni është kronik, shpesh ndodh gjatë tërë jetës, që është sëmundje dhe, ndërkaq që epizodet akute mund të trajtohen në mënyrë të

sukseshme dhe një nivel i kënaqshëm i funksionimit realizohet, shkaqet e vulnerabilitetit të shtresuar me kohë vështirë se do të zhduket plotësisht.

Me fjalë të tjera, ekzacerbimet e çrregullimit [epizodet e depresionit madhor] mund të shërohen duke përdorur trajtimin që është në dispozicion për momentin, por prapë se prapë, nuk është e mundur ta shërojë sëmundjen plotësisht.

Sido që të jetë, rezilienca kundër depresionit mund të rritet dhe shumë nga *Intervenimet e rekomanduara* si pjesë e krijimit të një bazamenti për menaxhimin e depresionit.

Ndërveprimeve nuk duhet të nënvlerësohen dhe këto duhet të implementohen në mënyrë gjithëpërfshirëse sa me shumë që të jetë e mundur.

Mungesa e një gjumi të rehatshëm, me zgjime të kohëpaskohëshme në mëngjes e përcjellur nga një gjumë i pakët gjatë natës është karakteristikë e depresionit, edhe pse të fjeturit e tepërt gjatë natës dhe gjatë ditës i shoqëruar me lodhje dhe plogështi është po ashtu gjë e zakonshme [si pjesë e depresionit atipik].

Krahas rregullimit të gjumit, qenësore është stabilizimi i një diete të shëndetshme dhe ushtrimeve të rreguata.

Çështjet kyçe për t'u përmendur se në praktikë ushtrimi dhe dieta janë mjaft sfiduese për çdo kënd, pasi që kërkojnë motivim të fuqishëm dhe monitorim të vazhdueshëm.

Në disa raste, është e dobishme të përfshihet edhe ndihma e dietologut, ose të trajnerit të ushtrimeve për të identifikuar dieten e përshtatshme dhe regjimin e përshtatshëm të ushtrimeve. Sido që të jetë, këshillat e drejtpërdrejta dhe efektive, ashtu si edhe monitorimi mund të ofrohet nga infermierja ose stafi mbështetës shëndetësor që kanë njohuri përkatëse në këto lëmi.

Krahas stabilizimit të *Intervenimeve*, është e rëndësishme të adresohen faktorët e tjerë kontribues të stilit të jetës.

Për shembull, pirja e duhanit, pirja e tepërt e alkoolit dhe abuzimi me substanca duhet të ndalet sa më shpejt që është e mundur, ose, të paktën, të konsumohen në sasi të moderuara.

Menaxhimi duhet po ashtu të përfshijë implementimin e masave që përfshijnë intervenimet psikoedukative dhe psikologjike deri te shqyrtimi i faktorëve socialë dhe të sigurohet që të gjitha aspektet e sëmundjes të vlerësohen dhe monitorohen në mënyrë të përshtatshme.

Është e rëndësishme që në psikoedukim të përfshihet familja dhe shokët, si dhe personat tjerë që vuajnë nga depresioni për shkak se sëmundja shpesh nuk kuptohet mjaftueshëm dhe se sjellja individuale mund të interpretohet negativisht.

Për shembull, mungesa e motivimit dhe e iniciativës mund të shihen si përtaci ose thjesht mosinteresim.

Po ashtu, shokët dhe familja shpesh mund të ndihmojnë në sigurimin e stabilizimit të sjelljeve dhe të rutinave të shëndetshme dhe të sigurohen se individët marrin medikamentet me kohë dhe nuk i shmangin vizitat mjekësore.

Intervenimet psikologjike janë veçanërisht të rëndësishme për shkak se nga perspektiva e pacientëve ato shpesh janë trajtime të preferuara.

Shikuar nga aspekti pragmatik, një sfidë për stabilizimin e intervenimeve psikologjike mund të jetë që pacientët e humbasin interesimin në pjesëmarrje të intervenimeve psikologjike atëherë kur simptomat e tyre janë përmirësuar me antidepressantë.

Për të shumangur këtë rezultat suboptimal, është thelbësore që farmakoterapia dhe intervenimi psikologjik t'i ofrohen pacientit si komponente gjithëpërfshirëse në trajtimin e depresionit.

Një atraksion kyç i komponentës psikologjike është ofrimi i mundësisë për të mësuar shkathësi të reja konjitive dhe sjellës për të parandaluar përsëritjen dhe relapsin e ardhshëm.

Në kontekst të çrregullimeve të disponimit, është e rëndësishme të vlerësohet nëse personi është në rrezik të tentativës për suid; dhe faktorët kyç për t'u theksuar sa i përketë kësaj janë anamenza e tentativave të mëparshme për suid dhe gjendja e tanishme mendore.

Zgjedhjet e ofruara

Ndërkaq që disa paraqitje të Çrregullimit të Depresionit Madhor mund të menaxhohen me sukses duke implementuar *Intervenimet* e nënvizuara më lart, veçanërisht përdorimi i intervenimeve psikologjike. Ka shumë raste kur kërkohen antidepressantë.

Bazuar në evidence, edhe në përvoja klinike ka shtatë *Zgjedhje* të antidepressantëve. Është më rëndësi për t'u theksuar se secili antidepressantë është prej klasëve të ndryshme.

Zgjedhjet e ofruara janë dhënë në Figurën 26 dhe janë vënë përgjatë një boshti që reflektojnë tolerimin më të mirë të tyre dhe efikasitetin, duke krahasuar dy grupe të tre antidepressantëve dhe me amitriptylina në anën tjetër.

Dy grupe të tre antidepressantëve përfshirë *escitalopram*, *vorioxetine* dhe *agomelatine* [EVA] në njërin grup, dhe *venlafaxine*, *mirtazapine* dhe *bupropion* [VMB] në grupin tjetër.

Ka një shkallë të lehtë të efikasitetit më të mirë të medikamenteve që janë listuar më lart se të tjerat.

Sidoqoftë, është e rëndësishme të theksohet se këto diferenca janë marginale dhe jo sinjifikante që të kenë ndikim të përzgjedhja e profilit unik të pacientit.

Prapë se prapë, ofron disa indikacione për preferenca të supozuara.

Në praktikë, farmakoterapia mund të fillojë me çfarëdo *Zgjedhje* të antidepressantit dhe selektimi i tyre përfundimisht do të varet nga një numër i faktorëve dhe praktikave – siç janë sigurimi i medikamentit të caktuar dhe nëse ky antidepressant është përdorur më parë dhe, nëse është përdorur, deri në çfarë mase ka qenë efektiv.

Nëse një antidepressant i *Zgjedhur* është joefektiv, atëherë një *Alternativë* tjetër mund të eksperimentohet dhe secili nga numri i antidepressantëve të *Zgjedhur* mund të vijë në konsiderim duke ofruar indikacion të mjaftueshëm klinik për përdorimin e tyre.

Sidoqoftë, në rast kur është arritur një përgjigje e pjesshme kjo mund të jetë e dobishme për të marrë në konsiderim strategjinë *Alternative* para se të kalohet në medikament tjetër dhe ketu kemi një numër të opsioneve.

IX. Konsideratat - Shqyrtimi i zbatimit të trajtimit

9.1 Rëndësia e pëlqimit të informuar

Inkurajohen të gjithë mjekët klinik që të japin pëlqimin e informuar për pacientët.

Sipas Parimeve Etike dhe Kodit të Sjelljes të Shoqatës së Psikologëve Amerikan, psikologët duhet të marrin pëlqimin e informuar nga pacienti para se të ofrojnë shërbime psikologjike.

Pëlqimi i informuar është kur psikologët [klinikistët, terapistët etj, informojnë klientin /pacientin sa më shpejtë që është e mundur mbi terapinë, natyrën dhe kursin e terapisë, përfshirjen e palës së tretë dhe kufijtë e konfidencialitetit] dhe ofrojnë mundësi të mjaftueshme për klientin,patientin për të bërë pyetje dhe të marrë përgjigje.

Procesi i informimit të miratuar nuk është i dukshëm vetëm në psikoterapi por edhe në mjekime tjera, gjithashtu siguron që të drejtat e pacientëve të respektohen gjatë gjithë trajtimit.

Pas vlerësimit të aftësisë së pacientit për të marrë vendime, pëlqimi duhet të përfshijë informacion për çdo diagnoze të njohur; pse janë rekomanduar ndërhyrjet e veçanta dhe çfarë përfshihet në këto ndërhyrje; përfitimet, dëmet, dhe ngarkesat e ndërhyrjeve të mundshme duke përfshirë ato për zgjedhjen apo për të refuzuar trajtim.

Procesi i miratimit të informuar i lejon pacientit të marrë një vendim të informuar nëse do të fillojë apo do të vazhdojë trajtimin që gjithashtu plotëson Parimet e Përgjithshme të Përfitimit dhe të moskeqpërdorimeve të zakonshme nëpër kodet etike, në të cilat klinikistët duhet të "kujdesen të mos bëjnë asnjë dëm"

Kur punohet me fëmijë dhe adoleshentë, ofruesi duhet ta përcjellë të njëjtën informatë te prindi/kujdestari i cili duhet të japë pëlqimin për trajtim së bashku me adoleshentin që duhet të pranoj trajtimin.

Për fëmijët, do të ishte gjithashtu e dobishme të përcillen disa nga informacionet në lidhje me ndërhyrjet që duhen bërë te ta dhe duhet dhënë arsyetimin për moshën e fëmijve që merr trajtim.

9.1.1 Kultura, Vlerat dhe Preferencat

Në kërkimin e opsioneve të trajtimit, është e rëndësishme për ofruesit të adresuarit e vështirësive me të cilat përballen pacientët.

Këto vështirësi përgjithësisht ndahen në dy kategori: Barrierat strukturore [d.m.th., që kanë të bëjnë me të gjitha shpenzimet financiare, transport të përballueshem, orën dhe vend ndodhjen e klinikës, dhe kujdesin për fëmijët] dhe barrierat e qëndrimeve [d.m.th., përvojat e paragjyqimeve racore, etnike dhe kulturore] për qëllim të diskutimit.

Janë identifikuar disa shembuj praktik, të renditur në tabelën e mëposhtme.

Vlerat dhe Preferencat e Pacientit		
Llojet e Barrierave - Shembuj të Barrierave për Kujdesin e Vazhdueshëm		
1.	Ndërgjegjësimi	"Nuk di çfarë të bëj".
2.	Nevojat financiare	"Sigurimi im nuk do ta mbulojë atë dhe është shumë e shtrenjtë për të paguar nga xhepi
3.	Nevoja për kohë	Unë nuk mund të arrijë me kohë në seancë për shkak të punëve
4.	Nevoja për transport	Nuk kam mjet transportues
5.	Disponueshmëria e trajtimit	"Më thanë të kërkoja terapi ndërpersonale, por personi më i afërt është 2 orë larg
6.	Përputhshmëria e trajtimit	Dallimet e besimit religjioz
7.	Trajtimi dëmton	"Më jep dhimbje kronike koke"

Tab. II Barrierat e Sjelljes

Barrierat e sjelljes		
1.	Nevoja e përceptuar	"Unë do ta zgjidh vetë". "Unë nuk jam aq i sëmurë sa të kem nevojë për ndihmë."
2.	Tjetërsimi dhe pakënaqësia ndaj trajtimit	Ai terapist ishte i tmerrshëm. Ai thjesht donte të më përshkruante medikamente."

3.	Asociacionet negative	"Po sikur të shtrohëm në spital kundër vullnetit tim?"
4.	Stigma	"Po sikur ta mësojnë dhe të më pushojnë nga puna?" "Nuk dua që njerëzit të mendojnë se jam i çmendur!"

Në këtë kuadër, klinikistët që kërkojnë të optimizojnë udhëtimin terapeutik të pacientit, përballen me një sfidë të veçantë për të takuar pacientin "ku ai/ajo qëndron".

Që klinikisti të mund ta ndihmojë më së miri pacientin, të merr parasysht pengesat e tilla duke përdorur gjykimin e udhëhequr empirikisht, duke personalizuar qasjet e trajtimit, duke i dhënë përparësi vendimmarrjes së përbashkët, me përshtatje të komunikimit të hapur dhe të drejtpërdrejt [kur është e përshtatshme], duke përdorur teknologjinë, gjëra që përmirësojnë çasjen [kur është e mundur], duke bërë një bashkërendim për të pranuar më shumë opsione të ose për të ofruar zgjidhje duke krijuar një aleancë të fortë terapeutike dhe angazhim në trajtim.

Për pacientin që kalon me sukses barrierat dhe fillon trajtimin, shumë faktorë kanë ndikim të rëndësishëm në përputhshmërinë e trajtimit me nevojat e tij/saj, të kulturës, vlerave dhe besimeve:

- ❖ Demografia
- ❖ Karakteristikat
- ❖ Gjendjen socio -ekonomike [GJSE]
- ❖ Preferencat
- ❖ Vlerat
- ❖ Tiparet e personalitetit
- ❖ Historinë e trajtimit,
- ❖ Historinë e traumës
- ❖ Metodën e përballimit
- ❖ Rrjetet mbështetëse
- ❖ Rrethanat e jetës dhe
- ❖ Disponueshmëria e burimeve[koha, paratë dhe energjia], si dhe perceptimet reale dhe të përbashkëta dhe dallimet ndërmjet pacientit dhe ofruesit.

Në fakt, secili prej këtyre faktorëve mund të rezultojë në respektimin ose mospërputhjen e trajtimit, në suksesin ose dështimin/përmirësimin e individit.

Kur individi nuk arrin të shërohet, mund të rezultojë në sëmundje kronike, recidivizëm të trajtimit dhe rëndim të sistemeve të ndërhyrjes në krizë.

Kur shqyrtohet pajtueshmëria e trajtimit, pacientët mund të përfitojnë nga klinikistët duke u njohur me këto fakte të shumta komplekse, duke përdorur gjykimin e udhëhequr në mënyrë empirike dhe kujtimin se kërkimi i trajtimit është në vetvete një pengesë e madhe për shumicën e individëve.

Sfida për të gjetur kujdesin e duhur, pranimin e diversitetit, kompetencën kulturore, shoqërohet më pas nga vështirësia dhe rraskapitja e punës konjitive, e sjelljes, punës emocionale, terapisë, që kërkon fuqimisht nevojën për një aleancë të dobishme terapeutike dhe angazhim në trajtim.

Një shkëputje midis pacientit dhe ofruesit [p.sh., çdo mosmarrëveshje midis tyre, mungesa në komunikim, mospërputhje në qëllimet e trajtimit, shqetësim ose perceptimi momental i "ngathësisë" për pacientin] mund të prishë aleancën terapeutike dhe angazhimin e individit ndaj trajtimit. Çdo mospërputhje e vogël mund të jetë pika e fundit që rezulton në braktisjen e trajtimit. Kjo braktisje ka potencialin për shoqërimi negative gjatë gjithë jetës dhe tjetërsim të trajtimit.

Edhe trajtimet më efikase dhe më të mira të bazuara në prova me diagnoza të veçanta mund të mos kenë përfitim terapeutik për një pacient nëse ofruesi shkakton një lidhje negative ose nëse pacienti nuk mund t'i përmbahet trajtimit për shkak të pengesave financiare ose të tjera.

Në kontekstin aktual ku të dhënat përgjithësisht nuk ofrojnë mbështetje për një trajtim mbi një tjetër, mbështetja e pacientëve në kapacitetet arsimore dhe vendimmarrëse mund të rrisë angazhimin dhe suksesin e përgjithshëm të trajtimit.

9.1.2 Përshtatja e trajtimit në përputhje me individin

Një shenjë dalluese e një studimi të rezultateve shkencore është aftësia për të dokumentuar që individët që ofrojnë një trajtim të veçantë, veçanërisht me psikoterapi, i përmbahen me kompetence gjithmonë një protokoli të trajtimit. Kjo i referohet nocionit të besnikërisë ose integritetit të trajtimit.

Përfshirja e protokoleve për të vlerësuar besnikërinë e trajtimit brenda një sprove klinike të caktuar e bën më të lehtë vlerësimin nëse trajtimi nën vlerësim është dhënë në të vërtetë në mënyrën e synuar dhe të përshkruar. Megjithatë, brenda konteksteve të "botës reale", ka të ngjarë që të lindin nevoja të ndryshme të tilla që respektimi i plotë i një protokoli trajtimi bëhet i vështirë.

Ofruesit e trajtimit duhet të mbështeten në gjykimin e tyre të shëndoshë klinik për të ditur se kur të "devijojnë" nga protokoli ose të ndërpresin një trajtim të caktuar nëse ai nuk "funksionon".

9.1.3 Zbatueshmëria e rezultateve dhe rëndësia klinike

Udhëzuesi aktual i praktikës klinike u zhvillua për të ofruar këshilla dhe udhëzime për palët e ndryshme të interesit [p.sh., praktikuesit, pacientët] bazuar në provat e vlefshme shkencore të marra gjatë viteve të fundit. Derisa shqyrtimi i literatures ekzistuese shkencore konsiderohet të jetë metodologjia e "standardit të artë" e përdorur referuar studimeve/hulumtimeve të realizuara. Gjatë leximit të rekomandimeve, lexuesi duhet të marrë parasysh edhe aftësinë për të përgjithësuar nga të dhënat e përmbledhura për individin.

9.1.4 Aftësia për të përgjithësuar nga të dhënat e grumbulluara tek individi

Të gjitha të dhënat e hulumtimit të përfshira si dëshmi [ose mungesë] e efikasitetit të një qasjeje të caktuar për trajtimin e depresionit bazohen në të dhëna. Në fakt, një shenjë dalluese e hulumtimit të rezultateve përfshinë përfshirjen e një numri të mjaftueshëm të pjesëmarrësve në studim për analizimet statistikore kuptimplote.

Kjo quhet fuqia, ose aftësia e një studimi të caktuar për të zbuluar në mënyrë të vlefshme një rezultat që ekziston vërtet në natyrë. Për shembull, nëse një grup i caktuar studimesh që mbështesin efikasitetin e një qasjeje të caktuar përfshinte kryesisht meshkuj të bardhë si subjekte ndërmjet moshës 25 deri në 50 vjeç, bëhet më pak rigoroz shkencërisht të sugjerohet se kjo ndërhyrje e njëjtë do të ishte automatikisht efektive për të tjerët që janë në depresion, por që janë jashtë grupit të këtyre demografive të subjekteve specifike.

9.1.5 Ekzistenca e një sëmundjeje shoqëruese të sjelljes ose çrregullimi mjekësor

Sic u përmend më herët, depresioni është gjetur shpesh të jetë i shoqëruar me probleme të tjera të shëndetit mendor [p.sh., ankthi, çrregullimi i stresit posttraumatik], si dhe në kombinim me problem të ndryshme mjekësore [p.sh., sëmundje të zemrës, kancer, goditje në tru]. Komorbiditeti nuk është shqyrtuar drejtpërdrejt dhe nuk është pasqyruar në rekomandime. Megjithatë, duke pasur parasysh praninë e gjendjes së komorbiditetit. Të gjitha palët e interesuara duhet ta marrin parasysh këtë kufizim kur shqyrtojnë rekomandimet e tarishme në udhërrëfyes.

9.2 Psikoedukimi

Psikoedukimi synon të përmirësojë rezultatet e trajtimit duke siguruar që pacienti të kuptojë natyrën e çrregullimeve të disponimit dhe trajtimet për të, duke inkurajuar vetë-menaxhimin dhe uljen e shqetësimit. Në mënyrë kritike, psikoedukimi duhet të ketë një qasje të të mësuarit të të rriturve në vend të "mësimdhënies": psikoedukimi i jep përparësi mësimi aktiv, diskutimit të hapur dhe vlerësimit të përvojave.

Strategjitë për zbatimin e psikoedukimit

Psikoedukimi synon të përmirësojë rezultatet duke siguruar që pacienti të kuptojë natyrën dhe trajtimet për çrregullimet e disponimit duke inkurajuar vetë-menaxhimin dhe duke ulur stigmën.

Këshilla dhe Burimet

- ❖ Psikoedukimi mund të fillohet duke pyetur pacientin për diagnozën e tij, për shembull, 'Çfarë kuptoni me termin depresion?' Kjo do të zbulojë keqkuptimet e zakonshme [p.sh. determinizmi gjenetik], ose stereotipet joproductive [p.sh. lidhjet personale me termin nëpërmjet vëzhgimit të anëtarëve të tjerë të familjes].
- ❖ Klinikisti duhet të përcjellë rastin duke pyetur [në takimin tjetër] se çfarë informacioni pacienti ka gjetur të dobishëm ose befasues, dhe 'A ka ndonjë pengesë për zbatimin e këtij informacioni në jetën tuaj?'
- ❖ Perspektivat e përvojës së jetuar janë një plotësues i rëndësishëm i informacionit diagnostik të theksuar në shumicën e burimeve të psikoedukimit.

Tregimet e përvojës së jetuar kapin një sërë sfidash me të cilat përballen njerëzit në menaxhimin e çrregullimeve të disponimit, ndërkohë që gjithashtu duke u fokusuar në objektivat e shpresës dhe përmirësimit.

Mbështetja sociale-Strategjitë për zbatimin e mbështetjes sociale

- ❖ Mbështetja sociale është ofrimi i ndihmës emocionale [ndjeshmëria, shqetësimi, pranimi, inkurajimi, kujdesi], mbështetjes instrumentale [ndihmë financiare, mallra dhe shërbime], ndihmë informative [këshilla, sugjerime, informacione faktike] dhe shoqërimi [pranimi në një grup dhe mjedis social/kulturor, me identitet dhe njohje].
- ❖ Mbështetja sociale duhet të mos trajtohet vetëm si pjesë e një vlerësimi fillestar: progresi i pacientit në aksesin e mbështetjes sociale duhet të rishikohet përsëri kohë pas kohe dhe të vlerësohet për vlerën dhe gjithëpërfshirjen.

Këshilla

- ❖ Klinikisti mund të ndihmojnë pacientët me informacion rreth shërbimeve, këshilla në lidhje me strategjitë për të përballuar gjendjet sociale, referim për shërbimet e duhura dhe kërkimin e burimeve në dispozicion.
- ❖ Natyra e shërbimeve dhe mundësive të mbështetjes sociale ndryshonë sipas rajoneve dhe kontekstit të trajtimit, përfshirë organizatat dhe shërbimet qeveritare, grupet sociale [organizatat e vetëndihmës, grupet e komunitetit], fetare organizatat dhe shërbimet private të biznesit [spitale private, mjekë privatë shëndetësorë]
- ❖ Pacientët mund të inkurajohen të përmirësojnë rrjetet e tyre sociale me disa këshilla të thjeshta.
- ❖ Organizatat që fokusohen në mbështetjen dhe edukimin për njerëzit me çrregullime të disponimit mund të jenë veçanërisht të dobishme.

Trajtimet psikologjike-Diferencimi i trajtimeve psikologjike dhe të kuptuarit e mekanizmave.

- ❖ Hulumtimet në trajtimet psikologjike kryesisht i kanë shqyrtuar rezultatet e trajtimit; hulumtimi i procesit psikoterapeutik është shumë më pak i avancuar, dhe mekanizmat me të cilat trajtimet psikologjike funksionojnë nuk janë të kuptuara në masën e duhur.
- ❖ Ekziston konsensus se këta faktorë të përbashkët [aleancë terapeutike bashkëpunuese, ndjeshmëri, mbledhje e reaguesve të pacientit, etj.] janë të nevojshme për rezultatet terapeutike.

Trajtimet psikologjike për ÇDM akut

- ❖ Dëshmi për efektivitetin e trajtimeve psikologjike pasi që monoterapia ambulatore është zgjeruar.
- ❖ Gjashtë terapi [TKS, TNA, Terapia për Zgjidhjen e Problemeve Terapia e aktivizimit të sjelljes, Terapia jodirektive mbështetëse dhe Terapia psikodinamike afatshkurtër] janë testuar dhe janë treguar të jenë më efektive se kontrolli i listës së pritjes. E rëndësishme është se, efektet e dobishme ruhen për 6 dhe 12 muaj.
- ❖ Një sërë meta-analizash kanë konstatuar se në ambulancë, trajtimi i depresionit madhor, nuk ka dallime të rëndësishme në përfitimet që rrjedhin nga terapia kundër depresionit në krahasim me terapin psikologjike.

Gjetjet e fundit që tregojnë efektivitetin e trajtimit psikologjik në praktikën reale botërore kanë forcuar besimin në vlerën e terapive të tilla për depresionin madhor.

Ofrimi i trajtimeve psikologjike

Tre të katërtat e pacientëve që kërkojnë trajtim për depresionin preferojnë trajtimin [psikologjik para atij medikamentoz].

- ❖ Gjinia është një faktor në preferencën për trajtim psikologjik para trajtimit medikamentoz – tendenca është dukshëm më e theksuar te pacientët femra dhe rezervimi [relativ] te pacientat meshkuj për të kërkuar ndihmë psikologjike për depresionin është një fokus në rritje i hulumtimit mbi problemin e kërimit të ndihmës nga meshkujt.
- ❖ Ekziston një konsensus i fortë klinik se trajtimi i informuar manualisht [bazuar në një nga intervenimet psikologjike në të cilën, terapeuti është trajnuar dhe mbështetur nga mbikëqyrja e duhur e vazhdueshme e kolegëve] është superior në praktikën eklektike.
- ❖ Megjithatë, praktika-manuale e informimit nuk duhet kuptuar si aplikimi mekanik i domosdoshëm, ose si një qasje, "një shabllon që i përshtatet të gjithëve"
- ❖ Manual për trajtimin e provave psikologjike të bazuara në prova ndërhyrëse, mbështesin "fleksibilitetin brenda besnikërisë" duke ofruar udhëzime, sugjerime dhe strategji që duhen përshtatur secilit klient individualisht që mund të pasqyrojë praktikat më të mira bazuar në formulimin e trajtimit të rasteve.

Trajtime të kombinuara psikologjike dhe farmakologjike për depresion madhor akut

- ❖ Analizat e përsëritura tani mbështesin kombinimin e trajtimit psikologjik dhe farmakoterapisë si strategji terapeutike më efektive për depresionin akut madhor, të gjitha të tjerat janë të barabarta. Shkurtimisht, studimet meta-analitike kanë treguar se trajtimi i kombinuar është më efektiv se sa farmakologjia vetëm, vetëm trajtimi psikologjik.
- ❖ Për më tepër, një provë e fundit ka treguar përfitimet e të dyja mënyrave duke i shtuar trajtim psikologjik mjekimit me antidepressivë, mjekimit dhe shtimit të medikamenteve kundër depresionit në trajtim psikologjik [TKS] në pacientët që nuk e kanë arritur remisionin me secilën prej këtyre mënyrave ndaras nga medikamentet kundër depresionit tek trajtimi psikologjik.

Provat dhe konsideratat metodologjike për trajtim psikologjik si monoterapi për CDM akute

- ❖ Dëshmi për efikasitetin e trajtimit psikologjik rrjedh nga studimet në të cilat ndërhyrja është bërë nga terapistët e trajnuar, nën mbikëqyrje, në një formë të manualizuar me besnikëri të lartë ndaj një lloji të veçantë trajtimi. Prandaj, baza e provave është që të mos përgjithësohen në përzgjedhjen eklektike të elementeve nga trajtimet ekzistuese të bazuara në dëshmi.
- ❖ TKS është deri tani intervenimi më i përdorur dhe më i testuari.
- ❖ Dëshmitë për superioritetin e trajtimit të kombinuar sugjerojnë se një opsion primar për përgjigje të dobët është shtimi i modalitetit tjetër [përgjigja e dobët ndaj trajtimit psikologjik, merrni parasysh shtimin e medikamenteve kundër depresionit, antidepressant- merrni parasysh shtimin psikologjik trajtim].

Trajtimet psikodinamike dhe praktika klinike e bazuar në dëshmi.

- ❖ Përkrahësit e terapive psikodinamike theksojnë potencialin e tyre të veçantë për

trajtimin e depresionit te pacientët me traumë ose me tipare më të theksuara të personalitetit.

- ❖ **Teoria psikodinamike** ka qenë me ndikim në ndriçimin e marrëdhënieve të bazuara në aleancën e elementeve të psikologjisë, ndërhyrjeve, dhe natyrisht është e dukshme në logjikën e TKS [veçanërisht variantet e saj të fokusuara në skemë].
- ❖ Terapitë psikodinamike nxisin regresionin, i cili mund të jetë shqetësues për disa pacientë, dhe madje të gjenerojë përkeqësim kalimtar të gjendjes mendore. Në mënyrë të ngjashme, zhvillimi i njohurive është shumë i rëndësishëm në këtë formë të terapisë, dhe disa pacientë luftojnë për të aplikuar këto njohuri të reja.

Trajtimet Psikologjike për Depresion Akut

Trajtimet psikologjike për depresionin akut

MDcpg2015 përshkroi TKS dhe TNA si qasjet kryesore të rekomanduara për trajtimin e depresionit akut.

- ❖ Në MDcpg2020, vërejmë se përveç TKS dhe TNA dhe, katër qasjeve të mëtejshme tani kanë prova të përsëritura për efikasitetin [në një farë mase] efektiviteti i botës reale për depresionin akut.
- ❖ Këto katër qasje janë paraqitur për gjithëpërfshirje, por TKS dhe TNA mbeten qasjet kryesore të rekomanduara, sepse ato i janë nënshtruar më shumë hulumtimeve nëpër vende, mësohen më shpesh nëpër programe të trajnimit dhe janë të njohura për rjetet aktuale të praktikuesve.

Terapia për zgjidhjen e problemeve

- ❖ **Terapia për zgjidhjen e problemeve** vjen në forma të ndryshme, por karakterizohet nga artikulli i problemeve personale, gjenerimi i shumëfishtë, zgjidhje për secilin, duke përzgjedhur strategjitë dhe një plan sistematik veprimi dhe duke vlerësuar zgjidhjen.
- ❖ Terapia për zgjidhjen e problemeve inkurajon zhvillimin dhe fuqizimin e aftësive, kështu që është në kundërshtim me klinikën që përpiqet të zgjidhë problemet e pacientit ose duke i këshilluar se si të veprojnë.

Terapia e aktivizimit të sjelljes

- ❖ **Terapia e aktivizimit të sjelljes** përfshin planifikimin e aktivitetit që synon rritjen e aktiviteteve të këndshme dhe ndërveprimeve pozitive [trajnim i aftësive sociale është i pranishëm në disa variante].
- ❖ Aktivizimi i sjelljes [inkurajues, aktiviteti fizik dhe social, për përfitimet e tij fiziologjike dhe motivuese] është një komponent i TKS [zakonisht i përhapur duke adresuar më parë njohjet].

Terapia mbështetëse jo-drejtuese

- ❖ **Terapia mbështetëse jo-drejtuese** zakonisht kuptohet si një terapi e pastrukturuar pa teknika specifike psikologjike.
- ❖ Ajo nuk synon zgjidhje ose përvetësim të aftësive të reja, por përkundrazi fokusohet në mundësitë për të ajrosur dhe për të marrë ndjeshmëri. Në literaturë, kjo qasje nganjëherë referohet si këshillim.

Terapia psikodinamike

- ❖ **Terapia psikodinamike afatshkurtër** synon të përmirësojë të kuptuarit e personit për konfliktet e përsëritura duke i eksploruar ato nga këndvështrimi i përvojave të fëmijërisë dhe konfliktet e kaluara.
- ❖ Në ndryshim nga terapia psikodinamike afatgjatë, terapia psikodinamike afatshkurtër është e strukturuar dhe e kufizuar në kohë [maksimumi 25-30 seanca të ofruara në javë] dhe prioritetet janë përmirësuar, duke u përshtatur me sfidat e sotme.

Nuk ka asnjë provë për të mbështetur terapinë psikodinamike afatgjatë.

Terapia e fokusuar në familje

- ❖ **Terapia e fokusuar në familje [TFF]** njihet si terapi efektive si për simptomat akute të depresionit ashtu edhe për mirëmbajtjen e trajtimit në një numër udhëzimesh pasi ka edhe përfitime të barrës së sëmundjes për familjen ndaj individit me depresion
- ❖ Megjithatë, në praktikë përdorimi i tij është i kufizuar disi sepse natyrisht TFF kërkon që të paktën një anëtar i familjes të marrë pjesë në trajtim

Terapia e ritmit ndërpersonal dhe social [TRNS]

- ❖ **Terapia e ritmit ndërpersonal**, numri i vogël i provave ekzistuese të [TRNS] kanë gjeneruar gjetje komplekse me disa dëshmi se mund të jetë më efektive për simptomat e depresionit akut sesa për trajtimin e mirëmbajtjes.

Përmirësimi konjitiv

- ❖ **Përmirësimi konjitiv**, referohet në një grup ndërhyrjesh të sjelljes që synojnë njohjen e vështirësive, me synimin për të përmirësuar rezultatet funksionale. Përmirësimi konjitiv zakonisht është ofruar në një format të një grupi të strukturuar, në aftësitë e mësimdhënies dhe zgjidhjes së problemeve, strategjive për të kompensuar sfidat që lidhen me njohjen.
- ❖ Riparimi funksional i referohet një nëngrupi të kësaj qasjeje që trajton deficitet neurokonjitive [veçanërisht vëmendjes, memories dhe deficiteve të funksionieve ekzekutive të lidhura me depresion] duke ofruar psikoedukim për minimizimin e ndikimit në jetën e përditshme

Terapia Digjitale

Terapita dixhitale, një zhvillim i rëndësishëm në mjekimin e çrregullimeve të disponimit

gjatë 5 viteve të fundit ka qenë zgjerimi i kërkimit në ndërhyrjet dixhitale.

- ❖ Njohja publike dhe pranimi i dukshëm i provave- trajtimeve të bazuara në internet, veçanërisht që nga pandemia e COVID-19, ka përmirësuar në mënyrë dramatike aksesin në trajtime psikologjike të bazuara në dëshmi, [p.sh. telefon, kompjuterët, tabletët], softuerët [aplikacionet, faqet e internetit, video-konferenca] llojet e ndërhyrjeve [monitorimi, edukimi, informacioni, rrjetet sociale, psikologjike trajtim, vetë-ndihmë] dhe lidhje [telefon, dërgesa lokale, ofrimi i internetit].
- ❖ Gjithashtu ka përfitime për pacientët [në udhëtimin e pacientëve] mosmundësin për të qenë fizikisht në klinikë.

Terapitë dixhitale për çrregullimin e depresionit madhor

Në trajtimin të depresionit madhor, terapitë online [kur ofrohen me disa mbështetje] mund të jenë po aq efektive sa menaxhimi ballë për ballë dhe janë shumë më të pranueshme për pacientët.

Pikat e forta dhe të dobëta të ndërhyrjes dixhitale, në raport me ndërhyrjen ballë-për-ballë

Pikat e forta

- ❖ Qasja dhe kostoja e reduktuar për individin dhe shoqërinë,
- ❖ Besnikëri e fortë ndaj përmbajtjes së trajtimit e bazuar në prova.
- ❖ Apel për ata që duan anonimitet, ose janë të pasigurt për përfitimet e ndërhyrjeve psikologjike.
- ❖ Potencialisht destigmatizues/e.

Dobësitë

- ❖ Ndërhyrjet e fokusuara në një problem të vetëm ose diagnozë mund të anashkalojnë çështjet që do të ishin identifikuar nga një klinikist që kryen një ekzaminim të plotë vlerësim.
- ❖ Kërkohej një vetë-motivim domethënës për të përfunduar një kurs trajtimi.
- ❖ Monitorimi dhe përshtatja ndaj rrethanave ndryshuese [ngjarjet e jetës, rreziku, funksionimi] është i kufizuar.
- ❖ Më pak tërheqës për ata që janë më pak të njohur me teknologji [p.sh. të rriturit e moshuar].

X. Farmakoterapia

Farmakoterapia e çrregullimeve të disponimit përfshinë dhënien e medikamenteve që kanë struktura të ndryshme molekulare por mekanizma të veprimit që e mbulojnë njëri tjetrin.

Janë bërë përpjekje për të futur një nomenklatura më të standardizuar, qoftë në bazë të specifikave farmakologjike, me veti të tilla të lidhjes së receptorit ose në bazë të përdorimit klinik, por këto ende nuk janë miratuar gjerësisht.

- ❖ Medikamente kundër depresionit,
- ❖ Agjentët Stabilizues të Disponimit [ASD] dhe
- ❖ Antipsikotikët e gjeneratës së dytë [AGJD] me një sërë veprimesh në çrregullimet e disponimit].

Këto grupe nuk janë reciprokisht ekskluzive, por në vend të kësaj pasqyrojnë klasa që njihen klinikisht.

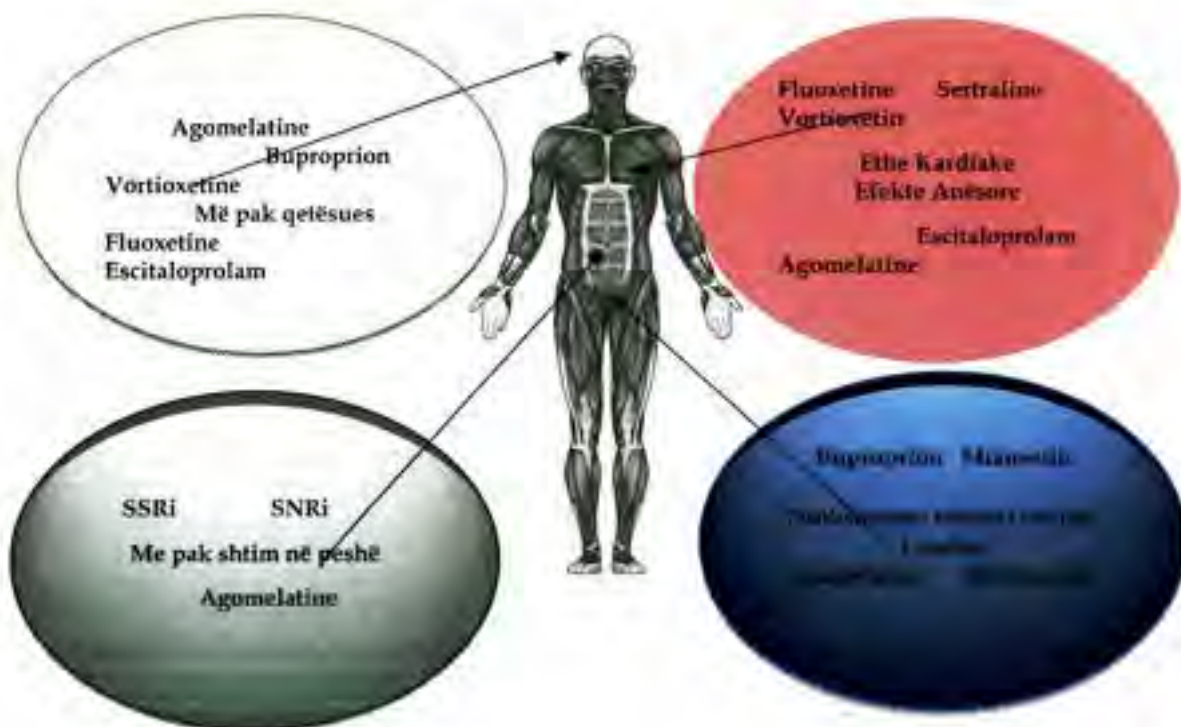
Antidepresantët : Bazuar në mekanizmin e tyre të veprimit, medikamentet kundër depresionit ndahen në shumë klasa.

Shumica e antidepresantëve ndërveprojnë me receptorët e lidhur me membranën dhe/ose transportuesit e rimarrjes që shërbejnë neurotransmetimin monoaminergjik, domethënë ato modulojnë serotoninën, noradrenalinën dhe dopaminën.

Megjithatë, disa klasa të antidepresantëve përfshijnë gjithashtu mekanizmat të ndryshëm të veprimit, për shembull, frenimi i monoaminë oksidazës, ndërveprimi me transmetimin melatonergjik dhe bllokada e receptorit glutamatergik.

Figura -antidepresantëve që kanë më pak gjasa të shkaktojnë këto efekte anësore.

Efektet anësore të antidepressantëve



Trajtimi me medikamente kundër depresionit është i lidhur potencialisht me shumë efekte anësore. Për fat të mirë, shumica e tyre janë të lehta dhe kalimtare, por në disa raste, efektet anësore mund të jenë të rënda dhe dobësuese.

Në praktikë, problemi kryesor në lidhje me tolerueshmërinë e dobët të antidepressivëve është ai ku pacientët nuk kanë gjasa të përfundojnë një kurs të trajtimit me antidepressivë nëse kanë efekte anësore të rëndësishme.

Figura tregon katër grupe të efekteve anësore të zakonshme që mund të kufizojnë përdorimin e medikamenteve kundër depresionit dhe, krahas secilit efekt anësor, medikamentet kundër depresionit që kanë më pak gjasa të shkaktojnë këto probleme. Është e rëndësishme të theksohet se këto efekte anësore mund të ndodhin me këta agjentë, por kanë më pak gjasa të ndodhin krahasuar me medikamentet të tjerë kundër depresionit.

Medikamentet kundër depresionit mund shkaktojnë shumë efekte anësore të tjera.

Prandaj, monitorimi i pacientëve për efektet anësore dhe ruajtja e vigjilencës nga afër është thelbësor gjatë gjithë menaxhimit dhe monitorimi, por veçanërisht gjatë fillimit të mjekimit ose modifikimi të dozës.

Medikamentet kundër depresionit nuk rekomandohen si monoterapi për depresionin akut bipolar dhe nuk janë një mjekim i zgjedhjes së parë, ato duhet të përshkruhen vetëm në lidhje me ASD ose AGJD.

Efikasiteti i antidepressantëve në këtë kontekst mbështetet vetëm në prova të kufizuara.

Të moshuarit kanë më shumë gjasa të vuajnë nga efektet e trajtimit. SSRI në përgjithësi tolerohen mirë dhe nuk duket të ketë efekte anësore konjitive⁴.

⁴ Mood disorder pg 522020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist clinical practice guidelines for mood disorders.

Paroksetina ka një bazë të fortë provash në depresionin e pleqërisë [Reynoldset al., 2006] por është më antikolinergjik se SSRI-të e tjera dhe teorikisht ka më shumë gjasa të shkaktojë vështirësi konjitive. Nëse pacientët vazhdojnë të kenë vështirësi konjitive pavarësisht optimizimit të farmakoterapisë, atëherë duhet të referohen për vlerësim më të detajuar neuropsikologjik.

Duloxetine, një SNRI, është treguar të ketë efekte të dobishme në punë e kujteses në pacientët e moshuar me depresion [Katona et al.,2012], dhe një provë e modafinilit në depresion të rëndë është treguar të ketë përfitim të dobët [Kaser et al.,2017].

Modeli i përgjigjes së trajtimit Shfaqja e agjentëve më të rinj ka rindezur diskutimin në lidhje me antidepressantët reagimi në trajtim kundër depresionit.

Në praktikë, ekziston një vonesë e konsiderueshme, zakonisht çështje jave, pas fillimit të një antidepressivi para se të ketë ndonjë përmirësim të dukshëm në simptomat depresive.

Kjo vonesë paraqitet për disa arsye:

- ❖ Së pari, ekziston rreziku që trajtimi të ndërpritet se individit mendon se nuk është e dobishme.
- ❖ Së dyti, nëse trajtimi nuk është efektiv, atëherë sëmundja themelore vazhdon të shkaktojë shqetësime dhe shoqërohet me rreziqe të vazhdueshme si p.sh mundësia e vetëlëndimit ose vetëvrasjes.

Medikamentet me veprim të shpejtë kundër depresionit

Shumica e antidepressantëve aktualisht kërkojnë kohë për të dhënë një përgjigje klinike të rëndësishme. Por kohët e fundit, dy agjentë të rinj duket se tregojnë se një veprim më të shpejtë antidepressiv.

- ❖ Agjenti i parë është **esketamina** - s-enantiomeri i ketaminës.

Është një antidepressant i ri, të cilit kohët e fundit është dhënë si tregues në Shtetet e Bashkuara për përdorim shtesë në trajtimin e depresionit 'rezistent' nga FDA, dhe në Evropë nga EMA.

Megjithatë, pas vlerësimit fillestar nga NICE, në Mbretërinë e Bashkuar, financimi për administrimin e esketaminës nën NHS nuk u miratua menjëherë për shkak të shqetësimeve në lidhje me përfitimin dhe koston.

- ❖ Agjenti i dytë është **brexanoloni**, një alosterik i fuqishëm pozitiv modulator i receptorëve GABA sinaptik dhe ekstrasinaptik [Kanes et al., 2017], që duhet të administrohet me infuzion intravenoz, i cili është miratuar për trajtimin e depresionit pas lindjes në Shtetet e Bashkuara.

Ketamina ka qenë e disponueshme si një agjent anestetik për më shumë se gjysmë shekulli dhe përveç përdorimit të saj tek njerëzit, përdoret gjerësisht në praktikën veterinarë.

Ajo është përdorur gjithashtu për menaxhimin e dhimbjeve kronike te njerëzit për më shumë se 30 vjet, por ka fituar famë për shkak të përdorimit rekreativ.

Në doza anestetike, ketamina është shoqëruar me komplikime neuropsikiatrike si halucinacione dhe shpërbërje, abuzim për shkak të veprimeve euforike dhe halucinogjene.

Farmakologjikisht, ketamina përmendet si një "makth i farmakologut" për shkak të ndërveprimeve të shumta të receptorëve me mekanizëm kompleks të veprimit.

Megjithatë, ai kryesisht vepron si një antagonist konkurrues në receptorin glutamatergjik NMDA dhe efektet e tij në receptorët opioid mund të kontribuojnë në efektet e tij të rritjes së disponimit.

Aktualisht asnjë formë e ketaminës nuk ka miratim rregullator për trajtimin e depresionit të madh në Australi ose Zelandën e re.

Esketaminë Hulumtimet më të fundit janë fokusuar në zhvillimin klinik të një formulimi intranazal të esketaminës, një izomer racemik i ketaminës, i cili mund të ketë afinitet më të fuqishëm për receptorin NMDA.

Në disa studime, esketamina ka treguar një model reagimi të qëndrueshëm [përtej 1 muaji] në subjektet me depresion rezistent ndaj trajtimit dhe ruajtja e përgjigjes akute është arritur me administrim të përsëritur [Daly et al., 2018; Popova et al., 2019; Zheng et al., 2020a].

Esketamina është licencuar për përdorim në trajtimin e depresionit rezistent.

Aktualisht nuk ka të dhëna specifike që mundësojnë krahasimin e drejtpërdrejt të efikasiteti relativ dhe tolerancën e formave intravenoze ose formulimeve të tjera të ketaminës ndaj njëri-tjetrit ose ndaj esketaminës.

Vlen gjithashtu të përmendet se shumica e të dhënave të disponueshme të esketaminës rrjedhin kryesisht nga provat e sponsorizuara nga industria.

Një vëzhgim anekdotik i raportuar shpesh nga provat e hershme të ketaminës në formë intravenoze ishin një përfitim specifik për suid.

Neurosteroidet.

Molekulat e quajtura neurosteroidë janë gjithashtu nën hulumtim për efekt potencial antidepresiv të shpejtë; këto përfshijnë një grup analogësh sintetikë të progesteronit me veprime qendrore potenciale si modulatorë të Receptorit GABA përveç veprimeve potencialisht të rëndësishme në receptorët qendrorë të gonadotropinës.

Këto veprime kanë çuar në hulumtimin e hershëm të përdorimit të tyre në depresion madhor dhe më konkretisht depresionin madhor që ndodh në të dyja periudhat pas lindjes ose paramenopauzës.

E para nga këta agjentët për të arritur miratimin e FDA është **brexanolone** i cili është i disponueshëm vetëm si një infuzion intravenoz me veprim të zgjatur [60 orë] dhe kjo, së bashku me koston e tij ndaluese, kufizon dobinë e tij klinike.

Një numër i komponimeve të tjera në këtë klasë janë aktualisht nën hulumtim, por ende nuk janë zhvilluar mjaftueshëm për përdorim klinik.

Agjentët stabilizues të disponimit nuk ka ende medikamente që përdoren si indikacion për përdorim të miratuar.

Klinikisht, veprimet kryesore të një agjenti që e kualifikojnë atë si një stabilizues të dobishëm të disponimit, janë efektet e tij në depresionin dhe mania. Profilaksa është thelbësore për përcaktimin dhe dobinë klinike të një medikamenti.

ASD-të më efektive janë litiumi dhe antikonvulsanti, **valproat**, megjithëse krahas tyre përfshihet edhe antikonvulsanti lamotrigina sepse nuk është një AGJD [klasa tjetër që me sa duket ka veti stabilizuese të disponimit].

Litiumi mbetet ASD më efektive, me prova të mëtjshme që mbështesin përdorimin e saj në çrregullimet e disponimit si monoterapi dhe si terapi ndihmëse [Malhi et al., 2017c; Nolen et al., 2019].

Preferohet gjithashtu për shkak të vetive shtesë anti-vetëvrasëse dhe neuroprotektive, edhe pse mund të jetë pak më i ndërlikuar për t'u menaxhuar dhe në disa raste mund të jetë problematik për shkak të tolerancës [Malhi et al., 2012; Nederlof et al., 2019].

Për sa i përket litiumit, ka prova të mjaftueshme empirike për efikasitetin e tij në depresionin bipolar, të cilit i shtohet edhe veprimi si agjent i fuqishëm antimaniak dhe padyshim agjenti më i mirë profilaktik [Malhi et al., 2017b]. Duke pasur parasysh se tolerancë afatgjatë është një konsideratë kryesore, edhe kur menaxhohet një episod akut i sëmundjes, litiumit i jepet përparësi. [Malhi et al., 2020a].

Përveç kësaj, është e rëndësishme të theksohet se në shumë raste mungesa e efikasitetit të litiumit është pjesërisht për shkak të ndjeshmërisë që kanë pacientët ndaj litiumit.

Përveç kësaj, litiumi ka të ngjatë të jetë më shumë efektiv në maninë e rëndë dhe në pacientët me histori familjare të një çrregullimi bipolar klasik [Alda, 2017] dhe në mungesë të komorbiditetit.

Përveç që ka veti stabilizuese të disponimit, litiumi gjithashtu përdoret për të rritur veprimin e antidepressantëve konvencionalë.

Ndryshe nga litiumi, ka pak prova për përdorimin e valproatit në trajtimin e depresionit madhor.

Provat që mbështesin përdorimin e **valproatit** për depresionin akut bipolar janë të pakta, por të gjitha tregojnë benefite në favor të **valproatit** në krahasim me placebo [Bond et al., 2010; Davis et al., 2005; Ghaemi et al., 2007; Muzina et al., 2011].

Është e rëndësishme të theksohet se **valproati** nuk rekomandohet për përdorim tek gratë në moshë riprodhuese për shkak të shkallës së lartë të teratogjenitetit, rrezikut të sindromës së vezoreve policistike dhe potenciali të tij për të çuar në probleme të zhvillimit tek pasardhësit.

Lamotrigina ka efektin e kundërt me atë të litiumit dhe valproatit.

Megjithatë, ndryshe nga litiumi dhe valproati, lamotrigina ka demonstruar vetëm veprime antimanike në një analizë të bashkuar të Dy RCT-ve [Goodwin et al., 2004] dhe është ndoshta më pak efektiv se këta agjentë afatgjatë për trajtimin mbajtës dhe profilaksinë e manisë.

Megjithatë, duke pasur parasysh efektivitetin e tij në trajtimin e depresionit bipolar dhe veçanërisht për shkak të tolerancës së tij, ai është një zgjedhje e justifikuar monoterapie.

Antipsikotikët e gjeneratës së dytë [AGJD]. Gjenerata e dytë e antipsikotikëve [AGJD], të njohur gjithashtu si antipsikotikë atipikë, janë antagonistë të dobët të receptorit D2, por bllokues të fuqishëm të receptorëve 5HT_{2A/2c}.

Atë janë gjithashtu agonistë të pjesshëm të receptorit 5HT_{1A}. Klinikisht, AGJD të tilla si lurasidone, quetnazapine dhe olanzapina mund të përdoret ose si monoterapi ose si ndihmës në trajtimin e depresionit madhor dhe agjentët relativisht të rinj si **aripiprazoli** dhe **brexpiprazoli** kanë indikacione formale për trajtimin ndihmës të depresionit madhor.

Suplementet Ushqimore

Probiotikët Përdorimi i suplementeve probiotike për të ndryshuar mikrobiomën e zorrëve ka fituar vëmendje vitet e fundit. Aty po shfaqet mbështetje për përfitimet e këtyre suplementeve në menaxhimin e çrregullimeve depresive [Huang et al.2016]. Kërkime të mëtejshme janë të nevojshme për të konfirmuar dhe sqaruar dobinë e tyre klinike, madhësitë e efektit dhe formulimet e probiotikut optimal [Goh et al., 2019].

Metilfolat Përdorimi i metilfolatit në menaxhimin e çrregullimeve të disponimit mund të jetë i dobishëm, veçanërisht kur pacientët kanë polimorfizma të gjenit të metilen tetrahidrofolat reduktazës [MTHFR], të cilat rezultojnë në uljen e efikasitetit të folatit në metilfolat [i saj metabolit aktiv] në ciklin e vetëm të karbonit [Zheng et al., 2020b].

Dëshmitë për përfitimet e këtyre suplementeve janë empirike [Young et al., 2019; Zheng et al., 2020b].

Acidet yndyrore omega-3 Dëshmi për efekte të dobishme nga suplementet e acideve yndyrore të pangopura Omega-3 që përmbajnë acid eicosapentaenoic [EPA] në çrregullimet depresive ka evidenca empirike [Deacon et al., 2017; Liao et al., 2019].

Megjithatë, përqindja optimale e EPA-s ende nuk është përcaktuar dhe sigurimi i cilësisë së produkteve të disponueshme mbetet problematike [Heller et al., 2019]. Vlen të përmendet se EPA mbi 60% të suplementit shpjegohet si i vetmi formulim që duket të jetë efektive [Dartois et al., 2019].

Hypericum perforatum Hypericum perforatum [St John's Wort], vazhdon të jetë i dobishëm në menaxhimin e çrregullimeve depresive unipolare ashtu edhe ato bipolare.

Megjithatë, përfitimet janë konfirmuar vetëm për depresionin me ashpërsi të lehtë deri në mesatare, ndërveprimet me medikamente të tjera mund të jenë të rëndësishme [p.sh. sindroma e serotoninës me komponimet serotonergjike] si dhe rreziku i precipitimit të manisë në pacientët me çrregullim bipolar.

Duke pasur parasysh disponueshmërinë e shkallës farmaceutike SSRI, me kosto të ulët, ka pak arsye për të u përdorur Hypericum perforatum në kohën bashkëkohore.

S-adenozilmethioninë Përfitimet e S-adenosylmethionine në menaxhimin e çrregullimeve depresive nuk janë konfirmuar nga hulumtimet të mëtejshme [Sarris et al., 2020; Targum et al., 2018].

Kanabidiol Ka pasur një interes në rritje për kanabinoidet, në veçanti kanabidiol [marihuana mjekësore], në trajtimin e formave specifike të epilepsisë, dhimbjeve kronike, nauzesë dhe të vjellave [Whiting et al., 2015] dhe ka interes në përdorimin e mundshëm për çrregullimet psikiatrike [Premoli et al., 2019].

Meqenëse përdorimi i tij është bërë më i përhapur, ai po përdoret për të trajtuar depresionin [Corroon dhe Phillips, 2018], megjithatë, siç tregohet në rishikimet sistematike të fundit [Bonaccorso et al., 2019; Pinto et al., 2019], ka një mungesë dëshmi për efikasitetin e tij në trajtimin e depresionit.

Efektiviteti i kanabidiolit për trajtimin e manisë është ekzaminuar në raportet e rasteve që dolën në përfundimin se ai nuk ishte efektiv në reduktimin e simptomave maniake, por që nuk shkaktonte dëm [Zuardi et al., 2008].

Litiumi Në menaxhimin e çrregullimeve të disponimit, litiumi ka një rol të veçantë [Álvarez et al., 2019; Malhi et al., 2020d].

- ❖ Është i vetmi agjent që është specifik për trajtimin e një sëmundjeje, përkatësisht, çrregullimit bîpolar, i njohur më parë si sëmundja depresive maniake [Malhi et al., 2020a].

XI. Standardet e Auditueshme

- ❖ Numri i adoleshentëve me çrregullime depresiv/epISODE depresive në vitin e fundit kalendarik.
- ❖ Numri i personave të rritur me çrregullime depresiv [çrregullim depresiv madhor/episod depresiv ose distini] në vitin e fundit kalendarik.
- ❖ Numri i personave të moshuar me çrregullime depresiv [çrregullim depresiv madhor/ose episod depresive] në vitin e fundit kalendarik.

XII. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të Udhërrëfyesve klinik, grupi punues është përcaktuar në adaptimin e Udhërrëfyesit "APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts" gjithashtu grupi punues është bazuar në të dhënat më të reja të udhërrëfyesit të OBSH-së "mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version Clinical 2.0." 2016. Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta virtuale /online dhe takimeve fizike. Mbajtja e takimeve të grupit punues është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensent në përbërje të:

1. Dr. Afrim Cana, Psikiatër
2. Dr. Florije Shurjaku, Psikiatër

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm.

Drafti final i Udhërrëfyesit është dërguar te klientët/pacientëve me depresion.

Gjithashtu pytësori shëndetësor ju është shpërndarë klientët/pacientëve për të vlerësuar shkallën e depresionit të tyre.

Udhërrëfyeni klinik është publikuar në web faqe të MSh-së sipas procedurave të parapara në Udhëzimi Administrative për "Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike" Nr.12/2010 dhe ka qenë i hapur për komente nga të gjitha palët e përfshira dhe grupet e interesit.

Udhërrëfyeni i miratuar do të shpërndahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistët shëndetësorë të cilët bazuar në kompetencat e tyre profesionale të përcaktuara do t'a bëjnë zbatimin e tij në praktik.

XIII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit

Udhërrëfyeni do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë.

Udhërrëfyeni duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyes.

Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e klientëve.

Shumica e Medikamenteve si: Fluoxetine, Escitaloprolam, Mirtazapine, Litiumi, Valproati, Ketamina, Quetiapine, Aripiprazoli Amitriptylina që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave ndërsa medikamentet me fusnot nuk janë të përfshira në LEB.

Sertraline,*Brexiprazoli*Agomelatine*,Bupropion*,Vortioxetine*,Klomipramina,*Imipramine,* Paroxetine,* Venlafaksina,* Duloxetine,* Esketamina,* Brexanaloni* Lamotrigina.*

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale, infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe që shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyes dhe që përdoren nga klinicistët janë përfshirë në listën esenciale të barnave.

Zbatimin i UK është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore relevante janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të tyre.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm duke zbatuar auditin klinik si mjet për monitorimin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe sigurisë së pacientit.

XIV. Referencat

- ❖ Ajilchi, B., Ahadi, H., Najati, V., & Delavar, A. [2013]. The effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy in decrease of depression level. *European Journal of Experimental Biology*, 3[2], 342-346.
- ❖ Albert, P. R. [2015]. Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 40[4], 219-221. <http://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- ❖ Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., & Ortega, A. N. [2002]. Mental health care for Latinos: Inequalities in use of speciality mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino Whites. *Psychiatric Services*, 53[12], 1547-1555.
- ❖ Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Woo, M., Torres, M., Gao, S., & Oddo, V. [2007]. Correlates of past-year mental health service use among Latinos: Results from the National Latino and Asian American Study. *American Journal of Public Health*, 97[1], 76-83.
- ❖ Alegria, M., Vallas, M., & Pumariega, A. J. [2010]. Racial and ethnic disparities in pediatric mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 19[4], 759-774. doi:10.1016/j.chc.2010.07.001.
- ❖ American Medical Association. (2016). Informed consent. Retrieved from <https://www.ama-assn.org/delivering-care/informed-consent>
- ❖ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- ❖ American Psychiatric Association. (2016). Code of medical ethics opinion 2.1.1. Retrieved from <https://www.ama-assn.org/delivering-care/informed-consent>
- ❖ American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- ❖ American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0024659>.
- ❖ American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69(1), 34-65. <http://psycnet.apa.org/fulltext/2014-01475-001.htm>.
- ❖ American Psychological Association. (2015a). Professional practice guidelines: Guidance for developers and users. *American Psychologist*.
- ❖ Backenstrass, M., Joest, K., Frank, A., Hingmann, S., Mundt, C., & Kronmüller, K.-T. (2006). Preferences for treatment in primary care: A comparison of nondepressive, subsyndromal and major depressive patients. *General Hospital Psychiatry*, 28(2), 178-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.10.001>.
- ❖ Baldessarini, R. J., Lau, W. K., Sim, J., Sum, M. Y., & Sim, K. (2015). Duration of initial treatment antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(1), 75-76.
- ❖ Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132. doi: 10.1007/s11126-008-9068-0
- ❖ Barber, J. P. (2009). Towards a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. doi: 10.1080/10503300802609680.
- ❖ Barber, J. P., Barrett, M. S., Gallop, R., Rynn, M. A., & Rickels, K. (2012). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: A randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 66-73. doi: 10.4088/JCP.11m06831

- ❖ Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, R. J. (2013). Research on psychodynamic therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443-494). New York, NY: Wiley.
- ❖ Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Rees, A. (1999). Psychotherapy in two-plus-one sessions: Outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal therapy for subsyndromal depression.
- ❖ Barrett, J. E., Williams, J. W., Oxman, T. E., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., . . . Sengupta, A. S. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *The Journal of Family Practice*, 50(5), 405-412.
- ❖ Bastos, A. G., Guimarães, L. S. P., & Trentini, C. M. (2013). Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1066-1075.
- ❖ Bear, L., Finer, R., Guo, S., & Lau, A. S. (2014). Building the gateway to success: An appraisal of progress in reaching underserved families and reducing racial disparities in school-based mental health. *Psychological Services*, 11(4), 388-397. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037969388>
- ❖ Becker, S. P., Langberg, J. M., & Evans, S. W. (2015). Sleep problems predict comorbid externalizing behaviors and depression in young adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(8), 897-907. doi:10.1007/s00787-014-0636-6.
- ❖ Behnke, K., Jensen, G. S., Graubaum, H.-J., & Gruenwald, J. (2002). Hypericum perforatum versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression. *Advances in Therapy*, 19(1), 43-52.
- ❖ Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- ❖ Bernecker, S. I. (2012). How and for whom does interpersonal psychotherapy for depression work? *Psychotherapy Bulletin*, 47(2), 13-17.
- ❖ Beutel, M. E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., . . .
- ❖ Brähler, E. (2014). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: Results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of Oncology*, 25, 378-384.
- ❖ Beutler, L. E., Castonguay, L. G., & Follette, W. C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 639-647. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.20260>
- ❖ Biescheuvel-Liefveld, K. E. M., Kok, G. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W. J., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.016>.
- ❖ Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., . . . Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- ❖ <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- ❖ <https://patient.info/doctor/patient-health-questionnaire-phq>
- ❖ Caldwell, C., Assari, S., & Breland-Noble, A. M. (2016). The epidemiology of mental disorders in African American children and adolescents. In A. M. Breland-Noble, C. S. Al-Mateen, & N. N. Singh (Eds.), *Handbook of mental health in African American youth* (pp. 3-20). New York, NY: Springer.
- ❖ Camacho, A., Gonzalez, P., Castaneda, S. F., Simmons, A., Buelna, C., Lemus, H., & Talavera, G. A. (2015). Improvement in depressive symptoms among Hispanic/Latinos receiving a culturally tailored IMPACT and problem-solving intervention in a community health center. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 385-392. doi:10.1007/s10597-014-9750-7

- ❖ Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2008). Depression in patients with coronary heart disease. *The American Journal of Medicine*, 121(2), S20-S27. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.010>
- ❖ Carrington, C. H. (1979). *A comparison of cognitive and analytically oriented brief treatment approaches to depression in black women* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 7926513).
- ❖ Carson, N., Le Cook, B., & Alegría, M. (2010). Social determinants of mental health treatment among Haitian, African American, and White youth in community health centers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(2), 32-48. doi:10.1353/hpu.0.0297.
- ❖ Castonguay, L.G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Cauce, A. M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55. doi:10.1037/0022-006X.70.1.44.
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS™)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>
- ❖ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *Suicide among youth*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/SuicideYouth.html>
- ❖ Chan, Y. Y., Lo, W. Y., Yang, S. N., Chen, Y. H., & Lin, J. G. (2015). The benefit of combined acupuncture and antidepressant medication for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 106-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.048>.
- ❖ Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P., Churchill, R., ... Barbuti, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373(9665), 746-758. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60046-5
- ❖ Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., ... Xie, P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *The Lancet*, 388(10047), 881-890.
- ❖ Cohen, S., O'Leary, K. D., & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41(4), 433-446. doi: 10.1016/j.beth.2009.11.004
- ❖ Cohen, S., O'Leary, K. D., Foran, H. M., & Kliem, S. (2014). Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 45(3), 402-417.
- ❖ Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 209-236. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746>
- ❖ Connell, C. M., Shaw, B. A., Holmes, S. B., & Foster, N. L. (2001). Caregivers' attitudes toward their family members' participation in Alzheimer's disease research: Implications for recruitment and retention. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 15(3), 137-145.
- ❖ Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C. F., III, & Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: The impact of stigma and race. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 531-543.
- ❖ Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J.-P., & Merikangas, K. R. (2016). Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: Results from the National Comorbidity Survey – Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 280-288. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.006

- ❖ Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., . . . Mead, G. E. (2013). Exercise for depression (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD004366). doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6
- ❖ Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- ❖ Corbie-Smith, G., Thomas, S. B., Williams, M. V., & Moody-Ayers, S. (1999). Attitudes and beliefs of African Americans toward participation in medical research. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), 537-546. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.07048.x>
- ❖ Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 173-183. doi:10.1037/0022-006X.76.2.173
- ❖ Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
- ❖ Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- ❖ Costello, J. C., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000184929.41423.e0>
- ❖ Council of National Psychological Associations for the Advancement of Ethnic Minority Interests. (2000). *Guidelines for research in ethnic minority communities*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/oema/resources/cnpaaemi-guidelines.pdf>
- ❖ Cuijpers, P. (2013). Effective therapies or effective mechanisms in treatment guidelines for depression? *Depression and Anxiety*, 30, 1055-1057. doi: 10.1002/da.22205
- ❖ Cuijpers, P. (2015). Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Current Opinion Psychiatry*, 28, 1-6. doi: 10.1097/YCO.0000000000000121
- ❖ Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravits, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 680-687.
- ❖ Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012a). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291.
- ❖ Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(e002542). doi: 10.1136/bmjopen-2012-002542
- ❖ Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., & Reynolds, C. F., III. (2014a). Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas*, 79(2), 160-169.
- ❖ Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014d). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126.
- ❖ Cuijpers, P., Koole, S. L., van Dijke, A., Roca, M., Li, J., & Reynolds, C. F., III. (2014b). Psychotherapy for subclinical depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 268-274.
- ❖ Cuijpers, P., Reynolds, C. F., III, Donker, T., Li, J., Andersson, G., & Beekman, A. (2012b). Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy, or both? *Depression and Anxiety*, 29, 855-864.

- ❖ Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 51-62.
- ❖ Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8*(36), 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-8-36.
- ❖ Cummings, J. R., & Druss, B. G. (2011). Racial/ethnic differences in mental health service use among adolescents with major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*(2), 160-170. doi: 10.1016/j.jaac.2010.11.004
- ❖ Curry, J. F. (2014). Future directions in research on psychotherapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(3), 510-526.
- ❖ Curry, J. F., & Hersch, J. (2016). *Depressive disorders and substance use disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ❖ David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosmari, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology, 64*(6), 728-746. doi: 10.1002/jclp.20487
- ❖ David, E. J. R. (2010). Cultural mistrust and mental health help-seeking attitudes among Filipino Americans. *Asian American Journal of Psychology, 1*(1), 57-66. doi: 10.1037/a0018814.
- ❖ David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 62-104. doi: 10.1080/15374410701817865
- ❖ Davidson, J. R. T., Gadde, K. M., Fairbank, J. A., Ramakrishnan, K. R., Califf, R. M., Binanay, C., . . . Weisler, R. H., on behalf of Hypericum Depression Trial Study Group (2002). Effect of hypericum perforatum (st john's wort) in major depressive disorder: A randomized controlled trial. *JAMA, 287*(14), 1807-1814.
- ❖ Dekker, J. J. M., Koelen, J. A., Van, H. L., Schoevers, R. A., Peen, J., Hendriksen, M., . . . De Jonghe, F. (2008). Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *Journal of Affective Disorders, 109*, 183-188. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.015
- ❖ Dell'Osso, B., Palazzo, M. C., Oldani, L., & Altamura, A. C. (2011). The noradrenergic action in antidepressant treatments: Pharmacological and clinical aspects. *CNS Neuroscience and Therapeutics, 17*, 723-732. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00217.x
- ❖ Department of Veterans Affairs, Department of Defense. (2016). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder*. Retrieved from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>
- ❖ DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLOS One, 9*(1), e83875. doi:10.1371/journal.pone.0083875.
- ❖ DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives in General Psychiatry, 62*, 409-416.
- ❖ Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(3), 191-199.
- ❖ Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential

- treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191-199.
- ❖ Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658
 - ❖ Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F., III. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329-335. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118307
 - ❖ Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
 - ❖ Dobscha, S. K., Corson, K., & Gerrity, M. S. (2007). Depression treatment preferences of VA primary care patients. *Psychosomatics*, 48(6), 482-488.
 - ❖ Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
 - ❖ Doi, Y., Roberts, R. E., Takeuchi, K., & Suzuki, S. (2001). Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a U.S.-Japan study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1308-1315.
 - ❖ Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010
 - ❖ Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., . . . Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
 - ❖ Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., . . . Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041-1050.
 - ❖ ECRI Institute. (2015). *Management of major depressive disorder: Evidence synthesis report –clinical practice guideline*. Falls Church, VA: The Lewin Group.
 - ❖ Edwards, P., Clarke, M., DiGiuseppe, C., Pratap, S., Roberts, I., & Wentz, R. (2002). Identification of randomized controlled trials in systematic reviews: Accuracy and reliability of screening records. *Statistics of Medicine*, 21(11), 1635-1640.
 - ❖ Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS ONE*, 9(6), e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100
 - ❖ Elderon, L., & Whooley, M. A. (2013). Depression and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 511-523.
 - ❖ Evans, R. L., & Cornis, R. T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, 110(3), 306-311. APA | Guideline for the Treatment of Depression.
 - ❖ Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.

- ❖ Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F., III. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329-335. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118307.
 - ❖ Djernes, I. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
 - ❖ Dobscha, S. K., Corson, K., & Gerrity, M. S. (2007). Depression treatment preferences of VA primary care patients. *Psychosomatics*, 48(6), 482-488.
 - ❖ Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
 - ❖ Doi, Y., Roberts, R. E., Takenchi, K., & Suzuki, S. (2001). Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a U.S.-Japan study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1308-1315.
 - ❖ Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010
 - ❖ Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., . . . Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>.
 - ❖ Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., . . . Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041-1050.
 - ❖ ECRI Institute. (2015). *Management of major depressive disorder: Evidence synthesis report – clinical practice guideline*. Falls Church, VA: The Lewin Group.
 - ❖ Edwards, P., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Roberts, I., & Wentz, R. (2002). Identification of randomized controlled trials in systematic reviews: Accuracy and reliability of screening records. *Statistics of Medicine*, 21(11), 1635-1640.
 - ❖ Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS ONE*, 9(6), e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100.
 - ❖ Elderon, L., & Whooley, M. A. (2013). Depression and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 511-523.
 - ❖ Evans, R. L., & Connis, R. T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, 110(3), 306-311.
- APA | Guideline for the Treatment of Depression

- ❖ Fan, L., Wen-bin, F., Xu, N., Liu, J., Ou, A., & Wang, Y. (2010). Meta-analysis of 20 clinical, randomized, controlled trials of acupuncture for depression. *Neural Regeneration Research* 5(24), 1862-1869. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2010.24.004
- ❖ Fava, M., Alpert, J., Nierenberg, A. A., Mischoulon, D., Otto, M. W., Zajecka, J., . . . Rosenbaum, J. F. (2005). A double-blind, randomized trial of st john's wort, fluoxetine, and placebo in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(5), 441-447. doi: 10.1097/01.jcp.0000178416.60426.29
- ❖ Fernandez y Garcia, E., Franks, P., Jerant, A., Bell, R. A., & Kravitz, R. L. (2011). Depression treatment preferences of Hispanic individuals: Exploring the influence of ethnicity, language, and explanatory models. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1), 39-50. doi: 10.3122/jabfm.2011.01.100118
- ❖ Fewell, Z., Smith, G. D., & Sterne, J. A. (2007). The impact of residual and unmeasured confounding in epidemiologic studies: A stimulation study. *American Journal of Epidemiology*, 166(6), 646-655.
- ❖ Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2010). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- ❖ Follette, W. C., & Greenberg, L. S. (2006). Chapter 4: Technique factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 83-110). New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
- ❖ Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2015). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- ❖ Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943
- ❖ Frank, E., Cassano, G. B., Rucci, P., Thompson, W. K., Kraemer, H. C., Fagioloini, A., . . . Forgiione, R. N. (2011). Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and ssri pharmacotherapy. *Psychological Medicine*, 41(1), 151-162. doi: 10.1017/S0033291710000553
- ❖ Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., . . . Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>
- ❖ Freedenthal, S. (2007). Racial disparities in mental health service use by adolescents who thought about or attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 22-34.
- ❖ Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Dávila-Román, V. G., . . . Hogue, C. W., Jr. (2009). Treatment of depression after coronary artery bypass surgery. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 387-396.
- ❖ Frieden, T. R., Jaffe, H. W., Cono, J., Richards, C. L., & Iademarco, M. F. (2016). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12—United States and selected sites, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(9). http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6509a1.htm?s_cid=ss6509a1_w

- ❖ Fan, L., Wen-bin, F., Xu, N., Liu, J., Ou, A., & Wang, Y. (2010). Meta-analysis of 20 clinical, randomized, controlled trials of acupuncture for depression. *Neural Regeneration Research* 5(24), 1862-1869. doi: 10.3969/j.issn.1673-5374.2010.24.004
- ❖ Fava, M., Alpert, J., Nierenberg, A. A., Mischoulon, D., Otto, M. W., Zajecka, J., . . . Rosenbaum, J. F. (2005). A double-blind, randomized trial of st john's wort, fluoxetine, and placebo in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(5), 441-447. doi: 10.1097/01.jcp.0000178416.60426.29
- ❖ Fernandez y Garcia, E., Franks, P., Jerant, A., Bell, R. A., & Kravitz, R. L. (2011). Depression treatment preferences of Hispanic individuals: Exploring the influence of ethnicity, language, and explanatory models. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1), 39-50. doi: 10.3122/jabfm.2011.01.100118
- ❖ Fewell, Z., Smith, G. D., & Sterne, J. A. (2007). The impact of residual and unmeasured confounding in epidemiologic studies: A stimulation study. *American Journal of Epidemiology*, 166(6), 646-655.
- ❖ Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2010). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- ❖ Follette, W. C., & Greenberg, L. S. (2006). Chapter 4: Technique factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 83-110). New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
- ❖ Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2015). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- ❖ Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943
- ❖ Frank, E., Cassano, G. B., Rucci, P., Thompson, W. K., Kraemer, H. C., Fagioloini, A., . . . Forgiione, R. N. (2011). Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and ssri pharmacotherapy. *Psychological Medicine*, 41(1), 151-162. doi: 10.1017/S0033291710000553
- ❖ Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., . . . Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851-855. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>
- ❖ Freedenthal, S. (2007). Racial disparities in mental health service use by adolescents who thought about or attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 22-34.
- ❖ Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Rubin, E. H., Lustman, P. J., Dávila-Román, V. G., . . . Hogue, C. W., Jr. (2009). Treatment of depression after coronary artery bypass surgery. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 387-396.
- ❖ Frieden, T. R., Jaffe, H. W., Cono, J., Richards, C. L., & Iademarco, M. F. (2016). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9-12—United States and selected sites, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(9). http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6509a1.htm?s_cid=ss6509a1_w
- ❖ Fuchs, C. Z., & Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(2), 206-215.
- ❖ Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Kawakami, N., Kadota, M., Sasaki, M., Sekiya, Y., . . . Grothaus, L. C., on behalf of the GENKI Project (2012). Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression presenteeism in workplace: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 7(4), e355330. doi: 10.1371/journal.pone.0035330

- ❖ Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., . . . Churchill, R. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *130*(3), 181-192. <https://doi.org/10.1111/acps.12275>.
- ❖ Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *19*(4), 482-490.
- ❖ Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(3), 543-549. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.543.
- ❖ Gallo, J. J., Morales, K. H., Bogner, H. R., Rauc, P. J., Zee, J., Bruce, M. L., & Reynolds, C. F., III. (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: Follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*, *346*(f2570). doi: 10.1136/bmj.f2570
- ❖ Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R. G., . . . Iyengar, S. (2009).
- ❖ Haight, E. A. P., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2016). Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(1), 107-122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28735658>
- ❖ Hanson, A. E., & Scogin, F. (2008). Older adults' acceptance of psychological, pharmacological, and combination treatments for geriatric depression. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *63*(4), P245-P248. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1093/geronb/63.4.P245>
- ❖ Haringsma, R., Engels, G. I., Cuijpers, P., & Spinhoven, P. (2006). Effectiveness of the coping with depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: A randomized controlled field trial. *International Psychogeriatrics*, *18*(2), 307-325. doi: 10.1017/S104161020500253X
- ❖ Harrer, G., Schmidt, U., Kuhn, U., & Biller, A. (1999). Comparison of equivalence between the st. john's wort extract lohyp-57 and fluoxetine. *Arzneimittel-Forschung*, *49*(4), 289-296.
- ❖
- ❖ Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, *62*(10), 1097-1106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097
- ❖ Hatcher-Kay, C., & King, C. (2003). Depression and suicide. *Pediatrics in Review*, *24*(11), 363-371.
- ❖ Hautzinger, M., & Welz, S. (2004). Kognitive verhaltenstherapie bei depressionen im alter: Ergebnisse einer kontrollierten vergleichsstudie unter ambulanten bedingungen an depressionen mittleren schweregrads [Cognitive behavioral therapy for depression in old age: results of a controlled comparative study under ambulant conditions at low severity of depression]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *37*, 427-435.
- ❖ Hautzinger, M., & Welz, S. (2007). Kurz- und längerfristige wirksamkeit psychologischer interventionen bei depressionen im alter [Short-term and longer-term effectiveness of psychological interventions in depression in old age]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *37*(1), 52-60. doi: 10.1026/1616-3443.37.1.52

- ❖ Lin, E. H. B., Heckbert, S. R., Rutter, C. M., Katon, W. J., Ciechanowski, P., Ludman, E. V., . . . Von Korff, M. (2009). Depression and increased mortality in diabetes: Unexpected causes of death. *The Annals of Family Medicine*, 7(5), 414–421. doi: 10.1370/afm.998. PMC2746517
- ❖ Lin, E. H. B., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L. Q., Williams, J. W., Kroenke, K., . . . Unützer, I., for the IMPACT Investigators. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized controlled trial. *JAMA*, 290(18), 2428–2434. doi: 10.1001/jama.290.18.2428
- ❖ Linde, K., Berner, M. M., & Kriston, L. (2008). St. john's wort for major depression (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD000448). doi: 10.1002/14651858.CD000448.pub3.
- ❖ Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L., & Chorpila, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 283–298. doi: 10.1007/s10567-013-0163-x
- ❖ Liu, E. T. H., Chen, W. L., Li, Y. H., Wang, C. H., Mok, T. J., & Huang, H. S. (2009). Exploring the efficacy of cognitive bibliotherapy and a potential mechanism of change in the treatment of depressive symptoms among the Chinese: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 449–461. doi: 10.1007/s10608-008-9228-4
- ❖ Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., . . . Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30–40. doi: 10.1002/wps.20384.
- ❖ Liu, X., Vitetta, L., Kostner, K., Crompton, D., Williams, G., Brown, W. J., . . . Whiteford, H. (2015). The effects of tai chi in centrally obese adults with depression symptoms. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015(879712), 1–8. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/879712>.
- ❖ Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 3–15. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.cpr.2014.12.003>.
- ❖ Löwe, B., Schulz, U., Gräfe, K., & Wilke, S. (2006). Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment: What do they really want? *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 39–45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0266.x>.
- ❖ Ly, K. H., Truschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., . . . Andersson, G. (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(e003440), 1–13. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003440.
- ❖ Lynch, D. J., Tamburrino, M. B., & Nagel, R. (1997). Telephone counseling for patients with minor depression: Preliminary findings in a family practice setting. *The Journal of Family Practice*, 44(3), 294–298.
- ❖ MhGAP-IG 2.0 pg.13 WHO
- ❖ Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 43–50. doi: 10.1159/000082026.
- ❖ March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., . . . Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(7), 807–820. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>.
- ❖ Marcus, M., Yasamy, T., van Ommeren, M., Chisholm, D., Saxena, S., & World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2012). *Depression: A global*

public health concern [Fact sheet]. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1.

- ❖ Matthew, P., & Brodersen, D. M. (2018). Income inequality and health outcomes in the United States: An empirical analysis. *The Social Science Journal*, 55(4), 432-442. <https://doi.org/10.1016/j.soscj.2018.05.001>.
- ❖ McCabe, K. M. (2002). Factors that predict premature termination among Mexican-American children in outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 11(3), 347-359.
- ❖ McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <http://psycnet.apa.org/doi/10.4088/JCP.12r07757>.
- ❖ McKay, M. M., & Bannon, W. M., Jr. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 905-921. doi: 10.1016/j.chc.2004.04.001
- ❖ McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 818-836.
- ❖ McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(10), 765-780. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026>.
- ❖ McMiller, W. P., & Weisz, J. R. (1996). Help-seeking preceding mental health clinic intake among African-American, Latino, and Caucasian youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1086-1094. <https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00020>
- ❖ Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>.
- ❖ Mellers, B., Hertwig, R., & Kahneman, D. (2001). Do frequency representations eliminate conjunction effects? An exercise in adversarial collaboration. *Psychological Science*, 12(4), 269-275. <http://www.jstor.org/stable/40063630?origin=ISTOR-pdf>.
- ❖ Menchetti, M., Rucci, P., Bortolotti, B., Bombi, A., Scocco, P., Chmura, H., & Berardi, D. (2014). Moderators of remission with interpersonal counselling or drug treatment in primary care patients with depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 144-150. doi: 10.1192/bjp.bp.112.122663.
- ❖ Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study – Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- ❖ Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. <http://dx.doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738>.
- ❖ Milgrom, J., Gemmil, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 236-245. doi: 10.1177/0004867414565474.
- ❖ Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 529-542. doi: 10.1348/014466505X34200.
- ❖ Minges, M. V., Solomonov, N., & Barber, J. P. (2017). What makes psychodynamic psychotherapy work? A review of five perspectives. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(3), 191-201.

- ❖ Mischoulon, D., Price, L. H., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Papakostas, G. I., Baer, L., . . . Fava, M. (2014). A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial of *s*-adenosyl-l-methionine (SAME) versus escitalopram in major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(4), 370-376. doi: 10.4088/JCP.13m08591.
- ❖ Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 861-871. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.86>.
- ❖ Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138(6), e20161878. doi: 10.1542/peds.2016-1878.
- ❖ Montgomery, P., Mayo-Wilson, E., Hopewell, S., Macdonald, G., Moher, D., & Grant, S. (2013). Developing a reporting guideline for social and psychological intervention trials. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1741-1746. <http://psycnet.apa.org/doi/10.2105/AJPH.2013.301447>.
- ❖ Moon, S. S., & Rao, U. (2010). Youth-family, youth-school relationship, and depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27(2), 115-131. doi:10.1007/s10560-010-0194-9.
- ❖ Moradveisi, L., Huibers, M. J. H., Renner, F., Arasteh, M., & Arntz, A. (2013). Behavioural activation v. antidepressant medication for treating depression in Iran: Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 204-211. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113696.
- ❖ Moreno, R. A., Teng, C. T., de Almeida, K. M., & Junior, H. T. (2005). Hypericum perforatum versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: A randomized double-blind trial in a Brazilian sample. *Review of Brazilian Psychiatry*, 28(1), 29-32.
- ❖ Morris, N. E. (1975). *A group self-instruction method for the treatment of depressed outpatients* (Doctoral dissertation, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada). Retrieved from <https://search.library.utoronto.ca/details?2179690&uuiid=f4e44c86-a83f-4909-b5ae-0fee07b23da6> Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 51A(4), M172-M178.
- ❖ Mood disorder pg 522020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist clinical practice guidelines for mood disorders.
- ❖ Mozaffari-Khosravi, H., Nabizade, L., Yassini-Ardakani, S. M., Hadinedoushan, H., & Barzegar, K. (2013). The effect of 2 different single injections of high dose vitamin D on improving the depression in depressed patients with vitamin D deficiency. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(3), 378-385. doi: 10.1097/JCP.0b013e31828f619a.
- ❖ Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.61.6.577
- ❖ Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573-579. doi: 10.1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-56-6-yoa8163.
- ❖ Muñoz, R. F., Le, H.-N., Oppen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., Jr., Soto, J., . . . Lieberman, A. F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the *mamas y bebés/mothers and babies course*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
- ❖ Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press.
- ❖ Murray, C. B. (1998). Racism and mental health. *Encyclopedia of mental health*, 3, 345-357.
- ❖ Mynors-Wallis, L. M., Gath, D., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 320, 26-30.

- ❖ National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Depression in children and young people: Identification and management*. Retrieved from <http://guidance.nice.org.uk/cg28/guidance/pdf/english>
- ❖ National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
- ❖ National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *The guidelines manual*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933>.
- ❖ National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Developing NICE guidelines: The manual*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/our-programmes/developing-NICE-guidelines-the-manual.pdf>.
- ❖ National Institute of Mental Health (NIMH). (2015). *Depression: What you need to know* (NIH Publication No. 15-3561). Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to-know/depression-what-you-need-to-know-pdf_151827.pdf.
- ❖ Naylor, E. V., Antonucci, D. O., Litt, M., Johnson, G. E., Spogen, D. R., Williams, R., . . . Higgins, D. L. (2010). Bibliotherapy as a treatment for depression in primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 258-271. doi: 10.1007/s10880-010-9207-2
- ❖ Nelson J. C., Delucchi, K., & Schneider L. S. (2008). Efficacy of second-generation antidepressants in late-life depression: A meta-analysis of the evidence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 558-567. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000308883.64832.ed>
- ❖ Nelson, J. C., Delucchi, K. L., & Schneider, L. S. (2013). Moderators of outcome in late-life depression: A patient-level meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 170(6), 651-659. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070927.
- ❖ Neugebauer, R., Klin, J., Markowitz, J. C., Bleiberg, K. L., Baxi, L., Rosing, M. A., . . . Keith, J. (2006). Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1299-1304.
- ❖ Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (Eds.). (2008). *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized clinical trials for psychosocial interventions*. New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Ng, C.-H., & Schweitzer, I. (2002). An overview of the management of treatment resistant depression in late life. *Psychogeriatrics*, 2, 156-164.
- ❖ Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129-151.
- ❖ Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R.C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876. doi: 10.1038/mp.2009.29
- ❖ Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. Retrieved from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/71710/1467-8721.00142.pdf?sequence=1>
- ❖ Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>
- ❖ Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions, and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.

- ❖ Ofonedu, M. E., Percy, W. H., Harris-Britt, A., & Belcher, H. M. E. (2013). Depression in inner city African American youth: A phenomenological study. *Journal of Child and Family Studies*, 22(1), 96-106. doi:10.1007/s10826-012-9583-3.
- ❖ Ojeda, V. D., & Bergstresser, S. M. (2008). Gender, race-ethnicity, and psychosocial barriers to mental health care: An examination of perceptions and attitudes among adults reporting unmet need. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 317-334. <https://doi.org/10.1177%2F002214650804900306>.
- ❖ Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 164, 155-164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.023>.
- ❖ Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., & Waslick, B. D. (2003). Outpatient treatment of child and adolescent depression in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1236-1242. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.12.1236>.
- ❖ Owens, D. K., Lohr, K. N., Atkins, D., Treadwell, J. R., Reston, J. T., Bass, E. B., . . . Helfand, M. (2010). AHRQ series paper 5: Grading the strength of a body of evidence when comparing medical interventions—agency for healthcare research and quality and the effective health-care program. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(5), 513-523. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.03.009
- ❖ Pakseresht, S., Boutsani, H., Azemi, M. E., Nilsaz, J., Babapour, R., & Haghdst, M. R. (2012). Evaluation of pharmaceutical products of st. john's wort efficacy added on tricyclic antidepressants in treating major depressive disorder: A double blind randomized control trial. *Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products*, 7(3), 106-110.
- ❖ Papakostas, G. I., Crawford, C. M., Scalia, M. J., & Fava, M. (2007). Timing of clinical improvement and symptom resolution in the treatment of major depressive disorder: A replication of findings with the use of a double-blind, placebo-controlled trial of hypericum perforatum versus fluoxetine. *Neuropsychobiology*, 56, 132-137. doi: 10.1159/000115779.
- ❖ Pastore, D. R., Juszczak, L., Fisher, M. M., & Friedman, S. B. (1998). School-based health center utilization: A survey of users and nonusers. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 152(8), 763-767. doi:10.1001/archpedi.152.8.763.
- ❖ Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., . . . Kirkwood, B. R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 376(9758), 2086-2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61508-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61508-5).
- ❖ Perry, N. S., Chaplo, S. D., & Baucom, K. J. W. (2017). The impact of cumulative minority stress on cognitive behavioral therapy treatment with gender minority individuals: Case study and clinical recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 472-483. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.cbpra.2016.12.004>.
- ❖ Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.002.
- ❖ Pinquart M., Duberstein P. R., & Lyness J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 163(9), 1493-1501.
- ❖ Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007-1016. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1007>
- ❖ Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055-1066. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017059>.

- ❖ Pot, A. M., Bohlmeijer, E. T., Onrust, S., Melenhorst, A.-S., Veerbeek, M., & De Vries, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: A randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 572-581. doi: 10.1017/S104161020999175X.
- ❖ Qu, S.-S., Huang, Y., Zhang, Z.-J., Chen, J.-Q., Lin, R.-Y., Wang, C.-Q., . . . Zhang, Y.-C. (2013). A 6-week randomized controlled trial with 4-week follow-up of acupuncture combined with paroxetine in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 726-732. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.004>.
- ❖ Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5, 163-171.
- ❖ Rahman, A., Patel, V., Maselko, J., & Kirkwood, B. (2008). The neglected 'm' in MCH programmes – Why mental health of mothers is important for child nutrition. *Tropical Medicine & International Health*, 13(4), 579-583. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02036.x
- ❖ Raue, P. J., Schulberg, H. C., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. L. (2009). Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: A randomized primary care study. *Psychiatric Services*, 60(3), 337-343. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.ps.60.3.337>
- ❖ Reeves, B. C., Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Wells, G. A., on behalf of the Cochrane Non-Randomised Studies Methods Group. (2011). Chapter 13: Including non-randomized studies. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. Retrieved from www.handbook.cochrane.org.
- ❖ Reiter, J. T., Dohmeyer, A. C., & Hunter, C. L. (2018). The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An overview and operations definition. *Journal Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(2), 109-126. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9531-x>.
- ❖ Renner, F., Cuijpers, P., & Huibers, M. J. H. (2014). The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(14), 2913-2926. doi: 10.1017/S0033291713003152.
- ❖ Reyes-Portillo, J. A., Mufson, L., Greenhill, L. L., Gould, M. S., Fisher, P. W., Tarlow, N., & Rynn, M. A. (2014). Web-based interventions for youth internalizing problems: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jaac.2014.09.005>.
- ❖ Reynolds, C. F., III, Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Frank, E., Miller, M. D., . . . Kupfer, D. J. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *The New England Journal of Medicine*, 354(11), 1130-1138.
- ❖ Reynolds, C. F., III, Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., . . . Kupfer, D. J. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA*, 281(1), 39-45. doi: 10.1001/jama.281.1.39.
- ❖ Reynolds, C. F., III, Thomas, S. B., Morse, J. Q., Anderson, S. J., Albert, S., Dew, M. A., . . . Quinn, S. C. (2014). Early intervention to preempt major depression among older black and white adults. *Psychiatric Services*, 65(6), 765-773.
- ❖ Richards, C. S., & O'Hara, M. W. (2014). Introduction. In C. S. Richards & M. W. O'Hara (Eds.), *The Oxford handbook of depression and comorbidity* (pp. 1-10). New York, NY: Oxford University Press.
- ❖ Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- ❖ Richardson, L. P., McCarty, C. A., Radovic, A., & Suleiman, A. B. (2017). Research in the integration of behavioral health for adolescents and young adults in primary care settings: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 261-269. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.11.013.

- ❖ Riolo, S. A., Nguyen, T. A., Greden, J. F., King, C. A. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American*.
- ❖ Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2013). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 41-53. doi: 10.1177/2167702612457599.
- ❖ Rosenfeld, R., & Shiffman, R. N. (2009). Clinical practice guideline development manual: A quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 140(6, Suppl 1), 1-43.
- ❖ Rosso, G., Martini, B., & Maina, G. (2013). Brief dynamic therapy and depression severity: A single-blind randomized study. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 101-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.017>.
- ❖ Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- ❖ Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2012). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234-245. doi: 10.1037/1099-9809.14.3.234.
- ❖ Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- ❖ Rucci, P., Frank, E., Scocco, P., Calugi, S., Miniati, M., Fagiolini, A., & Cassano, G. B., (2011). Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with ssri pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depression & Anxiety*, 28(4), 303-309. doi: 10.1002/da.20758.
- ❖ Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Stewart, J. W., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., . . . Fava, M., for the STAR*D Study Team. (2006). Bupropion-sr, sertraline, or venlafaxine-xr after failure of ssris for depression. *The New England Journal of Medicine*, 354(12), 1231-1242.
- ❖ Rushton, J. L., Clark, S. J., & Freed, G. L. (2000). Pediatrician and family physician prescription of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatrics* 105(6), e82. doi: 10.1542/peds.105.6.e82
- ❖ Rushton, J. L., Forcier, M., & Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 199-205. doi:10.1097/00004583-200202000-00014.
- ❖ Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>
- ❖ Salmúnen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J., . . . Toikka, T. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: A randomized comparative study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 77, 351-357. doi: 10.1159/000151388.
- ❖ Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760-765. doi:10.1001/archpedi.158.8.760.
- ❖ Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S., . . . Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.

- ❖ Schlögelhofer, M., Willinger, U., Wiesegger, G., Eder, H., Priesch, M., Itzlinger, U., . . . Aschauer, H. (2014). Clinical study results from a randomized controlled trial of cognitive behavioural guided self-help in patients with partially remitted depressive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 178–190. doi: 10.1111/papt.12008.
- ❖ Schnittker, J., Freese, J., & Powell, B. (2000). Nature, nurture, neither, nor: Black-White differences in beliefs about the causes and appropriate treatment of mental illness. *Social Forces*, 78(3), 1101–1132. <https://doi.org/10.1093/sf/78.3.1101>
- ❖ Schrader, E. (2000). Equivalence of St John's wort extract (Ze 117) and fluoxetine: a randomized, controlled study in mild-moderate depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(2), 61–68. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004850-200015020-00001>.
- ❖ Schulberg H. C., Katon, W., Simon G. E., & Rush A. J. (1998). Treating major depression in primary care practice: An update of the agency for health care policy and research practice guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1121–1127. doi:10.1001/archpsyc.55.12.1121.
- ❖ Schünemann, H., Hill, S., Guyatt, G., Akl, E. A., & Ahmed, F. (2011). The GRADE approach and Bradford Hill's criteria for causation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(5), 392–395.
- ❖ Schünemann, H. J., Osborne, M., Moss, J., Manthous, C., Wagner, G., Sicilian, L., . . . Jaeschke, R. (2009). An official American Thoracic Society policy statement: Managing conflict of interest in professional societies. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 180(6), 564–580.
- ❖ Scogin, F. R., Moss, K., Harris, G. M., & Presnell, A. H. (2014). Treatment of depressive symptoms in diverse, rural, and vulnerable older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 310–316. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4009>
- ❖ Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222–237. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpi033> .
- ❖ Scott, A. I. F., & Freeman, C. P. L. (1992). Edinburgh primary care depression study: Treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *British Medical Journal*, 304, 883–887.
- ❖ Scott, L. D. J., & Davis, L. E. (2006). Young, Black, and male in foster care: Relationship of negative social contextual experiences to factors relevant to mental health service delivery. *Journal of Adolescence*, 29(5), 721–736.
- ❖ Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 749–755. doi: 10.1001/archpsyc.
- ❖ Shain, B., & the Committee on Adolescence. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e20161420. doi: 10.1542/peds.2016-1420.
- ❖ Shanahan, L., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Angold, A. (2011). Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: Differential risk factors in development? *Psychological Medicine*, 41(11), 2265–2274. doi: 10.1017/s0033291711000675.
- ❖ Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynold, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522–534.

- ❖ Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence. *Clinical Psychology Review, 29*(1), 47-56. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.008.
- ❖ Shaw, B. F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(4), 543-551.
- ❖ Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., & Bouler, L. M. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology, 7*(10). doi: 10.1186/1471-2288-7-10.
- ❖ Shean, G. (2016). Psychotherapy outcome research: Issues and questions. *Psychodynamic Psychiatry, 44*(1), 1-24.
- ❖ Shiffman, R. N. (2009). Chapter 11: Clinical practice guidelines: Supporting decisions, optimizing care. In C. U. Lehmann, G. R. Kim, & K. B. Johnson (Eds.), *Pediatric informatics: Computer applications in child health* (pp. 149-159). New York, NY: Springer.
- ❖ Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., . . . Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*(CD008696), 1-103. doi: 10.1002/14651858.CD008696.pub2.
- ❖ Simon, G. E., Katon, W. J., Lin, E. H. B., Ludman, E., VonKorff, M., Ciechanowski, P., & Young, B. A. (2005). Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *General Hospital Psychiatry, 27*(5), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.008>.
- ❖ Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, S., Hahn, S., . . . Kruse, J. (2008). Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Diabetic Medicine, 25*(2), 206-212. doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02370.x.
- ❖ Sirey, J. A., Hannon, C. P., D'Angelo, D., & Kries, K. (2012). A community treatment intervention advancing active treatment in the elderly (ACTIVATE): A pilot study. *Journal of Gerontological Social Work, 55*(5), 382-391. doi: 10.1080/01634372.2011.644029.
- ❖ Slade, E. P. (2003). The relationship between school characteristics and the availability of mental health and related health services in middle and high schools in the United States. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 30*(4), 382-392. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02287426>.
- ❖ Snell-Johns, J., Mendez, J. L., & Smith, B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology, 18*(1), 19-35. doi: 10.1037/0893-3200.18.1.guideline for the Treatment of Depression.
- ❖ Snowden, L. R., & Thomas, K. (2000). Medicaid and African American outpatient mental health treatment. *Mental Health Services Research, 2*(2), 115-120.
- ❖ Snowden, L. R., & Yamada, A.-M. (2005). Cultural differences in access to care. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 143-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143846>
- ❖ So, M., Yamaguchi, S., Hashimoto, S., Mitsuhiro, S., Furukawa, T. A., & McCrone, P. (2013). Is computer-based CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry, 13*(113), 1-14. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/113>.
- ❖ Sontag-Padilla, L., Woodbridge, M. W., Mendelsohn, J., D'Amico, E. J., Osilla, K. C., Jaycox, L. H., . . . Stein, B. D. (2016). Factors affecting mental health service utilization among California

- public college and university students. *Psychiatric Services*, 67(8), 890–897. doi: 10.1176/appi.ps.201500307.
- ❖ Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465–471.
 - ❖ Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: A randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 1797–1806. doi: 10.1017/S0033291707000542.
 - ❖ Stark, K. D., Streuand, W., Krumholz, L. S., & Patel, P. (2010). Cognitive-behavioral therapy for depression: The ACTION program for girls. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 93–109). New York, NY: Guilford Press.
 - ❖ Stein, G. L., Curry, J. F., Hersh, J., Breland-Noble, A., March, J., Silva, S. G., . . . Jacobs, R. (2010). Ethnic differences among adolescents beginning treatment for depression. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(2), 152–158. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018666>
 - ❖ Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168(15), 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043>
 - ❖ Steinert, C., Stadler, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (2017). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 649–660. <https://doi.org/10.1002/cpp.2032>
 - ❖ Stevenson, M. D., Scope, A., Sutcliffe, P. A., Booth, A., Slade, P., Parry, G., . . . Group Cognitive Behavioural Therapy for Postnatal Depression Advisory Group. (2010). Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and value of information analyses. *Health Technology Assessment*, 14(44). doi: 10.3310/hta14440.
 - ❖ Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), e96110. doi: 10.1371/journal.pone.0096110.
 - ❖ Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 national survey on drug use and health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf> Suicide Prevention Resource Center. (2013). *Suicide among racial/ethnic populations in the U.S.: Hispanics* [Fact sheet]. Retrieved from <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/Hispanics%20Sheet%20Aug%2028%202013%20Final.pdf>.
 - ❖ Sun, H., Zhao, H., Ma, C., Bao, F., Zhang, J., Wang, D.-H., . . . He, W. (2013). Effects of electroacupuncture on depression and the production of glial cell line-derived neurotrophic factor compared with fluoxetine: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(9), 733–739. doi: 10.1089/acm.2011.0637.
 - ❖ Szegedi, A., Kohlen, R., Dienel, A., & Kieser, M. (2005). Acute treatments of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): Randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. *British Medical Journal*, 330, 503–506. doi: 10.1136/bmj.38356.655266.82.

- ❖ Szigethy, E., Bujoreanu, S. I., Youk, A. O., Weisz, J., Benhayon, D., Fairclough, D., . . . DeMaso, D. R. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(7), 726-735. doi: 10.1016/j.jaac.2014.04.014.
- ❖ Teh, C. F., Sorbero, M. J., Mihalyo, M. J., Kogan, J. N., Schuster, J., Reynolds, C. F., III, & Stein, B. D. (2010). Predictors of adequate depression treatment among medicaid-enrolled adults. *Health Services Research*, 45(1), 302-315. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.01060.x>.
- ❖ Terides, M. D., Dear, B. F., Fogliati, V. J., Gandy, M., Karin, E., Jones, M. P., & Titov, N. (2018). Increased skills usage statistically mediates symptom reduction in self-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 43-61.
- ❖ Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- ❖ Thase, M. E., Friedman, E. S., Biggs, M. M., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Luther, J. F., . . . Rush, A. J. (2007). Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 739-752.
- ❖ Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., III, Pilkonis, P. A., Hurley, K., . . . Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015. Thyme, K. E., Sundin, E. C., Stahlberg, G., Lindstrom, B., Eklof, H., & Wiberg, B. (2007). The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. *Psychodynamic Psychotherapy*, 21(3), 250-264. Tompson, M. C., Boger, K. D., & Asarnow, J. R. (2012). Enhancing the developmental appropriateness of treatment for depression in youth: Integrating the family in treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 345-384. doi: 10.1016/j.chc.2012.01.003.
- ❖ Trewweek, S., Oxman, A. D., Alderson, P., Bossuyt, P. M., Brandt, L., Brożek, J., . . . Alonso-Coello, P. (2013). Developing and evaluating communication strategies to support informed decisions and practice based on evidence (DECIDE): Protocol and preliminary results. *Implementation Science*, 8(6), 1-12.
- ❖ Trivedi, M. H., Fava, M., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., Quitkin, F., Warden, D., . . . Rush, A. J., for the STAR*D Study Team. (2006). Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *The New England Journal of Medicine*, 354(12), 1243-1252.
- ❖ Trowell J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almgvist, F., Soininen, M., . . . Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: A place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European & Child Adolescent Psychiatry*, 16(3), 157-167.
- ❖ Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., . . . IMPACT Investigators. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845. doi: 10.1001/jama.288.22.2836.
- ❖ Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. J., Hunkeler, E., Harpole, L., . . . Oishi, S. (2003). Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *Journal of The American Geriatrics Society*, 51(4), 505-514. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51159.x.
- ❖ U.S. Burden of Disease Collaborators. (2013). The state of U.S. health, 1990-2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*, 310(6), 591-608. doi: 10.1001/jama.2013.13805.

- ❖ U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2012). *Health, United States, 2011: With special feature on socioeconomic status and health* (Catalog No. 76-641496). Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus11.pdf>.
- ❖ van der Velden, A. M., Kayken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlggaard, J., . . . Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review, 37*, 26-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>.
- ❖ van Gurp, G., Meterislian, G. B., Haiek, L. N., McCusker, J., & Bellavance, F. (2002). St john's wort or sertraline? Randomized controlled trial in primary care. *Canadian Family Physician, 48*(5), 905-912.
- ❖ van Hees, M. L. J. M., Rotter, T., Ellermann, & Evers, S. M. A. A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review. *BMC Psychiatry, 13*(22), 1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/22>.
- ❖ van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van Hout, H. P. J., van der Horst, H., Cuijpers, P., . . . Beekman, A. T. F. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 297-304.
- ❖ van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Gollan, J., Kuwabara, S., Reinecke, M., & Basu, A. (2008). Predicting future risk of depressive episode in adolescents: The Chicago Adolescent Depression Risk Assessment (CADRA). *The Annals of Family Medicine, 6*(6), 503-511. doi:10.1370/afm.887.
- ❖ Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P., & Hermida, E. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research, 46*(11), 1456-1463. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.007>.
- ❖ Verduyn, C., Barrowclough, C., Roberts, J., Tarrier, N., & Harrington, R. (2003). Maternal depression and child behaviour problems: Randomised placebo-controlled trial of a cognitive-behavioural group intervention. *British Journal of Psychiatry, 183*(4), 342-348. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.342>.
- ❖ Viswanathan, M., Ansari, M. T., Berkman, N. D., Chang, S., Hartling, L., McPheeters, L. M., . . . Treadwell, J. R. (2012). Assessing the risk of bias of individual studies in systematic reviews of health care interventions. *Agency for Healthcare Research and Quality: Methods Guide for Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville, MD. Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0077771/pdf/PubMedHealth_PMH007771.pdf.
- ❖ von Wolff, A., Hözel, L. P., Westphal, A., Härter, M., & Kriston, L. (2012). Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 12*(61), 1-10. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/61>.
- ❖ Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Blukoy, S., Bolliger, I., . . . Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet, 386*(9995), 743-800. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4).

- ❖ Vostanis, P., Feehan, C., & Grattan, E. (1998). Two-year outcome of children treated for depression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 12-18.
- ❖ Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W. L. (1996a). A randomised controlled outpatient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 40(1-2), 105-116. doi: 10.1016/0165-0327(96)00054-7
- ❖ Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W. L. (1996b). Treatment for children and adolescents with depression: Lessons from a controlled trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(2), 199-212.
- ❖ Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198.
- ❖ APA | Guideline for the Treatment of Depression 79 Wassertheil-Smoller, S., Arredondo, E. M., Cai, J., Castaneda, S. F., Choca, J. P., Gallo, I. C., . . . Penedo, F. J. (2014). Depression, anxiety, antidepressant use, and cardiovascular disease among Hispanic men and women of different national backgrounds: Results from the Hispanic community health study/study of latinos. *Annals of Epidemiology*, 24(11), 822-830. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.09.003>.
- ❖ Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <https://dx.doi.org/10.1037/a0018912>.
- ❖ Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. C. T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2016). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11-43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>.
- ❖ www.amfk.org Kosovë 2006.
- ❖ Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2017). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, 48, 1308-1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002781>.
- ❖ Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132-149. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.132
- ❖ Weisz, J. R., Thurber, C. A., Sweeney, L., Proffitt, V. D., & LeGagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65(4), 703-707.
- ❖ Weisz, J. R., & Weiss, B. (1989). Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 741-746.
- ❖ Wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R., & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents—a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 7-22. doi:10.1016/j.jad.2013.06.010.
- ❖ Wholton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58-71. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.392>
- ❖ Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population-based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39(3), 209-216. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00034-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00034-1).

- ❖ Wickramaratne, P. J., Greenwald, S., & Weissman, M. M. (2000). Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1396-1405. doi: 10.1097/00004583-200011000-00014.
- ❖ Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J. F., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., . . . Van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 263-269. doi: 10.1159/000360795.
- ❖ Willemse, G. R. W. M., Smit, F., Cuijpers, P., & Tiemens, B. G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.
- ❖ Williams, N., Thomas, L., Abel, A., Barnes, M., Carroll, F., Ridgway, N., . . . Lewis, G. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: The CoBaLT randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 18(31), 1-167. doi: 10.3310/hta18310.
- ❖ Wilkinson, P., & Izmeth, Z. (2012). Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(11), 1-47. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006727.pub2>
- ❖ Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Neighbors, H., Nesse, R., Abelson, J. M., Sweetman, J., & Jackson, J. S. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: Results from the national survey of American life. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 305-315. doi: 10.1001/archpsyc.64.3.305.
- ❖ Williams, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., . . . Sengupta, A. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA*, 284(12), 1519-1526.
- ❖ Wirz-Justice, A., Bader, A., Frisch, U., Stieglitz, R. D., Alder, J., Bitzer, J., . . . Richer-Rössler, A. (2011). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(7), 986-993.
- ❖ Wittink, M. N., Cary, M., TenHave, T., Baron, J., & Gallo, J. J. (2010). Towards patient-centered care for depression: Conjoint methods to tailor treatment based on preferences. *Patient*, 3(3), 145-157. doi: 10.2165/11530660.
- ❖ Wollersheim, J. P., & Wilson, G. L. (1991). Group treatment of unipolar depression: A comparison of coping, supporting, bibliotherapy, and delayed treatment groups. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(6), 496-502.
- ❖ World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
- ❖ Wu, P., Katic, B. J., Liu, X. H., Fan, B., & Fuller, C. J. Young, J. F., Benas, J. S., Schueler, C. M., Gallop, R., Gillham, J. E., & Mufson, L. (2016). A randomized depression prevention trial comparing interpersonal psychotherapy – Adolescent skills training to group counseling in schools. *Prevention Science*, 17(3), 314-324.
- ❖ Zandberg, L. J., Rosenfield, D., Alpert, E., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2016) Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy*, 80, 1-9, doi: 10.1016/j.brat.2016.02.005
- ❖ Zhang, J., Chen, J., Chen, J., Li, X., Lai, X., Zhang, S., & Wang, S. (2014). Early filiform needle acupuncture for poststroke depression: A meta-analysis of 17 randomized controlled clinical trials. *Neural Regeneration Research*, 9(7), 773-784. doi: 10.4103/1673-5374.131590.

- ❖ Zhang, W.-J., Yang, X.-B., & Zhong, B.-L. (2009). Combination of acupuncture and fluoxetine for depression: A randomized, double-blind, sham-controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(8), 837-844. doi: 10.1089=acm.2008.0607.
- ❖ Zhang, Z.-J., Chen, H.-Y., Yip, K.-C., Ng, R., & Wong, V. T. (2010). The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.005>.
- ❖ Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., . . . Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207-222.
- ❖ Zilcha-Mano, S., Chui, H., Dolev, T., McCarthy, K. S., Dinger, U., & Barber, J. P. (2016a). Changes in causal attributions and relationship representations: Are they specific or common mechanisms in the treatment of depression? *Journal of Affective Disorders*, 193(15), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.073>.
- ❖ -Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016b). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484-496.

XV. Shkurtesat

APA	Asociacioni i Psikiatrive Amerikan
AGJD	Antipsikotikët e Gjeneratës së Dytë
ASD	Agjentët Stabilizues të Disponimit
ÇDM	Çrregullim Depresiv Madhor
FDA	Administrata Amerikane për Ushqim dhe Barna
KP	Klinika Psikiatrike
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
M&V	Monitorim dhe Vlerësim
MNS	Çrregullime Mendore Neurologjike të Përdorimit të Substancave
MSh	Ministria e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
SSRI	Frenues selektiv i rimarrjes së serotoninës
SNRIs	Serotonin-Noradrenalina Frenuesit e Rimarrjes
SRK	Studime të Randomizuara të Klusterizuara
TA	Trajtim Ambulantor
TFF	Terapia e Fokusuar në Familje
TNA	Terapia Ndërpersonale e Adoleshentëve
TKS	Terapia Konjitive e sjelljes
TS	Trajtim Spitalor

Pytësor



Gjatë këtyre dy javëve të fundit, sa shpesh jeni shqetësuar për paraqitjen e ndonjerës nga problemet e mëposhtme?

- ❖ Pak interesim apo kënaqësi për të bërë gjëra?
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

- ❖ Ndiheni të dëshpëruar, në depresion apo të pashpresë?
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

- ❖ Keni probleme me gjumin pagjumësi apo qëndrimi të gjatë në shtrat ose fleni shumë?
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

- ❖ Ndiheni të lodhur apo keni pak energji?
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

- ❖ Ndiheni të lodhur apo keni pak energji? Oreks i dobët apo ngrënia e tepërt?
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

- ❖ Ndiheni keq për veten tuaj - se jeni një i dështuar ose që e keni zhgënjyer veten ose familjen tuaj
 - Aspak
 - Disa ditë
 - Më pak se gjysëm dite
 - Gati çdo ditë

❖ Keni probleme me përqendrimin në gjëra, të tilla si leximi i gazetës ose shikimi i televizorit?

- Aspak
- Disa ditë
- Më pak se gjysëm dite
- Gati çdo ditë

❖ Lëvizni apo flisni aq ngadalë sa të tjerët mund ta kishin vënë re? apo e kundërta - të jesh kaq i shqetësuar apo i shqetësuar sa që ke lëvizur shumë më tepër se zakonisht?

- Aspak
- Disa ditë
- Më pak se gjysëm dite
- Gati çdo ditë

❖ Mendoni se do të ishte më mirë të vdisnit, apo të lëndonit veten në një farë mënyre?

- Aspak
- Disa ditë
- Më pak se gjysëm dite
- Gati çdo ditë

Total  27 pikë

Ashpërsia e Depresionit:

- [0-4] jashtë,
- [5-9] i lehtë,
- [10-14] i moderuar,
- [15-19] mesatarisht i rëndë,
- [20-27] i rëndë.