

II. ZASADY POSTĘPOWANIA

*Robin T. Reesal, Raymond W. Lam
oraz CANMAT Depression Work Group*

Cel: Kanadyjskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Kanadyjski Zespół ds Leczenia Zaburzeń Nastroju i Lękowych uczestniczyły w tworzeniu klinicznych wskazówek leczenia zaburzeń depresyjnych dla psychiatrów.

Metoda: Tworzenie wskazówek było następujące: wychodząc z bazy danych dokonano przeglądu piśmiennictwa. Zastosowano zoperjonalizowane kryteria oceny jakości wyników badań klinicznych, w rekomendacjach leczenia zawarto uzgodnione opinie klinicystów. Ten rozdział jest jednym z 7 rozdziałów ocenionych przez klinicystów. Tekst został poprawiony i zaakceptowany przez ekspertów krajowych i międzynarodowych.

Wyniki: Dokonano przeglądu zasad i celów postępowania psychiatrycznego psychoterapeutycznego i farmakologicznego. Uwzględniono dwie fazy leczenia, aktywnego i podtrzymującego. Przedyskutowano szczególnie problemy, włącznie z leczeniem chorych hospitalizowanych, postępowaniem z chorymi z tendencjami samobójczymi i zagadnienia medyczno-prawne.

Wnioski: Te zasady leczenia psychiatrycznego przedstawiają strategię stosowania specyficznych metod leczenia zaburzeń depresyjnych.

WPROWADZENIE

Rozdział ten prezentuje przegląd zasad postępowania w dużej depresji (MDD – duże zaburzenia depresyjne). Zawiera ocenę postępowania, zasady psychoterapii i farmakoterapii, jak również omówienie problemów specyficznych takich jak samobójstwa, postępowanie z pacjentem hospitalizowanym, jak również zagadnienia medyczno-prawne.

1. Jakie są podstawy rozpoznania?

Kamieniem węgielnym każdego planu leczenia jest postawienie poprawnego rozpoznania. Podczas gdy wiedza klinicysty w zakresie psychopatologii i znajomość kryteriów diagnostycznych jest sprawą zasadniczą, powinien on także rozumieć biologiczny, psychiczny oraz społeczny kontekst objawów (1, 2). Ważne jest również uwzględnienie istotnych czynników predysponujących, spustowych lub podtrzymujących zaburzenia, gdyż mogą one mieć wpływ na realizację określonego planu leczenia.

Klinicysta może postąpić błędnie, jeśli polega jedynie na danych od pacjenta i nie bierze pod uwagę innych informacji, które może uzyskać.

Jest kilka powodów dla czego powinno się dotychczasowe rozpoznanie wciąż poddawać ponownej analizie. Duża depresja może mieć różną etiologię, może

naśladować inne zaburzenia, jak np. otępienie, może kryć się za nią problem nadużywania substancji psychoaktywnych czy też zaburzenia lękowe, jak również, z upływem czasu, może przejść w zaburzenie dwubiegunowe. Komponenty niezbędne do rozpoznania i ustalenia planu leczenia są złożone i zmienne. Toteż diagnoza i plan leczenia powinny być dostosowywane do nowych informacji, jeśli takie się pojawiają.

2. Jakie są fazy leczenia?

W ostatnich latach dużą depresję zaczęto uważać raczej za chorobę przewlekłą i/lub nawracającą (3). Niesie to istotne implikacje terapeutyczne, ponieważ u chorych z dużą depresją istotna jest tendencja do nawrotów i/lub utrzymywania się przewlekłych objawów rezydualnych.

Przebieg i leczenie depresji tradycyjnie ocenia się (4) na podstawie wrażliwości na leczenie (odpowiedzi terapeutyczne), wystąpienie remisji, nawrotu tego samego epizodu depresji oraz choroby (recurrence). Odpowiedź terapeutyczna oznacza zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych do poziomu poniżej kryteriów rozpoznawania MDD, podczas gdy za remisję uważa się ustąpienie objawów depresyjnych, czy też powrót „dobrego samopoczucia”. Nawrotem (relapse) określa się zaostrzenie objawów depresyjnych pojawiające się podczas tego samego epizodu depresji, to jest w ciągu 6 miesięcy od czasu uzyskania poprawy. Za nawrót choroby (recurrence) uważa się nowy depresyjny epizod występujący po co najmniej 6-miesięcznym okresie remisji. Leczenie dużej depresji obejmuje 3 następujące kolejno fazy: aktywnej terapii (osiągnięcie odpowiedzi terapeutycznej), faza utrwalania poprawy (zapobieganie nawrotom objawów tej samej fazy/relapse/), oraz faza postępowania profilaktycznego (zapobieganie nawrotowi/recurrence/) (5).

Definicje te mają wartość heurystyczną, ale w praktyce często jest trudno lub nawet jest niemożliwe, określenie w przypadku poszczególnego pacjenta, czy powrót objawów dotyczy tej samej fazy (relapse) czy nawrotu choroby (recurrence). Koncepcja leczenia podtrzymującego opiera się w zasadzie na ocenie poprawy po lekach przeciwdepresyjnych, co nie w pełni odpowiada reakcji na psychoterapię. Toteż klinicznie bardziej przydatne jest podejście łączące nawrót objawów tej samej fazy choroby leczenia stabilizującego i profilaktycznego. Wówczas postępowanie w depresji można podzielić na fazę leczenia aktywnego (do uzyskania remisji), trwającą 8–12 tygodni, oraz fazę leczenia podtrzymującego służącą zapobieganiu nawrotowi, trwającą przez 6 i więcej miesięcy.

3. Jakie są zasady leczenia psychiatrycznego depresji?

Przed rozpoczęciem leczenia, należy uzyskać zgodę pacjenta. Aby zgoda była ważna, musi być spełnionych kilka warunków (6, 7). Zgoda musi być kompetentna, pacjent musi rozumieć czego dotyczy wyrażenie zgody na leczenie. Należy pacjentowi wyjaśnić ryzyko i korzyści płynące z proponowanego leczenia, należy również przedstawić alternatywne sposoby leczenia. Trzeba również prze-

dyskutować skutek odmowy leczenia. Należy odnotować w historii choroby, że pacjent wyraził dobrowolnie zgodę na podjęcie leczenia.

Dobra relacja psychiatry – pacjent jest podstawą sukcesu leczenia. Relacja ta powinna opierać się na zaufaniu i współpracy, a rola każdej ze stron powinna być wyraźnie określona. Używano już paru różnych terminów aby opisać związek pomiędzy klinicystą i pacjentem, np. „sprzymierzone działanie”, „wielki terapeutyczny” i „związek terapeutyczny” (8–10). Sprzymierzone działanie ze strony pacjenta wywiera decydujący wpływ na wynik leczenia, zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i zgodności z lekarzem w ocenie celu leczenia oraz postrzeganie leczenia jako właściwe i słuszne. Takie „przymierze” (związek psychiatry–pacjent) uważa się za silny pozytywny czynnik predykcyjny w ocenie efektów psychoterapii, bez względu na metodę (11, 12). Co więcej, z dobrym związkiem terapeutycznym idzie w parze mniejsza intensywność objawów, poprawa funkcjonowania pacjenta, jak również współpracy w farmakoterapii (13–15).

W uzupełnieniu odpowiednich warunków leczenia (troskliwości, wyrozumiałości i braku osądów) w ostrej fazie leczenia należy podjąć psychoedukację. Psychoedukacja odnosi się do koncepcji powstawania zaburzeń depresyjnych, oczekiwań pozytywnego wyniku leczenia (tj. „wlanie” nadziei w serce pacjenta) oraz potrzeby stosowania się do reżimu leczenia. Należy przedyskutować dlaczego doszło do rozpoznania depresji, wskazać implikacje tego stanu chorobowego, jak może on wpływać na społeczne i zawodowe życie, jaki jest przebieg tej choroby oraz możliwości leczenia. Należy pouczyć pacjenta o jego roli i obowiązkach w procesie leczenia: aby regularnie uczęszczał na wizyty, zadawał pytania i informował, jeśli nie może trzymać się ustalonych reguł leczenia. Pacjenci muszą zdawać sobie sprawę z tego, że motywacja do wyleczenia jest bardzo ważna. Członkowie rodziny (np. współmałżonek czy rodzic) mogą być ważnymi sprzymierzeńcami oferującymi wsparcie i pomagającymi stosować się do zaleceń. Częste kontakty w fazie aktywnej terapii, nawet jeśli są krótkie, nawet telefoniczne, informujące o postępach leczenia rozbudowują i utrwalają zawarte „przymierze” pomiędzy lekarzem i pacjentem.

Leczenie jednego pacjenta często angażuje cały zespół terapeutyczny. Psychiatry odpowiedzialny jest za kontakty z lekarzem domowym, który skierował chorego. W wielu przypadkach powinno mieć miejsce „dzielenie się obowiązkami w opiece nad pacjentem” (16). Notatki konsultacyjne powinny zawierać szczegółowe dane uzasadniające rozpoznanie i plan leczenia oraz rolę innych specjalistów zaangażowanych w proces leczenia danego pacjenta. Psychiatry powinien również prowadzić dokumentację wizyt i zastosowanego leczenia, łącznie z wyszczególnieniem przepisanych pacjentowi leków. Psychiatry i inni specjaliści zaangażowani w proces leczenia powinni regularnie wymieniać swoje spostrzeżenia i uwagi, szczególnie odnośnie zmian w stanie pacjenta. Wzajemne przekazywanie notatek na temat postępów w leczeniu danego pacjenta przez specjalistów poszerza wzajemną komunikację (17). Można używać również e-mail’u aby polepszyć komunikację pomiędzy psychiatrami, pacjentami oraz innymi specjalistami, chociaż zawsze należy zachować poufność informacji (18).

4. Jakie są cele leczenia?

Ustalenie celów stanowi „mapę” planu leczenia. Pacjent, jak i lekarz powinni oczekiwać tego samego efektu leczenia i w tym samym czasie (19). Rozbudzenie nadziei na wczesną poprawę może doprowadzić do braku akceptacji przez pacjenta i/lub jego rodziny co do stosowanego leczenia psychiatrycznego.

Celem aktywnej fazy leczenia pacjenta z depresją jest redukcja objawów oraz poprawa jakości jego życia. Celem leczenia podtrzymującego jest zapobieganie nawrotowi objawów depresji (relapse/recurrence). Występowanie symptomów rezydualnych jest coraz częściej uznawane za ważny czynnik zapowiadający nawrót choroby (relapse/recurrence) (20). Dlatego też celem aktywnego leczenia powinna być pełna remisja symptomów i powrót do przedchorobowego poziomu funkcjonowania. W monitorowaniu objawów pomocne są skale, takie jak Hamiltona (HDRS) (21, 22), czy skala depresji Montgomery-Asberg (23) lub inwentarz Becka (24).

Określenie czasu potrzebnego do uzyskania poprawy pozwala na kontrolę przebiegu leczenia. Większość leków przynosi poprawę po 4 do 8 tygodniach leczenia. Jeśli po tym czasie nie dojdzie do poprawy, wskazane jest wprowadzenie zmian do planu leczenia. Przywrócenie poprzedniego poziomu funkcjonowania chorego może wymagać zajęć rehabilitacyjnych, psychoterapii, terapii zajęciowej, doradztwa zawodowego czy terapii małżeńskiej lub rodzinnej. W monitorowaniu zmian funkcjonowania społecznego mogą posłużyć skale takie jak Globalna Ocena Funkcjonowania (GAF) (25, 26).

5. Jakie są zasady postępowania psychoterapeutycznego?

Współczesne badania skupiły się na kilku specyficznych modelach psychoterapii: każdy z nich opiera się na własnych mechanizmach osiągnięcia zmian (tab. 2.1). Wspólną ważną podstawą psychoterapii jest przekonanie chorego do współpracy w terapii.

Ostatnio zaproponowano kanadyjskie standardy psychoterapii (6, 27). Jak zaznaczono w tych wytycznych, istnieje pewna rozbieżność pomiędzy zainteresowaniem badaczy specyficznymi modelami psychoterapii przy zastosowaniu metod podręcznikowych, a stosunkowo niewieloma klinicystami, których przeszkolono, aby wprowadzali je w życie. Aby wypełnić tę lukę, zaprojektowano ostatnio nowe wytyczne do zrealizowania w szkoleniach dla lekarzy rezydentów (28). W nielicznych badaniach wykazano, że ścisłe przestrzeganie poszczególnych metod terapii przynosi bardzo dobre wyniki w próbach klinicznych.

Ograniczenie tych prób, tak jak prób lekowych, polega na tym, że pacjenci, objęci badaniami mogą nie być reprezentatywni dla grupy chorych na depresję (np. kwestia schorzeń współistniejących). Podstawę psychoterapii stanowi podejście teoretyczne, ale również wybór i praktyka samego terapeuty (6). Stąd wynika, że w praktyce klinicznej terapeuci mogą odbiegać od ścisłych zaleceń podręcznika mając na uwadze dobro pacjenta.

Tabela 2.1. Modele psychoterapii i przypuszczalne mechanizmy zmian

Modele psychoterapii	Przypuszczalny mechanizm zmiany
Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)	Uświadomienie i zmiana negatywnych dysfunkcyjnych konstruktów poznawczych pozwalają na zmianę tworzenia własnego świata interpersonalnego i ułatwia budowę zachowań prowadzących do lepszego przystosowania.
Psychoterapia interpersonalna (IPT)	Poprawa jakości stosunków z innymi i skierowanych społecznie zachowań unikania pozwala na czerpanie korzyści ze stymulacji pochodzących z interakcji społecznych.
Krótkotrwała psychoterapia dynamiczna (BDP)	Poznanie i przedyskutowanie wewnętrznych konfliktów, często dotyczących zależności i intymności uwalnia jednostkę pozwalając jej na bardziej efektywne wybory sposobu prowadzenia własnego życia.
Psychoterapia podtrzymująca (SPT)	Poprawa bezpośredniego przystosowania do aktualnej sytuacji życiowej, proces uczenia się umiejętności rozwiązywania problemów redukuje stres i wzmacnia zaufanie do siebie.
Analizyczny system psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBASP)	Zrozumienie jak jednostka tworzy trudności zwłaszcza w związkach z innymi pozwala na zmianę sytuacji która unieszczęśliwia. Ten model jest szczególnie przydatny u chorych z przewlekłą depresją.

Wyniki badań wskazują na to, że terapia kognitywno-behawioralna (CBT) i psychoterapia interpersonalna (IPT), przynoszą w przybliżeniu podobny wynik u chorych z umiarkowaną depresją (patrz rozdział III). Wskaźniki popraw po psychoterapii są podobne do osiąganych w leczeniu farmakologicznym, chociaż farmakoterapia może przynieść wcześniejszą poprawę, zwłaszcza objawów niespecyficznych (zaburzeń lękowych i snu). Z drugiej strony, psychoterapia może stymulować poczucie bliskiego związku pomiędzy terapeutą a pacjentem i w ten sposób powstrzymać pacjentów od przedwczesnego zaprzestania terapii. Gorsze wyniki przynosi psychoterapia w depresjach ciężkich i lekoopornych.

W większości badań stosowano od 12 do 20 sesji. Ograniczenie czasowe kładzie silny nacisk na wczesną identyfikację problemów stanowiących cel interwencji. Każda z metod dysponuje własnymi technikami służącymi do rozpoznania problemów chorego. Ważne jest, aby i klinicysta i pacjent zgodzili się co do celów leczenia. Często spisuje się je jako zadania docelowe tak, aby można było oceniać postęp leczenia przez cały czas trwania psychoterapii. Taka aktywna, skoncentrowana na celach terapia jest istotą każdej metody, przy czym właściwe ustalenie celów i proces ich terapii zwykle budzi lęk i napotyka na opór. Pacjent powinien czuć się zdolnym i coraz bardziej biegłym w wytyczaniu i realizacji własnych celów.

U pacjentów, u których psychoterapia nie zapoczątkowała poprawy w ciągu 2 miesięcy istnieje mniejsze prawdopodobieństwo, że pojawi się u nich później pełna odpowiedź terapeutyczna. Po 6-miesięcznej terapii, można dokonać oceny wyników leczenia, aby podjąć decyzję co do dalszej kontynuacji psychoterapii.

Jeżeli pacjent nie odpowiada na leczenie w określonym czasie, należy rozważyć wprowadzenie zmian w sposobie realizowania terapii (np. zastosowanie innej metody terapii, dołączenie leku) lub też należy poprosić o opinię konsultanta.

Analiza sondaży wskazuje na leczenie kombinowane psychoterapią i farmakoterapią jako najczęściej stosowane przez psychiatrów. Sposób prowadzenia psychoterapii nie zawsze jest dokładnie opisany. W badaniach porównawczych wykazano synergiczne działanie leków i CBT lub IPT (patrz rozdział V). Jednak w innych badaniach wykazano minimalne różnice efektywności leczenia połączonego, w porównaniu z monoterapią, może dlatego, że oba sposoby – zarówno psychoterapia jak i farmakoterapia – są dość skuteczne w depresjach. Nigdy nie wykazano natomiast by połączone leczenie było mniej skuteczne niż monoterapia.

Wybór rodzaju psychoterapii zależy od klinicysty. Ostatnie badania wskazują na to, że niektóre cechy pacjentów pozwalają na przewidywanie lepszego wyniku leczenia konkretnymi metodami. Nastawienie na psychologiczne leczenie koreluje z lepszym (29, 30) wynikiem leczenia zarówno w psychoterapii dynamicznej jak i podtrzymującej. Jakość związków z obiektem (QOR) określa celowość stosowania psychoterapii dynamicznej i podtrzymującej: u pacjentów z wysokim QOR bardziej wskazana jest psychoterapia dynamiczna, natomiast u pacjentów z niskim QOR podtrzymująca (31). Pacjenci perfekcjonistyczni doświadczają większego stresu podczas terapii i prawdopodobieństwo ich rezygnacji z leczenia jest większe (32). Dotąd nie ma dostatecznych danych pozwalających klinicydom na wybór odpowiedniej metody psychoterapii u różnych chorych.

6. Jakie są zasady postępowania farmakologicznego?

Idealny środek przeciwdepresyjny powinien działać szybko, być skuteczny w krótko- lub długoterminowym leczeniu, powinien mieć szeroką rozpiętość dawki leczniczej, oraz nie wchodzić w interakcje z innymi lekami. Środek taki powinien być również bezpieczny przy przedawkowaniu, nie uzależniać, być tani i łatwy w przyjmowaniu (33). Niestety, taki lek nie istnieje. Dlatego, przy doborze leku, należy wziąć pod uwagę takie czynniki jak: ciężkość epizodu, wiek pacjenta, chęć pacjenta do współpracy w leczeniu, zagrożenie samobójstwem, impulsywność, wcześniejsza odpowiedź terapeutyczna na leki przeciwdepresyjne, dane o tolerancji leków w przeszłości, występowanie współistniejących zaburzeń psychicznych i somatycznych, zażywanie innych leków przez chorego.

Znajomość farmakologii, łącznie z farmakokinetyką i farmakodynamiką leków jest sprawą istotną przy wyborze leku przeciwdepresyjnego oraz do interpretacji problemów pojawiających się w czasie leczenia (patrz rozdział IV). Uwzględnić należy też potencjalne zagrożenie interakcjami leków (patrz rozdział IV) oraz potrzebę lub przydatność monitorowania stężenia leków (takich jak lit czy nortryptylina) (33).

Zalecając pacjentowi lek przeciwdepresyjny psychiatra powinien przedyskutować z pacjentem: alternatywne opcje leczenia, przyczynę wyboru danego leku,

skutki uboczne krótko- i długoterminowego leczenia, możliwe interakcje z innymi lekami, co zrobić, jeżeli wystąpi nasilenie depresji, oraz jak ma sobie radzić z potencjalnymi działaniami niepożądanymi stosowanego leku. W przypadku kobiet, należy również omówić plany prokreacyjne pacjentki, ewentualny wpływ leczenia na ciążę i rozważyć zapobieganie ciąży.

Prowadzenie kliniczne (CM) jest ważnym składnikiem farmakoterapii (34, 35). Obejmuje krótkie sesje psychoedukacyjne oraz terapię podtrzymującą. Pacjenci powinni dowiedzieć się, że depresja może ulec poprawie zanim subiektywnie ją odczują (toteż przydatne są „obiektywne” relacje kogoś z członków rodziny). Poprawa objawowa (tzn. odpowiedź terapeutyczna) może nie wystąpić wcześniej niż po 2 do 4 tygodniach stosowania odpowiedniej dawki leku, a remisja często występuje dopiero po 2 do 4 miesiącach. Uświadomienie pacjentowi faktu, iż powrót do zdrowia raczej następuje z wahaniami niż stopniowo, może uspokoić jego lub rodzinę, gdy pojawi się kilka gorszych dni. Pacjenci powinni wiedzieć, że działania uboczne zazwyczaj mają charakter przemijający, jak również, że nie powinni oni przerywać leczenia, nawet jeśli czują się lepiej, bez konsultacji ze swoim lekarzem. W końcu, powinno się pacjentom stworzyć okazję, aby mogli zwracać się ze swoimi pytaniami czy wątpliwościami, szczególnie jeśli chodzi o działania niepożądane stosowanych leków. Takie proste wyjaśnienia i wskazówki dotyczące leczenia farmakologicznego mogą znacznie polepszyć przestrzeganie reżimu leczenia (36).

W fazie leczenia podtrzymującego wszyscy pacjenci powinni nadal przyjmować lek przeciwdepresyjny w dawce, która przyniosła remisję przez jeszcze przynajmniej 6 miesięcy. Wskaźnik nawrotów wynosi 35 do 60% u chorych, którzy przegrali leczenie przed upływem 6 miesięcy, podczas gdy nawroty występują u 10–25% leczonych (37, 38). Ryzyko nawrotu jest szczególnie wysokie, jeżeli lek jest odstawiony w pierwszych miesiącach remisji.

Regularne, choć mniej częste, wizyty (np. co miesiąc) w fazie leczenia podtrzymującego wzmacniają związek terapeutyczny pomiędzy lekarzem a pacjentem, co pozytywnie wpływa na realizowanie zaleceń. Lekarz powinien zwracać uwagę na późno pojawiające się działania niepożądane (np. przybór masy ciała, zaburzenia funkcji poznawczych, dysfunkcje seksualne) i proponować odpowiednie działania (19). Wysoka cena leków nowszej generacji może być istotną nierozpoznawalną przyczyną przerwania leczenia przez pacjenta. Jeśli pacjent zrezygnuje z brania leków należy przeanalizować z nim i jego rodziną wczesne zwiastuny nawrotu oraz określić postępowanie. Lekarz powinien interweniować w przypadku wykrycia zaburzeń współistniejących lub problemów (np. nadużywania substancji psychoaktywnych, napięć małżeńskich, rodzinnych), które mogą zwiększyć ryzyko nawrotu.

U niektórych pacjentów może zająć potrzeba wydłużenia farmakoterapii podtrzymującej (na ponad 2 lata) jeśli istnieją u nich czynniki ryzyka nawrotu depresji. Do czynników ryzyka zalicza się: przebyte trzy lub więcej epizodów, częste nawroty (np. 2 lub więcej epizodów w okresie 5 lat), przebyta przewlekła depresja i zaawansowany wiek (39, 40, 41). Decyzja o wydłużeniu leczenia podtrzymującego wymaga omówienia z pacjentem/rodziną takich tematów jak: szybkość

pojawienia się epizodów, ciężkość zaburzeń/upośledzenia, trudności w uzyskaniu poprawy we wcześniejszych epizodach oraz wyuczenia pacjenta umiejętności rozpoznawania objawów prodromalnych nawrotów i odpowiedniego postępowania. Każda decyzja o zaprzestaniu leczenia powinna być decyzją wspólną lekarza i pacjenta, jednak pacjent powinien nadal pozostać pod kontrolą ze względu na zagrożenie wystąpienia nawrotu. Dawkę odstawianego leku powinno się redukować wolno przez kilka kolejnych tygodni, co zapobiega wystąpieniu objawów odstawienia i zmniejsza ryzyko nawrotu (42).

7. Jakie są zasady postępowania przy zagrożeniu samobójstwem?

Częstość samobójstw u osób cierpiących na dużą depresję (MDD) jest najwyższa spośród wszystkich pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (43, 44). Pomiedzy 40 a 60% dokonanych samobójstw dotyczy pacjentów depresyjnych, dlatego u wszystkich pacjentów z MDD należy oceniać ryzyko samobójstwa. W tabeli 2.2 wymieniono czynniki ryzyka samobójstwa w depresjach.

Tabela 2.2. Czynniki ryzyka samobójstwa w depresjach
(zmod. za 44, 69, 70)

<p>Obecność napadów lęku, niepokoju, pobudzenia Uporczywa bezsensowność Anhedonia i zaburzenia koncentracji Poczucie beznadziejności i bezradności Impulsywność Nadużywanie substancji psychoaktywnych Płeć: mężczyźni w wieku 20–30 lat i ponad 50 lat, kobiety w wieku 40–60 lat Starszy wiek Próby samobójcze w przeszłości Samobójstwa krewnych</p>

Wśród pytań jakie klinicysta powinien zadać pacjentowi podczas oceny ryzyka samobójstwa jest pytanie o to czy pacjent czuje się zdesperowany, ma poczucie beznadziejności, bezradności lub jest zmęczony zmaganiem z życiem? Czy pacjentowi nie chce się dalej żyć? Czy myśli o samobójstwie? Jak silne są te myśli? Czy są one częste, uporczywe i natrętne? Czy pacjent planował samobójstwo? W jakich okolicznościach? Czy pacjent jest impulsywny?

Należy określić czynniki psychospołeczne, które mogłyby ułatwić lub stymulować zachowania samobójcze. Czy ostatnio w życiu pacjenta wydarzyły się zdarzenia takie jak: utrata pracy, śmierć bliskiej osoby, pogorszenie stanu zdrowia, zmiana miejsca zamieszkania? Czy istnieją dane przemawiające za tym, że pacjent czuje się osaczony przez zdarzenia życiowe, a jedynym wyjściem jest

samobójstwo? Czy istnieją dane na to, że pacjent chce „ostatecznie uporządkować swoje sprawy”, np. pisze testament? Czy pacjent widzi swoją przyszłość? Czy żałuje nieudanej próby samobójczej? Silne emocje, takie jak gniew, wstyd, poczucie poniżenia, samotności oraz nienawiść do samego siebie mogą wskazywać na ciężką depresję ze słabą kontrolą impulsów i zaburzeniami sądenia – sytuację wysokiego zagrożenia samobójstwem (45).

Im więcej wypowiada pacjent powodów do tego by żyć, tym jest mniej prawdopodobne, że będzie on próbował zrealizować myśli samobójcze (46). Nie można jednak polegać na „kontrakcie z pacjentem”, na przykład w badaniu depresji prowadzonym przez Amerykański Państwowy Instytut Zdrowia Psychicznego, 25% pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, zawarło tzw. „kontrakt samobójczy” ze swoim opiekunem w czasie, w którym popełnili samobójstwo (47). Układy takie są zazwyczaj skuteczne krótkotrwałe, powstają w wyniku dobrej relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem; na takich układach znacznie mniej można polegać, jeżeli pacjent nie ma dostatecznego wsparcia społecznego lub gdy przejawia nasilone tendencje samobójcze.

Depresje z tendencjami samobójczymi wymagają agresywnego leczenia (48). Należy zapewnić choremu warunki bezpieczeństwa, optymalną farmakoterapię i podtrzymanie psychospołeczne.

Należy zmobilizować system wsparcia, wizyty powinny być częste. W domu chorego nie może być broni palnej. Należy stosować leki o dużym marginesie bezpieczeństwa (jak np. SSRI lub inne nowe leki). Należy przepisywać leki w ilości nie powodującej, po zażyciu w całości, ryzyka zgonu. Niezbędna bywa hospitalizacja (49). Korzystniejsze jest przyjęcie do szpitala dobrowolne, ale może być konieczne przyjęcie przymusowe.

Ważna jest częsta ocena ryzyka samobójstwa nawet u chorego w szpitalu.

Nieprzewidywalność podjęcia próby samobójczej sprawia, że pomimo najlepszych wysiłków chorzy z zaburzeniami psychicznymi nadal dokonują samobójstw (50). Postępowanie po dokonaniu samobójstwa powinno objąć bliskich chorego, którym należy zapewnić pomoc instytucji zajmujących się poradnictwem dla osób, które poniosły stratę. Tendencje samobójcze u osób, które przeżyły próbę samobójczą kogoś bliskiego są znacznie nasilone (44). Istotne znaczenie w zapobieganiu

Tabela 2.3. Rekomendowane postępowanie psychiatryczne

- rozpocząć od wszechstronnego badania pacjenta
- każdorazowo ocenić ryzyko samobójstwa
- należy zmierzać do zupełnego ustąpienia objawów i przywrócenia przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego
- należy zaplanować dwie fazy leczenia:
 - aktywnego (trwa 8–12 tyg.) do czasu ustąpienia objawów
 - podtrzymującego (trwa co najmniej 6 mies., ale często dłużej) służącego zapobieganiu nawrotowi zaburzeń
- należy monitorować reakcję na leczenie przy pomocy standardowych narzędzi pomiaru
- należy rewidować leczenie co 4 tyg. w przypadku braku reakcji na leczenie

samobójstwom mają ośrodki interwencji kryzysowych (poprzez np. natychmiastowe spotkanie służące zmniejszeniu napięcia związanego z szokiem i przeżytym stresem /51/). Osobom bliskim chorego, po próbie samobójczej należy zapewnić wsparcie i opiekę. Przegląd postępowania i analiza psychologiczna zmarłego powinny być omówione później, aby rozważyć zaistniałą sytuację (50, 52) (tab. 2.3)

8. Jakie są zasady postępowania w stosunku do chorych hospitalizowanych?

Istnieje kilka wskazań do leczenia pacjenta z depresją w warunkach szpitalnych. Zalicza się do nich konieczność zapewnienia choremu i jego otoczeniu bezpieczeństwa, interwencji w stanach kryzysu, prawidłowego postępowania diagnostycznego (szczególnie w przypadku współistnienia innych schorzeń), przy braku poprawy po leczeniu ambulatoryjnym, w nagłym pogorszeniu stanu pacjenta lub też znacznego nasilenia depresji (łącznie z poczuciem beznadziejności, z myślami samobójczymi lub objawami psychotycznymi), u osób niezdolnych do funkcjonowania w domu oraz gdy załamaniu uległo wsparcie społeczne.

Postępowanie w stosunku do pacjenta depresyjnego w warunkach szpitalnych jest złożone i wielostronne. Wyodrębnia się trzy zachodzące na siebie fazy postępowania: badanie, leczenie i wypis (53). W pierwszej fazie ważne jest ustalenie przyczyny hospitalizacji i czynników, które mogą niekorzystnie wpływać na odpowiedź terapeutyczną. Badanie stanu fizycznego obejmuje wywiad, badanie fizykalne i próby laboratoryjne.

Często leczeniem hospitalizowanego pacjenta zajmuje się inny psychiatra niż ten, który leczył go dotychczas. Dlatego ważna jest dobra komunikacja pomiędzy szpitalem a lekarzem w poradni; należy uzyskać wszystkie dodatkowe informacje od rodziny i ze środowiska, łącznie z informacjami od lekarza rodzinnego. Raporty na piśmie można uzyskać jedynie za zgodą pacjenta.

Podstawowym działaniem po przyjęciu chorego do szpitala jest ocena zagrożenia i rodzaju niezbędnego zabezpieczenia: u chorych z tendencjami samobójczymi należy określić potrzebę i sposób realizacji obserwacji. Powieszenie się lub uduszenie są możliwe nawet jeżeli opiekun chorego oddali się na kwadrans (54). Podczas przyjmowania pacjenta do szpitala należy upewnić się, czy zna on zasady funkcjonowania oddziału jak również zadania personelu. Rozpoznanie i plan leczenia należy ustalać wraz z chorym.

Leczenie obejmuje zarówno farmakoterapię jak i psychoterapię. Jeżeli zachodzi potrzeba, można omówić sytuację rodzinną lub inne relacje pacjenta w zorganizowanych spotkaniach z zainteresowanymi osobami. Należy poddać analizie czynniki stresujące w miejscu pracy, rodzaj niepełnosprawności, sytuację prawną. W planie leczenia można uwzględnić zaangażowanie różnych specjalistów (np. psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, dietetyków). Psychiatra powinien być w stałym kontakcie z pacjentem i całym zespołem terapeutycznym, a cele leczenia należy często poddawać ponownej ocenie i uaktualniać je. Kiedy pacjent ma prawo do opuszczania oddziału, psychiatra powinien rozważyć ryzyko

podjęcia przez chorego próby samobójczej. Należy prowadzić dokumentację zagrożenia i podjętych czynności dla zapewnienia choremu bezpieczeństwa.

Celem leczenia szpitalnego jest przywrócenie funkcjonowania pacjenta do stanu, w którym wystarcza opieka ambulatoryjna. Wobec tego, plan wypisu należy zakreślić tuż po przyjęciu pacjenta do szpitala. Wypis wymaga skoordynowania pracy osób przejmujących nad chorym opiekę i służb środowiskowych. Wypis może odbyć się, gdy ustali się z chorym, jego rodziną i osobami zaangażowanymi w proces dalszego leczenia dalszy sposób postępowania.

Zaplanowanie w czasie wypisu pozwala na lepsze porozumienie i ustalenie dalszej opieki. Obowiązkiem lekarza poza działaniami medycznymi (np. oceną wyników badań) jest sporządzenie dokumentacji pacjenta.

Zalecenia u chorych hospitalizowanych

- należy postępowanie traktować jako kontinuum zachodzących na siebie badania, leczenia i wypisu,
- należy zapewnić bezpieczeństwo i poprawę zdolności do funkcjonowania aby ułatwić przejście pod opiekę ambulatoryjną,
- należy włączyć pacjenta i pracowników systemu opieki zdrowotnej w plan wypisu,
- pamiętać, że okres bezpośredni po wypisie jest czasem szczególnego zagrożenia samobójstwem.

W Kanadzie wzrasta nacisk na skracanie czasu hospitalizacji chorych na depresję, częściowo z powodu skromnych środków finansowych w służbie zdrowia (55). W planowaniu wypisu ważną rolę odgrywają oddziały dzienne i programy przejściowe (56). Ważne jest, aby pacjent mógł spotkać się z personelem oddziału dziennego lub ambulatoryjnego zanim zostanie wypisany. Okres tuż po wypisie jest czasem dużego zagrożenia próbami samobójczymi, a więc należy mieć pewność, że pacjent będzie pod dobrą opieką (tab. 2.4)

Tabela 2.4. Zalecenia u chorych hospitalizowanych

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● należy postępowanie traktować jako kontinuum zachodzących na siebie badania, leczenia i wypisu,● należy zapewnić bezpieczeństwo i poprawę zdolności do funkcjonowania, aby ułatwić przejście pod opiekę ambulatoryjną,● należy włączyć pacjenta i pracowników systemu opieki zdrowotnej w plan wypisu,● pamiętać, że okres bezpośredni po wypisie jest czasem szczególnego zagrożenia samobójstwem. |
|--|

9. Jakie są ważne zagadnienia medyczno-prawne?

Przed podjęciem leczenia należy chorego poinformować, że wszelkie informacje dotyczące jego osoby są objęte tajemnicą, powiedzieć, że zasada poufności informacji może zostać złamana (61, 62) w przypadku zagrożenia pacjenta lub innych osób, jeżeli zaistnieją dowody na znęcanie się czy zaniedbanie w stosunku do dzieci, lub też jeżeli takie będą żądania sądu. Zasady przestrzegania poufności

informacji w różnych regionach różnią się (57–60), dlatego każdy psychiatra musi znać obowiązujące prawo. Jeżeli pojawią się jakiegokolwiek wątpliwości w odniesieniu do poufności informacji, lekarz powinien szukać porady prawnej i/lub skontaktować się z Okręgową Izbą Lekarską (61).

Psychiatrzy mają w niektórych prowincjach obowiązek przekazywania informacji do okręgowego przedstawiciela Ministerstwa Transportu, jeżeli pacjent nie jest zdolny do prowadzenia pojazdu. Pacjenci z depresją mogą być niezdolni ze względu na swój stan lub w związku z przyjmowanymi lekami. Niektórzy chorzy mogą nawet użyć pojazdu, aby zrobić krzywdę sobie lub innym (65). Do obowiązków psychiatry należy również opinia o przydatności w zawodzie licencjonowanego pilota, ponieważ istnieją ściśle przepisy, co do stosowania środków psychotropowych przez licencjonowany personel lotniczy (66).

Należy uprzedzić pacjenta o potencjalnych działaniach ubocznych zaordynowanych leków, mogą one bowiem upośledzać sprawność motoryczną (67) (np. koordynację ruchów i wydłużać czas reakcji) lub poznawczą, po to aby wiedzieli o tym, gdyż pozwoli to na uniknięcie wypadków.

Dokumentacja odgrywa ważną rolę w praktyce klinicznej. Niekompletne zapisy i notatki są głównym czynnikiem przyczyniającym się do problemów prawnych i kłopotów na jakie napotykają lekarze gdy zaistnieje potrzeba obrony decyzji klinicznych; najlepszą linią obrony prawnej jest szczegółowa i pełna dokumentacja. Przy wypełnianiu formularzy ubezpieczeniowych i formularzy prawnych takich jak formularz o przymusowym przyjęciu pacjenta do szpitala, klinicysta musi uzyskać pewność, że pacjent spełnia kryteria odpowiednich przepisów, że oświadczenia poparte są zapisami klinicznymi, jak również, że pismo jest czytelne. Udzielanie informacji klinicznych trzecim stronom, jak np. towarzystwom ubezpieczeniowym, wymaga odrębnej pisemnej zgody pacjenta (68). Doradza się pozyskanie specjalnej zgody na udostępnienie informacji gdy stosuje się elektroniczne przekazywanie danych. Warto również przedyskutować z pacjentem jakie są skutki udostępniania tych informacji (np. jakie informacje można udostępnić i komu).

WNIOSKI

Leczenie pacjenta z depresją jest zadaniem złożonym z powodu licznych informacji, jakie należy rozważyć przy podejmowaniu decyzji klinicznych. Każdy psychiatra ma swoje własne i osobiste doświadczenie i wiedzę, preferujące określone sposoby leczenia. Przedstawione zasady ogólne są przydatne przy opracowywaniu planu leczenia uwzględniającego różne aspekty depresji.

PODZIĘKOWANIA

Podziękowania od autorów za wkład do wstępnych wersji pracy otrzymują: dr K. Roy MacKenzie, dr Julio Arboleda-Flórez, dr Yvon Lapierre, dr Paul Links, dr Arun V. Ravindran, dr Pierre Vincent i dr Isaac Sakinofsky, a za wnikliwe zrecenzowanie pracy przed publikacją – dr Garth Kroeker.

PIŚMIENNICTWO

1. Fleming JA, Patterson PG. The teaching of case formulation in Canada. *Can J Psychiatry* 1993; 38:345–50.
2. Weerasekera P. Formulation: a multiperspective model. *Can J Psychiatry* 1993; 38:351–8.
3. Angst J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 6):5–9.
4. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, and others. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:851–5.
5. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52. (Suppl): 28–34.
6. MacKenzie KR, Leszcz M, Abbass A, Hollander Y, Kleinman I, Livesley J, and others. Guidelines for the psychotherapies in comprehensive psychiatric care: a discussion paper. Working Group 2 of the Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee. *Can J Psychiatry* 1999; 44 (Suppl 1):4S–17S.
7. Emson HE. *The doctor and the law: a practical guide for the Canadian physician*. Toronto: Butterworth Canada Ltd; 1999.
8. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1979; 252–60.
9. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins; 1991.
10. Luborsky L, Oiguer L, Cacciola J, and others. Factors in outcome of short term dynamic psychotherapy for chronic versus non-chronic major depression. *J Psychotherapy Pract Res* 1996; 5:152–5.
11. Horvath AO, Tiller JW. Relations between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology* 1991; 139–49.
12. Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv* 1995; 46:719–21.
13. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, and others. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:532–9.
14. Weiss M, Gaston L, Propst A, Wisebord S, Zicherman V. The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:196–204.
15. Cohen NL, Parikh SV, Kennedy SH. Medication compliance in mood disorders: relevance of the health belief model and other determinants. *Primary Care Psychiatry* 2000; 6: 101–10.
16. Kates N, Craven M. Shared mental health care. Canadian Psychiatric Association and College of Family Physicians of Canada Joint Working Group. *Can Fam Physician* 1999; 45:2143–60.
17. Sederer LI, Ellison J, Keyes C. Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1197–1202.
18. Seeman MV, Seeman B. E-psychotherapy: the patient-psychiatrist relationship in the electronic age. *CMAJ* 1999; 161:1147–9.
19. Zajecka JM. Clinical issues in long-term treatment with antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 2):20–5.
20. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, and others. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:694–700.
21. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psych* 1967; 6:278–96.
22. Williams JBW, Link MJ, Rosenthal NE, Terman M. Structured interview guide for the Hamilton depression rating scale, seasonal affective disorders version (SIGHSAD). New York: New York Psychiatric Institute; 1988.

23. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134; 382–9.
24. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67:588–97.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
26. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:323–9.
27. Cameron PM, Leszcz M, Bechuk W, Swinson RP, Antony MM, Azim HF, and others. The practice and roles of the psychotherapies: a discussion paper. Working Group I of the Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee. *Can J Psychiatry* 1999; 44 (Suppl 1): 18S–31S.
28. Coordinators of Postgraduate Education in Psychiatry (COPE). *Guidelines for training in psychotherapy for psychiatric residents*. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; 1995.
29. McCallum M, Piper WE. A controlled study of effectiveness and patient suitability for short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1990; 40:431–52.
30. Conte HR, Ratto R, Karasu TB. The psychological mindedness scale: factor structure and relationship to outcome of psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1996; 250–9.
31. Piper WE, Duncan SC. Object relations theory and short-term dynamic psychotherapy: findings from the quality of object relations scale. *Clin Psychol Rev* 1999; 19:669–85.
32. Blatt SJ, Quinlan DM, Pilkonis PA, Shea MT. Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program revisited. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:125–32.
33. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH. *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. Baltimore (MD): Williams and Wilkins; 1993.
34. Fawcett J, Epstein P, Fiester SJ, Elkin I, Autry JH. *Clinical management – imipramine/placebo administration manual*. NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:309–24.
35. Miller MD, Frank E, Reynolds CF, III. The art of clinical management in pharmacologic trials with depressed elderly patients: lessons from the Pittsburgh study of maintenance therapies in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7:228–34.
36. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, and others. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33:67–74.
37. Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. Pharmacologic treatment of acute major depression and dysthymia. American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 132:738–42.
38. Reimherr FW, Amsterdam JD, Quitkin FM, Rosenbaum JF, Fava M, Zajecka J, and others. Optimal length of continuation therapy in depression: a prospective assessment during long-term fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1247–53.
39. Remick RA. Long term pharmacological treatment of mood disorders. In: Ancill R, Lader M, Tindall B, editors. *Pharmacological management of chronic psychiatric disorders*. London: 1995.
40. Thase ME. Long-term nature of depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 14):3–9.
41. Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J. Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5:293–306.
42. Haddad P. The SSRI discontinuation syndrome. *J Psychopharmacol* 1998; 12:305–13.
43. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2):57–62.
44. Rudd MD. The assessment, management, and treatment of suicidality: toward clinically informed and balanced standards of care. *Clin Psychol Sci Prac* 1998; 5:135–50.
45. Silverman F, Berman A, Bongar B, Littman S, Maris RW. Inpatient standards of care and the suicidal patient. In: Bongar B, Berman AL, Maris RW, Silverman MM, Harris EA, Packman WL, editors. *Risk management with suicidal patients*. New York: Guilford Press; 1999.

46. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1084–8.
47. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Presented at Suicide Prevention; May 7, 2000; American Foundation for Suicide Prevention; New York.
48. Baldessarini RJ, Jamison KR. Effects of medical interventions on suicidal behavior. Summary and conclusions. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2):117–22.
49. Sederer LI. Managing suicidal inpatients. *Death Stud* 1994; 18:471–82.
50. Martin BA. The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997. *Can J Psychiatry* 2000; 45:630–8.
51. Cooper C. Psychiatric stress debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33:21–5.
52. Little JD. Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what do we do? *Aust NZJ Psychiatry* 1992; 26:162–7.
53. Priebe S, Gruyters T. The importance of the first three days: predictors of treatment outcome in depressed in-patients. *Br J Clin Psychol* 1995; 34 (Pt 2):229–36.
54. Clark DC. Epidemiology, assessment, and management of suicide in patients with depression. In Beckham EG, Leber WK, editors. *Handbook of depression*, 2nd ed. New York: Guilford Press; 1995.
55. Randhawa J, Riley R. Mental health statistics, 1982–83 to 1993–94. *Health Rep* 1996; 7:55–65.
56. Lieberman PB, Wiitala SA, Elliott B, McCormick S, Goyette SB. Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 1998; 155:905–9.
57. Canadian Medical Association. Code of ethics of the Canadian Medical Association. *CMAJ* 1996; 1064–5.
58. Kleinman I, Baylis F, Rodgers S, Singer P. Bioethics for clinicians: 8. Confidentiality. *CMAJ* 1997; 156:521–4.
59. Glancy GD, Regehr C, Bryant AG. Confidentiality in crisis: Part I – The duty to inform. *Can J Psychiatry* 1998; 43:1001–5.
60. Glancy GD, Regehr C, Bryant AG. Confidentiality in crisis: Part II – Confidentiality of treatment records. *Can J Psychiatry* 1998; 43:1006–11.
61. Ferris LE, Sandercock J, Hoffman B, Silverman M, Barkun H, Carlisle J, and others. Risk assessments for acute violence to third parties: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 1997; 42:1051–60.
62. Thienhaus OJ, Piasecki M. Assessment of psychiatric patients' risk of violence toward others. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1129–30, 1147.
63. Ferris LE, Barkun H, Carlisle J, Hoffman B, Katz C, Silverman M. Defining the physician's duty to warn: consensus statement of Ontario's medical expert panel on duty to inform. *CMAJ* 1998; 158:1473–9.
64. Canadian Medical Association. Determining medical fitness to drive. Ottawa: Canadian Medical Association; 2000.
65. Ohberg A, Penttila A, Lonnqvist J. Driver suicides. *Br J Psychiatry* 1997; 171:468–72.
66. Canadian Medical Association. The physician and the Aeronautics Act. Ottawa: Canadian Medical Association; 1995.
67. Beerworth EE, Tiller JW. Liability in prescribing choice: the example of the antidepressants. *Aust NZJ Psychiatry* 1998; 32:560–6.
68. Schachter D, Kleinman I. Psychiatrists' documentation of informed consent. *Can J Psychiatry* 1998; 43:1012–7.
69. Lonnqvist JK. Psychiatric aspects of suicidal behavior; depression. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *International handbook of suicide and attempted suicide*. Toronto: John Wiley and Sons; 2000.
70. Ministry of Health and Welfare. Suicide in Canada: update on national task force report on suicide. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1994.