

LAST-RD

Lithium And
Standard Therapy in
Resistant Depression

World Health Organisation Collaborative Centre
for Research and Training in Mental Health
and Service Evaluation
University of Verona
Verona, Italy



Numero identificativo LAST: |__||__||__||__||__||__||

Iniziali del paziente (nome e cognome): |__||__||__||

Data di nascita: |__||__||/|__||__||/|__||__||__||

Sesso:



Nome del medico: Data: |__||__||/|__||__||/|__||__||__||

Centro reclutante:

SCHEDA di RECLUTAMENTO

A. CRITERI GENERALI di INCLUSIONE nello STUDIO (barrare le caselle, se opportuno)

- Diagnosi clinica di depressione maggiore (altre diagnosi di Asse I sono CRITERIO DI ESCLUSIONE – con particolare riferimento a qualsiasi forma di disturbo bipolare, anche su base anamnestica).
- Il paziente è ancora significativamente depresso, nonostante due trattamenti antidepressivi consecutivi, per un tempo considerato sufficiente e ad un dosaggio considerato adeguato.
- Il paziente ha compiuto un *gesto autolesivo*¹ negli ultimi 12 mesi.
- Il paziente ha almeno 18 anni e risiede stabilmente in Italia.
- E' clinicamente ragionevole pensare di prescrivere il litio a questo paziente, ma vi è incertezza se questo trattamento con litio sia chiaramente indicato.
- Il paziente ha firmato il consenso informato.

Se si barrano tutte le caselle, procedere compilando quanto segue

B. NOTIZIE SOCIO-DEMOGRAFICHE e CLINICHE

Stato civile |__| 1=celibe/nubile; 2=coniugato/a, convivente; 3=separato/a; 4=vedovo/a; 5=libero/a di stato

Scolarità |__| 1=analfabeta; 2= licenza elementare o media inferiore; 4=diploma superiore; 5=/laurea

Lavoro |__| 1=occupato; 2=disoccupato in cerca di nuova occupazione; 3=in cerca di prima occupazione; 4=casalinga; 5=studente; 6=pensionato; 7=altra condizione

Paziente reclutato in.. |__| 1=SPDC; 2=ambulatorio; 3=struttura residenziale **senza operatore**; 4=struttura residenziale con **operatore**; 5= altro

✓ Il paziente soffre **attualmente** di dipendenza/abuso da sostanze/alcol? SI' NO

✓ Il paziente **in passato** ha sofferto di dipendenza/abuso da sostanze/alcol? SI' NO

✓ **Malattie organiche concomitanti?** SI' NO

Se sì, indicare quali: 1. _____ 2. _____ 3. _____

✓ Il paziente ha riportata in cartella clinica una diagnosi di Asse II? SI' NO

Se SI', specificare quale:

¹ PER "GESTO AUTOLESIVO" SI INTENDE QUALSIASI ATTO INTENZIONALMENTE COMPIUTO PER PROCURARSI LESIONI PERSONALI (AD ESEMPIO, INGESTIONE INCONGRUA O LESIONE FISICA), A PRESCINDERE DALLA MOTIVAZIONE CHE HA CONDOTTO A TALE ATTO O COMPORTAMENTO.

- ✓ Data del primo contatto psichiatrico assoluto (anno) |__|__|__|__|
- ✓ Numero ricoveri in SPDC o altre strutture per acuzie **negli ultimi 12 mesi** |__|__|
- ✓ Il paziente in passato aveva già assunto litio? **SI'** **NO**
 Se **SI'**, specificare il motivo della sospensione

Elenco dei farmaci ANTIDEPRESSIVI assunti in passato (barrare una o più opzioni)

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bupropione | <input type="checkbox"/> Citalopram | <input type="checkbox"/> Duloxetina |
| <input type="checkbox"/> Escitalopram | <input type="checkbox"/> Fluoxetina | <input type="checkbox"/> Fluvoxamina |
| <input type="checkbox"/> Mirtazapina | <input type="checkbox"/> Paroxetina | <input type="checkbox"/> Reboxetina |
| <input type="checkbox"/> Sertralina | <input type="checkbox"/> Venlafaxina | <input type="checkbox"/> Amitriptilina |
| <input type="checkbox"/> Clomipramina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Interventi non farmacologici attualmente effettuati (barrare una o più opzioni)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia strutturata (cognitiva, comportamentale, sistemica, altro) | <input type="checkbox"/> Colloquio psichiatrico |
| <input type="checkbox"/> Colloqui di supporto psicologico (ogni _____ giorni circa) | <input type="checkbox"/> Colloqui con familiari |
| <input type="checkbox"/> Altri interventi | |

Domande da porre al paziente

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Si è sentito costantemente triste, depresso o abbattuto per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, nel corso delle ultime due settimane? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Nel corso delle ultime due settimane, si è sentito quasi sempre privo di interesse per la maggior parte delle cose o ha perso la capacità di provare piacere per ciò che prima le dava piacere? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Nel corso delle due settimane durante le quali si sentiva depresso o privo di interessi... | | |
| L'appetito era diminuito o aumentato quasi ogni giorno? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Il peso era diminuito o aumentato senza che lei lo volesse ($\pm 5\%$)? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Aveva quasi ogni notte problemi nel dormire (difficoltà ad addormentarsi, svegliarsi nel cuore della notte, risvegli mattutini precoci o dormire troppo)? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Si rendeva conto che parlava o si muoveva più lentamente del solito oppure si sentiva agitato, irrequieto, incapace di stare seduto tranquillo quasi ogni giorno? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Si sentiva stanco o senza energia quasi ogni giorno? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Si sentiva di non valere nulla oppure di essere in colpa quasi ogni giorno? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Le era difficile concentrarsi o prendere decisioni quasi ogni giorno? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha preso ripetutamente in considerazione l'idea di farsi del male, di suicidarsi o ha desiderato di essere morto? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| I sintomi di depressione di cui abbiamo parlato le causavano disagio oppure compromettevano la sua capacità lavorativa, le sue relazioni sociali o interferivano in qualche altra maniera importante? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Questi sintomi sono dovuti interamente alla perdita di una persona cara (lutto) e sono simili per gravità, grado di compromissione e durata a quelli che la maggior parte delle persone avrebbe presentato in circostanze analoghe? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, prendeva dei medicinali oppure sostanze? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, aveva qualche malattia fisica? | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |

C. GESTO AUTO-LESIVO

PER "GESTO AUTOLESIVO" SI INTENDE QUALSIASI ATTO INTENZIONALMENTE COMPIUTO PER PROCURARSI LESIONI PERSONALI (AD ESEMPIO, INGESTIONE INCONGRUA O LESIONE FISICA), A PRESCINDERE DALLA MOTIVAZIONE CHE HA CONDOTTO A TALE ATTO O COMPORTAMENTO.

- ✓ Numero di gesti autolesivi compiuti negli ultimi 12 mesi:
- ✓ Data del più recente gesto autolesivo (giorno/mese/anno): |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
- ✓ Descrivere brevemente la modalità e le circostanze di tale gesto:
-
-
-

D. FASE di RANDOMIZZAZIONE

TELEFONARE (orario ufficio) al numero 349 6580119

per randomizzare il paziente, cioè per conoscere se il litio dovrà essere aggiunto alla terapia standard, compilare la scheda e spedirla, assieme al consenso informato firmato dal paziente, al Centro OMS della Università di Verona.

FAX: 045 - 8027498

Le schede compilate possono essere spedite anche via e-mail: studio.last@ateneo.univr.it

IL PAZIENTE È STATO RANDOMIZZATO A (BARRARE L'OPZIONE CORRETTA):

Alla coorte CON LITIO

Alla coorte SENZA LITIO

✓ **Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA dopo la randomizzazione**

	Farmaco	Dose (mg/die)
LITIO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	(per il litio, indicare la dose iniziale)
Antidepressivi (*)		
Antipsicotici (*)		
Benzodiazepine (*)		
Altri stabilizzanti dell'umore (*)		
Altri farmaci (*)		

(*) : specificare quale farmaco o quali farmaci (se più di uno) sono utilizzati all'interno di ciascuna classe considerata.

DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE (o con l'aiuto del medico, se necessario)

Per ogni argomento faccia una crocetta sulla risposta che meglio descrive la sua situazione negli ultimi sette giorni.

1. Addormentarsi:

- Non impiego mai più di 30 minuti per addormentarmi.
- Impiego almeno 30 minuti per addormentarmi, meno della metà delle volte.
- Impiego almeno 30 minuti per addormentarmi, più della metà delle volte.
- Impiego più di 1 ora per addormentarmi, più della metà delle volte.

2. Sonno durante la notte:

- Non mi sveglio durante la notte.
- Ho un sonno disturbato e leggero con pochi e brevi risvegli ogni notte.
- Mi sveglio almeno una volta durante la notte, ma mi riaddormento facilmente.
- Mi sveglio più di una volta durante la notte e rimango sveglio/a per 20 minuti o più, più della metà delle volte.

3. Svegliarsi troppo presto:

- La maggior parte delle volte mi sveglio con 30 minuti o meno di anticipo rispetto a quando dovrei alzarmi.
- Più della metà delle volte mi sveglio con più di 30 minuti di anticipo rispetto a quando dovrei alzarmi.
- Mi sveglio quasi sempre almeno 1 ora prima di quando dovrei alzarmi, ma dopo un po' mi riaddormento.
- Mi sveglio almeno 1 ora prima di quando dovrei alzarmi e non riesco più a riaddormentarmi.

4. Dormire troppo:

- Non dormo più di 7-8 ore a notte, senza sonnellini durante il giorno.
- Non dormo più di 10 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.
- Non dormo più di 12 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.
- Dormo più di 12 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.

5. Sentirsi triste:

- Non mi sento triste.
- Mi sento triste meno della metà del tempo.
- Mi sento triste più della metà del tempo.
- Mi sento quasi sempre triste.

6. Diminuzione dell'appetito:

- Nessuna diminuzione del mio appetito abituale.
- Mangio un po' meno spesso o meno cibo del solito.
- Mangio molto meno del solito e solo sforzandomi.
- Mangio raramente durante le 24 ore e soltanto sforzandomi o quando altre persone insistono a farmi mangiare.

7. Aumento dell'appetito:

- Nessun aumento del mio appetito abituale.
- Sento il bisogno di mangiare più frequentemente del solito.
- Mangio regolarmente più spesso e/o più cibo del solito.
- Sento il bisogno di mangiare più del solito sia ai pasti che lontano dai pasti.

8. Dimagrimento (durante le ultime due settimane):

- Nessuna diminuzione di peso.
- Mi sento come se fossi dimagrito/a un po'.
- Sono dimagrito/a di 1 chilo o più.
- Sono dimagrito/a di 2 chili o più.

9. Aumento di peso (durante le ultime due settimane):

- Nessun aumento di peso.
- Mi sento come se fossi ingrassato/a un po'.
- Sono ingrassato/a di 1 chilo o più.
- Sono ingrassato/a di 2 chilo o più.

10. Concentrazione/Capacità di prendere decisioni:

- Nessun cambiamento rispetto alla mia normale capacità di concentrarmi o di prendere decisioni.
- Occasionalmente mi sento indeciso/a o mi rendo conto che la durata della mia attenzione è limitata.
- La maggior parte delle volte faccio fatica a concentrarmi o a prendere decisioni.
- Non riesco a concentrarmi abbastanza bene per leggere o prendere anche decisioni di poca importanza.

11. L'opinione che ho di me stesso/a:

- Mi considero una persona utile e degna al pari delle altre.
- Mi sento più in colpa del solito.
- Credo decisamente di essere la causa dei problemi degli altri.
- Penso quasi costantemente ai miei grandi e piccoli difetti.

12. Pensieri di morte o di suicidio:

- Non penso al suicidio o alla morte.
- Penso che la vita sia vuota o mi chiedo se valga la pena di vivere.
- Penso al suicidio o alla morte più volte alla settimana per diversi minuti.
- Penso al suicidio o alla morte nei minimi particolari più volte al giorno oppure ho elaborato piani specifici di suicidio o ho veramente tentato di togliermi la vita.

13. Interesse generale:

- Nessun cambiamento rispetto al solito nel mio interesse verso gli altri o le attività.
- Noto che sono meno interessato/a agli altri o alle attività.
- Mi rendo conto di provare interesse solo per una o due delle attività che facevo precedentemente.
- Non ho quasi alcun interesse per le attività che facevo precedentemente.

14. Livello di energia:

- Nessun cambiamento nel mio solito livello di energia.
- Mi stanco più facilmente del solito.
- Devo fare un grande sforzo per iniziare o finire le cose che devo fare tutti i giorni (per esempio fare acquisti, studiare, cucinare o andare a lavorare).
- Non posso semplicemente svolgere la maggior parte delle cose che devo fare tutti i giorni perché non ho energia.

15. Rallentamento:

- Penso, parlo e mi muovo con il mio solito ritmo.
- Trovo che i miei pensieri rallentino o che la mia voce suoni monotona o piatta.
- Impiego diversi secondi per rispondere alla maggior parte delle domande e sono certo/a che i miei pensieri sono rallentati.
- Spesso sono incapace di rispondere alle domande senza fare una gran fatica.

16. Sentirsi irrequieto/a:

- Non mi sento irrequieto/a.
- Sono spesso irrequieto/a, mi torco le mani o ho bisogno di cambiare posizione quando sono seduto/a.
- Ho il bisogno improvviso di muovermi in continuazione e sono piuttosto irrequieto/a.
- A volte sono incapace di stare seduto/a e ho bisogno di camminare avanti e indietro.