

Tiếp cận trầm cảm trong chăm sóc ban đầu

ThS.Bs. Nguyễn Đào Uyên Trang



Rối loạn trầm cảm chủ yếu (MDD)

Dạng trầm cảm phổ biến nhất

Khả năng gây tàn tật cao nhất

Nguyên nhân hàng đầu

Gây tàn tật tại Hoa Kỳ và toàn thế giới

Phân loại

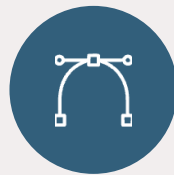
Từ nhẹ đến nặng, đơn lẻ hoặc tái phát

Lý do quản lý trầm cảm tại tuyến chăm sóc ban đầu



Tiếp cận dễ dàng

Bác sĩ chăm sóc ban đầu (PCP) dễ tiếp cận hơn



Chăm sóc liên tục

Theo dõi và điều trị lâu dài



Mối quan hệ bền chặt

Lắng nghe thấu cảm, tạo động lực



Lợi ích của quản lý trầm cảm tại tuyến ban đầu

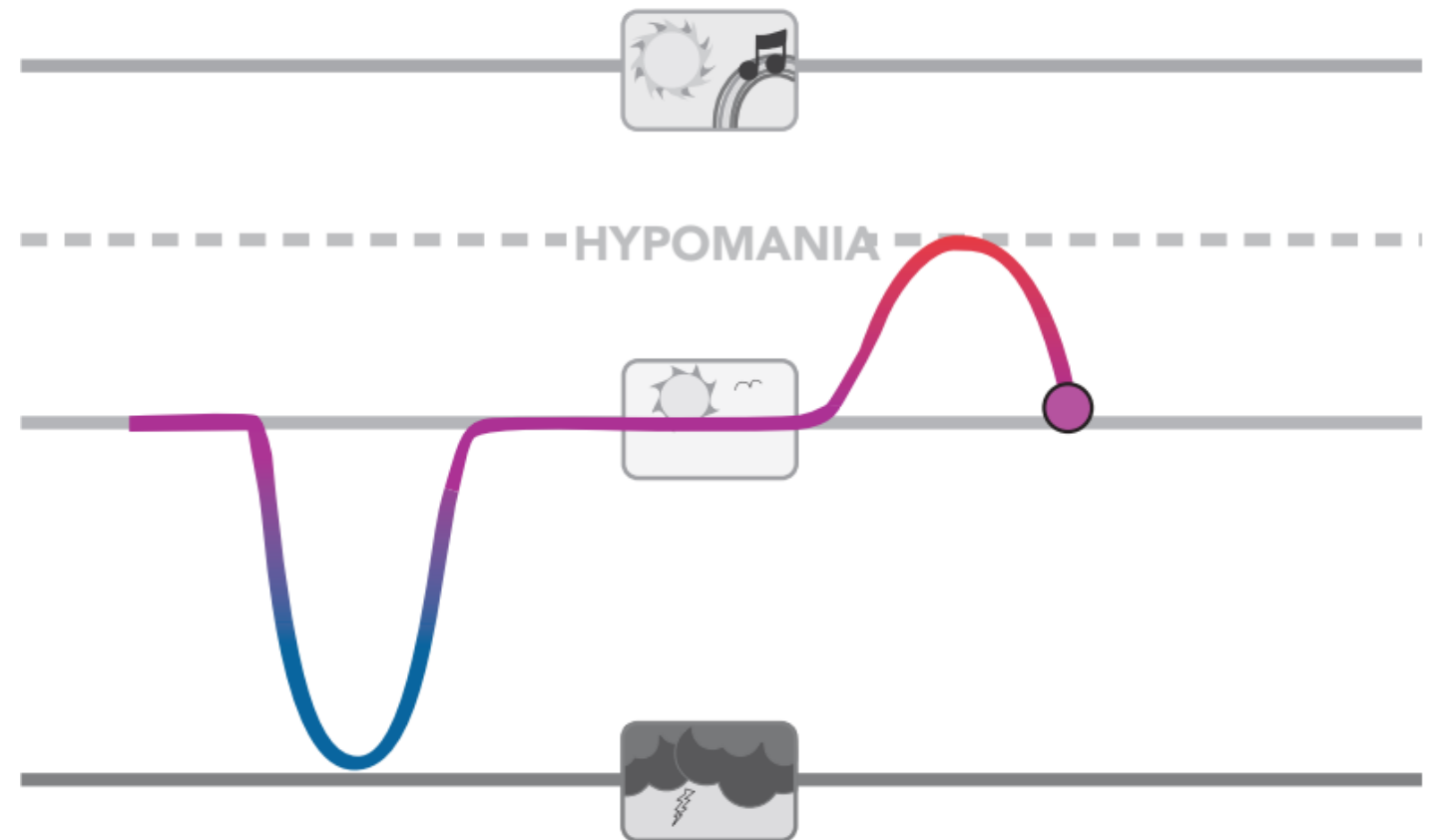
Tích hợp quản lý trầm cảm vào tuyến chăm sóc ban đầu:

- Tăng khả năng tiếp cận
- Giảm rào cản tâm lý
- Cải thiện kết quả điều trị

Định nghĩa

Giai đoạn (episode)
Rối loạn (disorder)

Bipolar II Disorder Major Depressive and Hypomanic Episodes



Phân biệt rối loạn cảm xúc và giai đoạn cảm xúc

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
Note: Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
 2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
 3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
 4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
 5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings or restlessness or being slowed down).
 6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
 7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
 8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
 9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.
- D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.
E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode.
Note: This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
Note: Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, or hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
 2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation)
 3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month) or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
 4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
 5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others; not merely subjective feelings or restlessness or being slowed down).
 6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
 7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
 8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
 9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition.

Các triệu chứng trầm cảm cốt lõi



Khí sắc trầm



Mất hứng thú hoặc khoái cảm



Thay đổi cân nặng/khẩu vị



Rối loạn giấc ngủ
(mất ngủ/ngủ nhiều)



Kích động hoặc chậm chạp
tâm thần vận động



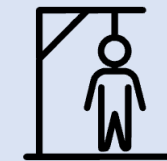
Mệt mỏi hoặc mất năng lượng



Cảm giác vô giá trị hoặc tội lỗi



Giảm khả năng suy nghĩ hoặc
tập trung, hoặc thiếu quyết đoán



Ý nghĩ về cái chết/tự tử

Các Rối Loạn Trầm Cảm

Trầm cảm là một nhóm các rối loạn khí sắc đa dạng, mỗi loại có những đặc điểm riêng biệt:

Rối Loạn Điều Hòa Khí Sắc Gây Rối Loạn (DMDD)

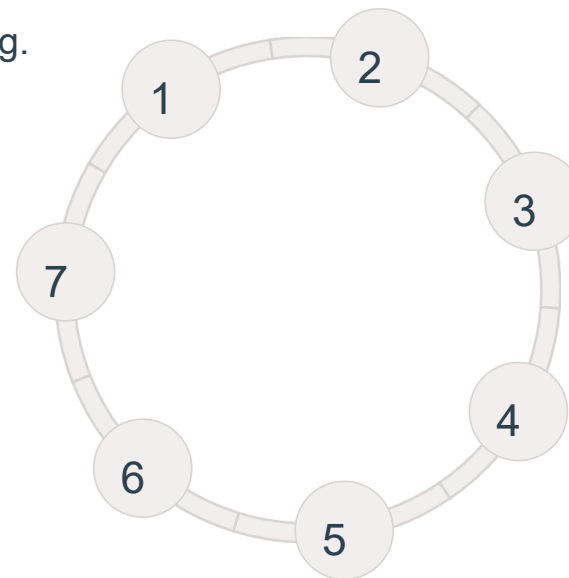
Đặc trưng bởi sự cáu kỉnh dai dẳng và bùng phát cơn giận dữ nghiêm trọng, không phù hợp với lứa tuổi và tình huống.

Rối Loạn Trầm Cảm Khác Được Xác Định/Không Xác Định

Khi các triệu chứng trầm cảm gây suy giảm chức năng nhưng không đáp ứng đầy đủ tiêu chí của các rối loạn trên.

Rối Loạn Trầm Cảm Do Bệnh Lý Y Khoa Khác

Triệu chứng trầm cảm là hậu quả sinh lý trực tiếp của một tình trạng y khoa cụ thể.



Rối Loạn Trầm Cảm Chủ Yếu (MDD)

Dạng **phổ biến nhất**, với các giai đoạn khí sắc trầm và/hoặc mất hứng thú kéo dài **ít nhất 2 tuần**.

Rối Loạn Trầm Cảm Dai Dẳng (Loạn khí sắc)

Khí sắc trầm kéo dài ít nhất 2 năm ở người lớn hoặc 1 năm ở trẻ em/thanh thiếu niên, nhưng ít nghiêm trọng hơn MDD.

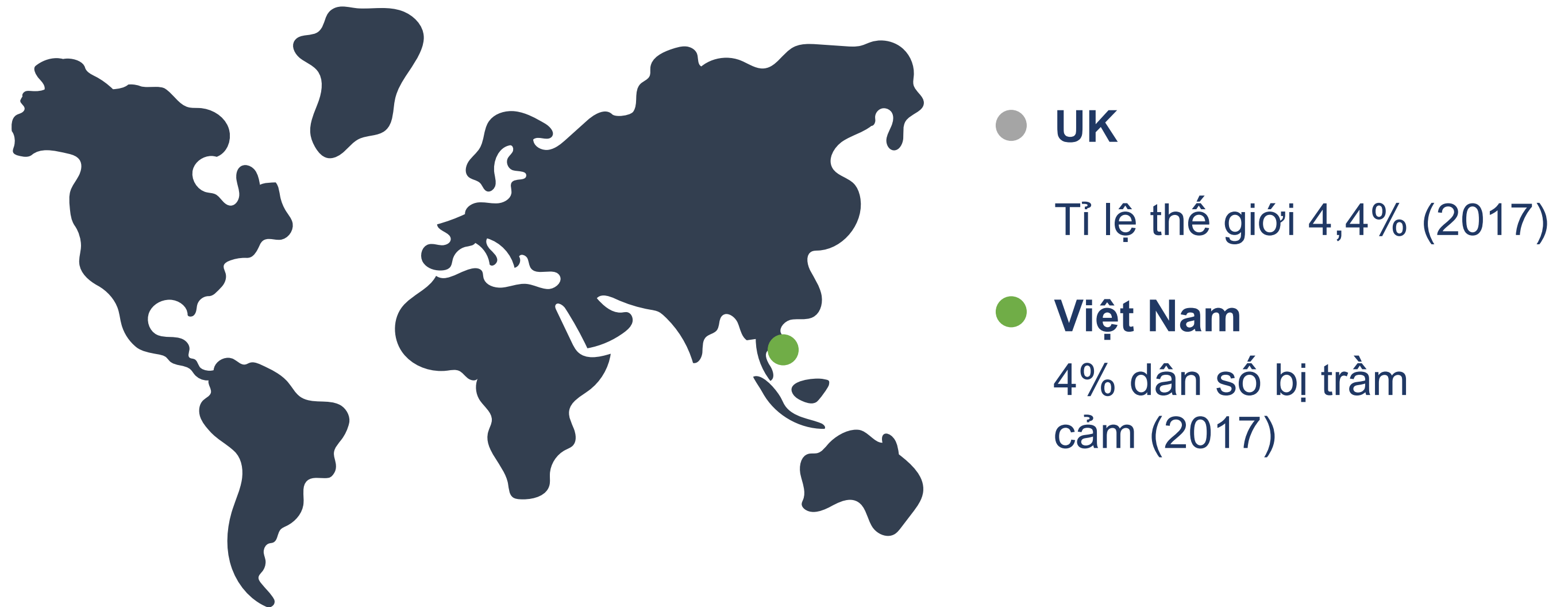
Rối Loạn cảm xúc tiền Kinh Nguyệt (PMDD)

Triệu chứng trầm cảm nặng, khó chịu hoặc lo âu xuất hiện trước kỳ kinh nguyệt và thuyên giảm sau đó.

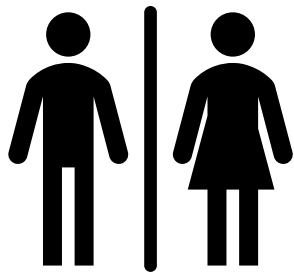
Rối Loạn Trầm Cảm Do Sử Dụng Chất/Thuốc

Các triệu chứng trầm cảm rõ rệt liên quan trực tiếp đến việc sử dụng chất kích thích hoặc thuốc.

Tỉ lệ trầm cảm

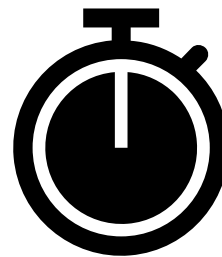


Dịch tễ



Giới tính

Nữ:nam =1,6 – 3,1

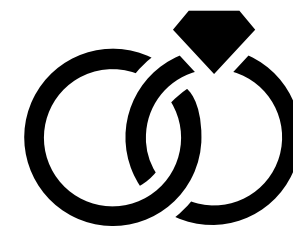


Tuổi

Độ tuổi trung bình khởi phát: 24 – 35

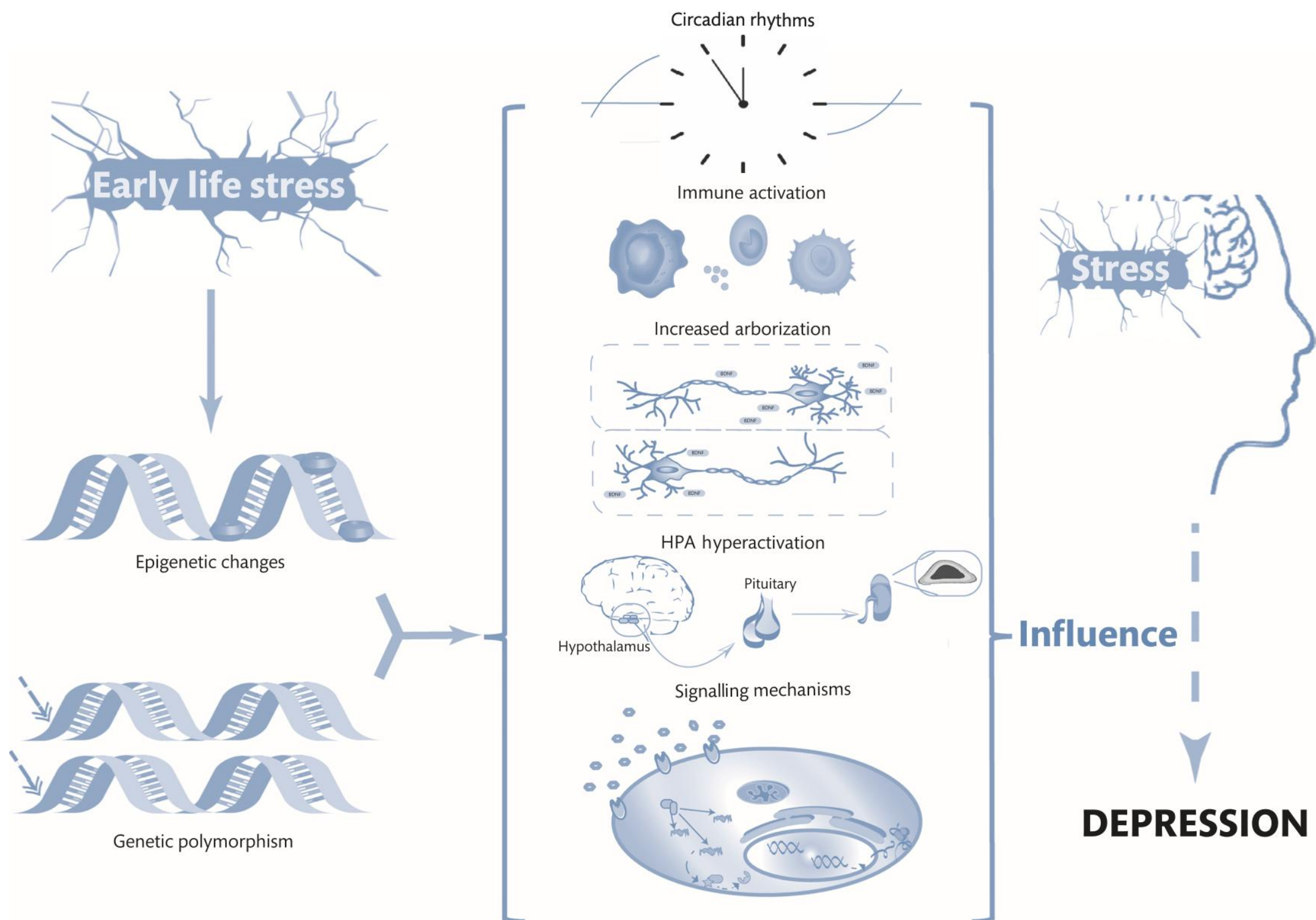
Giai đoạn đầu:

- 40% trước 20 tuổi
- 50% từ 20 – 50
- 10% sau 50 tuổi

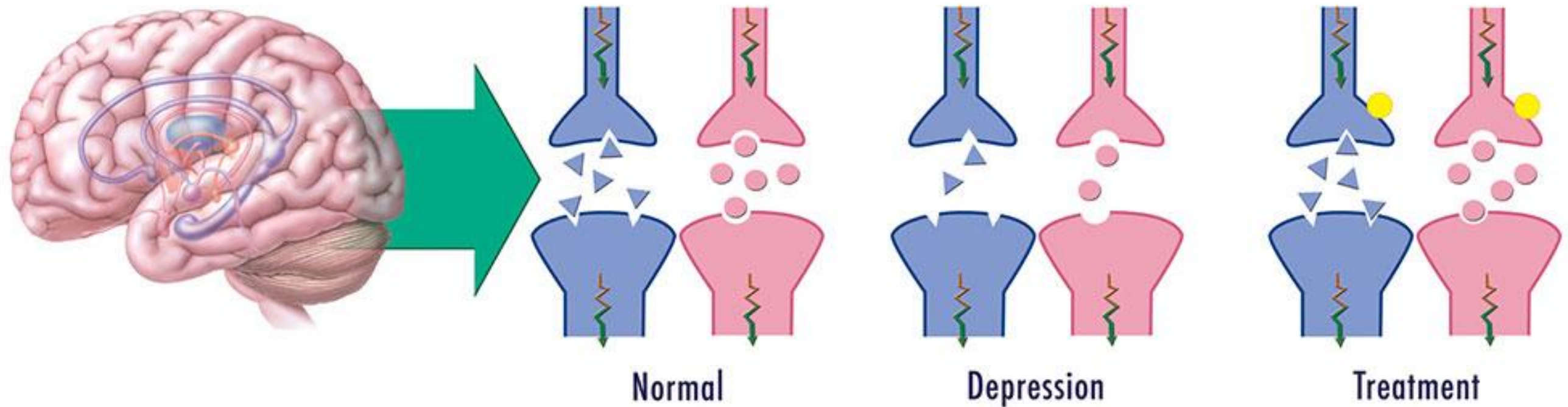


Hôn nhân

Ly hôn hoặc ly dị
Sống khép kín



MECHANISM OF DEPRESSION



Tiếp cận trầm cảm trong chăm sóc ban đầu

Nghi ngờ



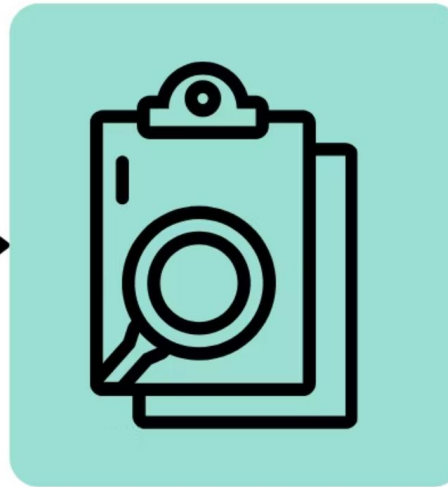
Mất ngủ
Đi khám thường
xuyên
Bệnh nền không
ổn định

Sàng lọc



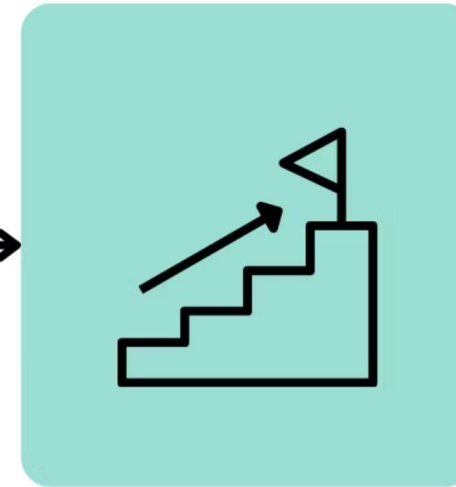
Sàng lọc tất cả
bệnh nhân bằng
PHQ-2
Hỏi về ý định tự
tử

Chẩn đoán



Sử dụng các
tiêu chuẩn
DSM-5

Mức độ



Xác định mức
độ nặng ban
đầu bằng
PHQ-9

Bước 1: Nghi ngờ vấn đề sức khỏe tâm thần

Nhận diện nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao



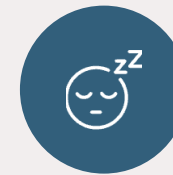
Triệu chứng thể chất

Đau nhức, mệt mỏi, bệnh mạn tính



Khám thường xuyên

Không hài lòng với cách điều trị



Vấn đề giấc ngủ

97% bệnh nhân trầm cảm gặp khó khăn về giấc ngủ

Bước 2: Patient Health Questionnaire (PHQ-2)

Trong 2 tuần qua bạn có thường bị các triệu chứng sau không:

1. Mất hứng thú hoặc ít hứng thú làm việc
2. Cảm giác suy sụp, bất lực, mất hy vọng

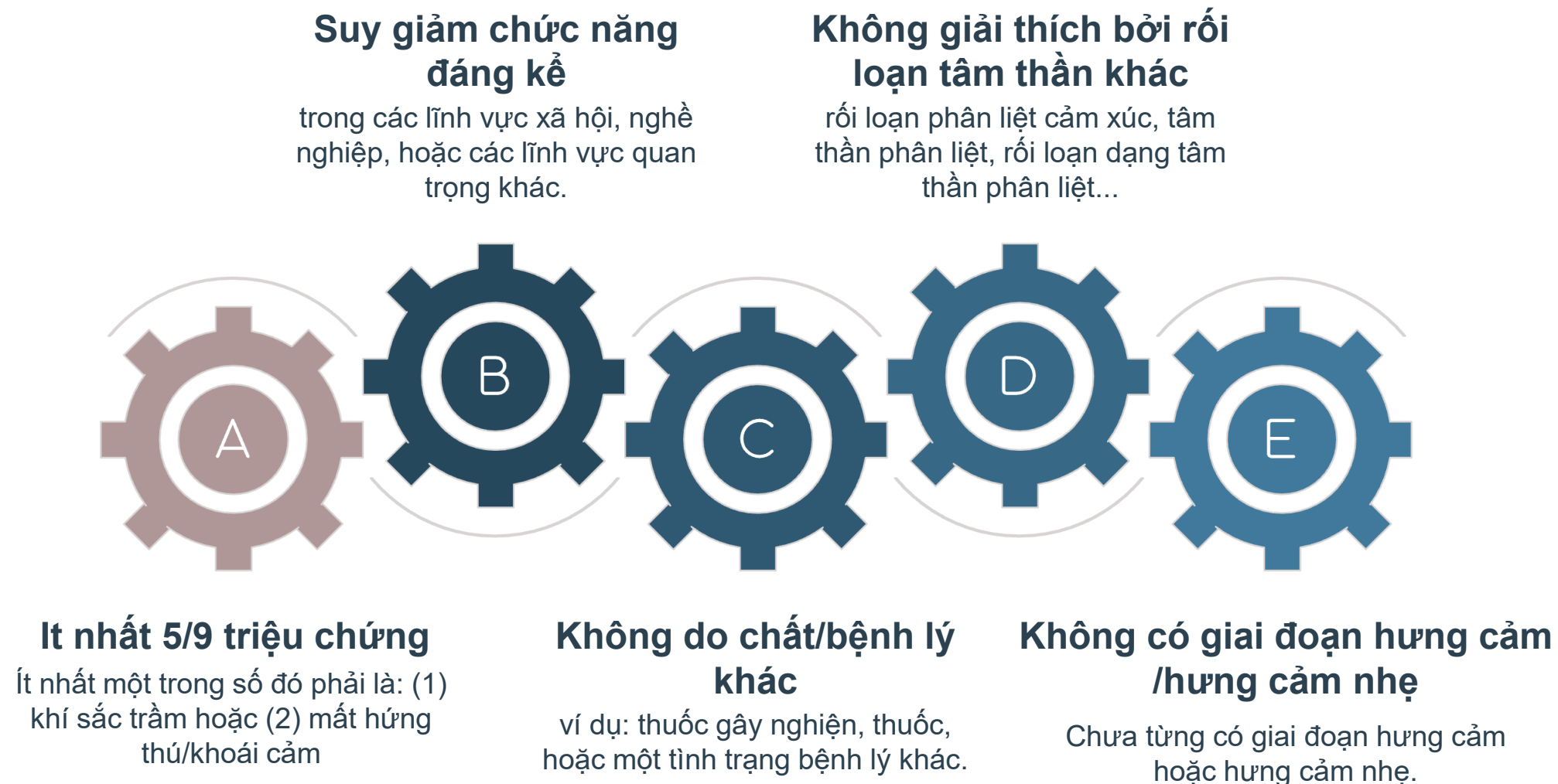
Tính điểm:

- Không có = 0 điểm
- Vài ngày = 1 điểm
- Hơn nửa số ngày = 2 điểm
- Gần như mỗi ngày = 3 điểm

PHQ-2 $\geq$ 3 được coi là có triệu chứng trầm cảm gia tăng

Bước 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán MDD

Theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA)



AlKhathami, Abdullah Dukhail. "An innovative 5-Step Patient Interview approach for integrating mental healthcare into primary care centre services: a validation study." *General psychiatry* vol. 35,4 e100693. 24 Aug. 2022

The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision, american psychiatric association 2022.

Phân biệt trầm cảm đơn cực và lưỡng cực

Hỏi về giai đoạn hưng cảm trong quá khứ

Tình trạng kích hoạt khi dùng thuốc chống trầm cảm

Triệu chứng hưng cảm cần chú ý

- Khí sắc tăng cao, hồ hởi
- Tự cao, khoa trương
- Giảm nhu cầu ngủ
- Nói nhiều hoặc dồn dập
- Tăng hoạt động

Nếu có dấu hiệu hưng cảm, chuyển bệnh nhân đến **chuyên khoa tâm thần**

Phân biệt với tình trạng y khoa khác

Đánh giá chẩn đoán phù hợp:

- Bệnh sử nội khoa
- Tiền sử tâm thần
- Tiền sử gia đình
- Xét nghiệm cần thiết

Bệnh lý có thể gây triệu chứng trầm cảm:

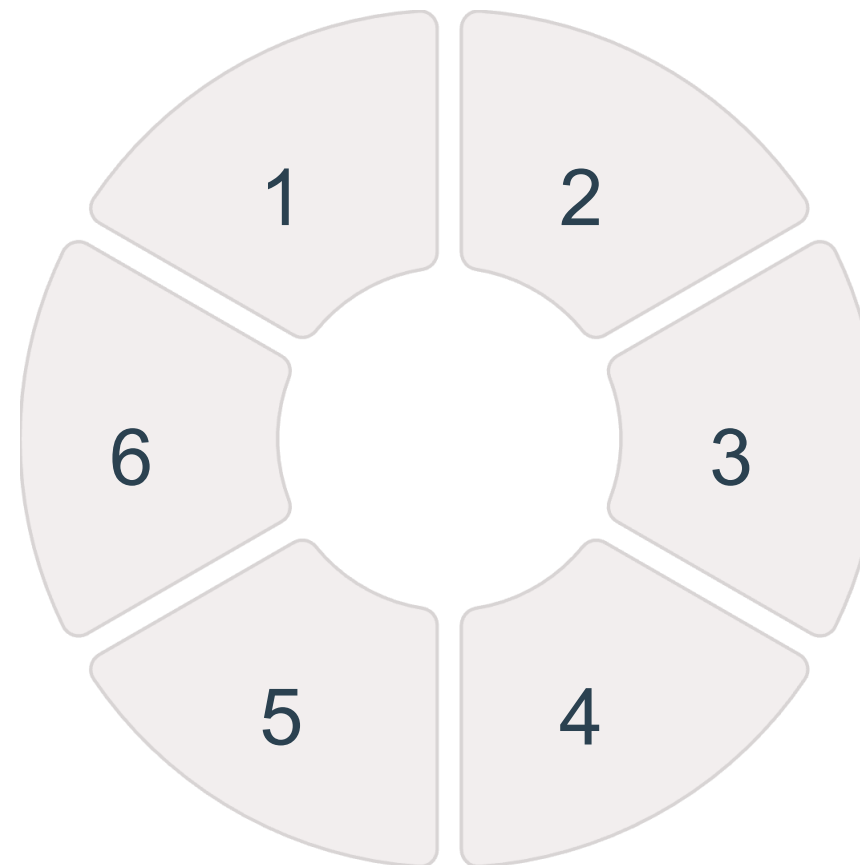
- Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ
- Rối loạn nội tiết (suy/cường giáp)
- Ngộ độc và hội chứng cai thuốc
- Đột quỵ, sa sút trí tuệ
- Bệnh Parkinson
- Nhiễm trùng (HIV, giang mai, Lyme)

Tiêu chuẩn chuyển tuyến đến chuyên khoa

MDD phức tạp (nặng, mạn tính, tái phát, kháng trị)

Có ý định tự tử

Suy giảm nhận thức cùng tồn tại



Rối loạn lưỡng cực

Trầm cảm có triệu chứng loạn thần

Mắc kèm PTSD, rối loạn sử dụng chất, lo âu đáng kể

Bước 4: Đánh giá mức độ

Sử dụng PHQ-9

- Bệnh nhân có thể tự thực hiện
- Độ tin cậy cao trong nghiên cứu lâm sàng
- Cải thiện kết quả điều trị
- Dễ tích hợp vào quy trình làm việc

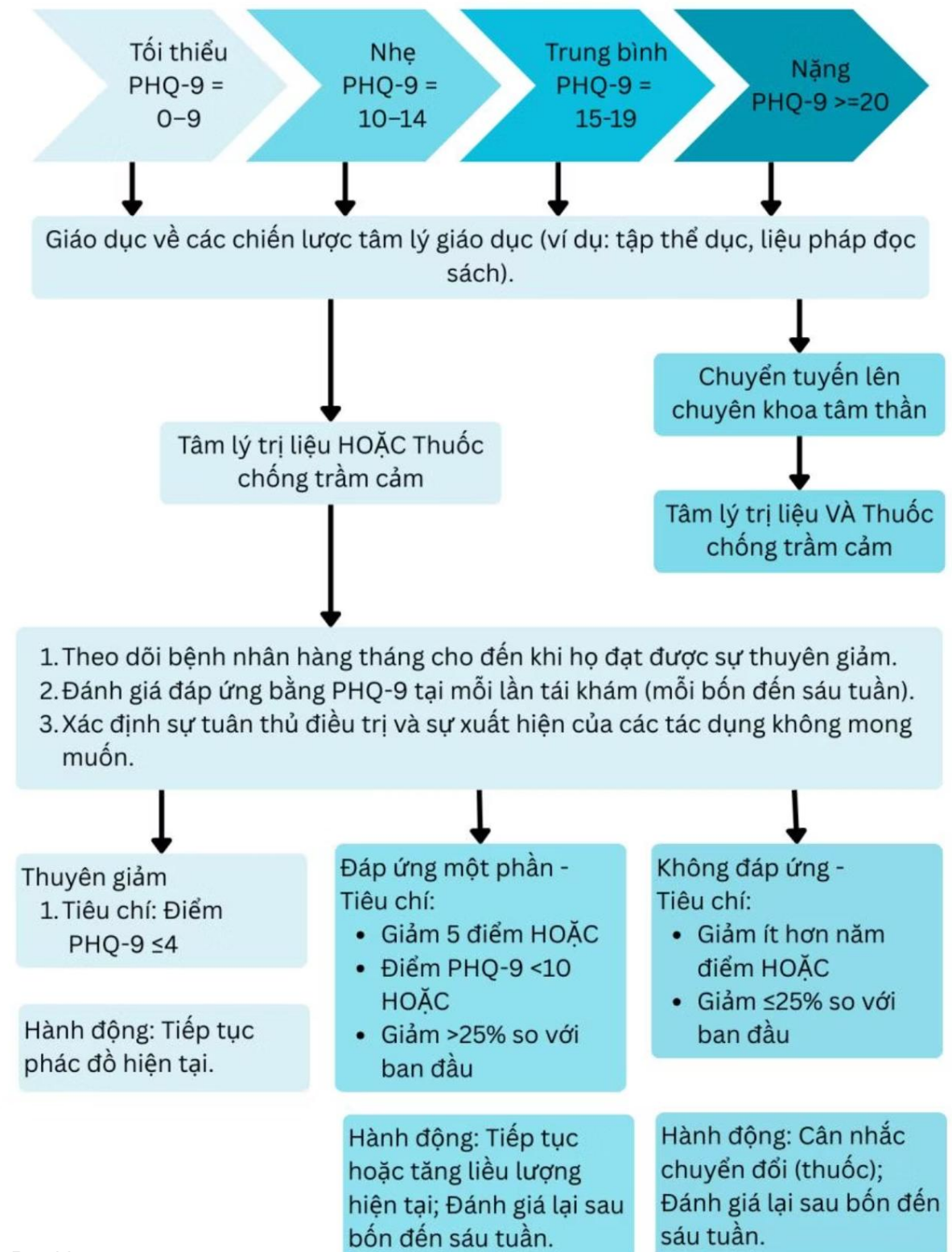
Bạn hãy xác định bạn có bất kỳ vấn đề nào sau đây và mức độ các vấn đề này làm phiền bạn trong 2 tuần vừa qua. (Sử dụng dấu "X" để đánh dấu vào câu trả lời của bạn).

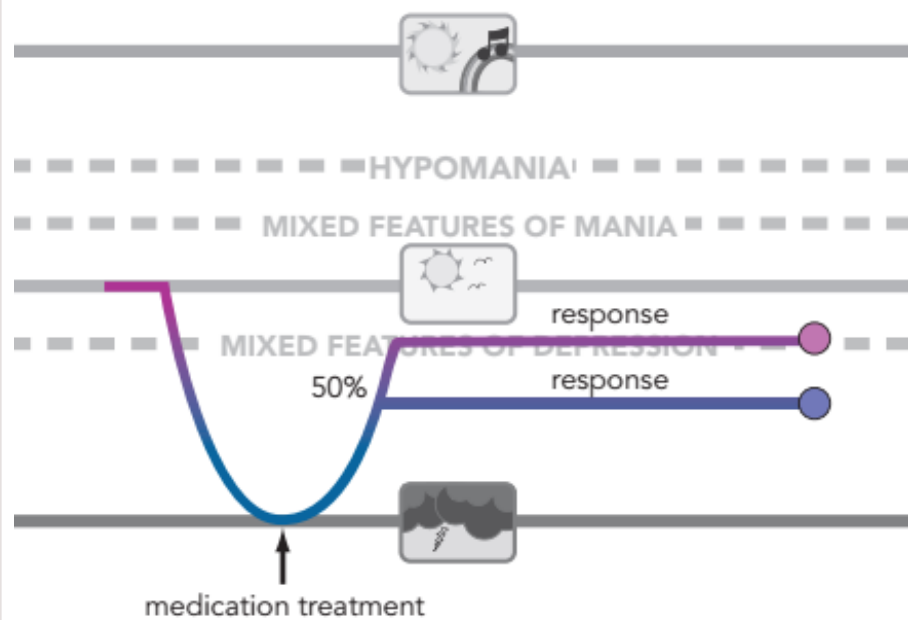
	Không chút nào	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mọi ngày
1 Ít hứng thú hoặc ít thỏa mãn khi làm việc gì đó	0	1	2	3
2 Cảm thấy chán nản, buồn rầu và vô vọng	0	1	2	3
3 Khó vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4 Cảm thấy mệt hoặc ít năng lượng	0	1	2	3
5 Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
6 Cảm thấy bản thân tệ hại hoặc bản thân thất bại hoặc mình khiến bản thân/gia đình chán nản	0	1	2	3
7 Khó tập trung vào việc đang làm; ví dụ: đọc sách, đọc báo, xem tivi...	0	1	2	3
8 Vận động hoặc nói rất chậm đến mức người khác nhận thấy sự khác biệt; hoặc ngược lại, cảm thấy bồn chồn, bứt rứt đến mức đi tới đi lui nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9 Có suy nghĩ rằng tốt hơn mình nên chết đi hoặc suy nghĩ về việc tự làm tổn thương bản thân.	0	1	2	3
Cộng từng cột				
Tổng cộng				

10 Nếu bạn đã xác định có bất kỳ vấn đề nào ở trên, hãy cho biết các vấn đề đó đã gây khó khăn cho bạn như thế nào trong công việc, học tập, ở nhà, và trong mối quan hệ với người khác

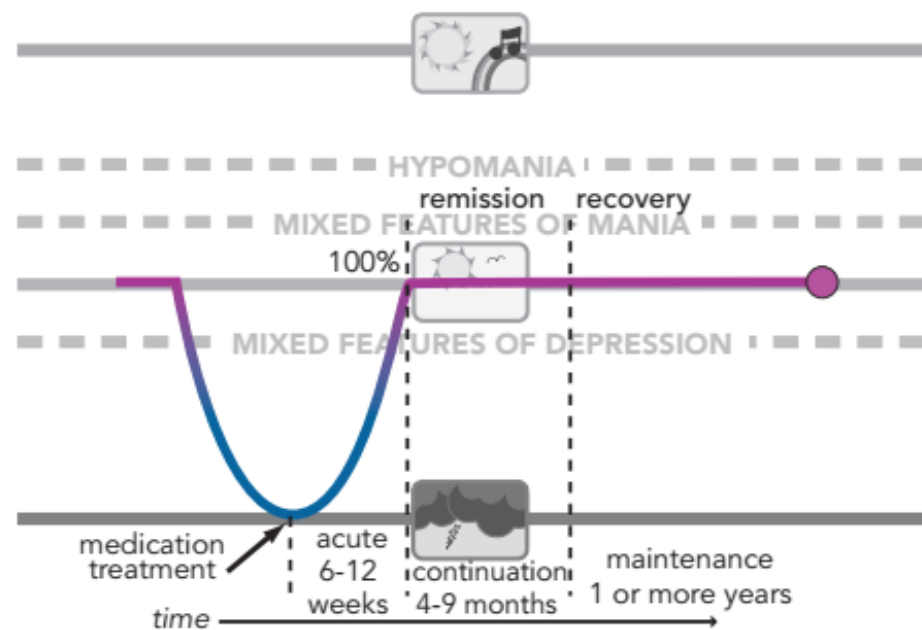
☐ Không khó khăn chút nào
☐ Hơi khó khăn
☐ Rất khó khăn
☐ Cực kỳ khó khăn

Điều trị trầm cảm theo mức độ

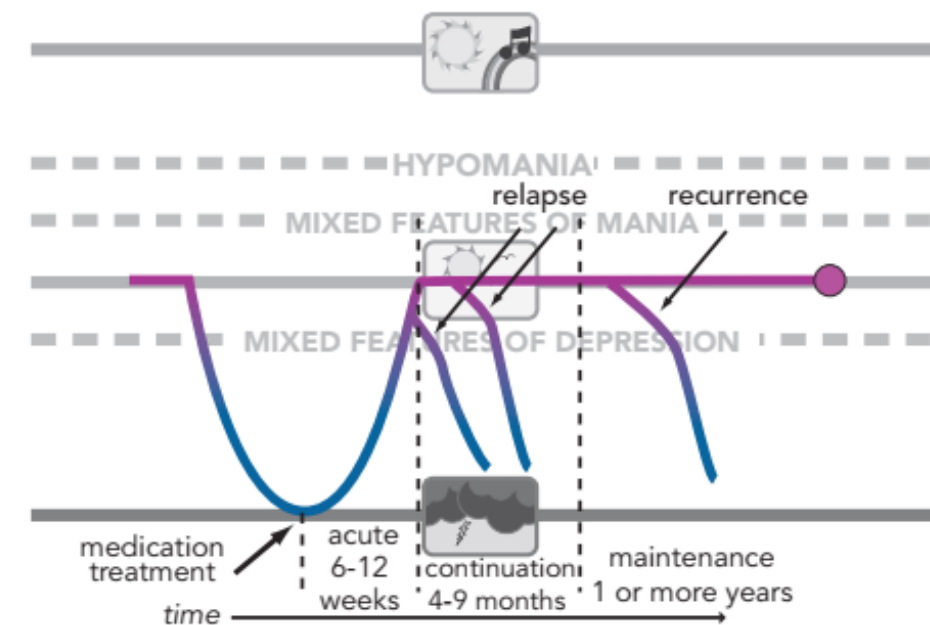




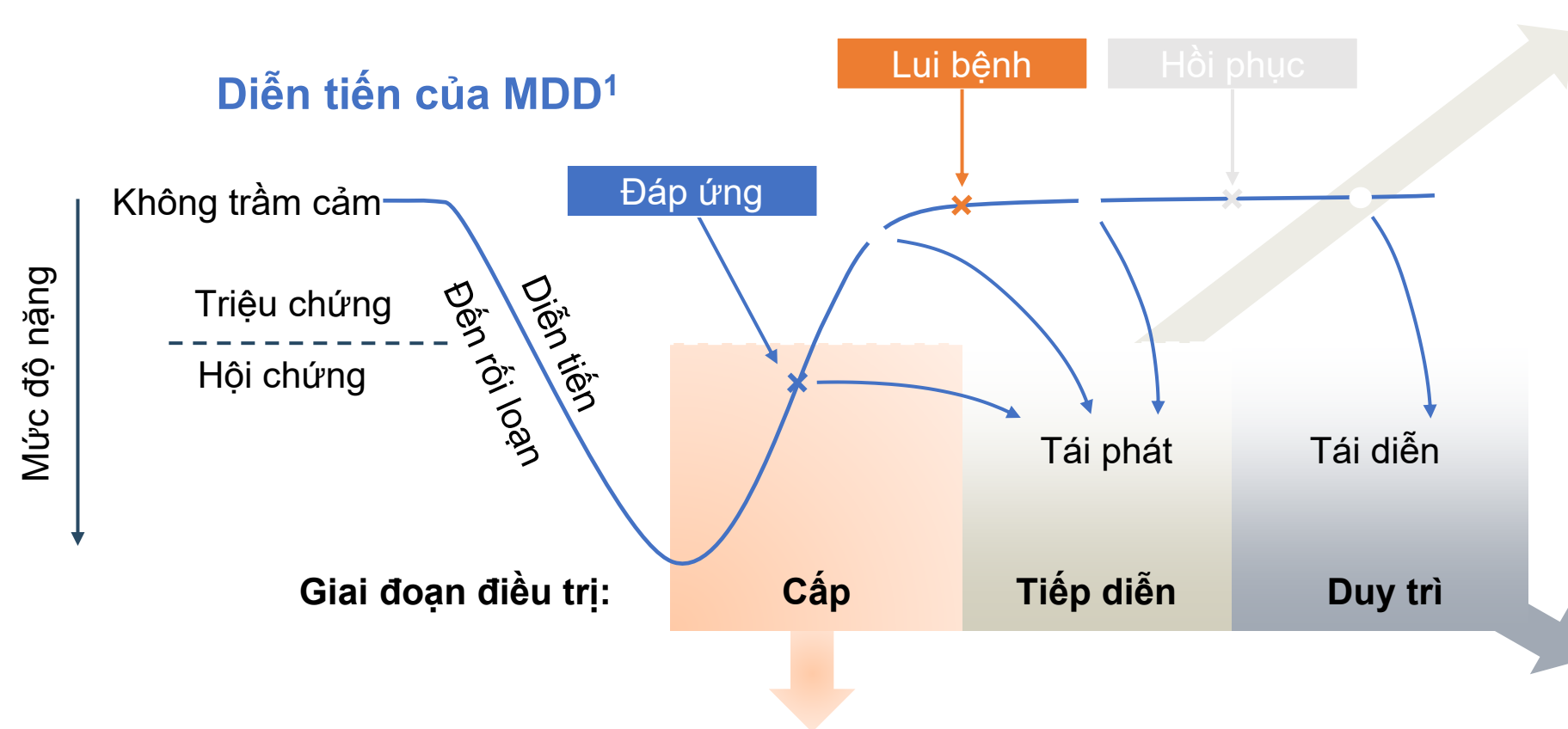
Đáp ứng



Lui bệnh/hồi phục



Tái phát/tái diễn



Mục tiêu điều trị của giai đoạn cấp là:^{2,3}

- Đạt được sự thuyên giảm (loại bỏ các triệu chứng, đến mức không còn đáp ứng các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm chủ yếu nữa).
- Ngăn ngừa tự sát.
- Đạt được sự cải thiện về chức năng và chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu điều trị giai đoạn tiếp diễn là:^{2,3}

- Ngăn ngừa tái phát trong giai đoạn dễ bị tổn thương ngay sau khi thuyên giảm.
- Loại bỏ bất kỳ triệu chứng nào chưa được giải quyết. Ngăn ngừa tự tử.
- Phục hồi mức độ chức năng tâm lý xã hội và nghề nghiệp của bệnh nhân – ít nhất là về mức trước giai đoạn hiện tại và, nếu có thể, về mức trước khi khởi phát Rối loạn Trầm cảm Chủ yếu.

Mục tiêu điều trị giai đoạn duy trì là:³

- Ngăn ngừa một giai đoạn trầm cảm mới (tái diễn).
- Ngăn ngừa tự tử.
- Giúp hồi phục chức năng một cách hoàn toàn và bền vững.

MDD=major depressive disorder

- Kupfer. J Clin Psychiatry 1991;52(Suppl 5):28–34
- APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3rd Edition. 2010
- Bauer et al. World J Biol Psychiatry 2013;14(5):334–385

Điều trị theo mức độ trầm cảm



MDD Mức độ Nhẹ

Chờ đợi theo dõi, tâm lý trị liệu hoặc thuốc chống trầm cảm



MDD Mức độ Trung bình

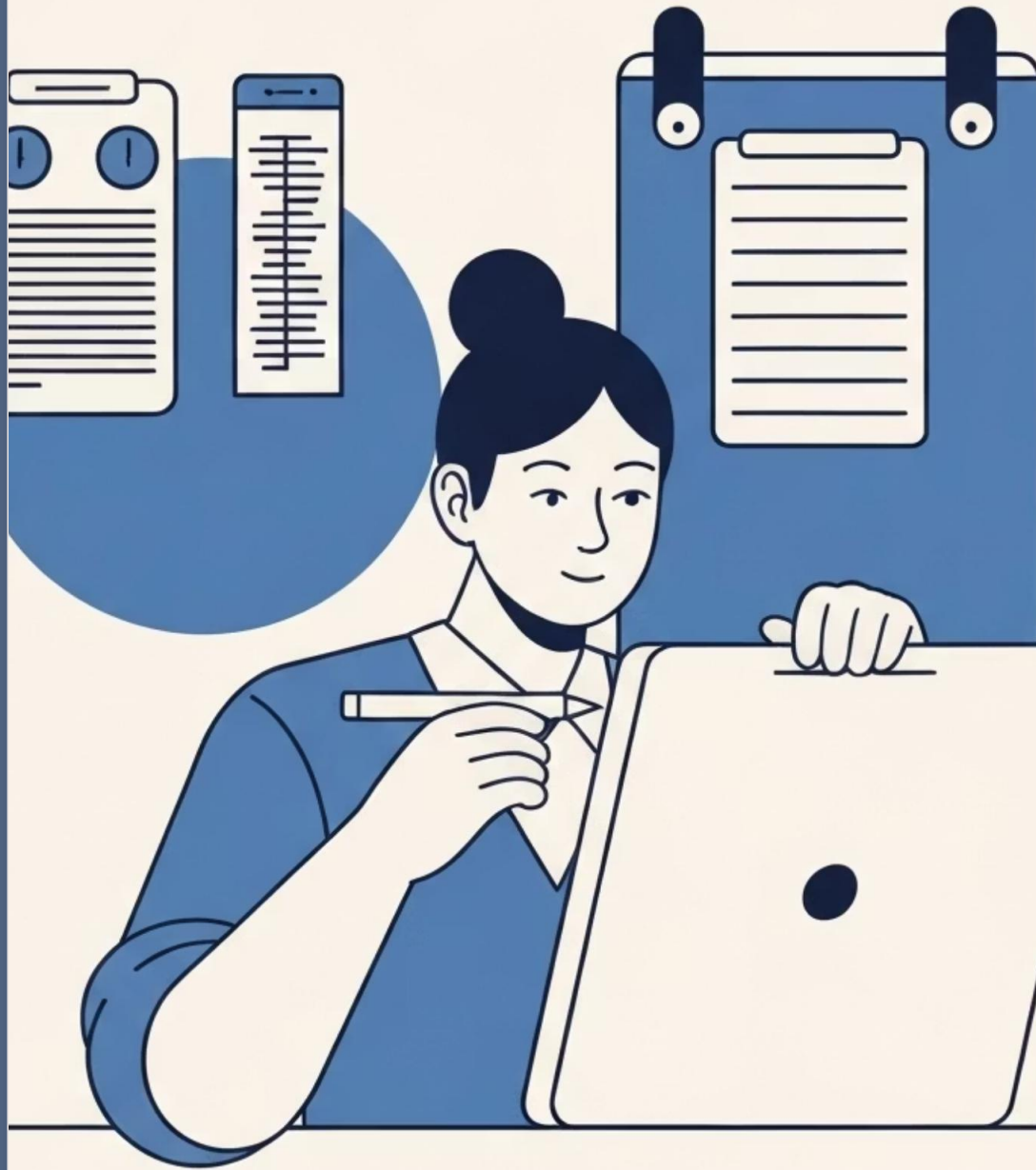
Đơn trị liệu bằng thuốc chống trầm cảm, tâm lý trị liệu, hoặc kết hợp



MDD Mức độ Nặng

Kết hợp thuốc chống trầm cảm và tâm lý trị liệu, hoặc ECT

Nếu có đặc điểm loạn thần: kết hợp thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần



Các chiến lược tâm lý giáo dục

Tăng cường sự tham gia vào quá trình điều trị

Cần theo dõi một cách có hệ thống sự tuân thủ và đáp ứng điều trị

Tập thể dục

- Chiến lược tự quản lý và phòng ngừa xuất sắc cho trầm cảm nhẹ
- Liệu pháp hỗ trợ cho trầm cảm trung bình đến nặng
- Ít nhất 3 buổi/tuần, cường độ trung bình
- Mỗi buổi kéo dài **30-40 phút**
- Tiêu hao năng lượng tương quan với cải thiện tâm trạng



Vệ sinh giấc ngủ

Vấn đề phổ biến

Mất ngủ, ngủ nhiều, khó duy trì giấc ngủ

Thông tin cần thiết

Cung cấp cho bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ

Liệu pháp CBT-I

Giảm đáng kể triệu chứng trầm cảm

Tăng tỷ lệ thuyên giảm

Cải thiện chất lượng giấc ngủ giúp phục hồi

Thuốc lá, Caffeine và Rượu



- Thuốc lá ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình hồi phục
- Caffeine quá nhiều làm trầm trọng thêm triệu chứng (giấc ngủ, lo âu)
- Rượu ảnh hưởng tiêu cực đến hồi phục ngay cả ở mức độ thấp
- Khuyến bệnh nhân kiêng rượu đến khi triệu chứng thuyên giảm



Hoạt động mang lại niềm vui

Lên kế hoạch và theo dõi có hệ thống các hoạt động mang lại niềm vui hoặc củng cố tích cực đã được chứng minh có tác dụng chống trầm cảm đáng kể

Dinh dưỡng

Bệnh nhân MDD thường không có chế độ ăn uống cân bằng

Khuyến bệnh nhân áp dụng chế độ ăn:

- Nhiều trái cây và rau quả
- Ngũ cốc nguyên hạt
- Các loại hạt
- Đạm ít béo
- Chế độ ăn Địa Trung Hải



Phương pháp điều trị chuyên khoa



Kết hợp thuốc

Kết hợp với thuốc chống trầm cảm khác



Tăng cường

Thuốc chống loạn thần, esketamine, ketamine



Liệu pháp sốc điện (ECT)

Hoặc kích thích từ xuyên sọ (rTMS)

Cần nhắc chuyển đến chuyên khoa những bệnh nhân không thuyên giảm sau hai đợt thử nghiệm điều trị

Các liệu pháp tâm lý trị liệu



Không phải lúc nào cũng cần thuốc

Trầm cảm nhẹ đến trung bình không phải lúc nào cũng cần đến liệu pháp dùng thuốc.



Ưu tiên điều trị hàng đầu

Tâm lý trị liệu dựa trên bằng chứng hoặc liệu pháp dùng thuốc là các lựa chọn hàng đầu.



Đối tượng ưu tiên

Đặc biệt được ưu tiên cho người cao tuổi và phụ nữ đang mang thai.



Thời gian giới hạn

Liệu pháp thường có thời gian giới hạn, trung bình khoảng 12 buổi.



Hiệu quả bền vững

Hiệu quả của liệu pháp tâm lý trị liệu được duy trì tốt sau khi kết thúc điều trị.

Các liệu pháp tâm lý trị liệu dựa trên bằng chứng



ACT

Liệu pháp Chấp nhận và Cam kết



CBT

Liệu pháp Nhận thức Hành vi



IPT

Liệu pháp Tương giao Cá nhân



BT/BA

Liệu pháp Hành vi/Kích hoạt Hành vi



MBCT

Liệu pháp Nhận thức dựa trên Chánh niệm



PST

Liệu pháp Giải quyết Vấn đề

Liệu pháp dùng thuốc



Không có bằng chứng nào cho thấy một nhóm thuốc chống trầm cảm nào vượt trội hơn nhóm khác

Tất cả thuốc chống trầm cảm đều hiệu quả hơn giả dược (placebo)

Yếu tố cần xem xét khi lựa chọn thuốc:

- Bệnh lý đi kèm
- Đáp ứng với thuốc trong quá khứ
- Chống chỉ định (tương tác thuốc, dị ứng)

So sánh các loại thuốc chống trầm cảm

SSRI

Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline

SNRI

Duloxetine, Venlafaxine ER

TCA

Amitriptyline, Nortriptyline

Khác

Bupropion XR (NDRI), Mirtazapine (đối kháng Noradrenergic)

Lưu ý đặc biệt với một số thuốc chống trầm cảm

Bupropion XR

Hỗ trợ cai thuốc lá, ít tác dụng phụ về tình dục

Tránh dùng cho bệnh nhân có tiền sử co giật hoặc rối loạn ăn uống

Duloxetine

Có thể dùng để điều trị đau

Tránh dùng cho bệnh nhân suy gan hoặc suy thận nặng

Escitalopram

Ít tương tác thuốc, liều khởi đầu có thể đã là liều hiệu quả

Lưu ý đặc biệt với một số thuốc (tiếp)

Fluoxetine

Không cần giảm liều từ từ khi ngưng thuốc

Tốt cho bệnh nhân có tuân thủ điều trị kém

Tỷ lệ tương tác thuốc cao hơn

Mirtazapine

Gây an thần, hữu ích cho vấn đề giấc ngủ

Ít tác dụng phụ về tình dục

Có thể tăng cảm giác thèm ăn và gây tăng cân

Sertraline

Thuốc được lựa chọn cho bệnh nhân đang mang thai và/hoặc cho con bú

Liệu pháp dùng thuốc duy trì



Ngắn hạn (6-12 tháng)

Dành cho **giai đoạn trầm cảm đầu tiên**. Điều trị không đòi hỏi suốt đời; đánh giá lại sau 12 tháng.



Duy trì (12 tháng đến vô thời hạn)

Cân nhắc điều trị kéo dài cho các trường hợp:

- Nhiều hơn 2 giai đoạn trầm cảm trước đây
- Trầm cảm mạn tính (>1 năm)
- Tiền sử gia đình bị rối loạn lưỡng cực
- Mặc kèm rối loạn sử dụng chất hoặc lo âu
- Căng thẳng tâm lý xã hội đang tiếp diễn

Giáo dục bệnh nhân về thuốc chống trầm cảm

Thời gian đáp ứng

Có thể mất **4-6 tuần**
trước khi thấy cải thiện

Tác dụng phụ

Thường thoáng qua,
giảm khi bắt đầu liều
thấp và dò liều từ từ

Duy trì điều trị

Tiếp tục dùng thuốc
ngay cả khi cảm thấy
tốt hơn **(6-12 tháng)**

Theo dõi ý định tự sát

Có thể tăng nhẹ trong
tháng đầu điều trị

Ngừng thuốc

Không ngưng đột ngột thuốc
chống trầm cảm - có thể gây
hiệu ứng ngưng thuốc

Điều chỉnh

Điều trị thành công thường đòi
hỏi điều chỉnh thuốc/liều lượng

Hiệu quả

50% bệnh nhân đáp ứng với
thuốc đầu tiên, 33% hết triệu
chứng

Ngưng liệu pháp dùng thuốc

Các triệu chứng ngưng thuốc phổ biến:

- Chóng mặt
- Các triệu chứng giống cúm
- Cảm giác giống điện giật
- Mất ngủ
- Những giấc mơ quá mức (sống động)
- Cáu kỉnh
- Khóc lóc không kiểm soát

Nguy cơ hội chứng ngưng thuốc tăng lên với:

- Thuốc có thời gian bán thải ngắn
- Thời gian điều trị từ 8 tuần trở lên
- Lo âu khi bắt đầu dùng thuốc
- Từng trải qua hội chứng ngưng thuốc
- Dùng đồng thời các thuốc tác động lên CNS

Nhận diện ý nghĩ tự sát

- Tất cả bệnh nhân MDD cần được đánh giá về nguy cơ an toàn cấp tính
- Hỏi về ý định tự sát **không** làm tăng nguy cơ tự sát
- Đặt câu hỏi trực tiếp, không phán xét
- Nhiều bệnh nhân tự sát đã gặp bác sĩ chăm sóc ban đầu trong tháng trước khi qua đời



Thông điệp

- Trầm cảm không chỉ là vấn đề tâm lý mà là toàn bộ cơ thể.
- Trầm cảm từ mức độ trung bình trở lên thì nên sử dụng thuốc
- Cần nhắc đánh giá trầm cảm ở những bệnh nhân có bệnh lý mãn tính kèm theo

Tài liệu tham khảo

- Ng, C.W., C.H. How, and Y.P. Ng, (2017). Managing depression in primary care.
- Keeley, R.D., et al., (2016). Motivational interviewing improves depression outcome.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Park, L.T. and C.A. Zarate, Jr., (2019). Depression in the Primary Care Setting.
- Trivedi, M.H., et al., (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression.
- Urits, I., et al., (2019). Antidepressant use for chronic pain.
- Department of Veterans Affairs. (2022). VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. Provider summary.