

REKOMENDACJE ODNOŚNIE PROFILAKTYKI I LECZENIA DEPRESJI W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ (POZ) WRAZ Z PROPOZYCJĄ PROGRAMU PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNEGO ZAPOBIEGANIA DEPRESJI

*lek. Monika Dominiak, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron,
prof. dr hab. Paweł Mierzejewski, prof. dr hab. Łukasz Święcicki*
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

I. PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD PROFILAKTYKI, WCZESNEGO WYKRYWANIA I LECZENIA DEPRESJI W WARUNKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

1. WSTĘP

Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego i funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Zaburzenia depresyjne występują w każdym wieku, u mężczyzn i u kobiet, w różnych kulturach i grupach etnicznych. Większość ludzi w ciągu życia doświadcza kryzysów lub problemów psychicznych. Stanowi to często ogromne obciążenie dla osób dotkniętych chorobą, ich rodzin, a w szerszym ujęciu dla systemu społeczno-ekonomicznego państwa. Depresja zmniejsza wydajność w pracy i poczucie satysfakcji z życia, jest przyczyną obniżenia jego jakości, a także niepełnosprawności współczesnych ludzi.

Różnica pomiędzy rozpowszechnieniem schorzeń psychicznych (badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*) a liczbą pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (GUS: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*) sugeruje, że wielu chorych nie trafia w ogóle do specjalisty psychiatry. Bywają oni natomiast często u swoich lekarzy rodzinnych, uskarżając się zazwyczaj na różnorodne dolegliwości somatyczne. Dotyczy to w szczególności osób z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, a głównym źródłem tych skarg jest właśnie nierozpoznana depresja. Powszechność tej choroby w populacji pacjentów POZ sięga 23% (Drózdź i wsp., 2007). Szacuje się, że tylko połowa z nich ma właściwie postawioną diagnozę i wdrożone leczenie przeciwdepresyjne (Hirschfeld i wsp., 1997). Tymczasem dostępne badania potwierdzają, jak ważne jest wczesne rozpoznanie depresji i zastosowanie odpowiedniej terapii. Krótszy czas nieleczonej choroby przekłada się bezpośrednio na większy odsetek odpowiedzi na terapię, remisji i mniejszy odsetek inwalidyzacji (Bukh i wsp., 2013). Dlatego wysiłek zmierzający do prawidłowego wczesnego zdiagnozowania i wdrożenia właściwego leczenia daje szansę na powrót do pełnej aktywności zdrowotnej, społecznej i zawodowej, zmniejsza ryzyko śmiertelności i powikłań związanych ze zdrowiem.

Jak wspomniano powyżej, pacjenci z depresją często z różnych przyczyn (jak np. obawa przed stygmatyzacją, niewiedza o stanie chorobowym, brak poczucia choroby, trudności w dostępie do lekarza specjalisty) w ogóle nie trafiają do psychiatry. Pracownicy POZ pozostają więc często na pierwszej linii kontaktu z ludźmi z zaburzeniami psychicznymi. Dane pokazują, że obecnie to właśnie lekarze POZ faktycznie rozpoznają i leczą depresję u większości osób z tą chorobą. Wydaje się jednak, że wykonują te działania w sposób daleki od optymalnego. Lekarzom pierwszego kontaktu może brakować zarówno odpowiedniego narzędzia przesiewowego, jak i praktycznej wiedzy klinicznej na temat rozpoznawania zaburzeń psychicznych. Celowe wyda-

ją się zatem działania nakierowane na podniesienie ich kwalifikacji w zakresie działań profilaktycznych, w tym wczesnego wykrywania depresji oraz podstaw jej leczenia.

2. PRZYCZYNY DEPRESJI

Depresja nie jest jedną chorobą, jest to grupa zaburzeń o podobnych objawach. Z punktu widzenia proponowanego programu profilaktyczno-edukacyjnego najważniejszą grupą są depresje endogenne. Obecny stan wiedzy na temat tego schorzenia wskazuje, że jego główną przyczyną ma charakter biologiczny. Na najbardziej podstawowym poziomie wymienia się zwłaszcza zaburzenia dotyczące wychwytu i uwalniania neuroprzekaźników – zwłaszcza serotoniny, noradrenaliny i dopaminy. Ze względu na charakter depresji endogennej najskuteczniejsze w jej leczeniu są metody również określane jako biologiczne – farmakoterapia, elektrowstrząsy, inne metody neuromodulacyjne.

Istotną rolę (faktorów precypitujących czy też wywołujących) odgrywają także czynniki psychospołeczne. Relacje przyczynowo-skutkowe zachodzące między wewnętrznymi czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i fizycznymi cechami otoczenia są bardzo trudne do ustalenia. Niełatwo jest również zaproponować ich jednoznaczną i niebudzącą kontrowersji hierarchię – które są najważniejsze, które zawsze pierwotne, a które jedynie wtórne. Nie ma jednak wątpliwości, że wszystkie wymienione czynniki odgrywają istotną rolę w patogenetycznym „łańcuchu depresji”.

W przypadku jej odmiany endogennej aspekt biologiczny dotyczący funkcjonowania mózgu jako narządu jest postulowanym pierwszym ogniwem łańcucha. Jednak jego znaczenie może się w istotnym stopniu zmniejszać lub zwiększać w zależności od współwystępujących zewnętrznych czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Jest to stwierdzenie kluczowe dla wszelkich działań profilaktycznych w zakresie depresji. Gdyby aspekty zewnętrzne, otaczające nie wywierały istotnego wpływu, wtedy zapobieganie temu zaburzeniu byłoby po prostu niewykonalne, ponieważ obecnie nie sposób trwale zmienić czynników biologicznych leżących u podłoża depresji, możemy je jedynie korygować (np. stosując środki farmakologiczne). Wyniki badań wskazują jednak, że modyfikacja okoliczności zewnętrznych (nawet tak prostych jak warunki oświetlenia) może nie tylko leczyć depresję, lecz także zapobiegać jej występowaniu. Oczywiście, tak jak w przypadku wszystkich działań zapobiegawczych, udowodnienie ich skuteczności jest trudne, ponieważ wynikiem efektywnej profilaktyki jest niewystępowanie choroby.

Rozważając działania zapobiegające depresji, należy mieć również na uwadze fakt, iż jest ona chorobą ogólnoustrojową. Depresja, zwłaszcza nieleczone, powoduje wzrost ryzyka występowania zaburzeń somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza długotrwałe, zwiększają ryzyko zaburzeń depresyjnych (Evans i wsp., 2005). Współistniejąca z chorobą somatyczną depresja jest zwykle stanem przewlekłym, miernie nasilonym, opornym na leczenie, zwiększającym inwalidztwo i śmiertelność (Thase, 2016). Dlatego tak ważne są działania profi-

laktyczne i jak najwcześniejsze wykrywanie i leczenie tego schorzenia. Zgodnie z dokumentem World Health Organization (WHO) *Mental Health Action Plan 2013-2020* osoby z dysfunkcjami psychicznymi doświadczają nieproporcjonalnie większej liczby niesprawności i zachorowań w swoim życiu. Na przykład osoby chorujące na depresję mają 40-60% większe prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu w związku z problemami ze zdrowiem fizycznym, które często pozostają niezdiagnozowane lub nieleczone (w tym: nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, HIV, infekcje). Wiele badań naukowych wskazuje na fakt, że depresja predysponuje do zwiększonego ryzyka zawału mięśnia sercowego czy cukrzycy i odwrotnie – zawał i cukrzyca zwiększają ryzyko zachorowania na depresję. Jak wynika z metaanalizy (Ali i wsp., 2006) około 31% osób dorosłych z cukrzycą ma klinicznie istotne objawy depresji. Około dwukrotnie częściej dotyka ona osób otyłych niż ludzi z prawidłową wagą. Częstotliwość zjawiska współchorobowości jest większa u kobiet i dotyczy głównie otyłości trzewnej (Stunkar i wsp., 2003; Herva i wsp., 2006). Również zależność pomiędzy depresją a nadciśnieniem tętniczym jest obustronna. W badaniu NHANES (Wang i wsp., 2016) obserwowano częstsze występowanie podwyższonego ciśnienia krwi u osób z zaburzeniami depresyjnymi. Skuteczne leczenie przeciwdepresyjne i przeciwłękowe prowadzi natomiast do normalizacji ciśnienia tętniczego (Rymaszewska i Dudek, 2009). Związek depresji z rozwojem choroby niedokrwiennej serca i ryzykiem nagłego zgonu sercowego został potwierdzony bezspornie w wielu opracowaniach naukowych (Rugulies, 2002; Nicholson i wsp., 2006; Kooy i wsp., 2007; Baune i wsp., 2012; Gan i wsp., 2014). Z kolei współobecność zaburzeń depresyjnych i reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) związana jest z wyższym ryzykiem samobójstwa i zgonu z powodu pogorszenia stanu somatycznego (Joaquim i Appenzeller, 2015). Depresja współwystępuje również bardzo często z nowotworami (Zhao i wsp., 2014), zmniejszając wolę leczenia się pacjenta, wpływając negatywnie na układ immunologiczny i pogarszając rokowanie w chorobie nowotworowej. Dopiero dwadzieścia lat po przebytych nowotworze ryzyko depresji zmniejsza się do poziomu rozpowszechnienia u osób bez choroby nowotworowej (Zhao i wsp., 2014).

Podsumowując, problemem zdrowotnym jest duże rozpowszechnienie schorzeń depresyjnych, ich zbyt mała rozpoznawalność, zbyt późne wdrażanie działań terapeutycznych oraz ich niedostosowanie do szczególnych grup ryzyka, tj. dzieci i młodzieży, kobiet cierpiących na depresję poporodową oraz pacjentów w wieku podeszłym.

3. EPIDEMIOLOGIA

Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska (EZOP) to pierwsze ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród Polaków. Przeprowadzono je na reprezentatywnej grupie w wieku od 18 do 64 lat. Wyniki potwierdziły istnienie depresji w polskim społeczeństwie. Wahania nastroju i zaburzenia nerwicowe rozpoznawano łącznie u 13,1% respondentów. Można więc przyjąć, że problem ten dotyka około 5 mln mieszkańców naszego kraju. U około 3% populacji Polski w wieku najmłodszym i produkcyjnym (a więc osób o najwięk-

szym potencjale rozwojowym dla państwa), a także wśród osób starszych wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. W badaniu tym oszacowano również rozpowszechnienie skarg depresyjnych (w tym symptomów takich jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, unikanie, przewlekły lęk, drażliwość), które nie były wystarczające do postawienia rozpoznania, ale przekładają się na jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się depresji. Stwierdzono, że powyższe objawy występują u 20-30% populacji, czyli dotyczą blisko 8 mln Polaków. Badanie EZOP wskazało również na związek występowania zaburzeń nastroju z różnymi uwarunkowaniami społeczno-demograficznymi, np. brakiem zatrudnienia, stanem cywilnym (czynnikiem chroniącym jest małżeństwo) czy miejscem zamieszkania (większym ryzykiem obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety).

Warto w tym miejscu przytoczyć także dane dotyczące jednego z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego – współczynnika zgonów z powodu samobójstw. Wiadomo, że depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka odebrania sobie życia (szacuje się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakiś rodzaj tej choroby). Polska na tle państw Unii Europejskiej należy do krajów o największej liczbie samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten wynosi 16,6. Dla porównania: w Niemczech – 9,2, a w dotkniętych kryzysem ekonomicznym Hiszpanii i Grecji odpowiednio – 5,1 i 3,8 (WHO, *Suicide rates. Data by country*, 2012).

4. PROFILAKTYKA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH

Jak już wspomniano, modyfikacja czynników zewnętrznych może nie tylko leczyć depresję, lecz także eliminować jej występowanie. W zapobieganiu depresji niezbędne jest pamiętanie o zasadach higieny psychicznej (rozumianej jako szereg czynności, które poprawiają funkcjonowanie sfery psychicznej). Dbanie o nią oznacza dążenie do równowagi wewnętrznej, dobrych stosunków z otoczeniem i efektywnego rozwiązywania problemów. Z jednej strony jest to profilaktyka, chroniąca nas przed obniżeniem nastroju, niepokojem, nadmiernym stresem, które w konsekwencji mogą prowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych, a z drugiej strony – sprawne, efektywne radzenie sobie z występującymi w naszym życiu trudnościami. Duże znaczenie prewencyjne mają pozytywne relacje społeczne, wsparcie ze strony otoczenia, uzyskiwanie pomocy w sytuacjach trudnych, stosowanie podstawowych zasad zdrowego stylu życia, optymistyczne myślenie, trening intelektualny, nauczenie się korzystania z własnych zasobów, takich jak świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron. Niezbędne dla zachowania zdrowia psychicznego jest umiejętność rozpoznawania wczesnych objawów nawrotu choroby i radzenia sobie z nimi, a także wiedza dotycząca tego, które symptomy powinny nas skłonić do pilnego zgłoszenia się do lekarza.

Z dostępnych danych wynika, że rekomendacje z zakresu profilaktyki, jak i wczesnego wykrywania depresji zostały opracowane w wielu krajach na świecie. Najbardziej kompleksowo-

we zalecenia, obejmujące wiele zagadnień związanych z depresją, zawarte są w wytycznych National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oraz w dokumentach opracowanych przez amerykańskie organizacje i stowarzyszenia (US Preventive Services Task Force USPSTF, American College of Preventive Medicine, Michigan Quality Improvement Consortium Guideline, American Family Physician, Institute of Clinical Systems Improvement).

Wiele doświadczeń związanych z zapobieganiem depresji pochodzi również z Australii. Jednym z najbardziej znanych programów jest prowadzony tam Beyondblue (www.beyondblue.org.au), który został utworzony w 2000 r. jako pięcioletnia narodowa inicjatywa mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie wczesnego reagowania na zachowania depresyjne. Badania retrospektywne, przeprowadzone w kolejnych latach, potwierdziły skuteczność przedsięwzięcia w zakresie zwiększonej wiedzy oraz poprawę leczenia choroby wśród Australijczyków (Jorm i wsp., 2005; Morgan i Jorm, 2007).

W Nowej Zelandii prowadzony jest narodowy program dotyczący depresji (National Depression Initiative, NDI; www.depression.org.nz) ukierunkowany na profilaktykę i wczesne wykrywanie choroby. Ramowymi zadaniami inicjatywy wynikającej ze zobowiązań nowozelandzkiego ministerstwa zdrowia są przede wszystkim wzmacnianie indywidualnych, rodzinnych oraz społecznych czynników przeciwdziałających występowaniu/rozwojowi depresji, a także poprawa reakcji społecznych (w tym specjalistów w tym zakresie) na przypadki choroby. Sednem przedsięwzięcia są dwa portale internetowe (dla młodzieży i dla dorosłych) dostarczające informacji o depresji i sposobach radzenia sobie z tym problemem. Funkcjonują też specjalne, dedykowane forum i całodobowa linia interwencyjna. Dla dorosłych dodatkowo dostępne są także aplikacje związane z profilaktyką depresji. NDI cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem i w ciągu ostatnich lat stale się rozwija.

Ciekawe doświadczenia w tej materii pochodzą również z krajów europejskich. Przeprowadzony w Norymberdze dwuletni program walki z depresją (European Alliance Against Depression; Hegerl i wsp., 2008) pozwolił na znaczącą redukcję liczby samobójstw (o około 20%) i poprawę wczesnej wykrywalności oraz opieki nad dotkniętymi tą chorobą osobami. Koncepcja niemieckiej inicjatywy bazuje na różnych poziomach oddziaływań: współpraca i szkolenia dla lekarzy rodzinnych, kampanie społeczne zwiększające świadomość i podstawową wiedzę o depresji, szkolenia dla kluczowych zawodów (tj. nauczyciele, księża, policja, opiekunowie starszych ludzi) oraz tworzenie grup wsparcia i szczególnych ułatwień w dostępie do fachowej opieki dla pacjentów z podwyższonym ryzykiem samobójstwa. Przedsięwzięcie z różnymi modyfikacjami było implementowane w wielu innych krajach. Ewaluacja efektywności w kolejnych latach potwierdziła istotny spadek liczby samobójstw i poprawę wczesnego wykrywania depresji.

W Polsce brakowało dotychczas podobnych rozwiązań systemowych o charakterze prewencyjnym. Program Zapobiegania Depresji na Lata 2016-2020 ma szansę to zmienić. Różne inicjatywy ukierunkowane na problematykę depresji były natomiast realizowane na szczeblach

wojewódzkich i powiatowych (patrz: Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka).

5. WCZESNE WYKRYWANIE DEPRESJI – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH

Obowiązujące w różnych krajach rekomendacje w zakresie badań przesiewowych w kierunku depresji zalecają albo rutynowe badanie całej populacji (np. US Preventive Services Task Force i inne amerykańskie towarzystwa i organizacje), albo też skryning w wybranych grupach ryzyka (NICE). Zazwyczaj zadanie to jest przypisywane lekarzom pierwszego kontaktu.

W artykule opublikowanym w prestiżowym piśmie „JAMA” (2016) Tease zwraca uwagę, że istnieją liczne dowody na skuteczność prowadzenia skryningowych badań populacyjnych w kierunku występowania depresji. Z przedstawionych ustaleń płyną dwa podstawowe wnioski: 1) dysponujemy skalami, które pozwalają na rzetelne wykonanie przesiewowej oceny występowania depresji w warunkach POZ; 2) prowadzenie takich badań poprawia zarówno rozpoznawanie, jak i leczenie choroby na poziomie POZ.

Populacja pacjentów, z którymi styka się lekarz rodzinny, jest wyjątkowo predysponowana do zaburzeń depresyjnych. Według NICE (*Depression with a chronic physical health problem*, NICE Clinical Guideline, 2009) depresja jest 2-3 razy częstsza u osób cierpiących na przewlekłą chorobę somatyczną. Dlatego w populacji tych pacjentów brytyjski instytut (i zdecydowana większość innych rekomendacji) podkreśla ważność rutynowego przeprowadzania badań przesiewowych. W tej grupie chorych depresję często trudniej jest zdiagnozować, gdyż objawy obu zaburzeń mogą być bardzo podobne. Jak podaje American Psychiatric Association (APA), wielu podopiecznych z zaburzeniami depresyjnymi wcale nie narzeka na obniżony nastrój czy anhedonię. Skarżą się natomiast na różnorodne i mało specyficzne dolegliwości somatyczne, zmęczenie, częściej też przychodzą na wizyty do lekarzy (Simon i wsp., 1999). Jednocześnie depresja pogarsza rokowanie w niektórych chorobach przewlekłych, tj. w chorobie układu krążenia czy cukrzycy (Ford i wsp., 1998; Ciechanowski, 2000). Dlatego wczesna identyfikacja depresji poprzez badania przesiewowe jest szczególnie wskazana.

Czynniki ryzyka depresji w populacji pacjentów lekarza pierwszego kontaktu obejmują takie schorzenia i warunki środowiskowe jak:

- przebyty epizod depresji w przeszłości (Siu, 2016)
- depresja w rodzinie (NICE, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists)
- inne choroby psychiczne, uzależnienia (Health Quality Ontario, 2013)
- choroby nowotworowe
- choroba Parkinsona
- choroba układu krążenia
- cukrzyca
- bóle karku, przewlekły ból (Boersma i Linton, 2005)

- inne przewlekłe choroby somatyczne
- bezrobocie, trudna sytuacja życiowa (King i wsp., 2008)
- różnorodne trudności życiowe dotyczące osób starszych, np. przewlekła choroba, żałoba, przebywanie w instytucjonalnych zakładach opieki (Canadian Task Force on Preventive Health).

US Preventive Services Task Force (USPSTF) zaktualizował niedawno rekomendacje, w których zaleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych osób (Siu i USPSTF, 2016). Badania pokazują także, że najkorzystniejsze wyniki w leczeniu depresji daje połączenie skryningu i skoordynowanej dalszej opieki nad pacjentem dotkniętym chorobą świadczoną przez lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów (Pignone i wsp., 2002).

American College of Preventive Medicine (ACPM) popiera tę rekomendację, polecając wdrażanie jej we wszystkich poradniach opieki podstawowej oraz tworzenie modeli postępowania z pacjentem opartych na współpracy z konsultantami psychiatrami (Nimalasuriya i wsp., 2009). O'Connor i współnicy (2016) zwracają również uwagę na fakt, że skuteczność badań przesiewowych jest większa, jeśli dodatkowo zorganizowany jest system dalszej ochrony zdrowia, kontynuacji i ewentualnej modyfikacji leczenia na poziomie opieki podstawowej. Również Belnap i współnicy (2006) oraz Gilbody i współnicy (2006) wskazują, że kompleksowe podejście do pacjenta z depresją na poziomie opieki podstawowej oparte na współpracy grupy osób, w tym lekarza rodzinnego i konsultanta psychiatry, przynosi lepsze rezultaty niż tradycyjne podejście.

Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2016) zaleca również rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych, nie precyzując jednak jak często miałyby się ono odbywać. Natomiast pacjenci z grupy podwyższonego ryzyka depresji, jak również ci, u których podejrzewa się objawy depresyjne, powinni być badani przy każdej okazji. Sugerowane jest posługiwanie się przesiewowymi kwestionariuszami *Patient Health Questionnaire* – PHQ-2 i/lub PHQ-9.

Podobne rekomendacje wydał Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI) (Trangle i wsp., 2016), zalecając rutynowy skryning całej populacji za pomocą PHQ-2 i/lub PHQ-9. W przypadku pozytywnego wyniku wskazane jest dalsze badanie i wywiad. Powyższe kwestionariusze można również aplikować w każdej sytuacji, gdy podejrzewa się depresję u pacjenta. ICSI poleca skierowanie do opieki psychiatrycznej w przypadkach, gdy chory deklaruje myśli samobójcze, nie ma odpowiedzi na włączone leczenie lub współistnieją inne schorzenia psychiatryczne. W każdym przypadku lekarz powinien przeprowadzić edukację pacjenta odnośnie depresji oraz ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu.

Również American Family Physician (www.aafp.org), podobnie jak inne amerykańskie organizacje, zaleca standardowe badanie populacji dorosłych oraz młodzieży (12-18 lat). Sugeruje posługiwanie się najbardziej praktycznym dla danego lekarza narzędziem przesiewowym. Najczęściej jest to kwestionariusz PHQ-2. Jeśli pacjent odpowie pozytywnie na którekolwiek z dwóch pytań, wskazany jest dalszy wywiad za pomocą PHQ-9.

Australijski Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) również zaleca przesiewowe badanie w kierunku depresji w populacji dorosłych, jeśli dysponuje się odpowiednią strukturą do dalszego leczenia i skoordynowanej opieki nad pacjentem. W przypadku osób z czynnikami ryzyka rekomenduje, by zawsze brać pod uwagę możliwość depresji i wykonać w tej grupie skryning.

Niektórzy naukowcy podkreślają potrzebę przeprowadzania dodatkowych testów laboratoryjnych u osób z podejrzeniem depresji, np. ocenę poziomu TSH we krwi u osób z objawami niedoczynności tarczycy (Whooley i Simon, 2000). Wskazania odnośnie takich badań wydało też American Geriatrics Society, które zaleca laboratoryjny pomiar następujących parametrów u osób z podejrzeniem depresji: TSH, witamina B12, wapń, elektrolity, elementy oceniające funkcje nerek i wątroby, podstawową morfologię krwi oraz badanie moczu.

Obszerne rekomendacje odnośnie wykrywania i leczenia depresji u dorosłych oraz u osób z przewlekłą chorobą somatyczną opublikował w dwóch dokumentach NICE (*The treatment and management of depression in adults* oraz *Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management*). NICE zaleca uważne monitorowanie pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka (depresja w wywiadzie, inne zaburzenia psychiczne, przewlekła choroba somatyczna) i przeprowadzanie wśród nich przesiewowego testu za pomocą zestawu dwóch pytań:

- Czy w ostatnim miesiącu miałeś/miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?
- Czy w ostatnim miesiącu doświadczyłeś/doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?

Jeżeli na którekolwiek z nich pacjent odpowie twierdząco, wskazane jest przeprowadzenie dalszej oceny stanu psychicznego lub skierowanie do specjalisty psychiatry, gdy lekarz pierwszego kontaktu nie ma odpowiednich kompetencji.

W przypadku osób z przewlekłą chorobą somatyczną NICE zaleca zadanie kolejnych pytań:

- Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/czułaś się bezwartościowo?
- Czy miałeś/miałaś problemy z koncentracją uwagi?
- Czy miałeś/miałaś myśli samobójcze?

Jeżeli odpowie pozytywnie na którekolwiek pytanie, kolejnym krokiem powinno być przeprowadzenie dalszej oceny stanu psychicznego lub skierowanie do specjalisty psychiatry. Należy rozważyć też, czy depresja nie wynika z leków stosowanych w chorobie somatycznej lub w inny sposób nie wiąże się z kondycją fizyczną pacjenta.

Jeżeli chodzi o postępowanie lecznicze, NICE zaleca model stopniowanego podejścia do leczenia w czterech krokach:

Krok 1 – podejrzenie depresji: badanie i ocena objawów, wsparcie, psychoedukacja, intensywne monitorowanie, ewentualnie skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

Krok 2 – potwierdzona depresja łagodna/umiarkowana: interwencje psychospołeczne, psychoterapia, farmakoterapia, ewentualnie skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

Krok 3 – depresja ciężka lub brak odpowiedzi na leczenie w krokach wcześniejszych: farmakoterapia, intensywne interwencje psychoterapeutyczne, leczenie skojarzone, skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

Krok 4 – depresja ciężka lub z innymi współistniejącymi zaburzeniami, zagrożenie życia: farmakoterapia, intensywne interwencje psychoterapeutyczne, leczenie skojarzone, skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki, elektrowstrząsy, leczenie szpitalne.

U pacjentów z dystymią oraz łagodną i umiarkowaną depresją, którzy nie wymagają żadnej formalnej interwencji lub którzy jej nie chcą, zalecana jest edukacja, ustalenie planu wizyt (np. wyznaczenie kolejnego spotkania u specjalisty za 2 tygodnie), interwencje psychospołeczne. Można rozważyć też skierowanie na terapię behawioralno-poznawczą (CBT) lub zalecić aplikacje komputerowe oparte na terapii CBT albo grupowe ćwiczenia fizyczne.

Osoby z depresją ciężką, umiarkowaną i towarzyszącymi innymi problemami zdrowotnymi lub z przewlekłą chorobą somatyczną ograniczającą codzienne normalne funkcjonowanie powinny być objęte kompleksową, skoordynowaną opieką lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów.

Poniższa tabela podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie skryningu w kierunku depresji.

Tabela 1. Rekomendacje odnośnie badania przesiewowego w kierunku depresji

Organizacja	Rekomendacja
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2016	Zaleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych osób. Wskazuje jednocześnie na potrzebę zapewnienia badanym dostępu do dalszej opieki i skoordynowanego leczenia.
American College of Preventive Medicine (ACPM), 2009	Podkreśla ważność rutynowego skryningu w kierunku depresji w populacji dorosłych. Zaznacza konieczność skoordynowanej opieki nad pacjentem.
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (MQIC), 2016	Sugeruje rutynowy skryning pod kątem depresji w populacji dorosłych za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9. U osób z czynnikami ryzyka badanie powinno być przeprowadzane przy każdej wizycie.
Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI), 2016	Zaleca rutynowe badanie przesiewowe w kierunku depresji w populacji dorosłych za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9.
American Family Physician (AAFP), 2012	Rekomenduje rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych oraz dzieci i młodzieży (12-18 lat) za pomocą PHQ-2 i/lub PHQ-9 lub Geriatric Depression Scale-15 wśród osób starszych.
Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)	Poleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych oraz dzieci i młodzieży (12-18 lat) za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9. U osób z czynnikami ryzyka powinno być ono przeprowadzane przy każdej wizycie.
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2013	Nie zaleca rutynowych badań przesiewowych w kierunku depresji ani u ogółu populacji, ani u pacjentów z grupy ryzyka.
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009	Proponuje uważne monitorowanie pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka, zwłaszcza osób z przewlekłą chorobą somatyczną, i przeprowadzanie w tej grupie przesiewowego testu za pomocą zestawu dwóch pytań. Ponadto, zaleca stopniowane podejście do leczenia.

Najczęściej w zaleceniach wymieniane są dwa testy: PHQ-2 i PHQ-9. Kwestionariusz PHQ-2 poleca się do badania przesiewowego populacji wszystkich osób powyżej 12 roku życia. Składa się on z dwóch pytań. Wynik 3 lub więcej na 6 możliwych do uzyskania punktów oznacza wskazanie do dalszej ewaluacji, tj. zazwyczaj do zastosowania kwestionariusza PHQ-9. Zestaw PHQ-9 zawiera dziewięć pytań, które pogłębiają rozpoznanie i pomagają zdiagnozować depresję, jak również ocenić jej nasilenie. Wypełnienie kwestionariusza PHQ-9 zabiera około 3 minut. PHQ-9 jest zalecany zarówno jako narzędzie do wstępnej oceny, jak i kolejny test uzupełniający badanie po PHQ-2, jest szczególnie przydatny w monitorowaniu objawów przy leczeniu depresji (Nease i Maloin, 2003). Wynik 10 i więcej punktów wymaga dalszego

badania w kierunku depresji lub skierowania do specjalisty psychiatry. Czułość tego kwestionariusza oceniono na 61%, a jego specyficzność na 94% (Nease i Maloin, 2003).

6. OCENA RYZYKA SAMOBÓJSTWA

Większość rekomendacji odnosi się do potencjalnie najpoważniejszej sytuacji związanej z depresją – do oceny ryzyka zagrożenia samobójstwem, zalecając określenie nasilenia związanych z nim myśli i ocenę możliwości ich realizacji przez pacjenta. Podkreśla się też, że zawsze należy zadać pytanie o najbliższe otoczenie chorego i wsparcie, jakie może tam uzyskać. Na przykład Michigan Quality Improvement Consortium Guideline zaleca pytać wprost o myśli i ewentualne plany dotyczące pozbawienia się życia, a także wywiad rodzinny w kierunku samobójstwa. W przypadku deklarowania takich skłonności, trzeba ocenić ryzyko ich realizacji i stosownie do wyciągniętych wniosków skierować pacjenta do dalszego leczenia (psychiatryczne ambulatoryjne/szpitalne).

NICE zaleca natomiast, aby osobom z przewlekłą chorobą somatyczną i depresją rutynowo zadawać pytania o myśli samobójcze. W przypadku pozytywnego wywiadu należy ocenić poziom wsparcia w otoczeniu, wziąć pod uwagę leki, które pacjent bierze (zarówno psychiatryczne, jak i na schorzenia somatyczne), i ograniczyć ich liczbę, rozważyć intensyfikację kontaktu – w tym telefonicznego – z chorym, i udzielić mu dalszej pomocy stosownie do zagrożenia. Rekomendacje nie uwzględniają natomiast rutynowego badania populacji w kierunku zagrożenia samobójstwem. U.S. Preventive Services Task Force podaje, że nie ma wystarczających dowodów przemawiających za skryningiem całej populacji (U.S. Preventive Services Task Force, *Screening for suicide risk*, 2004).

7. LECZENIE FARMAKOLOGICZNE DEPRESJI – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH

Włączenie i prowadzenie skutecznego leczenia przeciwdepresyjnego w warunkach POZ bywa trudne. W obecnej sytuacji związanej z dostępnością do specjalistycznej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz biorąc pod uwagę barierę, którą dla części chorych stanowi zgłoszenie się do lekarza psychiatry, znajomość problemu diagnostyczno-terapeutycznego, jakim jest rozpoznawanie i leczenie depresji przez lekarzy nie-psychiatrów, wydaje się jednak nieodzowna. Wiedza na temat typowych objawów choroby i standardów dalszego postępowania pozwala na wdrożenie terapii u pacjentów, którzy do psychiatry zapewne nigdy by się nie zgłosili. Umożliwia odpowiednio szybkie pokierowanie do specjalisty tych, u których niepokój budzi nasilenie symptomów, tempo ich narastania, jak również trudno ustalić właściwe rozpoznanie albo istnieją przesłanki do niezwłocznego zgłoszenia do psychiatrycznej izby przyjęć, np.: współistnienie z objawami depresyjnymi urojeń, zachowania autoagresywne i agresywne, ograniczenie przyjmowania posiłków i płynów, obecność myśli samobójczych (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015). Przy łagodnym lub

umiarkowanym nasileniu symptomów szybkie wprowadzenie leczenia przez lekarza POZ pozwala oszczędzić czas, skraca pacjentowi okres złego samopoczucia, tym samym zapobiegając dalszemu narastaniu objawów choroby.

7.1. Podstawowe zasady leczenia

Głównym celem leczenia depresji jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej i powrotu do funkcjonowania sprzed okresu wystąpienia choroby. Podstawową zasadą postępowania leczniczego jest dobór leków, które działają kompleksowo, na cały zespół symptomów, a nie tylko na jego poszczególne składowe, np. na lęk czy zaburzenia snu (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015). W procesie terapeutycznym kluczowa jest współpraca z pacjentem, przekazanie mu informacji o rozpoznaniu, przebiegu choroby, metodach leczenia, zasadności przyjmowania przepisanych środków oraz sposobach zapobiegania i identyfikowania wczesnych objawów nawrotu. Działanie leku jest zazwyczaj widoczne dopiero po 2-4 tygodniach, co wymaga cierpliwości i sumienności w przestrzeganiu zaleceń przez pacjenta.

7.2. Wybór leku przeciwdepresyjnego

Jak dowodzą wyniki badań, leki przeciwdepresyjne, bez względu na mechanizm działania, charakteryzują się podobnym odsetkiem poprawy i niewielką (z reguły) różnicą w skuteczności przeciwdepresyjnej w odniesieniu od innego środka przeciwdepresyjnego, z którym dany lek był porównywany. Często czynnikiem decydującym o wyborze lekarstwa jest nie sama skuteczność, a tolerancja preparatu i bezpieczeństwo jego stosowania. W doborze należy także uwzględnić cechy kliniczne depresji u danego pacjenta, choroby współistniejące, a co za tym idzie – inne środki farmakologiczne przyjmowane przez chorego oraz ryzyko potencjalnych interakcji.

Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić (Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010):

- cechy kliniczne depresji
- profil działań niepożądanych
- współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu
- wiek chorego i masę ciała (np. cechy niedożywienia, wyniszczenie)
- leczenie zastosowane w poprzednich epizodach depresyjnych (jego skuteczność i tolerancję)
- współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych
- nasilenie symptomów depresyjnych (depresja ciężka z objawami psychotycznymi, depresja ciężka bez objawów psychotycznych, depresja o nasileniu umiarkowanym, depresja o nasileniu łagodnym)
- stosowanie się do zaleceń (np. w przypadku trudnej współpracy z pacjentem – wybór leku o jak najprostszym schemacie dawkowania, zaangażowanie w leczenie bliskich chorego, psychoedukacja rodziny)
- doświadczenie lekarza ze stosowaniem danego środka leczniczego
- dostępność i cenę leku.

Tabela 2. Cechy kliniczne depresji a wybór leku przeciwdepresyjnego (Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010; Bazire, 2015; Taylor, 2008)

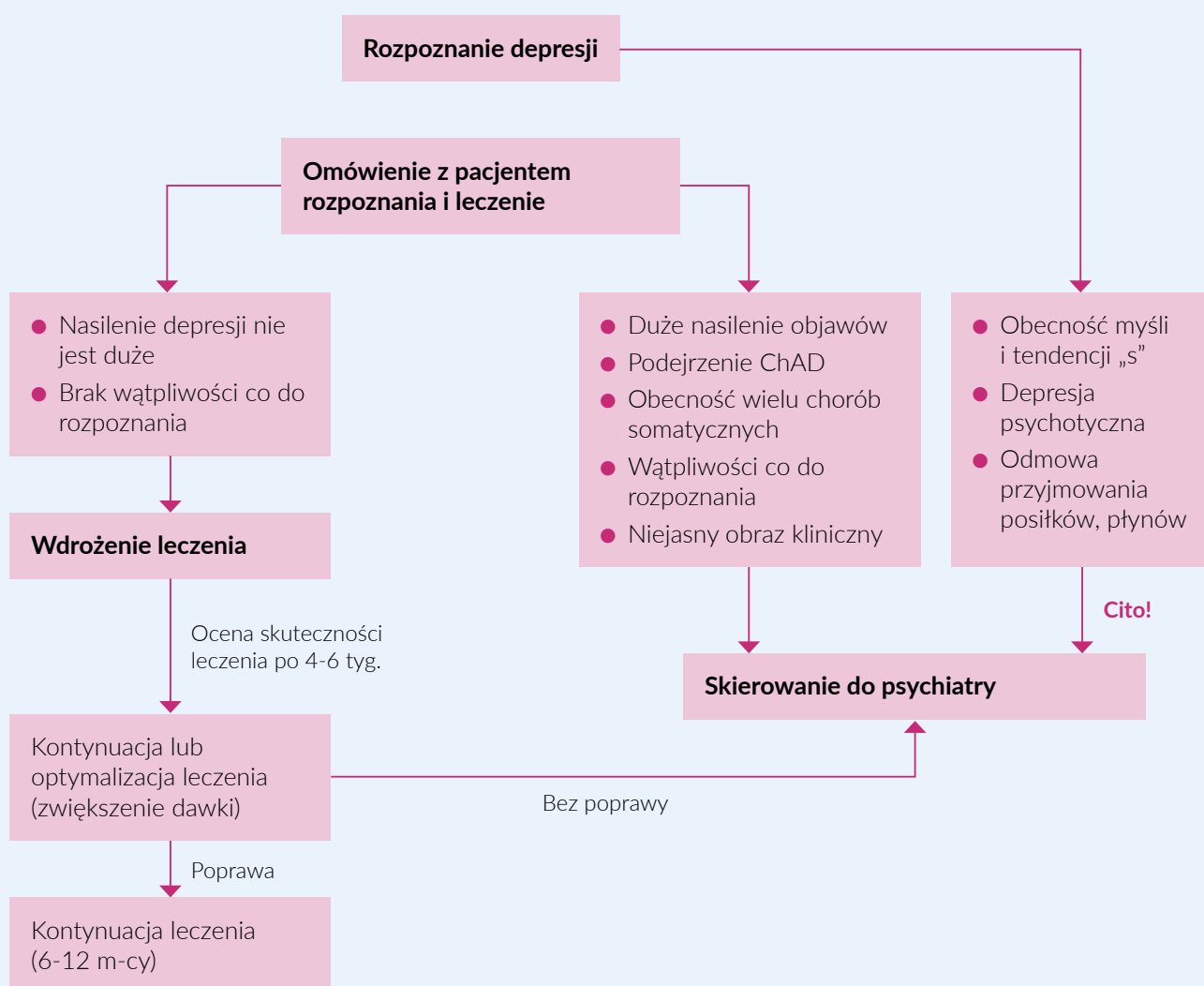
<p>depresja z zahamowaniem, brak energii, apatia</p>		<p>lęk uogólniony, lęk napadowy, mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe</p>		<p>depresja z natrętnymi myślami i czynnościami</p>	
<p>wenlafaksyna reboksetyna bupropion wortioksetyna moklobemid</p>		<p>SSRI wenlafaksynatianeptyna</p>		<p>kломipramina SSRI</p>	
<p>depresja z niepokojem</p>		<p>depresja z bezsennością</p>		<p>depresja z bólem</p>	
<p>mirtazapina mianseryna trazodon TLPD</p>		<p>agomelatyna mianseryna mirtaapina trazodon</p>		<p>wenlafaksyna duloksetyna amitryptylina</p>	
				<p>depresja z zaburzeniami funkcji poznawczych</p>	
				<p>wortioksetyna agomelatyna</p>	

Okolicznością istotną przy ustalaniu leczenia przeciwdepresyjnego jest także obciążenie somatyczne danego pacjenta. Dobierając lek, musimy rozważyć działania niepożądane, które mogą pojawić się w trakcie terapii. Poniżej w uproszczony sposób przedstawiono propozycje leczenia depresji w wybranych chorobach somatycznych.

Tabela 3. Leczenie depresji w wybranych współistniejących chorobach somatycznych (Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010; Bazire 2015; Taylor, 2008)

Choroba	Proponowane leczenie przeciwdepresyjne
padaczka	citalopram, mirtazapina, reboksetyna, moklobemid
choroba wieńcowa	citalopram (w dawkach poniżej 40 mg/d), sertralina
choroby wątroby	citalopram, paroksetyna, sertralina
jaskra	SSRI (konieczna kontrola ciśnienia śródgałkowego)
cukrzyca	SSRI
niewydolność nerek	fluoksetyna

Schemat postępowania w leczeniu depresji (Antosik-Wójcińska, 2016; Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015)



7.3. Etapy leczenia

Faza ostra – leczenie aktywne (trwa zwykle 6-8 tygodni). Tym mianem określamy czas od rozpoczęcia postępowania do uzyskania remisji objawowej. W tym okresie kluczowe znaczenie ma nie tylko wybór leku przeciwdepresyjnego, lecz także ustalenie adekwatnej dawki terapeutycznej (dobrze tolerowanej przez pacjenta, a zarazem mieszczącej się w zakresie dawek terapeutycznych). W tym czasie wizyty powinny być dość częste, tak aby na bieżąco monitorować tolerancję przyjmowanego środka, występowanie działań niepożądanych oraz reakcji terapeutycznej. Należy pamiętać, że chociaż objawy zwiastujące poprawę mogą pojawić się już na początku terapii, reakcję na leczenie można oceniać dopiero po co najmniej 4-6 tygodniach stosowania leku w dawce terapeutycznej.

Kontynuacja leczenia – leczenie podtrzymujące – po uzyskaniu remisji objawowej należy kontynuować leczenie przez co najmniej pół roku (a zdaniem części autorów nawet 9-12 miesięcy). W tym okresie dawki leków powinny być utrzymane lub zmniejszone do minimalnej dawki terapeutycznej. Długość terapii zależy od nasilenia symptomów w momencie jej rozpoczęcia, czasu utrzymywania się objawów przed podjęciem postępowania leczniczego, czasu do uzyskania odpowiedzi terapeutycznej oraz od współistniejących niekorzystnych czynników środowiskowych (trudna sytuacja osobista, rodzinna, zawodowa czy ekonomiczna). Jeśli w czasie leczenia podtrzymującego u pacjenta zaobserwujemy nasilenie objawów depresyjnych, należy zwiększyć dawkę leku lub – jeśli okaże się to nieskuteczne – zmienić preparat na taki o odmiennym mechanizmie działania albo rozpocząć leczenie skojarzone.

Leczenie profilaktyczne – jego celem jest zapobieganie ponownemu zachorowaniu w przypadku zaburzeń depresyjnych nawracających lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

Odstawienie leków – decydując się na zaprzestanie leczenia przeciwdepresyjnego, należy pamiętać, że leki trzeba odstawiać powoli – ze względu na ryzyko wystąpienia objawów odstawiennych. W przypadku krótkotrwałej kuracji przeciwdepresyjnej odstawianie środka zajmuje 1-2 tygodnie, w przypadku leczenia trwającego 6-8 miesięcy redukcji dawek dokonujemy na przestrzeni 6-8 tygodni, zaś w przypadku leczenia długoterminowego dawkę zmniejszamy o 25% co 4-6 tygodni, aż do całkowitego odstawienia.

7.4. Najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy poza specjalizacją z psychiatrii

Wśród najczęstszych błędów popełnianych przez lekarzy poza specjalizacją z psychiatrii wymienia się (Antosik-Wójcińska, 2016; Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015):

- bagatelizowanie ryzyka samobójstwa
- zbyt niską dawkę leku przeciwdepresyjnego
- niewystarczająco długi okres leczenia, szybkie zmienianie jednego leku przeciwdepresyjnego na drugi
- politerapię

- lekceważenie działań niepożądanych, traktowanie skarg somatycznych jako przejawu hipochondrii, bagatelizowanie roli interakcji lekowych
- umniejszanie wagi roli kontaktu terapeutycznego i właściwej współpracy na linii lekarz – pacjent
- zbyt częste lub za długie stosowanie benzodiazepin (ryzyko uzależnienia), lub zastępowanie leków przeciwdepresyjnych benzodiazepinami (Antosik-Wójcińska, 2016)
- niedostateczną edukację chorego i jego bliskich na temat choroby i zasad jej leczenia.

7.5. Przyczyny nieskuteczności leczenia

Celem leczenia przeciwdepresyjnego jest ustąpienie objawów i przywrócenie funkcjonowania na poziomie sprzed choroby oraz zapobieganie nawrotom. U części chorych – pomimo wielokrotnych modyfikacji terapii farmakologicznej – nadal nie udaje się jednak osiągnąć remisji, a czasem nawet stabilnej poprawy. Bywa, że leczenie powoduje nieakceptowane dla pacjenta działania niepożądane, które są powodem przedwczesnego przerywania kuracji. W badaniach wykazano, że około 20-30% osób prawidłowo leczonych farmakologicznie nie reaguje na terapię. W niektórych przypadkach mamy do czynienia z tzw. „lekoopornością rzekomą”. Brak efektu terapeutycznego jest wówczas wynikiem błędnego rozpoznania, nieadekwatnej farmakoterapii (nieodpowiedni lek, zbyt mała dawka, za krótki czas przyjmowana, niestosowanie się chorego do zaleceń) albo interakcji z innymi lekami.

Potencjalne przyczyny nieskuteczności leczenia (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015) to:

- zbyt krótki czas postępowania leczniczego
- błędne rozpoznanie
- niewłaściwa dawka
- nieodpowiedni dobór leku
- niestosowanie się do zaleceń lekarskich, brak współpracy między lekarzem a pacjentem
- współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych lub somatycznych
- indywidualne cechy metabolizmu pacjenta (wolny/szybki metabolizer)
- współistnienie zaburzeń somatycznych
- interakcje z innymi lekami przyjmowanymi przez pacjenta
- obecność zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym
- podeszły wiek
- czynniki podtrzymujące objawy choroby
- pomijanie pomocy psychoterapeutycznej
- zbyt wczesna rezygnacja z leczenia
- towarzyszące uzależnienie od substancji psychoaktywnych/alkoholu.

8. DIAGNOZA SYTUACJI W POLSCE – BARIERY I MOŻLIWE ROZWIĄZANIA

Jak już wspomniano, zarejestrowana zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest bardzo niska i nie odzwierciedla rozpowszechnienia depresji. Ten wyraźny rozdź-

więk uwypukla skalę problemu i rozmiar niezaspokojonych potrzeb. Powstaje więc naturalnie pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Wydaje się, że kwestia jest złożona i wymaga rozważenia na co najmniej kilku płaszczyznach. Część pacjentów w ogóle nie uświadamia sobie problemu i nie szuka pomocy medycznej, część trafia do lekarza pierwszego kontaktu (który nie zawsze potrafi ustalić właściwe rozpoznanie), część do neurologa, do psychologa, a tylko niewielka liczba – do specjalisty psychiatrii.

Niewątpliwie barierą wpływającą na niską rozpoznawalność depresji jest też organizacja systemu opieki psychiatrycznej. Badanie EZOP ujawniło jeszcze jedną, niebagatelną rzecz – na tle całej publicznej ochrony zdrowia, dostępność i jakość świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest oceniana zdecydowanie gorzej. Może być to ważny sygnał zwracający uwagę na nierówne traktowanie opieki psychiatrycznej w polityce społecznej państwa.

Dostępność do publicznej opieki psychiatrycznej jest przeszkodą, z którą borykają się pacjenci w całym kraju. Średni czas oczekiwania na wizytę do lekarza psychiatry wynosi 3 miesiące, do psychologa jest jeszcze dłuższy i sięga, w zależności od regionu Polski, nawet do roku. Nie trzeba podkreślać, że dla pacjenta z depresją kilkanaście tygodni czekania na pomoc i leczenie to bardzo długi i wypełniony cierpieniem okres, podczas którego jego szanse na pełny powrót do zdrowia maleją. Badania potwierdzają, że wczesne działanie diagnostyczno-terapeutyczne przekłada się na większy odsetek remisji choroby, zmniejsza ryzyko nawrotu i śmiertelności (Bukh i wsp., 2013; Ghio i wsp., 2014; Ghio i wsp., 2015).

Powtórzmy: system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest obecnie organizacyjnie nieprzygotowany do sprostania potrzebom znacznej części pacjentów z depresją. Jednak zmiany zostały już zapoczątkowane i – pomimo licznych trudności w ostatnich latach – są kontynuowane celem wypracowania optymalnych i efektywnych rozwiązań. Niezależnie od powyższego, możliwe do realizacji są różne działania, które mogą poprawić opiekę nad pacjentem z depresją. Obejmują one w szczególności zwiększanie świadomości i kompetencji lekarzy, personelu medycznego oraz przedstawicieli innych środowisk, którzy najczęściej stykają się z osobami dotkniętymi tą chorobą. Wiedza w zakresie zdrowia psychicznego powinna być pogłębiana przez profesjonalistów medycznych także w samodzielnym kształceniu ustawicznym. Bardzo istotne jest również zintensyfikowanie działań profilaktycznych nakierowanych na zmniejszenie rozpowszechniania depresji.

Z problemem dostępności do specjalistycznej opieki psychiatrycznej i z organizacją efektywnego systemu w tym zakresie boryka się wiele państw. Rozwiązania stosowane w innych krajach są bardzo zróżnicowane. Wydaje się jednak, że wspólnym mianownikiem jest przesunięcie części ciężaru postępowania z pacjentem na lekarza tzw. pierwszego kontaktu – lekarza rodzinnego/POZ. Dotyczy to w szczególności rozpoznawania chorób psychicznych, w tym depresji, oraz leczenia typowych, niepowikłanych przypadków. Jest to o tyle uzasadnione, że to właśnie lekarz rodzinny jest specjalistą, do którego w pierwszej kolejności mają szansę trafić osoby dotknięte tym scho-

rzeniem. Pacjenci ci często narzekają na różnorodne dolegliwości somatyczne, a głównym źródłem tych skarg jest właśnie nierozpoznana depresja. Przeprowadzone w Polsce badania wskazują na rozpowszechnienie choroby w populacji pacjentów POZ sięgające 23% (Drózd i wsp., 2007).

Przy ograniczonej dostępności do specjalistów psychiatrów, działania zmierzające do zwiększenia kompetencji lekarzy innych specjalności w zakresie leczenia depresji wydają się być jednym z możliwych rozwiązań. W Polsce system kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w tematyce chorób psychicznych nie dostarcza pracownikom medycznym wystarczającej wiedzy i praktycznych umiejętności. Znajomość typowych symptomów depresji, metod wykrywania i założeń dotyczących kuracji pozwalałaby lekarzom POZ na wdrożenie terapii u pacjentów, którzy do psychiatrii zapewne nigdy by się nie zgłosili. Niezbędne wydają się więc szkolenia dla lekarzy rodzinnych obejmujące zapoznanie z objawami, sposobami rozpoznawania i podstawami leczenia depresji oraz przygotowanie materiałów poszerzających wiedzę – z przeznaczeniem do wykorzystania w samodzielnym kształceniu ustawicznym. Pomocne jest również opracowanie rekomendacji w tym zakresie.

Jak wspomniano powyżej, w innych krajach część opieki nad pacjentem z depresją spoczywa na lekarzu pierwszego kontaktu. Równie istotną kwestią jest organizacja całego systemu ochrony zdrowia tak, by pacjentom z tą chorobą zapewnić kompleksową, skoordynowaną pomoc. Dotyczy to lekarzy rodzinnych, specjalistów psychiatrów, psychologów, terapeutów i członków zespołów tworzących opiekę środowiskową. Czołowe organizacje na świecie, takie jak American College of Preventive Medicine (ACPM, www.acpm.org), zalecają wdrożenie we wszystkich poradniach POZ modelu opartego na współpracy z konsultantami psychiatrami (Nimalasuriya i wsp., 2009). O'Connor (2016) zwraca również uwagę na fakt, że skuteczność działań profilaktycznych jest większa, jeśli dodatkowo zorganizowany jest system dalszej pracy z chorym i kontynuacji leczenia na poziomie POZ.

W Polsce natomiast silnie widać oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Nie istnieją wytyczne dotyczące takiej współpracy. Tymczasem mając możliwość konsultacji przypadków swoich pacjentów ze specjalistami psychiatrami, lekarze rodzinni podnieśliby swoje umiejętności praktyczne w tym zakresie. Ułatwiłoby im to pracę, którą w dużej mierze w tej chwili faktycznie wykonują.

W tym kontekście wskazane jest, aby zastosować systemowe rozwiązanie w postaci szkoleń dla lekarzy rodzinnych oraz implementacji kompleksowego modelu opieki nad pacjentem z depresją (począwszy od wykrycia choroby przez lekarza rodzinnego, przez dalsze jego prowadzenie i konsultacje ze specjalistą psychiatrą).

Oprócz ograniczeń systemowo-organizacyjnych, równie istotne i silnie zakorzenione pozostają bariery świadomościowe. Głównymi problemami wydają się być brak wiedzy o depresji w społeczeństwie oraz stygmatyzacja osób chorujących, jak i samej choroby.

Potwierdziły to wyniki badania EZOP ujawniające bardzo ograniczony zasób informacji i doświadczeń ankietowanych związanych z ludźmi chorującymi psychicznie. Jednocześnie w opiniach na temat funkcjonowania w życiu publicznym osób cierpiących na schorzenia psychiczne dominowały bardzo dystansujące i sztywne przekonania oraz wypowiedzi o negatywnym wydźwięku. Poglądy te wydają się być niezwykle silnie zakorzenione i w dużej mierze niezależne kulturowo – z problemem tym boryka się wiele społeczeństw na świecie. W badaniu zwrócono także uwagę, że oszacowana zgłaszalność do placówek opieki psychiatrycznej może być w rzeczywistości większa, czego powodem jest nieujawnienie tego faktu przez część respondentów. Uwypukla to potrzebę systemowych rozwiązań, wprowadzenia programów edukacyjno-informacyjnych kierowanych do poszczególnych grup docelowych. Niezbędna jest także edukacja całego społeczeństwa przez odpowiednią kampanię podnoszącą poziom wiedzy na temat depresji.

Do zmiany sytuacji ma przyczynić się realizacja Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020. Jego celem jest pogłębienie świadomości na temat depresji i uwrażliwienie społeczeństwa na ten problem. Ma temu służyć ogólnopolska kampania edukacyjno-informacyjna pod nazwą Depresja. Rozumiesz – pomagasz. W ramach tej inicjatywy publikowane i dystrybuowane (m.in. za pomocą środków masowego przekazu) są treści naukowe i uświadamiające skierowane do ogółu społeczeństwa, z wyszczególnieniem grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję – dzieci i młodzieży, kobiet w okresie okołoporodowym oraz osób starszych. Równocześnie została przygotowana przedmiotowa strona internetowa www.wyleczdepresje.pl oraz broszury stanowiące rzetelne kompendium informacji o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Materiały kampanii stanowią dobre źródło podstawowej wiedzy o chorobie również dla profesjonalistów medycznych, w tym lekarzy POZ/rodzinnych, personelu poradni i oddziałów ginekologiczno-położniczych, lekarzy geriatrów, pielęgniarek szkolnych.

9. PODSUMOWANIE

Poniżej podsumowano kluczowe kwestie odnośnie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji:

1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia choroby.
2. Działania edukacyjno-informacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, osób z grup ryzyka, ich rodzin) przyczyniają się do zmiany postrzegania problemu depresji oraz – dzięki podnoszeniu stanu wiedzy – ułatwiają rozpoznawanie choroby przez samego chorego i jego otoczenie.
3. Depresja może być skutecznie wykrywana na poziomie opieki podstawowej.
4. Obecność objawów depresyjnych może – a nawet powinna – być oceniana przez lekarzy innych specjalności (w tym lekarzy rodzinnych, internistów) za pomocą narzędzi skryningowych.

5. Większość rekomendacji zaleca rutynowe badanie przesiewowe całej populacji lub pacjentów z czynnikami ryzyka depresji.
6. Do testu skryningowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariuszy PHQ-2, PHQ-9 oraz zestawu dwóch pytań wstępnych.
7. Lekarzom innych specjalności niż psychiatria brakuje zarówno wiedzy, praktycznych umiejętności, jak i narzędzia w postaci opracowanych wytycznych, którymi mogliby się kierować w zapobieganiu, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu depresji.
8. Rozdźwięk pomiędzy liczbą leczonych pacjentów a rozpowszechnieniem choroby uwypukla skalę niezaspokojonych potrzeb.
9. Konieczne jest organizacyjne przygotowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce celem zapewnienia m.in. współpracy lekarzy pierwszego kontaktu ze specjalistami w dziedzinie psychiatrii oraz wyeliminowania istotnych barier ograniczających dostęp do wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń psychicznych, w tym depresji.
10. Szkolenia dla lekarzy rodzinnych (zwłaszcza w zakresie wczesnego identyfikowania choroby) oraz model leczenia oparty na skoordynowanej opiece lekarza rodzinnego i specjalisty psychiatrii są najbardziej efektywne w profilaktyce depresji.
11. Wczesne wykrycie i leczenie wpływa na szybszą remisję, zmniejsza liczbę nawrotów choroby i śmiertelność z powodu depresji.

II. PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY ZAPOBIEGANIA DEPRESJI NA POZIOMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ) - PROPOZYCJA

1. WSTĘP

Poniżej podsumowano rozmaite ograniczenia wpływające na niską rozpoznawalność oraz niedostateczne leczenie depresji. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. Bariery związane z personelem medycznym w POZ, tj.: ograniczony czas kontaktu z pacjentem podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności odnośnie profilaktyki, rozpoznawania i leczenia depresji.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest program edukacyjny skierowany do lekarzy POZ, a także pozostałego personelu medycznego POZ, obejmujący zapoznanie ze sposobami zapobieganiem depresji, metodami wczesnej identyfikacji oraz podstawami leczenia choroby.

2. Bariery związane z pacjentem, tj.: obawa przed stygmatyzacją, niewiedza na temat profilaktyki depresji oraz objawów choroby, brak wsparcia w rodzinie i otoczeniu.

Na polepszenie sytuacji może wpłynąć edukowanie pacjentów oraz ich rodzin. Wskazane są więc działania psychoedukacyjne prowadzone na poziomie POZ (edukacja przez personel medyczny, broszury edukacyjne w POZ). Równie istotne i bardzo potrzebne jest także uświadamianie całego społeczeństwa przez odpowiednią kampanię społeczną o ogólnopolskim zasięgu, która obecnie jest realizowana m.in. w ramach Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020.

3. Bariery systemowe, tj.: brak wytycznych odnośnie postępowania dla lekarzy POZ z pacjentem z depresją, organizacja systemu ochrony zdrowia, oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej – psychiatrycznej.

Usprawnienia w tym zakresie może przynieść opracowanie rekomendacji dotyczących rozpoznawania i dalszego postępowania z pacjentem dla lekarzy i pielęgniarek POZ.

Wspólnym rozwiązaniem dla opisanych problemów jest zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny zapobiegania depresji na poziomie POZ. Składa się on z trzech części odnoszących się do zidentyfikowanych powyżej barier. Zalecanymi oddziaływaniami powinni zostać objęci wszyscy pacjenci leczący się w poradniach POZ oraz lekarze rodzinni. Przedsięwzięcie ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej, tak jak mierzenie ciśnienia. Wskazania powinny być realizowane we wszystkich poradniach POZ w Polsce. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych rekomendacji na terenie całego kraju, można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w poradniach POZ w wybranych placówkach zdrowia.

2. SZKOLENIE LEKARZY POZ I POZOSTAŁEGO PERSONELU MEDYCZNEGO POZ

Pierwszą częścią programu jest przeprowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń dla lekarzy POZ. Stanowią oni podstawowe ogniwo interwencji, ponieważ mają największy kontakt z grupą osób narażonych na zwiększone ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych. Przeszkoleni lekarze ogólni mają włączyć do swojej codziennej praktyki przesiewowy test pozwalający na wykrycie objawów depresji. Taki skryning przynosi istotną korzyść także im samym (rozwiązanie problemu wielu kłopotliwych pacjentów, zmniejszenie liczby niepotrzebnych skierowań na badania), przy minimalnych kosztach – skale oceny nie muszą być wypełniane podczas wizyty. Po stwierdzeniu objawów depresji lekarze rodzinni powinni podjąć decyzję o dalszym postępowaniu w ramach swojej praktyki lub skierowaniu do psychologa/psychiatry.

Najbardziej wskazane są dwie formy szkoleń:

a) Wprowadzenie na poziomie ogólnopolskim bądź regionalnym programu edukacyjnego dotyczącego profilaktyki, wczesnej identyfikacji i leczenia depresji skierowanego do lekarzy i pozostałego personelu medycznego POZ. Elementem niezbędnym jest tu wskazanie im narzędzia

skryningowego do wykrywania choroby i jego rozpowszechnienie w poradniach POZ (kwestionariusz przesiewowy PHQ-9). Aby osiągnąć wymierny efekt tych działań w skali kraju, należy dotrzeć do bardzo szerokiego grona lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Optymalnym rozwiązaniem są kursy za pośrednictwem platformy internetowej (e-learning) bądź warsztaty na terenie POZ, eliminujące dystans między personelem placówki a specjalistą psychiatrii.

b) Propozycją komplementarną do powyższej byłby program szkoleniowy oparty na bliskiej współpracy lekarza POZ i specjalisty psychiatrii (konsultacja telefoniczna/e-mailowa/wideo konkretnych przypadków przez lekarzy psychiatrów). W przypadku niejasności dotyczących diagnozy i dalszego leczenia pracownik POZ miałby możliwość specjalistycznego omówienia przypadku każdego pacjenta. Takie rozwiązanie podniosłoby w bardzo efektywny sposób praktyczne umiejętności lekarzy POZ.

3. KAMPANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA NAŚWIETLAJĄCA PROBLEMATYKĘ DEPRESJI

- a) Przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej.
- b) Edukacja pacjentów i ich rodzin na temat profilaktyki, objawów depresji i możliwości uzyskania pomocy na poziomie POZ.
- c) Upowszechnienie broszur edukacyjnych dotyczących depresji w poradniach POZ dla pacjentów i ich rodzin.

4. REKOMENDACJE W ZAKRESIE PROFILAKTYKI, WCZESNEGO WYKRYWANIA, LECZENIA I DALSZEGO POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM Z DEPRESJĄ DLA LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POZOSTAŁEGO PERSONELU MEDYCZNEGO POZ

a) Zalecenia odnośnie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz pozostałego personelu medycznego POZ

1. Zaleca się edukację pacjentów i ich rodzin w zakresie prozdrowotnego stylu życia, technik radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, rozpoznawania możliwych wczesnych objawów depresji, czynników ryzyka i możliwości uzyskania pomocy.
2. U pacjentów z czynnikami ryzyka, a w szczególności u tych z chorobą somatyczną o długotrwałym przebiegu, przewlekłym bólem, z depresją w wywiadzie, oraz ich rodzin, zaleca się regularne oddziaływania psychoedukacyjne obejmujące wiedzę dotyczącą prozdrowotnego stylu życia i możliwych pierwszych objawów depresji.
3. Obecność symptomów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana za pomocą kwestionariusza PHQ-9 u każdego nowego pacjenta rejestrowanego w POZ.
4. Występowanie objawów świadczących o depresji powinno być rutynowo weryfikowane u każdego pacjenta POZ przynajmniej raz w roku, oraz w każdej sytuacji wskazującej na możliwe pogorszenie się stanu psychicznego, a u pacjentów z czynnikami ryzyka - przy każdej możliwej okazji - za pomocą kwestionariusza PHQ-9.

5. Osobom poddanym badaniu przesiewowemu należy wyjaśnić jego cel i uzyskać ich świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza.
6. Jeśli pacjent nie wyraża zgody na wypełnienia PHQ-9, zaleca się ponowne zaproponowanie badania skryningowego na kolejnej wizycie.
7. Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji:
 - Zaleca się, aby pytać o następujące czynniki ryzyka:
 - depresję i stany obniżonego nastroju w przeszłości
 - schorzenia psychiczne w rodzinie
 - choroby somatyczne, przewlekłe bóle
 - sytuację bytową, wsparcie w najbliższym otoczeniu
 - stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim czasie.
 - Sugerowane jest również zebranie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu, narkotyków, innych substancji psychoaktywnych i leków. W przypadku stwierdzenia zachowań nałogowych należy rozważyć skierowanie pacjenta do opieki psychiatrycznej.
 - Przy wyniku 10 punktów lub więcej w kwestionariuszu PHQ-9 rekomenduje się dalszy wywiad celem potwierdzenia rozpoznania depresji lub skierowanie do specjalisty psychiatry.
 - Wywiad powinien obejmować pytania dotyczące występowania poszczególnych objawów depresyjnych zgodnie z kryteriami ICD-10:

Objawy podstawowe:

1. obniżony nastrój
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i osłabienia aktywności

Objawy dodatkowe:

1. spadek koncentracji i uwagi
2. niska samoocena i niewielka wiara w siebie
3. poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
4. pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. myśli i czyny samobójcze
6. zaburzenia snu
7. zmniejszony apetyt

8. Pozytywny wynik (10 punktów lub więcej) badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Następnie zaleca się:
 - przedyskutować z pacjentem wynik badania przesiewowego
 - poinformować jego bliskich o rozpoznaniu i planie leczenia – jeśli pacjent wyraża zgodę
 - ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu

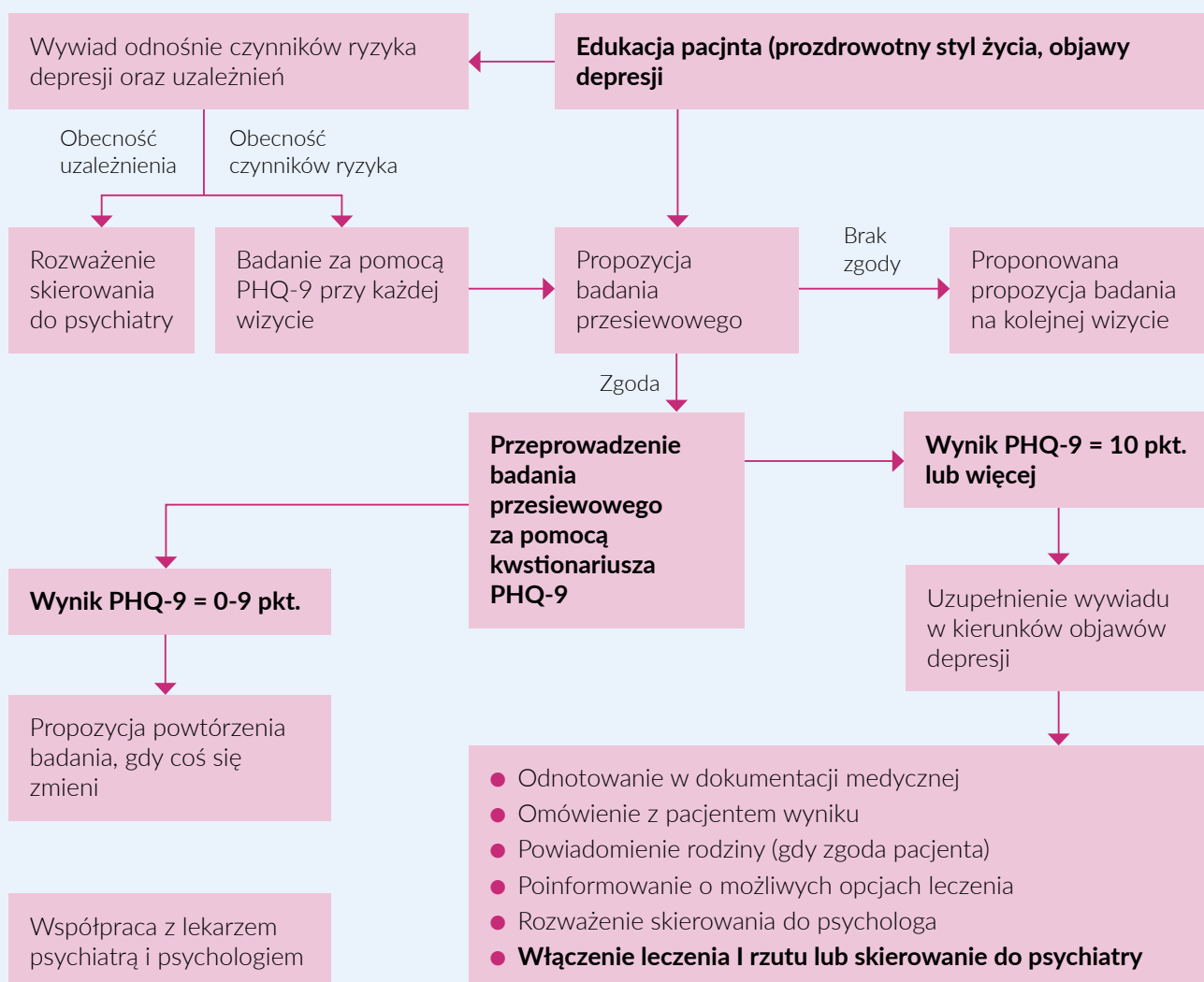
- przedstawić możliwe opcje dalszego postępowania i możliwości leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)
- zaproponować plan działania – wdrożenie farmakoterapii, skierowanie do lekarza psychiatry/do psychologa.

9. Rekomendowana jest skoordynowana opieka nad pacjentem z rozpoznaną depresją we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami.

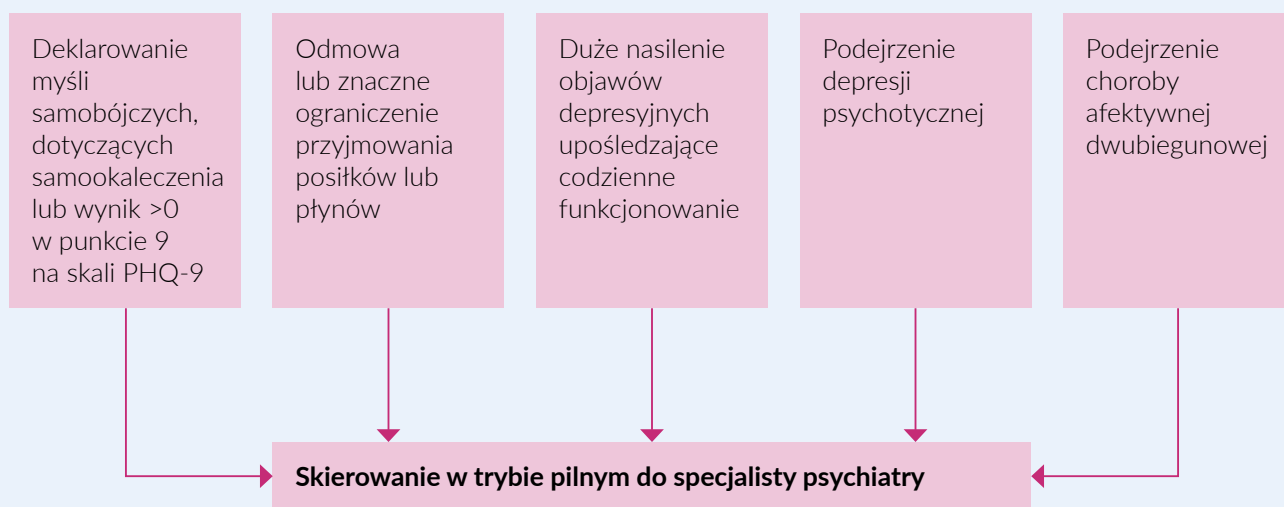
10. Chorego należy skierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną w przypadku:

- deklarowania myśli i tendencji samobójczych/dotyczących samookaleczenia (lub wynik wyższy niż 0 w punkcie 9 na skali PHQ-9)
- dużego nasilenia objawów depresyjnych, upośledzających wyraźnie codzienne funkcjonowanie pacjenta
- podejrzania depresji psychotycznej
- możliwej choroby afektywnej dwubiegunowej
- odmowy lub znacznego ograniczenia przyjmowania posiłków lub płynów.

Poniższy diagram ilustruje działania związane z profilaktyką, wykrywaniem i dalszym postępowaniem z pacjentem z depresją.



Poniższy diagram ilustruje sytuacje wymagające pilnej konsultacji.



b) Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

1. Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić: cechy kliniczne depresji, profil działań niepożądanych, współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu.
2. Przy łagodnym i umiarkowanym nasileniu objawów, lekarz POZ może sam włączyć leczenie I rzutu.
3. W przypadku wątpliwości co do rozpoznania, trudności w ustaleniu leczenia farmakologicznego, przy znacznym nasileniu objawów, gdy jest to kolejny epizod depresji, w sytuacji współistnienia innych zaburzeń psychicznych (w tym uzależnienia od alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz substancji psychoaktywnych) bądź przy współwystępowaniu wielu chorób somatycznych – wskazane jest kierowanie bezpośrednio do specjalisty psychiatry.
4. Jeśli wyszczególnione powyżej okoliczności wymagają pilnej konsultacji specjalistycznej, zaleca się niezwłoczne skierowanie do specjalisty psychiatry.
5. Jako leki I rzutu rekomenduje się środki przeciwdepresyjne z grupy SSRI (selektywne inhibitory wychwyty serotoniny).
6. Kiedy depresji towarzyszą zaburzenia snu i spadek apetytu, można rozważyć włączenie mianseryny lub mirtazapiny. W problemach ze snem, w depresji z lękiem i niepokojem można rozważyć również trazodon.
7. Lek powinno się stosować w dawce terapeutycznej.
8. Należy poinformować pacjenta o możliwych łagodnych i przemijających działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić w pierwszym tygodniu stosowania przepisanego preparatu, oraz o przewidywanym czasie leczenia, po którym może nastąpić odczuwalna dla chorego poprawa (3-6 tygodni).
9. Jeżeli wystąpią nasilone działania niepożądane, trzeba zmienić lek lub skierować pacjenta do specjalisty psychiatry.

10. Celem leczenia jest uzyskanie poprawy funkcjonalnej, czyli powrotu do funkcjonowania sprzed wystąpienia choroby.
11. Ocena skuteczności terapii przeciwdepresyjnej powinna mieć miejsce po 4-6 tygodniach.
12. Stwierdziwszy poprawę stanu psychicznego, leczenie przeciwdepresyjne należy kontynuować przez 6-9 miesięcy.
13. Na każdym etapie kuracji w przypadku braku poprawy wskazana jest weryfikacja rozpoznania i przyjmowania leku przez pacjenta.
14. Przy braku skuteczności leczenia po 4-6 tygodniach zalecana jest optymalizacja postępowania (zwiększenie dawki leku).
15. Nie odnotowawszy poprawy pomimo zwiększenia dawki środka przeciwdepresyjnego, trzeba go zmienić na lek z innej grupy lub skierować pacjenta do specjalisty psychiatry.
16. Zakończenie leczenia przeciwdepresyjnego powinno być poprzedzone ponowną oceną stanu psychicznego oraz wywiadem dotyczącym aktualnej sytuacji życiowej pacjenta (należy wnikliwie rozważyć odstawienie leku w przypadku obecności środowiskowych czynników ryzyka nawrotu depresji, np. trudnych okoliczności życiowych).
17. Sugeruje się, by nie odstawiać leku nagle, za to powoli redukować dawkę.
18. Na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu – jako jedyna forma leczenia, przy zintensyfikowaniu objawów – jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii).

PIŚMIENNICTWO

Ali S., Stone M.A., Peters J.L. i wsp., *The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis*. Diabetic Med, 2006, 23(11):1165-1173.

American Geriatrics Society, *Geriatrics at your fingertips*. Depression American Psychiatric Association, 2013.

Antosik-Wójcińska A., Święcicki Ł., *Terapia elektrowstrząsowa – skuteczna i bezpieczna alternatywa dla nieskutecznej farmakoterapii*. Psychiatria, 2014, t.11, nr 3, 166-170.

Antosik-Wójcińska A., *Zastosowanie leków uspokajających i nasennych w terapii depresji* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Święcicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 145-152.

Antosik-Wójcińska A., Chojnacka M., *Inne biologiczne metody leczenia* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Święcicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 85-100.

Antosik-Wójcińska A., *Ocena stanu psychicznego i wnioski z badania psychiatrycznego* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Święcicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 49-54.

Antosik-Wójcińska A., *Inne formy leczenia depresji* [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. Jarema M., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2016, s. 139-159.

Antosik-Wójcińska A., Święcicki Ł., *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów elektrowstrząsowych w populacji przed i po 60 r.ż.* Psychiatr. Pol., 2016, vol.50, nr 5, s. 1015-1026.

Antosik-Wójcińska A., *Farmakoterapia depresji* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Święcicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s.57-70.

Arroll B., Khin N., Kerse N., *Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study*. BMJ. 2003, 327(7424):1144-1146.

Badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*

Baune B.T., Stuart M., Gilmour A., et al., *The relationship between subtypes of depression and cardiovascular disease: a systematic review of biological models*. Transl Psychiatry 2012, 2:e92.

Bazire S., *Przewodnik leków psychotropowych*. Via Medica, Gdańsk 2015.

Belnap B.H., Kuebler J., Upshur C., et al., *Challenges in implementing depression care management in the primary care setting*. Adm Policy Ment Health, 2006, 33:65-75.

Boersma K., Linton S.J., *Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention.* Clin J Pain, Jan-Feb 2005, 21(1):38-43, discussion 69-72.

Bukh J.D., Bock C., Vinberg M., Kessing L.V., *The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome.* J Affect Disord, Feb 2013, 15;145(1):42-8

Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M., Jaramillo A., et al., *Recommendations on screening for depression in adults.* CMAJ, Jun 2013, 11;185(9):775-82.

Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E., *Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs.* Arch Intern Med, 2000,160(21):3278-3285.

Craven MA., Bland R., *Depression in primary care: current and future challenges.* Can J Psychiatry, Aug 2013, 58(8):442-8.

Drózdź W, Wojnar M., Araszkievicz A., et al., *The study of the prevalence of depressive disorders in primary care patients in Poland.* Wiad Lek, 2007, 60:109-113.

Ekman M., Granstrom O., Omerov S., Jacob J., Landen M., *The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care.* J Affect Disord, Sep 2013, 25;150(3):790-7.

Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, red. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniuk W. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, 111-124, 185-194.

Evans D.L., Charney D.S., Lewis L., et al., *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations.* Biol Psychiatry, 2005, 58:175-89.

Evans M.E., *Detection and management of depression in the elderly physically ill patient.* Human Psychopharmacol, 1995.10:235-241.

Ford D.E., Mead L.A., Chang P.P., et al., *Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study.* Arch Intern Med. 1998, 158(13):1422-1426.

Gan Y., Gong Y., Tong X., et al. *Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies.* BMC Psychiatry, 2014, 14:371.

Gaynes B.N., Rush A.J., et al., *Primary versus specialty care outcomes for depressed outpatients managed with measurement-based care: results from STAR*D.* J Gen Intern Med, 2008, 23 (5) 551-560.

Gaynes B.N., Warden D., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., Fava M., Rush A.J., *What did STAR*D Teach Us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression.* Psychiatric Services, 2009, 60:1439-1445.

Ghio L., Gotelli S., Marcenaro M., Amore M., Natta W., *Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord, Jan 2014, 152-154:45-51.

Ghio L., Gotelli S., Cervetti A., Respino M., Natta W., Marcenaro M., Serafini G., Vaggi M., et al., *Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability*. J Affect Disord, Apr 2015, 1;175:224-8.

Gilbody S, AO House, TA Sheldon. *Screening and case finding instruments for depression*. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD002792.

Gilbody S., Bower P., Fletcher J., et al., *Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes*. Arch Intern Med, 2006, 166:2314-21.

GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*

Health Quality Ontario, *Screening and management of depression for adults with chronic disease. An evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser, 2013,13(8):1-45.

Hegerl U., Wittman M., Arensman E., Audenhove C., *The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality*. World J Biol Psychiatry, 2008, 9(1):51-8.

Herva A., Laitinen J., Miettunen J., i wsp., *Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study*. Int J Obes(Lond), 2006 30(3):520-527.

Hirschfeld R.M., Keller M.B., Panico S., Arons B.S., Barlow D., Davidoff F., Endicott J., et al., *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression*. JAMA. Jan 22-29, 1997, 277(4):333-40.

Joaquim A.F., Appenzeller S.N, *Neuropsychiatric manifestations in rheumatoid arthritis*. Autoimmun Rev. 2015, 14(12):1116-22.

Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M., *The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments*. Aust N Z J Psychiatry, Apr 2005, 39(4):248-54.

King M., Semlyen J., Tai S.S., et al., *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. BMC Psychiatry, 2008, 8:70.

Kooy K., Hout H., Marwijk H., Marten H., Stehouwer C., Beekman A., *Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2007, 22(7):613-626.

Li C., Friedman B., Conwell Y., et al., *Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people*. J Am Geriatr Soc, 2007, 55(4):596-602.

- Malhi G.S., Kuiper S., *Chronobiology of mood disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 2013, 2-15.
- Michigan Quality Improvement Consortium Guideline, *Primary Care Diagnosis and Management of Adults with Depression*, Jan 2016.
- Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. Australas Psychiatry, Aug 2007, 15(4):329-33.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management*. 2009.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression: the treatment and management of depression in adults (update)*. 2009.
- Nease D.E. Jr, Maloin J.M., *Depression screening: a practical strategy*. J Fam Pract, 2003, 52(2):118-124.
New Zealand Guidelines Group, 2008.
- Nicholson A., Kuper H., Hemingway H., *Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies*. Eur Heart J, 2006, 27(23):2763-2774.
- Nimalasuriya K., Compton M.T., Guillory V.J., *Screening adults for depression in primary care: a position statement of the American college of preventive medicine*. J Fam Pract, 2009, 58:535-38.
- O'Connor E.A., Rossom R.C., Henninger M., et al., *Screening for depression in adults: an updated systematic evidence review for the U.S. preventive services task force*. AHRQ Publication No. 14-05208-EF-1. Jan 2016.
- Parnowski T., Świącicki Ł., *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*. Medycyna Plus, Warszawa 2007.
- Pignone M.P., Gaynes B.N., et al. *Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the USPSTF*. Ann Intern Med, 2002, 136 (10):765-776.
- Richardson L.P., Rockhill C., Russo J.E., et al., *Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents*. Pediatrics, 2010, 125(5):e1097-e1103.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), *Guidelines for preventive activities in general practice*. 9th edition.
- Rugulies R., *Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis*. Am J Prev Med, 2002, 23(1):51-61.

Rybakowski J., Dudek D., Jaracz J., *Choroby afektywne W: Jarema M. red. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych.* Via Medica, Gdańsk 2015.

Sanci L., Lewis D., Patton G., *Detecting Emotional Disorder in Young People in Primary Care.* *Curr Opin Psychiatry*, 2010, 23(4):318-323.

Simon G.E., Korff M., Piccinelli M., et al., *An international study of the relation between somatic symptoms and depression.* *N Engl J Med*, 1999, 341 (18):1329-1335.

Siu A.L., U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K., et al., *Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement.* *JAMA* 2016, 315:380-87, doi:10.1001/jama.2015.18392.

Siu A.L., US Preventive Services Task Force, *Screening for depression in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* *Ann Int Med*, 2016, 164(5):360-66.

Stahl S.M., *Podstawy psychofarmakologii.* Via Medica, Gdańsk 2010.

Sobocki P., Jonsson B., Angst J., Rehnberg C., *Cost of depression in Europe.* *J Ment Health Policy Econ*, Jun 2006, 9(2):87-98.

Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa (depresja zimowa). Monografia z uwzględnieniem wyników badań własnych.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.

Święcicki Ł., *Depresja. Zwykła choroba?.* Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 77-92.

Stunkard A.J., Faith M.S., Allison K.C., *Depression and obesity.* *Biol Psychiatry*, 2003, 54:330-337.

Taylor D., Paton C., Kerwin R., *Przewodnik psychofarmakologii.* Via Medica, Gdańsk 2008.

Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., Thapar A.K., *Depression in adolescence.* *Lancet*, Mar 2012, 17;379(9820):1056-67.

Thase M.E., *Recommendations for Screening for Depression in Adults.* *JAMA*, 2016, 315 (4):349-350.

Tomonaga Y., Haettenschwiler J., Hatzinger M., Holsboer-Trachsler E., Rufer M., Hepp U., Szucs T.D., *The economic burden of depression in Switzerland.* *Pharmacoeconomics*, Mar 2013, 31(3):237-50.

Trangle M., Gursky J., Haight R., Hardwig J., Hinnenkamp T., Kessler D., Mack N., Myszkowski M., Institute of Clinical Systems Improvement, *Adult Depression in Primary Care.* Updated Mar 2016.

UK ECT Review Group, *Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2003, 8(361):799-808.

U.S. Preventive Services Task Force, *Screening for suicide risk*. May 2004.

Wang Y., Lopez J.M.S., Bologne S.C., Zhu V.J., Stang P.E., *Depression among people with type 2 diabetes mellitus, US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2012*. BMC Psychiatry, 2016, 16:88.

Watson L.C., Pignone M.P., *Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review*. J Fam Pract, 2003, 52(12):956-964.

Weiner R.D., Coffey C.E., Fochtmann L.J., Greenberg R.M., *The practice of ECT. Recommendation for treatment, training and privileging*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association (APA), 2001.

Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., et al., *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J Gen Intern Med, 1997,12(7):439-445.

Whooley M.A., Simon G.E., *Managing depression in medical outpatients*. N Engl J Med, 2000, 343(26):1942-1950.

World Health Organization (WHO), *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

World Health Organization (WHO), *Suicide rates. Data by country, 2012*.

Zhao G., Okoro C.A., Li J. i wsp., *Current depression among adult cancer survivors: findings from the 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Cancer Epidemiol, 2014, 38(6):757-764.